

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E
PARASITÁRIAS**

VERÔNICA FABÍOLA ROZISCA

RELACIONAMENTO AFETIVO-SEXUAL:

**CONCEPÇÕES, EXPERIÊNCIAS E EXPECTATIVAS DE ADOLESCENTES E
JOVENS INFECTADOS COM HIV, POR TRANSMISSÃO VERTICAL, EM CAMPO
GRANDE, MS**

CAMPO GRANDE-MS

2016

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E
PARASITÁRIAS**

VERÔNICA FABÍOLA ROZISCA

RELACIONAMENTO AFETIVO-SEXUAL:

**CONCEPÇÕES, EXPERIÊNCIAS E EXPECTATIVAS DE ADOLESCENTES E
JOVENS INFECTADOS COM HIV, POR TRANSMISSÃO VERTICAL, EM CAMPO
GRANDE, MS**

Dissertação apresentada como requisito para conclusão de mestrado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação do Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha e coorientação da Prof^a. Dr^a. Iliane Esnarriaga Sampaio

CAMPO GRANDE-MS
2016



Serviço Público Federal
Ministério de Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Coordenadoria de Pós-Graduação (CPQ/PROPP)



Ata de Defesa de Dissertação
Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias
Mestrado

Aos vinte e oito dias do mês de abril do ano de dois mil e dezesseis, às onze horas e trinta minutos, no Auditório II, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Rivaldo Venancio da Cunha (UFMS), Kober Francisco Meneghel Vargas (UFMS) e Mauricio Antonio Pompilio (UFMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: **VERÔNICA FABIOLA ROZISCA**, CPF 84185546149, do Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título **"RELACIONAMENTO AFETIVO-SEXUAL: CONCEPÇÕES, EXPERIÊNCIAS E EXPECTATIVAS DE ADOLESCENTES E JOVENS INFECTADOS COM HIV POR TRANSMISSÃO VERTICAL EM CAMPO GRANDE, MS"** e orientação de Rivaldo Venancio da Cunha. O presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, o presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu Parecer exposto conforme segue:

| EXAMINADOR | ASSINATURA | AValiação |
|--|------------|-----------|
| Dr. Rivaldo Venancio da Cunha | | 9,0/10,00 |
| Dr. Kober Francisco Meneghel Vargas | | Aprovado |
| Dr. Mauricio Antonio Pompilio | | 8,0/10,00 |
| Dra. Sônia Maria Ferraz de Fita (Suplente) | | 4,0/10,00 |

RESULTADO FINAL:

Aprovação Aprovação com revisão Rejeição

OBSERVAÇÕES:

Nada mais havendo a ser tratado, o Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Presidente da Banca Examinadora

Membro

UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
CONFERE COM O ORIGINAL
28/04/16

Rivaldo Venancio da Cunha
Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias
UFMS - FAMED/UFMS

*Dedico esse trabalho aos meus pais Thomaz e
Aparecida, meu marido Paulo, meu irmão José
Gilberto e minha sobrinha Beatriz*

AGRADECIMENTOS

Para chegar até aqui foram mais de dez anos, muitos momentos em que acreditei e desacreditei em mim. Mas o fato de eu confiar em pessoas que acreditam em mim foi fundamental para me motivar a insistir neste projeto em minha vida. Buscar características edificantes na companhia das pessoas, para me influenciar, é um processo contínuo que aprendi a fazer na minha infância. Somos modelados o tempo todo; felizmente tenho o privilégio de conhecer pessoas cheias de qualidades que compõem a minha história. Há pessoas que fizeram parte direta e outras indiretamente. Agradeço a todas.

Colegas de mestrado com quem aprendemos muito, crescemos e compartilhamos momentos tão peculiares, que não fazem o menor sentido para outras pessoas.

Os meus colegas da FIOCRUZ Mato Grosso do Sul, superpesquisadores, os quais são meus modeladores vicariantes, que sempre me diziam “é assim mesmo”, ou apoiavam de outra forma, mas todos participaram do processo: Ana Tereza Guerrero, Ana Rita Mota Coimbra de Castro, Antônio Flávio Ferraz (Toninho), Claudia Stutz Zubieta, Cristina Henriques, Débora Dupas, Eduardo de Castro Ferreira, Fátima Carneiro (Fafá), Fernanda Savicki Almeida, Gisela Azambuja, Glaucia Marcon, Jislaine Guilhermino, Júlio Croda, Maria das Graças Rojas Soto, Maria Tereza Cunha, Rafael Alves, Renata Fraiha, Renata Pícoli Nardoni, Rosane Marques, Rui Arantes, Sandra Leone de Oliveira, Sergio Godoy, Silvia Helena Mendonça Moraes, Ronaldo Toma, Thiago Oliveira, Vera Kodjaoglanian, Zoraida Fernandez.

As minhas psicólogas preferidas, amigas, colegas de clínica Denise Vasconcelos, Maria de Lourdes Mações, Marialba Andrade Ramos, Rafaela Chaves Lima, Luciane Vasques Tavares, Vanusa Meneghel e Jacir Zanata.

As minhas amigas Ana Cecília Demarqui Machado, Dilene Ebeling Vendramini Duran, Eliane Fraiha e Mara Ovando, pela paciência de continuarem minhas amigas.

As amigas que vieram junto com o mestrado: Vanessa Terezinha Gubert de Mattos, Edinéia Santos, Luna Valentine Rojas Foschini e Maria das Graças Rojas Soto.

Aos meus pais Thomaz Rozisca Filho e Aparecida Garcia Rozisca, meu irmão José Gilberto Garcia Rozisca, pessoas a quem nunca terei palavras suficientes para agradecer pelo incentivo e apoio tático, e como família passamos por mais esse momento juntos.

Marineuza Santos Silva (Neusinha) e Irany da Silva Souza, por tanto mimo.

Ao meu esposo Paulo Sergio Dias, que é meu relacionamento amoroso, pelas incontáveis horas cedidas, por me ajudar a refletir sobre o que é importante na vida, pelos ouvidos, auxílio técnico, por comemorar comigo cada pequena conquista, por ensaiar algo tão desconhecido pra ele. Enfim, por me amar mesmo na antipática fase do mestrado.

Ao Marcelo Moura da Silva, Marcia Maria Ferrario Janini Dal Fabbro, Sonia Maria Fernandes Fitts.

Há duas pessoas com grande destaque em minha carreira acadêmica, que são professores no sentido amplo, com todas as nuances que essa carreira exige, a quem eu acompanho (e pretendo continuar, enquanto eles me aceitarem), que me deixam assisti-los e, vez ou outra, ouvir seus desabafos, que me ensinam tanto, que me inspiraram a chegar até aqui. Eles são mestres, professores, amigos, conselheiros: Prof. Dra. Iliane Esnarriaga Sampaio e, com a inclusão de chefe e finalmente orientador, Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha, duas pessoas das quais tenho muito orgulho e admiração.

Obrigada a todos!!!

O amor é paciente, é benigno; o amor não arde em ciúmes, não se ufana, não se ensoberbece, não se conduz inconvenientemente, não procura os seus interesses, não se exaspera, não se ressentido do mal, não se alegra com a injustiça, mas regozija-se com a verdade.

RESUMO

Com o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e a disponibilização de marcadores biológicos, para o monitoramento de progressão, como CD4 e carga viral, mudou o status da infecção pelo HIV para caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável. Esses avanços contribuíram para o aumento do tempo de vida das pessoas com HIV. Isso possibilitou que a primeira geração de pessoas infectadas por transmissão vertical fosse beneficiada e contribuiu para que hoje esteja com mais de quinze anos. Este estudo objetivou caracterizar as concepções, experiências, enfrentamentos e expectativas nos primeiros relacionamentos afetivo-sexuais de adolescentes e jovens HIV infectados por transmissão vertical. Participaram 16 adolescentes e jovens (15-22 anos), entrevistados individualmente em dois ambulatorios especializados em doenças infecciosas e parasitárias, ambos de administração pública e localizados em Campo Grande - MS. Trata-se de estudo qualitativo, analisado com o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), baseado na teoria das representações sociais. Os participantes apresentaram suas concepções sobre modo de seleção de seus parceiros, relacionamentos homoafetivos e critérios morais utilizados para diferenciar as pessoas com as quais devem se relacionar afetivamente. Revelaram, também, suas experiências de preconceito em decorrência da condição positiva para HIV em vários ambientes, e desprezaram os locais dos encontros amorosos, bem como as experiências amorosas em si. O medo de ser rejeitado, pela condição sorológica, e o de transmitir o HIV permeia as várias formas de enfrentamento nos relacionamentos hetero e homoafetivos, incluindo a estratégia utilizada para revelar a soropositividade ao parceiro e a motivação para adesão ao tratamento e o uso de preservativo. Eles esperam se casar e ter filhos soronegativos.

Palavras chave: HIV/AIDS; Adolescente-jovem; Relacionamento afetivo sexual;

ABSTRACT

With the advent of combination antiretroviral therapy (ART) and the availability of biological markers for the progression of monitoring such as CD4 and viral load, changed the status of HIV infection for chronic evolutionary character and potentially controllable. These advances contributed to the increase in the life span of people with HIV. This enabled the first generation of people infected by vertical transmission were benefited and contributed to today is more than fifteen years. This study aimed to characterize the ideas, experiences, confrontations and expectations in the first affective-sexual relationships of adolescents and young HIV infected by vertical transmission. Participated in 16 adolescents and youth (15-22 years), interviewed individually in two specialized clinics in infectious and parasitic diseases, both public administration and located in Campo Grande - MS. It is a qualitative study, analyzed with the Collective Subject Discourse (CSD) method, based on the theory of social representations. Participants presented their views on the selection of its partners in order, homosexual relationships and moral criteria used to distinguish people with whom should relate affectively. Also revealed their prejudice experiences due to the positive condition for HIV in various environments, and described the sites of dating and the love experiences itself. The fear of being rejected by HIV status, and to transmit HIV permeates the various ways of coping in heterosexual and homosexual relationships, including the strategy used to reveal the HIV status to partner and motivation for treatment adherence and condom use . They hope to get married and have children seronegative.

Keywords: HIV / AIDS; Teen-young; sexual loving relationship;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – do inglês *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

CEDIP – Centro de Especialidade em Doenças Infecciosas e Parasitárias

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV – do inglês *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da imunodeficiência humana)

HU – Hospital Universitário

UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

TARV - Terapia antirretroviral

TV – Transmissão Vertical

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 13 |
| 2.1 | HIV/AIDS..... | 13 |
| 2.2 | EPIDEMIOLOGIA DO HIV..... | 14 |
| 2.3 | TRANSMISSÃO VERTICAL..... | 17 |
| 2.4 | SOBREVIDA..... | 19 |
| 2.5 | ADOLESCÊNCIA..... | 21 |
| 2.6 | RELACIONAMENTO AFETIVO-SEXUAL..... | 26 |
| 2.7 | O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO..... | 30 |
| 3 | OBJETIVOS | 32 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL..... | 32 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 32 |
| 4 | MATERIAL E MÉTODOS | 33 |
| 4.1 | TIPO DE PESQUISA..... | 33 |
| 4.2 | LOCAL DA PESQUISA..... | 33 |
| 4.3 | SUJEITOS DA PESQUISA..... | 34 |
| 4.4 | PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 34 |
| 4.5 | PROCEDIMENTO DE ORGANIZAÇÃO DA ANÁLISE DOS DADOS..... | 35 |
| 4.6 | VARIÁVEIS DO ESTUDO..... | 35 |
| 4.7 | ASPECTOS ÉTICOS | 36 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 37 |
| 5.1 | EIXO 1: CONCEPÇÕES..... | 39 |
| 5.2 | EIXO 2: EXPERIÊNCIAS..... | 46 |
| 5.3 | EIXO 3: ENFRENTAMENTOS..... | 63 |
| 5.4 | EIXO 4: EXPECTATIVAS..... | 71 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 78 |
| | REFERENCIAS | 79 |
| | APÊNDICE A - INSTRUMENTO DA ENTREVISTA: ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS..... | 90 |
| | APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COM IDADE À PARTIR DE 18 ANOS COMPLETOS..... | 91 |
| | APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESPONSÁVEL PELO ADOLESCENTE COM IDADE ENTRE 16 ANOS COMPLETOS À 17 ANOS..... | 93 |
| | APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ADOLESCENTE COM IDADE ENTRE 16 ANOS COMPLETOS À 17 ANOS..... | 95 |
| | APÊNDICE E - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ADOLESCENTES ABAIXO DE 16 ANOS..... | 97 |

1 INTRODUÇÃO

Após mais de 30 anos dos primeiros casos relatados, a AIDS continua sendo uma doença sem cura entretanto, muitos avanços ocorreram no seu tratamento e atualmente tem sido considerada uma doença crônica. Seu agente etiológico é um retrovírus (RNA) denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

A transmissão do HIV acontece por via sexual, transfusão sanguínea, objetos perfurocortantes contaminados, aleitamento materno e transmissão vertical (TV). Esta última é a transmissão da mãe para o filho durante a gestação e/ou parto.

A terapia antirretroviral (TARV) aumentou o tempo de sobrevivência dos infectados diagnosticados. A probabilidade de crianças infectadas por TV sobreviverem, após cinco anos do diagnóstico inicial, passou de 24% para 86% entre 1983 e 2007. Desta forma, crianças infectadas por TV após o advento da terapia antirretroviral estão hoje com mais de quinze anos e vivem todas as experiências sociais, afetivas e ocupacionais desta faixa etária.

O início da vida sexual é um marco na vida reprodutiva dos seres humanos e ocorre com maior frequência na adolescência. Valores, crenças, preferências, contexto social, familiar e outros aspectos que permeiam esse evento, passam a ser importantes para conhecer detalhes específicos da trajetória inicial afetivo-sexual de adolescentes e jovens infectados com HIV.

A faixa etária de 10 a 24 anos, denominada pela Organização Mundial da Saúde de adolescência e juventude, é um recorte didático utilizado para descrever a transição entre a infância e a vida adulta. Neste período o ser humano vive experiências que formam sua identidade, autopercepção e percepção dos outros, suas expectativas e, conseqüentemente suas tomadas de decisões.

Este estudo objetivou caracterizar concepções, experiências, enfrentamentos e expectativas de adolescentes e jovens portadores do HIV que vivem seus primeiros relacionamentos afetivo-sexuais e foram infectados por transmissão vertical.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HIV/AIDS

Oficialmente, a primeira informação sobre a AIDS foi anunciada em 1981, pelo órgão governamental americano *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) de Atlanta, Estados Unidos. Os primeiros relatos se referem a 15 casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e 20 casos de sarcoma de Kaposi, e outras infecções oportunistas em homens jovens (25-49 anos) que tinham relações sexuais com outros homens, nos estados da Califórnia e Nova York. Esses fatos marcaram o início da vigilância de condições associadas à nova doença que surgia (CENTER FOR DISEASE CONTROL, 1981, 2012).

Quando a doença surgiu, os principais atingidos foram os usuários de drogas injetáveis, pessoas que viviam na promiscuidade sexual, gays e indivíduos que receberam transfusão de sangue e hemoderivados. Entretanto, no início dos anos 1990, a via heterossexual passou a ser a principal forma de transmissão, acompanhada de expressiva participação das mulheres e de aumento do risco de transmissão vertical (BRASIL, 2015).

No indivíduo infectado pelo HIV, a evolução para AIDS é marcada por uma considerável destruição de linfócitos T CD4+ e pode ser dividida em três fases: infecção aguda, infecção assintomática e doença sintomática. Seu agente etiológico é um retrovírus (RNA) denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), identificado como HIV-1, predominante, e HIV-2. O HIV pode ser transmitido por via sexual, parenteral e vertical. São fatores de risco associados aos mecanismos de transmissão do HIV: variações frequentes de parceiros sexuais sem uso de preservativos; utilização de sangue ou seus derivados sem controle de qualidade; uso compartilhado de seringas e agulhas não esterilizadas (como acontece entre usuários de drogas injetáveis); gravidez em mulher infectada pelo HIV; e recepção de órgãos ou sêmen de doadores infectados (BRASIL, 2006).

Trata-se de uma doença progressiva, de evolução habitualmente crônica e que acomete inúmeros órgãos; tornou-se uma importante causa de morbidade e mortalidade em vários países, estando associada a graves problemas sociais,

econômicos e psicológicos (GONÇALVES; PICCININI, 2015). Desde sua descoberta, a AIDS é motivo de medo e preocupação para a humanidade.

Saldanha, Araújo e Sousa (2009) destacam que, no início da epidemia, a AIDS foi apresentada como uma doença incurável e fatal, ou seja, aos doentes restava um único destino: a morte. Antes da morte propriamente dita, o portador do vírus estava sujeito à “morte civil”, revelada pela diminuição dos direitos de exercer a cidadania, como demissões de emprego, isolamento, discriminações e preconceitos. Esses eventos elucidam percepções e simbolismos da doença, influenciando o comportamento da comunidade - em que o soropositivo é parte - e dele próprio, e consequentemente geram medo da rejeição social.

Para Fausto Neto (2000) a AIDS é uma dupla doença: fenômeno epidemiológico e discurso midiático. Este segundo, se por um lado contribuiu para a divulgação das características do vírus, sintomas e modos de transmissão, por outro foi utilizado como canal de ocorrências clínica e social – “especialmente jornalísticos – na sua tarefa de produzir possibilidades de significação” (p.100).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DO HIV

Aproximando-se da quarta década, a AIDS continua a ser um dos mais sérios desafios mundiais à saúde, tendo custado mais de 34 milhões de vidas em todo o mundo (THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2015). Globalmente, o HIV continua a ser a quinta principal causa de morte entre adultos e a principal causa de morte de mulheres entre 15 e 49 anos (THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2012).

A África Subsaariana continua a ser a região mais severamente afetada, com quase 25,8 milhões de pessoas com HIV em 2014, e contabilizando 70% das pessoas vivendo com HIV em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). As mulheres respondem por 58% dessas pessoas nessa região. Após a África Subsaariana, as regiões mais fortemente afetadas pelo HIV são o Caribe, o Leste Europeu e a Ásia Central, onde 1% dos adultos viviam com HIV em 2011 (THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2012).

Em todo o mundo, o número de pessoas recém infectadas continua a cair, os declínios mais acentuados no número de novas infecções pelo HIV desde o ano 2000, na África Subsaariana (41%) [em 2000 - 2,3 milhões; em 2014 – 1,4 milhões], na Ásia e Pacífico (31%) [em 2000 – 500 000; em 2014 – 340 000], na América Latina (17%) [em 2000 – 100 000; 2014 – 87 000] (THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2015).

O Brasil (e o mundo) enfrentava um problema novo, desconhecido, que não desafiava apenas a medicina, mas também os nossos medos, tabus e valores, e forçava uma discussão profunda sobre direitos humanos, políticas públicas, legislação e, principalmente, sobre solidariedade. Acredito que foi esse valor universal, a solidariedade, que conseguiu mobilizar toda a sociedade para agir. E ela agiu. (SOUZA, 2015, p.18)

O Ministério da Saúde do Brasil divulgou no último boletim epidemiológico HIV-AIDS (2015) 798.366 casos de AIDS notificados no Brasil de 1980 até junho de 2015. No mesmo período foram registrados 519.183 (65,0%) casos de AIDS em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres (BRASIL, 2015).

Nos últimos dez anos, a taxa de detecção de AIDS permanece estável, com uma média de 20,5/100.000 habitantes. A região Centro Oeste apresenta crescimento: em 2005, a taxa de detecção registrada foi de 17,3 casos para 100.000 habitantes e, em 2015, foi de 18,4/100.000. De 2010 a 2015, o Brasil tem registrado, anualmente, uma média de 40,6 mil casos de AIDS; enquanto isso, o Centro-Oeste, 2,7 mil (BRASIL, 2015).

Nas gestantes, a taxa de detecção do HIV vem apresentando tendência de aumento. Em 2005, a taxa foi de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos, a qual passou para 2,6/1.000 em 2014, indicando um aumento de 30,0% (BRASIL, 2015).

A faixa etária entre 25 e 39 anos é a que concentra o maior número de casos de AIDS no Brasil de ambos os sexos - 53,6% homens e 49,8% mulheres, do total de casos. Nos últimos 10 anos, observa-se um aumento da taxa de detecção nos homens nas seguintes faixas etárias: 60 anos ou mais, 20 a 24 anos e 15 a 19 anos - esta última triplicou de 2,1 para 6,7 casos/100.000 habitantes (BRASIL, 2015).

Segundo o mesmo boletim, desde o início da epidemia no Brasil, morreram 290.929 pessoas por AIDS; dessas, 14.606 na região Centro Oeste e 3.034 no Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2015).

Infelizmente, a AIDS não mobiliza mais a sociedade. Há 15 ou 10 anos vivíamos numa cruzada na qual cada pessoa cooptada para a causa era comemorada, assim como cada pessoa que percebíamos ter influenciado ou conscientizado outras sobre a necessidade da prevenção do HIV. O sucesso foi inegável, mas hoje estamos sentados sobre ele. Acompanho os números do Boletim epidemiológico e eles são claros ao mostrar indicadores de aumento de novos casos de contaminação entre jovens. Considero-me uma pessoa otimista, mas gostaria de ver outra vez as ruas cheias no primeiro de dezembro e os jovens se preocupando outra vez com o HIV. Algumas pessoas preferem não falar dos assuntos difíceis e da dor. Eu, pelo contrário, acho que é fundamental mexer nas feridas, chorar nossos mortos e nossas perdas, pois sobre elas construímos um futuro mais consciente (ARAÚJO, 2015, p. 23).

De acordo com o Boletim epidemiológico 2015, no período de 1980 a 2015 foram notificados no SINAN¹, declarados no SIM² e registrados no SISCEL³/SICLOM⁴, 4.806 casos de AIDS no Estado de Mato Grosso do Sul. No mesmo período, 535 foram detectados entre 15 a 24 anos; 104 casos de AIDS foram notificados em menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2015).

Em 2012, a taxa nacional de detecção de AIDS em menores de cinco anos foi de 3,4 casos para 100.000 habitantes. Das 27 unidades federativas, nove apresentam taxa maior que a nacional, dentre elas o Estado de Mato Grosso do Sul, em sétimo lugar: 5,6 em 2012 (BRASIL, 2013).

No período de 2010 a 2015, Mato Grosso do Sul é o sexto estado da federação em taxa de detecção de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM. No mesmo período, no *ranking* das capitais, segundo índice composto, Campo Grande é a 15^a. capital entre os estados brasileiros (BRASIL, 2015).

¹ Sistema de Informações de Agravos de Notificação

² SIM: Sistema de informação de mortalidade

³ Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral

⁴ Sistema de Notificação de Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

Com a incidência de AIDS maior que a nacional (13,4 entre mulheres e 3,6 vezes entre os homens), a tendência de estabilização e de declínio percebida no Brasil, não foi vista em Mato Grosso do Sul. Fato confirmado pela taxa de incidência de AIDS no estado de Mato Grosso do Sul, que durante a epidemia de 28 anos aumentou 21 vezes entre as mulheres e 6,3 vezes entre os homens. Os dados mostraram aumento da incidência em homens e mulheres, sem evidências de declínio entre mulheres. A localização geográfica, de extensa fronteira com o Paraguai e a Bolívia pode ter influenciado este cenário epidemiológico (PINTO *et.al.*, 2015).

2.3 TRANSMISSÃO VERTICAL

Há vinte e um anos, em 1994, a transmissão vertical era mundialmente responsável por 90% da transmissão do HIV tipo 1 em crianças (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1994). Diversos fatores relacionados com a transmissão vertical do HIV, tais como: elevada viremia materna, doença materna avançada, tipo de parto, ruptura prematura da placenta, tabagismo e aleitamento materno (BURNS *et. al.*, 1994; THE EUROPEAN MODE OF DELIVERY COLLABORATION, 1999).

Naquele ano, estudo realizado por Connor *et. al.* (1994), os quais relataram os resultados do Protocolo 076 AIDS *Clinical Trial Group* (PACTG 076), evidenciaram redução de 67,5% na transmissão vertical devido à eficácia do uso da zidovudina (AZT). Esse índice de redução foi observado para a mulher infectada durante a gestação, durante o parto propriamente dito, e pelo recém-nascido durante seis semanas, sendo alimentado exclusivamente com fórmula infantil.

Segundo Maartens, Celum e Lewin (2014) nas duas últimas décadas foi notável o progresso para reduzir o risco de transmissão vertical no perinatal para HIV-1. O conhecimento sobre o momento de transmissão para os bebês permite o desenvolvimento de intervenções apropriadas: 25% de chance de transmissão no momento do parto, quando não há intervenções, com a maior parte do risco após 36 semanas e especialmente intraparto. No aleitamento materno a transmissão do HIV para a criança ocorre numa taxa de 8 a 9% ao ano, sendo que até a quarta semana

as taxas são mais elevadas. Com a profilaxia correta é possível evitar a transmissão vertical. A terapia antirretroviral é o esteio da prevenção da transmissão vertical do HIV-1.

Resultados sobre o uso de esquemas combinados com dois antirretrovirais (zidovudina e lamivudina), evidenciaram redução na transmissão vertical em até cinco vezes, se comparados com resultados obtidos pelo uso de apenas um antirretroviral, no caso o AZT (monoterapia). Quando se comparou AZT, como monoterapia, com terapia dupla ou tripla, observou-se redução da transmissão vertical em gestantes que fizeram uso de drogas associadas. Assim tem-se a taxa de TV: 20% na ausência de TARV, 10,4% com monoterapia de AZT, 3,8% na terapia dupla e 1,2% nos esquemas altamente ativos (combinação de três ARV ou HAART – *Highly Active Antiretroviral Therapy*) (BRASIL, 2010).

No ano de 2002, também com o objetivo de prevenir a TV do HIV, uniram-se o Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos (IPED/APAE) com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e, em parceria, implantou-se no estado de Mato Grosso do Sul o Programa de Proteção à Gestante (PPG). Este consiste na realização da triagem pré-natal, confirmação do diagnóstico, acompanhamento e encaminhamento para tratamento das gestantes de todo o estado (DAL FABBRO *et. al.*, 2005).

Dal Fabbro *et. al.* (2005), com o objetivo de revelar o impacto causado pelo Programa de Proteção à Gestante, comparando o primeiro ano de vigência do programa com os anos anteriores, constataram que, das 32.512 amostras de sangue de gestantes acompanhadas, no ano de 2003, 1500 apresentaram alterações nos resultados e 119 apresentaram sorologia positiva para HIV. O estudo revela uma prevalência de 2,62% da infecção pelo HIV em 1999, e 0,36% em 2003. Estes dados refletiram a ampliação da cobertura entre gestantes com diagnóstico precoce de mulheres infectadas pelo HIV e a possibilidade da adoção de medidas profiláticas e terapêuticas que pudessem reduzir a transmissão vertical do HIV. A adequada utilização dos antirretrovirais, associada à elaboração de ações de prevenção da transmissão vertical, favorece a efetiva mudança no cenário da epidemia da AIDS no segmento infantil.

No cenário brasileiro, no que diz respeito à categoria de exposição nos casos de AIDS notificados no SINAN em pessoas com menos de 13 anos de idade, em 2011, do total de 276 casos, 259 (93,8%) ocorreram por transmissão vertical, e 3

(cerca de 1%) por transmissão sexual (BRASIL, 2012). No ano seguinte (2012), do total de 297 casos, 277 tiveram a informação conhecida. Destes, 99,6% ocorreram por transmissão vertical, e um caso (menos de 1%) por transmissão sexual (BRASIL, 2013).

Em uma pesquisa realizada na região nordeste do Brasil, Maluf e Silva *et. al.* (2010) observaram falha na assistência materno-infantil no que tange à prevenção da TV. Os autores ressaltaram o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV em gestantes, a ausência de triagem para o tipo de parto, a baixa aplicação do protocolo ACtG 076 e a prática de aleitamento materno pelas gestantes infectadas pelo HIV, em alguns casos até os 12 meses.

2.4 SOBREVIDA

A AIDS passou a ser considerada uma doença crônica que, se manejada e tratada de maneira adequada, diminui consideravelmente a probabilidade de adoecimento e morte das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). A terapia antirretroviral colabora para a diminuição da transmissão do vírus, incluindo a transmissão vertical, além de controlar a doença e contribuir para a qualidade de vida de PVHA proporcionando a perspectiva de um futuro no qual se incluam projetos de vida (BRASIL, 2013)

Matida e colaboradores (2004) apontam que as novas abordagens de tratamento têm sido decisivas para o aumento global da sobrevida. O acesso e a adesão ao tratamento com antirretroviral melhorou a sobrevida de adultos e crianças com infecção por HIV. O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a proporcionar acesso livre e universal para tratamento antirretroviral (ART) por meio do seu sistema de saúde.

No Brasil, a sobrevida aumentou progressivamente entre os mais recentes casos diagnosticados. A média de sobrevida para casos diagnosticados antes 1988 era de 20 meses. Isto aumentou para 24 meses para casos diagnosticados entre 1988 e 1994. A partir desta data a média de sobrevida pode não ter sido calculada nos casos diagnosticados recentemente, porque mais da metade ainda estão vivendo até o fim do acompanhamento, mas a melhoria contínua na sobrevida tem

sido evidente. Mais de 75% dos casos estavam vivos ainda quatro anos após o diagnóstico entre os casos diagnosticados de 1997 e 1998, (MATIDA *et. al.*, 2004).

Foram muitos os avanços ao longo desses 30 anos. A chance de sobrevivência de crianças menores de 13 anos aumentou substancialmente desde o início da epidemia. Após cinco anos do diagnóstico inicial, a probabilidade de essas crianças estarem vivas passou de 24% para 86% entre 1983 e 2007. Com relação aos adultos maiores de 13 anos, os primeiros registros nacionais mostraram que o tempo mediano de sobrevida era de 5,1 meses entre 1982 a 1989. Já os pacientes com diagnóstico em 1995 tiveram sobrevida mediana de 16 meses. Com a introdução da terapia antirretroviral, as pessoas que descobriram a doença em 1996 conseguiram uma sobrevida de 58 meses (BRASIL, 2015, p.8).

O surgimento das casas de apoio para crianças HIV, cujos pais haviam falecido ou se encontravam impossibilitados de criar seus filhos, veio colaborar para a sobrevida delas. A princípio, estas casas apresentavam-se como entidades de apoio para órfãos que viriam a falecer, mas, com o surgimento dos antirretrovirais, vivencia-se uma nova fase da doença, com o aumento da expectativa de vida (CRUZ, 2007).

Schaurich, Medeiros e Motta (2007) afirmam que a AIDS infantil ocupava um lugar até pouco tempo desconhecido pelos serviços de saúde, não sendo considerado de forma devida em sua repercussão, e que depende tanto do comportamento individual consciente quanto das políticas públicas, dos serviços de saúde e das instituições educacionais. Cruz (2007) afirma que a representação que se constrói acerca das crianças está diretamente ligada a uma ideia de futuro, de expectativas para o dia seguinte.

A associação AIDS-criança-morte passou a ser feita e essa finitude premente referenciou o imaginário de adultos que, naturalmente, consideram a continuidade de si mesmos. Após 30 anos do início da epidemia da AIDS, vive-se uma situação para a qual muitos se julgam despreparados: crianças infectadas pelo vírus estão adolescendo. Crossetti e Paula (2008) afirmam que este novo desafio está sendo vivenciado nos serviços de saúde que atendem principalmente crianças que se infectaram por transmissão vertical, considerados como primeira geração infectada desde o nascimento, e que estão se tornando adolescentes com HIV. Bragheto (2008) afirma que a modificação da AIDS de doença letal para doença crônica afeta

o desenvolvimento físico e psicológico das crianças e adolescentes com HIV, em especial aqueles infectados por transmissão vertical.

A AIDS e a infância mudam sua tez e, nesse trânsito histórico da epidemia, um jogo especular de aceitação e recusa de possibilidade e impossibilidade, de ruptura e permanência se processa, fazendo com que a chegada das crianças com AIDS à adolescência tenha sido recebida pelos adultos com um misto de alegria, espanto e despreparo. Desprevenidos com as resistências e a pluralidade de possibilidades que emergiram das crianças, os adultos, começaram a tematizar a adolescência vivendo com AIDS, sua sexualidade, seu futuro (CRUZ, 2007).

Diante do novo contexto em que a epidemia se encontra, surgem novos desafios a serem enfrentados por pais e cuidadores: adesão à terapia medicamentosa, revelação diagnóstica, entrada na escola, início da adolescência, práticas sexuais seguras e relacionamento afetivo (SEIDL, 2005; SALLES, FERREIRA, SEIDL, 2011; GALANO *et. al.* 2012, MIZIARA, 2012). Motta, Medeiros e Schaurich (2007) afirmam ser fundamental valorizar as implicações da soropositividade para as crianças que enfrentam uma doença ainda sem cura, a qual necessita de tratamento adequado e satisfatória adesão medicamentosa, evidenciando vulnerabilidades específicas relacionadas ao HIV que vão além daquelas que fazem parte da infância.

O impacto entre crianças e adolescentes se faz sentir de diversas formas. Além da própria doença, a discriminação e a estigmatização são obstáculos à sua integração na comunidade. No Brasil, a morte precoce de adultos resultou em aumento de crianças órfãs, impondo às crianças e aos adolescentes a convivência com a dor e o isolamento pela perda dos pais e separação dos irmãos (CRUZ, 2007).

2.5 ADOLESCÊNCIA

É praticamente impossível desconsiderar o processo histórico no qual se formou o que hoje conhecemos como adolescência e aceitamos como fase específica do ciclo de vida, muitas vezes marcada pela impulsividade e excitabilidade (OLIVEIRA; MACHADO, 2015). Em 1430, a palavra *adolescence* foi

utilizada na língua inglesa referindo-se às idades de 14 a 21 anos para os homens e 12 a 21 anos para as mulheres, mas o termo foi “oficialmente inaugurado com Stanley Hall em 1904” referindo-se a um estágio do desenvolvimento (SAGGESE, 2001).

Na Grécia Antiga, os jovens eram preparados para as virtudes cívicas e militares. Para o desenvolvimento físico e moral das crianças e jovens era utilizada a ginástica. Nas meninas tinha o objetivo de “adquirir saúde e vigor para seu futuro de mães de família. Casavam-se aos 15 ou 16 anos”. A puberdade era “o período de preparação para os afazeres da vida adulta: no caso do sexo masculino, a guerra ou a política; no caso do sexo feminino, a maternidade”. Alguns jovens de famílias mais abastadas, poderiam se dedicar à filosofia, pois não necessitavam da sua força de trabalho (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS, 2010, p.228).

Na idade média, prevaleciam as comunidades feudais, formadas predominantemente do ambiente familiar onde todos se conheciam. Os papéis profissionais e de gênero eram determinados pela comunidade. As crianças e os adolescentes eram considerados adultos em miniatura, inclusive desenvolviam as mesmas tarefas que os adultos, aprendiam as habilidades de trabalho, crenças e valores que seriam cobrados posteriormente; a única necessidade era crescer (LEVISKY, 2006).

Ainda na idade média, a hierarquia social determinava as oportunidades dos jovens. As profissões dos jovens se davam através das Corporações de Ofício, compostas de três classes: os mestres (donos das oficinas, responsáveis pelo ensino e educação dos aprendizes), os aprendizes (não recebiam salário, geralmente eram parentes e moravam com o mestre) e o jornaleiro (já havia terminado o período de aprendizagem e recebia salário). Na nobreza, para os mais jovens se tornarem cavaleiros havia um treinamento bastante intenso de vários anos. Entre 12 ou 15 anos realizavam-se os casamentos, com a jovem mais nova que o noivo. Os jovens puderam decidir sobre seus casamentos a partir do séc. XII, quando a Igreja Católica passou a exigir o consentimento mútuo dos noivos para a união, fato que não impedia a prática dos pais persuadirem suas filhas (SAGGESE, 2001).

Muitos anos depois, outro marco histórico é a publicação no *New York Times* da “*A teen-age bill of rights*” [Carta de direitos do *teenage*], em 07 de janeiro de 1945, de autoria de Elliot E. Cohen (SEIFFERT, 2013). Esta foi elaborada com dez

itens baseados nos princípios da Constituição americana, que garantiam direitos, e foram sintetizados por Witter (2010):

... deixar a infância ser esquecida; manifestar-se a respeito da própria vida; cometer erros e descobrir por si mesmo; ter regras explícitas, não impostas; estar na idade romântica; ter chances e oportunidades justas; lutar pela própria filosofia e vida e ter ajuda profissional sempre que necessário” (p.44).

Independente do período histórico e/ou cultural, os principais componentes fisiológicos e psicológicos desse período do desenvolvimento humano sempre existiram. Por isso, há consenso na literatura que adolescência é a fase característica de transição entre a infância e idade adulta. É marcada por inúmeras mudanças biológicas, psicológicas e sociais, fato que, por si, já acarreta uma série de transformações e de questionamentos. Nesta etapa ocorre o processo de construção de identidade e autonomia, que se processa a partir das relações interpessoais (SAGGESE, 2001; LEVISKY, 2006; LIPP, 2010; SOCCI, 2010; SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS, 2010; WITTER, 2010; LIPP; TRICOLI, 2014; OLIVEIRA e MACHADO, 2015).

Entre a puberdade e o início da vida adulta a formação neurológica, sofre modificações dramáticas, nas estruturas cerebrais envolvidas nas emoções, no julgamento, na organização do comportamento e no autocontrole. Fato que derrubou a hipótese que permaneceu por muito tempo, de que o cérebro estava totalmente maduro na época da puberdade. Agora, estudos de imagem revelam que o cérebro do adolescente continua em formação. Essa imaturidade cerebral levanta questões sobre o grau com que os adolescentes podem ser considerados legalmente responsáveis por seus atos - mesmo com capacidade cognitiva, compreendendo relacionamentos, discernindo fatos de suposições, abstraindo o essencial, levantando hipóteses, resolvendo problemas, usando termos menos concretos, manuseando ideias e chegando a conclusões próprias (SOCCI, 2010; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Nas relações interpessoais que se desenvolvem na sociedade, o adolescente e o jovem vivenciam o processo de construção de identidade e autonomia. A amizade, questão muito relevante nessa fase e que esteve presente desde as tenras civilizações, responde a uma necessidade essencial de encontro com o outro. Nas

relações em geral eles precisam assumir diferentes papéis, enfrentar novas experiências e se comportar adequadamente às situações (ser bem sucedido) como estudante, namorado, amigo, membro da família, trabalhador, para citar alguns. Em diferentes culturas ou épocas, cada qual com suas características, os jovens buscam outros que passaram por experiências semelhantes e, assim, formam sua rede de apoio social, o que se torna crucial para o seu crescimento pessoal e interpessoal (LEVISKY, 2006; SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS, 2010; SADIR, 2010).

A rede de apoio pessoal é efetiva quando há suporte nos momentos difíceis e garante a eficácia dos enfrentamentos nas adversidades. As pessoas competentes em habilidade interpessoal têm maior probabilidade de manter relações satisfatórias, mobilizar e garantir essas redes de relacionamentos compostas por pais, professores, outros adultos e colegas. Por outro lado “se não conseguem esse apoio, sua autoimagem pode ser afetada e, com isso, o indivíduo se torna competitivo, desagradável, mesquinho e inseguro, buscando outros equivalentes” (SADIR, 2010, p.133).

Essa geração tem experimentado uma forma de interação social que nenhuma outra viveu antes, as redes sociais na internet. Disponível para a maioria dos adolescentes ocidentais com o compartilhamento de vídeos, os jogos *on line* e os *gadgets*, como os iPods e os telefones celulares, são agora os elementos da cultura dos jovens. Há possibilidade de estar constantemente “plugado” em redes sociais, sustentando e construindo novos relacionamentos, muitas vezes sobrepostos (SADIR, 2010; LIPP; TRICOLI, 2014). Sadir (2010) enfatiza que os relacionamentos *on line* permitem profundidade, expor sobre questões pessoais, menor inibição em conversas íntimas, ou seja, “alimenta relacionamentos mais fortes, que desencadeiam emoções de felicidade e menos stress” (p.133).

Nessa interação, adolescente e jovem mantêm a aproximação com seus grupos e ampliam a necessidade de serem aceitos. A exposição se dá em nível amplo, pois os pares estão conectados, não conseguem ficar longe das informações que chegam a todo instante por meio das redes sociais. No entanto, a exigência ou a rejeição por parte de colegas pode ser muito estressante, acarretando inclusive comportamentos que podem levá-los a apresentar grandes esforços impensados para serem aceitos. Nesse contexto, a aceitação e a rejeição tomam proporções universais, pois os comentários são publicados em rede, conseqüentemente podem

se tornar conhecidos por grande número de pessoas (SADIR, 2010; LIPP; TRICOLI, 2014).

Apesar de começar com a transformação do corpo infantil para o corpo adulto, de acordo com Schoen-Ferreira e Aznar-Farias (2010), a adolescência é modelada pela cultura, considerada pelos autores uma fase breve na sociedade mais simples; Já “as culturas mais sofisticadas tecnicamente retardam o ingresso do jovem nas estruturas sociais, sendo cada vez maior a exigência de estudos e especialização para ingressar no mercado de trabalho (p. 232)”. Esse adiamento na emancipação tornou-se necessário para o jovem; com isso, o período de permanência no lar paterno se prolongou, e as funções e responsabilidades adultas foram prorrogadas.

Segundo Socci (2010), nas últimas décadas a inserção do jovem no mundo adulto se retardou formando um grupo novo, com hábitos e problemas próprios, denominada de adolescência tardia, caracterizada por ser dependente dos pais, continuar no sistema escolar (aprendizagem profissional), na busca de um trabalho ou de uma função mais estável ou mais condizente com o todo investimento em sua educação escolar.

No relacionamento afetivo há intensa pressão do grupo para que ocorra o primeiro beijo e, depois, a primeira relação sexual. Como há algumas décadas, a maioria das garotas ainda deseja ter um namorado e os meninos seguem não “preparados” a isso. A novidade é o aumento dos relacionamentos afetivos entre pessoas do mesmo sexo, que pode ser justificado pela ampla divulgação na mídia. Todos esses comportamentos geram consequências em seus grupos, tanto de aceitação, até o *bullying* e o *ciberbullying* (LIPP; TRICOLI, 2014).

Dentre os desafios, nesta fase da vida está a primeira escolha profissional, que recebe influências da família e meio social. Buscar faculdade, ingressar no mercado de trabalho, construir carreira e adquirir independência financeira estão no repertório das preocupações dos estudantes do ensino médio e superior. A história de vida e as experiências proporcionadas pelo contato com profissionais e profissões e a rede de apoio disponível, tendem a contribuir ou dificultar o enfrentamento desta tomada de decisão do jovem. Adultos saudáveis podem orientar os adolescentes de que haverá consequências em suas escolhas, porém que essas não são definitivas, e sim, um processo que durará toda a vida (SAGGESE, 2001; JUSTO, 2010; SALES, 2014).

De acordo com Schoen-Ferreira e Aznar-Farias (2010) a ciência de um modo geral, e aqui esta pesquisa se inclui, busca compreender a adolescência e juventude, “como mais uma etapa, com características próprias que atuarão na construção das trajetórias de vida de cada indivíduo, dentro de um contexto sociocultural (p. 232)”.

2.6 RELACIONAMENTO AFETIVO-SEXUAL

A sexualidade ocorre em um processo de aprendizado contínuo paralelo à própria constituição da identidade, individualidade e subjetividade da pessoa. É determinada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, educacionais, sociais, econômicos, políticos, culturais éticos, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais do ambiente no qual o indivíduo está inserido (SOCCI, 2010; TAVARES, LAPOLLI; PETRESCO, 2013).

Segundo World Health Organization (2006), a sexualidade é um aspecto central ao longo da vida do ser humano e engloba sexo, papéis e identidades de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, mas nem sempre todas estas dimensões são vivenciadas ou expressas.

No início da puberdade, pensar e interagir com pessoas do sexo oposto é praxe da maioria dos meninos e meninas heterossexuais. Há uma transição dos grupos mistos, ou de encontros “da turma”, para relacionamentos amorosos pessoais, descritos como sendo uma paixão envolvente e sentimento de compromisso, ao contrário das amizades com o sexo oposto. Por isso, os relacionamentos amorosos são parte central do mundo social dos adolescentes (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Durante o século XX, nos EUA e em outros países industrializados houve mudança significativa nas atitudes e no comportamento sexual das pessoas como, por exemplo, a aceitação da homossexualidade, o sexo antes do casamento, e outras formas de atividade sexual, anteriormente desaprovadas (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Segundo Costa, Souza e Abreu (2014) talvez a maior novidade seja a difusão dos relacionamentos afetivos no ciberespaço. Do flerte às fantasias, intimidades, sites de namoro virtual, a maneira como as pessoas revelam suas intimidades até o sexo virtual, faz pensar que “o maior órgão sexual é a mente humana” (p.138). Os mesmos autores relatam que *smartphones*, *e-mails* e mensagens instantâneas facilitam o acesso com pessoas, inclusive anônimas, e, no caso dos adolescentes, sem a supervisão dos adultos.

A intimidade e intensidade dos relacionamentos amorosos tendem a aumentar no decorrer da adolescência, até que o jovem se sinta preparado para a relação sexual. A superficialidade, a labilidade e a transitoriedade são características das relações interpessoais no início da adolescência. Por isso é comum o “ficar” com vários parceiros em uma mesma festa, apenas alguns minutos, e no dia seguinte talvez nem se cumprimentar (LEVISKY, 2006).

Para Tavares, Lapolli e Petresco (2013), a adolescência tem diferentes fases, sendo que uma das “principais características é a evolução da sexualidade autoerótica para a sexualidade genital e adulta” (p.85). Essas autoras dividem a adolescência em: inicial (10 a 14 anos), média (14 a 17 anos) e final (17 a 20 anos).

O marco da adolescência inicial são as transformações físicas. Toda a atenção do jovem está voltada para si e seu próprio corpo, ficando evidente a preocupação com autoimagem e sexualidade genital, por meio de fantasias e devaneios. É o momento em que o adolescente dá vazão a impulsos e emoções sexuais através da prática masturbatória (TAVARES, LAPOLLI; PETRESCO, 2013). Papalia e Feldman (2013) defendem que pensamento predominante é como o relacionamento afetivo pode interferir sua posição no grupo de amigos.

Dos 14 a 17 anos, denominada adolescência média, a identidade recebe afirmações das particularidades da sexualidade, o masculino ou o feminino, e são importantes nas primeiras relações amorosas. Desejosos de iniciar um namoro, procuram no outro as qualidades que idealizaram para si mesmos e vivem as paixões fortes (TAVARES; LAPOLLI; PETRESCO, 2013). Os jovens experimentam relacionamentos com parceiro exclusivo que dura de diversos meses a cerca de um ano; é comum que a escolha do parceiro seja menos importante que o *status* no grupo. Aos 16 anos, os adolescentes interagem com os parceiros afetivos, e pensam nestes, mais do que pais, amigos ou irmãos (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Finalizando a adolescência, dos 17 aos 20 anos, os relacionamentos amorosos atingem proporção maior nas prioridades emocionais dos jovens. Escolher parceiro e se sentir responsável por estabelecer relações afetivas duradouras contribuem para o surgimento da vida sexual adulta, na qual os genitais são o centro das atenções e outras zonas erógenas atuam nas preliminares do prazer genital. Além disso, biologicamente é ativado o impulso reprodutor que garantirá a perpetuação da espécie (PAPALIA; FELDMAN, 2013; COSTA; SOUZA; ABREU, 2014).

De acordo com Tavares, Lapolli e Petresco (2013), os comportamentos de manifestação da sexualidade colaboram para aproximar o adolescente da vida adulta, ou seja, marcam o final da adolescência. Essas características ocorrem por meio do estabelecimento de relações afetivas estáveis de uma identidade sexual e da aquisição de um sistema de valores pessoal - a “moral própria” (p.87).

O adolescente tem o desejo de explorar as sensações oferecidas pela vida sexual e, concomitantemente a isso, adquire habilidades para lidar com seu corpo, afetos e desejos, estando fisicamente apto para exercer suas funções sexuais. Usualmente age por impulso, na tentativa de autoafirmação no grupo, ou servindo-se da atividade sexual para contestar os pais ou a sociedade. Outros iniciam a prática sexual ativa a partir do momento que se percebem mais aptos a lidar com suas emoções e sentimentos (SAGGESE, 2001).

A partir da disseminação do uso da pílula anticoncepcional, a mulher pode reivindicar igualdade de direitos com o homem, fato que contribuiu para que valores como a virgindade fossem reduzidos em relação à importância que tinham em tempos passados. O controle das doenças sexualmente transmissíveis, por meio de antibióticos, marginalizou temores das antigas gerações e foram substituídos pela ameaça do vírus da AIDS. Por esses motivos, ficaram no passado a restrição das relações sexuais pré-conjugais por razões morais, riscos de doenças ou de gravidez indesejada (TAVARES, LAPOLLI; PETRESCO, 2013).

Em um estudo realizado na periferia do município de São Paulo por Borges, Latorre e Schor (2007) estes encontraram em seus resultados que “ter 17 anos de idade ou mais, elevou a chance de iniciação sexual, independentemente de ser do sexo feminino ou masculino” (p.1592). O adiamento do início da vida sexual é mais frequente entre os jovens mais escolarizados e de famílias com maior renda (LEVISKY, 2006).

Outros fatores descritos como associados à iniciação sexual de adolescentes se referem a aspectos familiares, pois o ambiente familiar tem forte influência no comportamento sexual. Morar com apenas um dos pais, ou com nenhum deles, parece elevar a chance de iniciação sexual entre adolescentes, ao passo que o maior monitoramento parental e os diálogos mantidos entre pais e filhos sobre assuntos relativos a sexo, foram associados ao adiamento da primeira relação sexual (TAVARES, LAPOLLI; PETRESCO, 2013).

Ver-se como um ser sexual, reconhecer a própria orientação sexual, chegar a um acordo com as primeiras manifestações da sexualidade e formar uniões afetivas ou sexuais, fazem parte da aquisição da identidade sexual. A consciência da sexualidade é um aspecto importante na formação da identidade, que afeta profundamente a autoimagem e os relacionamentos. Embora este processo seja impulsionado biologicamente, sua expressão é, em parte, culturalmente definida (PAPALIA; FELDMAN, 2013)

Os adolescentes e jovens vivem suas primeiras emoções sexuais em seu próprio ambiente familiar, em um misto de curiosidade, prazer, culpa, vergonha. Eles são inundados por sensações novas, prazerosas, mas temidas, tidas como proibidas (SAGGESE, 2001). Gradativamente, dirigem seus sentimentos afetivos e sexuais para fora do grupo familiar. O sexo oposto, por ser ainda desconhecido, é tanto desejado quanto temido, e o adolescente tende a se aproximar dos pares do mesmo sexo (LEVISKY, 2006). Na fase inicial da adolescência, é comum se observar garotas e rapazes dançando em grupos separados, meninas andando de mãos dadas entre elas e rapazes fazendo brincadeiras de “passar a mão” uns nos outros. Algumas experiências com os pares do mesmo sexo podem ocorrer com conotação erótica, mas essa prática homossexual pode ser transitória, sem que esteja se organizando como sistema funcional (TAVARES, LAPOLLI; PETRESCO, 2013).

Os relacionamentos com os pais e pares podem afetar a qualidade do relacionamento amoroso. O próprio casamento ou relacionamento afetivo dos pais pode servir como modelo para os filhos adolescentes. O grupo de pares forma o contexto para a maioria dos relacionamentos amorosos e pode influenciar a escolha do parceiro e o modo como o relacionamento se desenvolve (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Há uma espécie de “escala” de graduação nos relacionamentos ficar, namorar e amigar/casar. Onde o “ficar” ou a “ficada” está num envolvimento afetivo e/ou

sexual com ênfase no presente caracterizando relacionamento passageiro sem vínculos pessoais ou mesmo compromisso duradouro. Há menos cobranças nas relações e traz a possibilidade de conhecer maior número de parceiros, com troca de carícias; raramente ocorre a iniciação sexual das meninas. Dependendo da segurança afetiva dos adolescentes para um compromisso e vínculo amoroso o ficar pode ou não se transformar em namoro (PANTOJA, 2003; AMARAL; FONSECA, 2006; BORGES; LATORRE; SCHOR, 2007).

O namorar configura um compromisso com expectativa de respeito e fidelidade, assume características tradicionais que obedecem uma “hierarquia de gênero na qual cabe à mulher determinar o ritmo e a dinâmica da relação”; nele é mais comum a iniciação sexual das meninas com a insistência dos parceiros (AMARAL; FONSECA, 2006; TAVARES, LAPOLLI; PETRESCO, 2013). O direito feminino de propor o início de um relacionamento afetivo é reconhecido pelas adolescentes; no entanto, apenas algumas se sentem à vontade para tomar iniciativas durante uma conquista amorosa (AMARAL; FONSECA, 2006).

Já no “namoro”, hierarquicamente superior, algo mais sólido acontece, pois implica um grau mais sério de compromisso afetivo e social; está implícita a fidelidade e talvez o convite para frequentar a família. Em qualquer dessas fases, pode ocorrer a relação sexual, pois não há normas externas e/ou restrições quanto ao grau de intimidade entre adolescentes/jovens. Na realidade, há uma imprevisibilidade quanto ao momento em que acontecerá a primeira relação, uma vez que os adolescentes não assumem, nem para si mesmos, se estão ou não vivendo um relacionamento sexual. A ocasião da primeira relação sexual depende mais dos valores de convicção, de pelo menos um dos elementos do par, que pode conter o ardor do impulso sexual, principalmente se não houver a influência inebriante de drogas naquele momento (SOCCI, 2010).

2.7 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Para Durkheim (1983), o fenômeno social possui repertório conceitual. Nele vários indivíduos combinam pelo menos uma ação em comum e dessa combinação resulta um produto coletivo observado no senso comum. Moscovici (1993) defende

que a teoria das representações sociais estudam os fenômenos sociais, como forma de conhecimento e reconhecimento do cotidiano. Em outras palavras como as pessoas compartilham conhecimentos, experiências, expectativas e crenças no dia a dia, e a partir daí se apresentam para o resto do mundo.

A pesquisa qualitativa é uma modalidade de investigação científica que visa a conceitualização do objeto. É apropriada para a compreensão de alguns fenômenos de natureza subjetiva de domínios qualificáveis como, por exemplo, a experiência humana no que tange a cultura, experiência de vida ou estudo de caso (ANDRADE, 2013). Os sujeitos do estudo qualitativo são pessoas de determinadas condições sociais, pertencentes a determinados grupos sociais, com suas crenças, valores e significados (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Aqui optou-se pela técnica Discurso do Sujeito Coletivo DSC por ser um método que propõe conservar o objeto “pensamento” sem fragmentá-lo. Permite aos participantes, se expressarem sem a preocupação de classificar ou categorizar suas opiniões e objetiva gerar ou reconstruir fenômenos subjetivos. A soma dos pensamentos individuais sobre um mesmo assunto, na mesma sociedade, no mesmo tempo formam o pensamento coletivo que, via de regra, não se pode somar algo que não é palpável, mas é possível equaliza-los por meio da terceira pessoa, o pesquisador (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005a).

A solução proposta na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo por Lefevre e Lefevre (2005a) é manter a característica do que pensam na integridade do discurso, como indissociável do pensamento coletivo “buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas, passando pela coleta e pelo processamento dos dados até culminar com a apresentação dos resultados” (p.12).

De fato, nas pesquisas com o DSC, o pensamento é coletado por entrevistas individuais com questões abertas, o que faz com que o pensamento, como comportamento discursivo e fato social individualmente internalizado, possa se expressar (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005b, p.21).

O Discurso do Sujeito Coletivo DSC foi projetado pela necessidade de se buscar o pensamento dos indivíduos enquanto coletividade. Trata-se de um método de pesquisa qualitativa criado por Lefevre e Lefevre, em 1990, como teoria das representações sociais.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar concepções, experiências e expectativas de adolescentes e jovens infectados com HIV por transmissão vertical nos primeiros relacionamentos afetivo-sexuais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as concepções que adolescentes e jovens infectados pelo HIV por transmissão vertical apresentam nos primeiros relacionamentos afetivo-sexual;
- b) Identificar a existência de experiências de preconceito pela condição sorológica positiva para HIV;
- c) Identificar formas de enfrentamento na resolução de problemas oriundos da soropositividade para o HIV;
- d) Identificar as expectativas em relação ao próprio futuro;

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo qualitativo com base em dados primários coletados em entrevistas individuais. Os participantes foram adolescentes e jovens infectados com HIV por transmissão vertical. O período de coleta foi entre dez/2014 e jun/2015.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

As entrevistas foram realizadas nos dois ambulatórios de referência em doenças infecciosas da capital sul-mato-grossense - Campo Grande - que atendem pessoas de todo o estado: o Centro Especializado em Doenças Infecciosas e Parasitárias do Município (CEDIP) e o Hospital Dia Prof^a. Esterina Corsini, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

No CEDIP, administrado pela Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), são atendidos pacientes portadores de doenças infecciosas e parasitárias, com livre demanda e/ou encaminhamento de outras unidades de saúde. Para os portadores do HIV são oferecidos o Serviço de Assistência Especializado (SAE), o Hospital-Dia e o Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT). O CEDIP conta com os serviços de equipe multiprofissional, que inclui médicos infectologistas, ginecologistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, odontólogos, farmacêuticos e técnicos de laboratório, enfermagem, administrativos, entre outros.

O Hospital Dia Prof^a. Esterina Corsini, do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, atualmente é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação. Desenvolve atividades de pesquisa e extensão, sendo referência estadual em doenças infectocontagiosas e procedimento de alta complexidade no tratamento de pacientes com HIV.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram identificadas 53 pessoas com idade entre 15 e 24 anos e infectadas pelo HIV por transmissão vertical em acompanhamento nos centros de referência para doenças infecciosas e parasitárias do município de Campo Grande. Desse total, 42 estavam inscritas no CEDIP e 11 no Hospital Dia Prof^a. Esterina Corsini.

A pesquisadora comparecia nas respectivas unidades de saúde nos dias e horários propostos nos agendamentos de rotina dos possíveis participantes. Estes eram abordados para entrevista após o autoanúncio na recepção.

Os critérios de inclusão para participar deste estudo foram: a) ser infectado com HIV por transmissão vertical; b) ter entre 15 e 24 anos de idade; c) estar em condições de saúde física e mental suficientes para manter diálogo e conceder entrevista; e d) aceitação do responsável no caso de menores de 18 anos. Como critério de exclusão foram: a) ser HIV negativo ou infectado por outra via diferente da TV; b) recusar participar da pesquisa ou no caso dos menores de idade, ausência de autorização do responsável; c) condições ou característica próprias de saúde que impeçam a qualidade de diálogo;

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para obtenção dos dados sociodemográficos dos participantes foi utilizada entrevista semi-estruturada, seguida de pergunta norteadora, cujo roteiro (Apêndice A) é composto por sexo, idade, pessoas com quem residem, escolaridade dos responsáveis, status da orfandade, naturalidade, religião e escolaridade do participante.

Visando neutralidade científica, o momento da entrevista foi o primeiro contato da pesquisadora com os participantes. A fim de respeitar o sigilo do conteúdo concedido pelos adolescentes e jovens, as entrevistas foram realizadas individualmente, sem a presença de outro profissional ou acompanhante, em salas/consultórios individuais disponíveis no momento.

Após a leitura e assinatura do TCLE, foi solicitado ao participante autorização para gravação sonora. As entrevistas sonoras foram armazenadas em hardware de armazenamento externo, sob posse da pesquisadora, e seus conteúdos foram transcritos.

4.5 PROCEDIMENTO DE ORGANIZAÇÃO DA ANÁLISE DOS DADOS

A organização dos depoimentos para análise dos dados foi realizada utilizando-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefèvre e Lefèvre.

A partir da seleção das expressões chaves, que são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento são retiradas as ideias centrais que, por sua vez, descrevem os sentidos presentes nas falas dos participantes e também no conjunto de resposta dos diferentes participantes que se assemelhem ou complementam. Assim o DSC é a reunião das expressões-chave nos depoimentos, que tem as ideias centrais de sentido semelhante ou complementar (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013; LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Adolescente: 10 a 19 anos de idade (BRASIL, 2013).

Jovem: 15 a 24 anos de idade (BRASIL, 2013).

Concepção: compreensão que o homem tem de si mesmo e do seu meio. Estão constantemente sendo validadas pelas experiências (BEM, 1973).

Experiência: relação entre a situação em que ocorre o comportamento, o próprio comportamento e suas consequências (SKINNER, 1974). Comportamento aprendido oriundo da interação específica entre o organismo e o ambiente em que ele está durante e depois de sua atuação (BOTOMÉ, 2013).

Enfrentamento: resposta de afrontamento destinada a mudar a natureza da situação problemática, as próprias reações emocionais negativas ou ambas (NEZU;

NEZU, 1996). Comportamento, que por meio da manipulação de variáveis, o indivíduo lida com alguma dificuldade, tornando mais provável o surgimento da solução de problemas. Formando repertório individual de comportamentos para encontrar a solução para um problema (JACOB, 2004).

Expectativa: Esperança fundada em supostos direitos, probabilidades ou promessas (FERREIRA, 1986).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obteve o parecer favorável número 867.362 em 10 de novembro de 2014 do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) (Anexo A). Recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da diretoria do Hospital Dia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Aos participantes, bem como seus os responsáveis, quando menores de 18 anos, foram abordados para leitura e coleta de assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Adolescente abaixo de 16 anos TALE (Apêndice E) e TCLE do responsável (Apêndice C); Entre 16 anos completos à 17 anos (Apêndice D) e TCLE do responsável (Apêndice C); A partir de 18 anos completos TCLE (Apêndice B),

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 53 pessoas, com idade entre 15 e 24 anos e infectados pelo HIV por transmissão vertical, 42 estavam inscritas no CEDIP. Neste centro foram abordadas 19 pessoas (45,23%), no período de dezembro/2014 a junho/2015. Das 19 abordadas, cinco (33,33%) entraram em critério de exclusão e 14 foram entrevistados. Os motivos para executar o critério de exclusão foram a recusa em participar, que aconteceu com dois participantes; e ausência de condições de saúde física e mental no momento de conceder entrevista que aconteceram com três participantes, a primeira estava com o filho de quatro meses sob seus cuidados, a segunda possui déficit intelectual e o terceiro estava internado em estado grave, vindo a óbito em alguns dias.

Do total de 53 pessoas, com idade entre 15 e 24 anos e infectados pelo HIV por transmissão vertical, 11 candidatos a pesquisa são acompanhados no Hospital Dia Prof^a. Esterina Corsini. Desses, três (27,27%) pessoas foram abordadas entre abril/2015 a junho/2015. Duas (18,18%) entrevistas foram realizadas e um candidato entrou em critério de exclusão ao recusar-se no momento da leitura do TCLE após conhecer o nome da pesquisa.

Foram 16 entrevistas concedidas por adolescentes e jovens da faixa etária de 15-22 anos, portadores de HIV infectados por transmissão vertical. Esse número corresponde a 30,18% do total. As entrevistas foram encerradas como previsto no cronograma e seus conteúdos considerados satisfatórios para a pesquisa.

As características sociodemográficas dos adolescentes e jovens entrevistados estão sintetizadas na tabela 1, com as informações sobre sexo, faixa etária, escolarização atual, orfandade, religião autodenominada e pessoas com quem residem.

A distribuição entre os sexos foi metade para feminino e masculino. E a distribuição da faixa etária (56,3%) de adolescentes e (43,8%) jovens foi semelhante.

Metade dos entrevistados se autodeclararam sem religião e, a outra metade, cristãos. Atualmente, no Brasil é permitido expressar a religiosidade sem sofrer repressões públicas. Esse fato encoraja a liberdade de transitar livremente em processo de desconversão e reconversão evidenciando o pluralismo religioso.

Tabela 1 – Distribuição das características dos entrevistados segundo sexo, faixa etária, escolarização atual, orfandade, religião e pessoas com que residem, Campo Grande, MS - 2015

| | CEDIP | | HU | | Total | |
|-----------------------------|-------|------|----|------|-------|------|
| | N. | % | N. | % | N. | % |
| Sexo | | | | | | |
| Feminino | 7 | 43,8 | 1 | 6,3 | 8 | 50,0 |
| Masculino | 7 | 43,8 | 1 | 6,3 | 8 | 50,0 |
| Faixa etária (anos) | | | | | | |
| 15-19 | 9 | 56,3 | 0 | - | 9 | 56,3 |
| 20-23 | 5 | 31,3 | 2 | 12,5 | 7 | 43,8 |
| Escolarização atual | | | | | | |
| Ensino Fundamental | 5 | 31,3 | 0 | - | 5 | 31,3 |
| Ensino Médio | 2 | 12,5 | 0 | - | 2 | 12,5 |
| Ensino Superior | 4 | 25,0 | 0 | - | 4 | 25,0 |
| Parou de estudar | 3 | 18,8 | 2 | 12,5 | 5 | 31,3 |
| Orfandade | | | | | | |
| Óbito materno | 4 | 25,0 | 1 | 6,3 | 5 | 31,3 |
| Óbito paterno | 3 | 18,8 | 0 | - | 3 | 18,8 |
| Óbito materno e paterno | 2 | 12,5 | 0 | - | 2 | 12,5 |
| Desconhece ou não sabe | 5 | 31,3 | 1 | 6,3 | 6 | 37,5 |
| Religião | | | | | | |
| Cristã evangélica | 5 | 31,3 | 0 | - | 5 | 31,3 |
| Cristã católica | 2 | 12,5 | 1 | 6,3 | 3 | 18,8 |
| Sem religião | 7 | 43,8 | 1 | 6,3 | 8 | 50,0 |
| Residência | | | | | | |
| Pais biológicos ou adotivos | 7 | 43,8 | 2 | 12,5 | 9 | 56,3 |
| Avós | 3 | 18,8 | 0 | - | 3 | 18,8 |
| Tios | 2 | 12,5 | 0 | - | 2 | 12,5 |
| Conjuge | 1 | 6,3 | 0 | - | 1 | 6,3 |
| Amigos | 1 | 6,3 | 0 | - | 1 | 6,3 |

Os achados que Rodrigues (2012) obteve em seu estudo com pessoas que se autodeclararam sem religião no censo de 2010 foi: sem religiosidade, para ateus ou agnósticos, foi usado para aqueles “totalmente descrentes ou duvidosos da crença no transcendente”, e, com religiosidade, para aqueles que “mantinham sua fé em Deus ou algum outro tipo de força transcendente” (p.350).

Aproximadamente um terço dos participantes 31,3% havia interrompido os estudos quando foram entrevistados. Oliveira, Negra e Nogueira-Martins (2012) encontraram em seus resultados que o ambiente escolar para jovens HIV+ tem atribuição de inserção social e conquista de autonomia, o que contribui para a composição de sua identidade. Pode-se inferir que os jovens da presente pesquisa poderão ter dificuldades na socialização.

Dos adolescentes e jovens analisados, nove (56,3%) residiam com pai ou mãe biológicos ou adotivos. Somados aos três (18,8%) que residem com avós e dois (12,%) com tios, que podem estar desempenhando o mesmo papel. Em população jovem sem especificação para sorologia de HIV, Socci (2010) salienta para o aumento da permanência desta geração na casa dos pais.

Por outro lado, na literatura específica da realidade de pessoas vivendo com HIV revela a orfandade como característica. Pois mesmo os que residem com pais biológicos são órfãos de pai ou mãe. Em estudo transversal realizado em Porto Alegre (RS) por Doring, França-Junior e Stella (2005), com 1131 orfãos pela AIDS, encontraram que 70% perderam o pai, 50% perderam a mãe e 21% perderam ambos. Na ocasião daquela pesquisa 41% viviam com a mãe, 25% viviam com os avós e 5% viviam em instituições.

Os relatos obtidos dos adolescentes e jovens infectados pelo HIV por transmissão vertical, protagonistas deste estudo, foram organizados por categorias, assim dispostas: eixo 1 - concepções; eixo 2 - experiências; eixo 3 - enfrentamentos; e eixo 4 - expectativas. Cada eixo é composto por Ideias Centrais (IC) que, por sua vez, são formadas por um ou mais Discursos do Sujeito Coletivo (DSC).

5.1 EIXO 1: CONCEPÇÕES

O primeiro eixo foi constituído por discursos que refletiam as concepções que os adolescentes externaram. Essas estão divididas nas três ideias centrais: 1) A seletividade é algo que observo em mim e valorizo no outro; 2) O relacionamento homoafetivo é considerado ainda um problema para alguns, como, também, natural para outros; 3) Existe homem aproveitador e o homem para casar, assim como existe a mulher fácil.

IC1: A seletividade é algo que observo em mim e valorizo no outro (10 participantes)

Os participantes discursaram sobre as principais características auto-observadas e as essenciais que um parceiro precisa ter em um relacionamento. O adolescente diferencia suas características dos demais na busca de sua autoafirmação. Esse processo se inicia em torno dos quatro anos de idade e torna-se dinâmico durante toda a vida do ser humano. Mas na adolescência essa característica é predominante (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

DSC A: Eu sou só um pouquinho impaciente, assim ciumento(a). Eu não sou uma pessoa de festa também não sou de fletar. Sou muito desligado(a) pra essas coisas, eu não consigo beijar a pessoa a primeira vez, tem que ser aos poucos, um pouco mais de afeto. Cada um tem seu jeito, nem todo mundo é a mesma pessoa, a mesma coisa. Eu não sou que nem os(as) gurí(a) lá que atira em qualquer uma(um), entendeu? Eu já não consigo pegar. Tenho preocupação com o meu corpo. Também com o querer dela(e).

DSC B: Eu prefiro mais a(o) mais quieta(o), que fica no cantinho dela(e) e pá. Se chegar aqui eu até zoo, brinco, mas não fico naquela cobiçasão, entendeu? De ah, “aquela” não, entendeu? Mais de boa. Acho que um pouco mais de conhecimento talvez sobre a pessoa, pra mim é na conversa assim, primeiro fico amiga(o) da pessoa, aí depois eu tenho relação sexual com ela(e) porque se chega nesse ponto de eu não me segurar é porque a(o) menina(o) chama muito atenção, não precisa ser muito bonita(o), só precisa chamar minha atenção, ser interessante.

Como pode ser observado no conteúdo dos DSCs deste estudo, os participantes elencam características pessoais em si e nos outros, essa percepção constitui o autoconhecimento que demonstra a consciência da diferença do outro. Para Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silvaes (2009) a identidade pode ser considerada como um processo em construção multidimensional, que implica definir quem a pessoa é, quais são seus valores e quais direções deseja seguir pela vida. A adolescência é o período do ciclo de vida onde são preponderantes a formação ideológica, a escolha profissional e de parceiro sexual - para citar algumas - e estão fundidos com a entrada na vida adulta. Por isso, a adolescência é um período de autodescoberta e autoavaliação. PIRES *et. al.* (2012) defendem que o modo como

se percebe e alimenta esta percepção nas experiências cotidianas desenvolve no indivíduo a autoestima.

Como destacado por Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silvaes (2009), com o passar do tempo, durante o processo de construção de identidade, o adolescente identificará quais serão seus valores e crenças, refletirá a respeito, para então, no início da vida adulta, assumir compromissos.

Nesse processo contínuo de formação da identidade, as pessoas recebem várias influências; dentre as principais, está a família. A relação predominantemente positiva, cultivada entre mãe e filha, favorece o desenvolvimento da identidade feminina (SERON; MILANI, 2011). Por outro lado, relacionamento familiar com prejuízo e pouco diálogo pode deixar o adolescente carente de intervenções de suporte e orientações (SEHNEM; FAVERO; BONADIMAN, 2015). O comportamento diferenciado dos pais em relação à criação das filhas e filhos interfere na postura que eles assumem em relação à sexualidade. Isso se confirma quando eles se “intitulam, pensam e agem de forma bem distinta” (AMARAL; FONSECA, 2006, p. 475).

Nesta fase, já fica evidente o processo de idealização de parceiros afetivo-sexuais, que pode incluir o desejo de um casamento. Este processo é construído desde a infância, onde há normas sociais, extra e intrafamiliares, somadas às experiências do jovem amante, que vai selecionando as características que considera ideais. Essas expectativas podem ser alteradas, mantidas ou superadas ao consolidar o casamento (FONSECA; DUARTE, 2014).

Diante dos DSCs deste estudo e em concordância com a discussão apresentada, pode-se inferir que há um padrão de comportamentos cautelosos, provavelmente gerados pela presença do HIV. Isso sugere que os participantes tem receio da exclusão e/ou rejeição. Ribeiro *et. al.* (2013) encontraram em seus estudos que a família e a rede primária de cuidados são as únicas que sabem da condição sorológica, pois o adolescente teme que se for descoberto, “seu ciclo social e sua aceitação pelo outro sejam modificados” (p.685)

IC2: O relacionamento homoafetivo é considerado ainda um problema para alguns, como, também, natural para outros (quatro participantes)

Muito além do sexo biológico, o papel masculino e feminino ensinado e desempenhado pela sociedade, geração após geração, leva as pessoas a esperar e reproduzir funções rotuladas de homem e de mulher. Cada sociedade atribui às pessoas incumbências e identidades diferentes, de acordo com o entendimento que têm do que é ser homem ou mulher (BRASIL, 2011).

Na segunda ideia central do eixo concepções, observam-se duas visões antagônicas: uma conservadora e outra de liberdade. Ambas estão ilustradas nos DSCs (quatro participantes) que se seguem.

DSC A: *Claro que é de mulher. Eu não tenho problema nenhum não, eu sou homem.*

DSC B: *Porque tipo assim passivo é quando você recebe te usam e ativo é quando você é que faz você é que pratica o ato com aquela pessoa, é uma confusão (risos). Agora não tem disso, agora eu acho ridículo esse negócio de passivo, ativo. Eu tenho um relacionamento com uma mulher já faz dois anos e meio e não me considero nem hetero, nem gay.*

O DSC A aponta para duas questões sobre papéis sexuais presentes na sociedade brasileira. O primeiro é o machismo que precisa ser afirmado e reafirmado com *status* social, e o segundo a intolerância a homossexualidade esta interpretação corrobora com Minayo (2005).

Paiva, Aranha e Bastos (2008, p.63) compararam opiniões e atitudes em relação à sexualidade, numa pesquisa de âmbito nacional, em 1998, e repetida em 2005; seus resultados revelam um crescimento da tolerância em relação ao sexo homossexual. Dizem eles que embora “a aceitação da homossexualidade tenha crescido, a tolerância ainda representa a opinião da minoria dos brasileiros”. Essa ocorre em maior número entre os amigos e, na família, menos. Em contrapartida, a “religião seria a principal força contrária a um aumento mais rápido e expressivo na tolerância às práticas homossexuais”.

Brêtas *et. al.* (2011, p.3226) identificaram aspectos da sexualidade de adolescentes (12-19 anos) estudantes de ensino fundamental e médio, no interior de São Paulo. A maior parte dos garotos (76%) e garotas (63%) se disse heterossexual e 21% masculino / 35% feminino declaravam-se bissexuais nos relacionamentos. Ninguém se declarou homossexual. Nas respostas sobre homossexualidade, a

maior parte das garotas (65%) entendia como uma escolha como outra qualquer, enquanto que os rapazes (47%) consideravam um comportamento errado e absurdo, confirmando “que vivemos em uma sociedade ainda discriminatória quanto à orientação afetiva e sexual dos indivíduos”.

Para Borges e Schor (2007, p.232) os homens sofrem pressões sociais para ratificar os modelos de masculinidade dominante, inseridos em sua rede sociocultural, por isso os adolescentes precisam ser vistos em sua singularidade e diversidade, assim como no âmbito de suas relações com o outro, seja a parceria afetivo-sexual, seja seu grupo de iguais. Nesses ambientes socioculturais, onde se perpetuam os padrões tradicionais de masculinidade, como a “dissociação entre sexo e amor”, e se transpõem para a iniciação sexual, circunstância em que os homens adolescentes buscam reproduzir modelos de sexualidade. Ao mesmo tempo que podem buscar diferentes parâmetros além do costumeiro induzido à masculinidade, contemplando, por vezes, as questões do amor, romance e compromisso nos primeiros relacionamentos sexuais.

O DSC B é melhor explicado por duas realidades que se aproximam da literatura. A primeira é que o exercício sexual com parceiros do mesmo sexo não tem sido considerado como identidade bissexual ou homossexual (MAKSUD, 2012).

A segunda, pelo movimento político ideológico *queer*, que defende uma política pós-identitária, sem fronteira de gênero, em que sexualidade e prática corporal não normativa possam se expressar. Esse movimento conduz sua crítica à matriz heteronormativa, que define heterossexualidade como norma e a homossexualidade como desvio. Pondera que ambas as categorias, hetero e homossexualidade, são centrais para a organização das práticas sociais, do conhecimento e das relações entre os sujeitos (SILVA, V. L. M. 2015).

Silva, V. L. M. (2015, p.299), questiona se o ponto que mais interessa nessa discussão seja que o *queer* defende a “não naturalização das identidades tanto de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, quanto das mulheres”. No campo político, quando o objetivo é se posicionar contra e/ou contestar ‘todo tipo de normalização, assimilação e inclusão de sua “identidade” pela matriz heteronormativa’, os grupos homossexuais se autodenominam *queer*. Logo, essa crítica se estende para a “agenda do movimento homossexual hegemônico em sua luta por direitos iguais aos heterossexuais (casamento, adoção de crianças, etc.)”.

IC3: Existe o homem aproveitador e o homem pra casar, assim como existe a mulher fácil (dois participantes)

Esta ideia central revela aspectos diretamente ligados à cultura na qual estão inseridos os entrevistados, em que ficam explícitos alguns comportamentos aprovados e outros desaprovados por eles. Esses valores são reproduzidos geração após geração, formando concepções que justificam comportamentos.

A visão de mundo, que também pode ser definida como ideologia, resulta no complexo heterogêneo de crenças, mitos, informações, preconceitos, que compõem o arranjo cognitivo que cada pessoa resgata para emitir opiniões sobre situações polêmicas, justificar escolhas ou defender ponto de vista (SILVA, V.A.C., 2015). Essas opiniões ideológicas podem ser identificadas nas particularidades que estão explícitas nos DSCs.

DSC A: *Duvido! Na real eu sei o que ele quer, eu sei muito bem o que ele quer! O que ele quer, é fazer o que toda a maioria quer fazer comigo: aquilo (ato sexual).*

DSC B: *Tem a mesma idade, me aceitou (HIV +), tudo certinho e também não é que nem os outros meninos, né? Que quando namora alguns dias já quer pular pra aquilo (ato sexual). Comigo não é assim, né? Mas ele me compreende, me entende, vai me esperar, pensa como eu também, né? Até que enfim existe homem que pensa em casar.*

DSC C: *Não era muito santa, tinha passado (ato sexual) por alguns do bairro e eu fui um, já acho que essa aí não vale a pena. Eu ficava na cabeça que outros passaram, tá ligado?*

Como observado nos DSCs a condição de ser soropositivo pouco influenciou nas normas em relação à atividade sexual. Estas devem ser compreendidas na cultura e organização social da sexualidade, em nível local (PAIVA; ARANHA; BASTOS, 2008). Na cultura sexual brasileira, predomina forte divisão de gênero,

sobressaindo a lógica hierárquica, com comportamento passivo das mulheres e ativo dos homens (PANTOJA, 2003).

Em relação ao DSC C, Ribeiro (2003, p.350) investigou a sexualidade e socialização infantojuvenil presentes em jogos sexuais. Os garotos afirmavam sua “virilidade e condição de macho”; em contraste, as meninas eram notadas como “decentes” ou “indecentes”, de acordo com o “grau de aceitação à brincadeira ou jogo erótico”. Nessas brincadeiras foram encontradas, como representações masculinas, que “a mulher não pode expressar desejo”, e, caso aconteça, “são estigmatizadas por terem interesses sexuais, tais quais os homens têm na vida diária”.

As características dos três DSCs, também são vividas nos jogos sexuais e nas representações de gênero, socialmente reproduzidas e carregadas dos valores imputados na mente e corpo das crianças, como a perda de virgindade, poder e moral social. Evidenciada nos discursos das meninas de 10 e 8 anos, “tem bom comportamento aquela menina que não xinga, não dá ousadia aos meninos”(menina, 10 anos) e “as que têm mau comportamento, batem nas pessoas fracas, procuram ousadia com os meninos”(menina, 8 anos) (RIBEIRO, 2003).

Na dinâmica das relações de gênero, Brêtas *et. al.*(2011, p.3226) apontam que, como consequência histórica da educação com bases na cultura patriarcal, a virgindade feminina ainda é valorizada. Para as meninas são impostos comportamentos de recato em relação ao sexo, o que resulta em elevado valor atribuído à virgindade para elas, chamando atenção para a justificativa de que não são mais virgens ao iniciar um namoro. Os meninos atribuem grande valor à virgindade feminina, mas eles estão isentos de tal prática, fato denotado na construção social que espera que “os meninos tenham experiência sexual e apresentem vergonha de dizer que são virgens”.

Em contrapartida, como constatado no DSC B, há adolescentes que fazem a opção por respeitar o ritmo das garotas. Alguns adolescentes virgens justificam sua opção por meio de questões românticas, “como não ter encontrado a pessoa certa ou porque gostaria de se casar virgem”, valorizam o sentimento de amor e entrega à pessoa amada, concomitante à pressa “física e instintiva para o sexo” (PEREIRA; ROMÃO; VITALLE, 2014, p.77).

O DSC C expressa outro aspecto das primeiras relações sexuais masculinas - a curiosidade e a aspiração de não ser mais virgem, denunciando uma característica

de experimentação. Possivelmente há um código de conduta que determina que, a partir de uma certa idade, “a virgindade passa a ser um peso na vida dos adolescentes”, impulsionando ainda mais para que haja a iniciação sexual (BORGES; SCHOR, 2007, p.231).

Mesmo sendo comum conversar sobre sexo com menores de 15 anos, há grande valorização da virgindade até o casamento e da fidelidade, para homens e mulheres (PAIVA; ARANHA; BASTOS, 2008). No estudo de Brêtas *et. al.* (2011) a maioria dos adolescentes declararam não existir uma idade específica para iniciar um namoro. Mas indicaram a faixa etária de 13 a 16 anos.

No DSC C há reprovação de mulher fácil. Nos achados de Pantoja (2003, p.340) os rapazes consideram que a fidelidade é mais importante que a virgindade, e esses cobram tal postura de suas parceiras, não assumiriam relação com garotas galinhas, que para eles são para a “transa e não para compromisso”.

A relação sexual entre os adolescentes tem como contexto predominante o namoro, sendo que as jovens têm maior probabilidade do que os rapazes de relatarem relação sexual com parceiro estável (TAVARES, LAPOLLI; PETRESCO, 2013).

5.2. EIXO 2: EXPERIÊNCIAS

O segundo eixo foi constituído por discursos que remetem às experiências. Elas foram subdivididas em quatro IC: 1) Existe preconceito com o soropositivo na escola, no próprio meio homoafetivo, na sociedade e na família do parceiro sorodiscordante, mesmo que pareça haver compreensão da situação; 2) Os encontros amorosos acontecem pelo *cyberespaço* e nos locais de convívio como escola, casa de um dos envolvidos e ambientes de lazer; 3) Relacionamentos amorosos incluem o amor platônico, revelar a soropositividade ao parceiro HIV negativo, ficar com diversas parceiras, autodescoberta da homossexualidade, relação sexual em grupo e casamento monogâmico heterossexual; e 4) Os primeiros relacionamentos que se finalizam pode ser traumatizantes e determinar muitos anos de sofrimento.

Sejam as experiências comuns a todos os adolescentes, a filhos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, ou experiências específicas aos soropositivos é possível perceber as características culturais que compõe o universo do adolescente-jovem. E conseqüentemente de adolescente-jovem em condição sorológica positiva para o HIV nos dias atuais.

IC1: Existe preconceito com o soropositivo na escola, no próprio meio homoafetivo, na sociedade e na família do parceiro sorodiscordante, mesmo que pareça haver compreensão da situação (quatro participantes)

Após 30 anos do início da epidemia no Brasil, a infância com AIDS carrega a herança social que denota vitimização e medo. Se por um lado e crianças e os adolescentes eram e são considerados vítimas por serem portadores de um vírus que pode reduzir a qualidade e o tempo de vida deles, vistos como “sem futuro, dignos de pena”, por outro ainda paira a dúvida sobre o desconhecido. Essas concepções ocasionam comportamentos verbais e não verbais na comunidade escolar, na vida social e quiçá nos profissionais de saúde, atitudes estas percebidas como discriminatórias nos discursos dos participantes deste estudo.

Nesta ideia central estão os DSCs relacionados ao preconceito relatado no grupo de homossexuais, nos profissionais de educação, de saúde e na família do parceiro sorodiscordante. Tratam de situações que corroboram com achados de outros estudos, nos quais o HIV, além de ser um vírus, carrega no soropositivo o resultado da epidemia social. É possível perceber as dificuldades relatadas de ser portador incondicional de HIV nas situações descritas abaixo, que estão ilustradas no que seria a dupla rede de apoio do adolescente e do soropositivo.

DSC A: *Porque tem aquelas: ah! Vamos fazer uma reunião rápida de todo mundo que tem (HIV). Você não conhece ninguém! Aí você pensa: poxa, pra quê colocaram a gente aqui? Pra debater problema? Todo mundo ficar chorando depressivo? Parece aqueles negócios de zoológico: colocar a fêmea no seu mesmo habitat, tem um macho, vocês vão copular, e ter filhos maravilhosos!! Para a gente mostrar para a sociedade que vocês são pessoas normais!*

DSC B: Quando eu era mais nova minha mãe falava o que eu tinha só pra uma professora. A professora, muito legal (ironia), falou para a diretora. Aí a diretora começou a olhar diferente, com pena. Tinha uma professora minha que falava: Ah! essas pessoas que são assim (HIV) elas vivem sobre coquetéis. Sabe, vivemos sobre coquetéis, mas não quer dizer que a gente é zumbi. Não! A gente é um ser humano normal! Muitas vezes na escola mostra umas palestras quem tem HIV SOBREVIVE num é bom pra quem tem a gente sente constrangido. A gente sente tipo poxa eu tô aqui o que é que eu tô fazendo aqui? Mas o que que a gente vai fazer? A gente vai levantar a mão e vai falar (condição sorológica)? Num vai, porque a gente tem medo, né?

DSC C: O HIV já interferiu muito, porque dentro desse meio de gays e lésbicas o preconceito é bem maior. Se preocupam muito do que os outros vão dizer, é bem complicado lidar com eles. Não vão muito pelo sentimento, vão mais pela razão. Tipo se você tem alguma coisa, o que vão falar de mim? ... Em meio de grupinho de meninas, que são lésbicas, elas mesmo tem um preconceito muito grande, tanto à sua sexualidade, o que a família vai dizer ou que as pessoas de fora já estão já dizendo, elas se fecham no próprio mundo delas, pensam que ninguém sabe, mas o físico já mostra sabe? Igual eu falo assim lésbica você conhece de longe, não sei se é porque eu já tenho relacionamento com uma (risos), né?

DSC D: Um dia eu falei pra um menino. Aí a mãe dele foi na minha casa, eu pensei: Ela vai matar minha mãe. Não era certo EU namorar, porque eu tinha que namorar alguém que tinha o mesmo problema que eu. Aí assim, por conta do HIV ele acabou se afastando, a família dele meio que proibiu ele de ficar perto de mim. Aí eu até acho que a família dele deve ter pensado que ele deve ter feito alguma coisa comigo, né(ato sexual)? Mas lá dentro. Eu não vou colocar um filho contra um pai, contra uma mãe, então eu prefiro ficar solteira, assim normal.

DSC E: Ficava incomodada por causa do jeito que eles falavam das pessoas que tem HIV. Tem pessoa que fala umas coisas assim, vou falar na real, dá muita raiva! Eles falam de um jeito assim, como se a gente escolhesse tá nessa situação que a

gente tá. Como se a gente fosse excluído! Infelizmente ainda tem muito preconceito. Eu nunca gostei das pessoas me olharem com pena não.

Para MARQUES *et. al.* (2006, p. 617) residir em casa de apoio, ser órfão, receber tratamento desigual, sentir-se estigmatizado e discriminado em meios sociais, vizinhança, trabalho, escola e serviços de saúde, estão entre algumas respostas sociais geradas pela epidemia, que são “mais marcantes da epidemia da AIDS, além dos aspectos clínicos dessa doença infectotransmissível”. O estigma, ou marca, é construído num processo social que desvaloriza o indivíduo, transformando-o numa identidade deteriorada (Erving Goffman, 1978, *apud* ZUCCHI *et al.*, 2010).

No DSC B os entrevistados relataram ter vivido situações de preconceito na escola, que é um dos ambientes ao qual, especialmente na infância, muitas vezes os pais julgam necessário comunicar professora e diretora sobre a condição sorológica positiva, em razão da rotina diferenciada que o tratamento requer. Experiências parecidas foram apontadas por Oliveira, Negra e Nogueira-Martins (2012).

Segundo Zucchi *et.al.* (2010, p.732, 733), os relatos de estigma indicam que a comunidade escolar tem limitações que impedem a execução plena do direito à educação, à vida em sociedade, afetiva e sexual dos alunos órfãos. No mesmo estudo realizado com os educadores, encontrou-se racionalidade sobre a transmissão do HIV com a tolerância da proximidade física dos soropositivos, “mas não aceita a experiência da sexualidade de um jovem portador”. Os autores concluíram que os educadores se veem no “direito e dever de intervir no namoro de um jovem casal de alunos sorodiscordantes, sugerindo claramente o rompimento desta relação”.

Além disso, qualquer problema escolar é motivo para os profissionais atribuírem à portabilidade do vírus, como dificuldades de aprendizagem, de relacionamentos interpessoais com colegas, ou esconder a condição de orfandade por AIDS. Na concepção da comunidade escolar, um aluno soropositivo e órfão por AIDS pode ser considerado “como normal (porém nunca, de fato, igual)”; essa postura dos educadores aumenta o perigo de disseminação do estigma e a discriminação referentes ao HIV/ AIDS e pode “aprofundar uma desigualdade social já instalada no âmbito da educação” no que concerne à imposição de obstáculos aos

direitos, à educação, ao lazer, à privacidade, ao sigilo/confidencialidade, à convivência familiar e à vida afetiva dos jovens (ZUCCHI *et al.*, 2010, p.733).

Para Zucchi *et.al.* (2010, p.732) a escola é perigosamente um ambiente propício para a estigmatização, tendo em vista que, em sua essência, é palco para processo de construção social, no qual pode proporcionar a desvalorização do indivíduo, processo que inclui ações dirigidas para a perpetuação e mitigação do estigma da AIDS. Em se tratando de um problema político, dificulta a abordagem da temática da AIDS “somente no que diz respeito a evitar a infecção pelo HIV” pois promove a exclusão das “dimensões vividas por aqueles já afetados (portadores e órfãos)”.

Nos DSCs A e B, a percepção dos participantes, de serem estigmatizados por profissionais, pode ser explicada pela dicotomia demonstrada nos aspectos do chamado “discurso científico” (médico-farmacêutico) em relação ao “discurso moral-comportamental”. Essas condutas são pautadas em matrizes de valores e princípios culturais, historicamente construídas na vida dos profissionais, e manifestas como “pano de fundo”. O que parece estar em causa não é a possível eficácia de uma determinada estratégia que pode, ou não, ajudar a combater a disseminação do vírus, e também oferecer possíveis saídas para cura da AIDS (FAUSTO NETO, 2000, p.99).

Como pode ser observado no DSC E, ao adquirir maior autonomia, que é o caso dos adolescentes, a revelação diagnóstica se torna restrita ou inexistente (OLIVEIRA; NEGRA; NOGUEIRA-MARTINS, 2012, MIZIARA, 2012), pois a chance de rejeição devido à soropositividade para o HIV aumenta proporcionalmente, com a proximidade ou a possibilidade de intimidade na interação com pessoas (GARCIA; KOYAMA, 2008). Para Ribeiro *et. al.* (2013, p.684) a possibilidade de rejeição força no soropositivo a manifestação da “impessoalidade” com todos para “manter-se na convivência do mundo público” e esconde o temor que a “qualquer momento seja descoberta a sua doença”.

Em relação ao preconceito emitido pela família do parceiro sorodiscordante, presente no DSC D, a união de pessoas consideradas sadias a outras tidas como doentes, no caso de várias doenças, é um fato que provoca tensões, estigmas e preconceitos de diversas ordens na sociedade. As diferenças naturais, sociais, raciais ou culturais sempre são motivos para gerar tensões e estigmas. O fato da transmissão do HIV incluir a via sexual, pois o ato sexual é parte importante de uma

relação conjugal atribui aos comportamentos de discriminação maior evidência (MAKSUD, 2012).

Sobre os DSCs C, D e E, as “situações evidenciam a desinformação (ou falta de confiança na informação obtida)” sobre o risco de contaminação por contato social e “reforçam o próprio estigma e geram isolamento e afastamento” dos portadores de HIV e conseqüente preconceito e discriminação (GARCIA; KOYAMA, 2008, p.80). A principal fonte de informações utilizada pelos adolescentes sobre DST/HIV/AIDS (60,6%) é a televisão, e a segunda, é a escola, com o professor (49,3%) (CHAVES *et. al.*, 2014).

Sobre o DSC C, de acordo com Njaine (2015), o preconceito é um fenômeno subjetivo, uma reação emocional que representa o juízo de valor sobre um grupo social ou seus representantes, e que antecede qualquer análise. Tem a função de definir como simples o mundo e grupos alheios, criando categorias sociais e estabelecendo ligação de causa, de mão única, dirigido à pessoa ou ao grupo objeto do preconceito.

No estudo realizado por Oliveira, Negra e Nogueira-Martins (2012) os entrevistados referiram-se a situações preconceituosas em diversos contextos: família, trabalho, escola e outros. Ribeiro *et.al.* (2013) afirmam que, diante do fato de ter HIV/aids, o ser-adolescente é envolvido em circunstâncias de preconceito e discriminação nas situações de vida onde há relações com as pessoas. E nesses movimentos se determinam como se sentem e se constroem, e vão construindo e intensificando os significados das situações na vida.

IC2: Os encontros amorosos acontecem pelo cyberspaço e nos locais de convívio como escola, casa de um dos envolvidos e ambientes de lazer (9 participantes)

É possível perceber que as experiências vividas pelos jovens infectados com HIV seriam semelhantes a de outros jovens soronegativos para HIV. Utilizam os espaços de convivência disponíveis na cultura atual, que acrescenta-se o cyberspaço. Por outro lado, ocuparam para estes encontros um local de convívio exclusivo de soropositivos para o HIV.

DSC A: *Acho que depois que entra na faculdade a gente tem uma certa frequência e começa a sair, né? Começou na escola, é porque o único lugar que criança geralmente vai é escola, né? Eu fiquei com o menino(a) lá da outra sala. Eu pedia pra ficar. Um monte fala não e algumas sim.*

DSC B: *Eh... foi lá em casa, ninguém estava em casa, eu fico sozinho(a). Ela(e) foi vindo comigo, quando cheguei na frente de casa ela(e) pediu pra entrar, aí a gente ficou lá um pouco se beijando, aí a gente foi. Foi bom, foi a primeira vez minha e dela(e). Aí nós ficava, direto. Era natural, dava vontade, nós ia lá e fazia (ato sexual). Eu ia pra dormi lá, dormia com ele(a) na casa dele(a) e ele(a) dormia na minha.*

DSC C: *Normalmente conheço é pelo WhatsApp (risos). Vi na foto. Achei ela bonita. Aí começamos a conversar WhatsApp, Face. Eu, assim, mandava mensagem todo dia: tô gostando de você e tal, te amo, eu quero muito te ver. Aí marquei um encontro com ela, assim pela internet, aí um dia a gente se encontrou na praça, aí se beijamo.*

DSC D: *Tava namorando com um menino da internet, olha as ideias! Um ano assim pela internet. Não faça isso é a pior coisa do mundo. Amava ele. Eu mandava mensagem todo dia, oi te amo, eu quero muito te ver. Ele me traiu com três guria! Postou foto no facebook, beijando as guria, são quatro fotos aproximando a boca do ser humano, dava pra ver a língua. Chorei, lembro que eu chorei, chorei.*

DCS E: *No lar não podia namorar. Tinha que ser escondido das irmãs, se elas descobriam vinham conversar com a gente, falavam que não podia e tal. Tinha uma área só de meninas e uma área só de meninos. E lá a gente acordou no meio da madrugada pra fazer farra, entendeu? Um acordou e acordou os outros e as meninas, e nós ficamos brincando, era verdade ou desafio (risos). A gente viu na escola e queria fazer. Aí cada um deu beijo em um e abraços, nada mais. Ninguém sabia. E também tinha um quartinho lá, fora da casa, sem nada, tipo um depósito, só a parede. Então esse era o quartinho do namoro, só servia pra isso. Era escondido dos funcionários que trabalhavam lá, das irmãs e dos pequenininhos, porque eles*

contavam, então ninguém podia saber. Quem sabia eram só quem ficava mesmo. Daí nós tinha que ajudar, vigiando pra saber se o quarto tava vazio ou cheio, ia ver. E todo mundo combinava quem ia usar o quartinho: agora é sua vez, agora é nossa vez. Era legal! Aí, vixi, a tarde toda namorando. Então eu fiquei lá, o meu primeiro beijo foi lá, eu tinha mais ou menos 10 anos. Foi legal.

DCS F: *Ah! (risos) Geralmente é em alguma casa de algum amigo. Sempre tem um amigo que empresta casa dele nessas horas.*

DCS G : *Eu não costumo ficar com pessoas nas baladas, eu vou pra me divertir, eu não vou pra isso, entendeu? Mas foi só naquela festa. Era festa de aniversário de um amigo nosso, churrasco. Nós dois éramos convidados. Eu conhecia ela já, eu conheci ela através de uma amiga minha. Eu não sabia como era, então foi esquisito.*

No fundamento sustentado por Gunther *et.al.* (2003), identidade se constitui na soma das relações interpessoais, construções sociais e interrelações que se estabelece com os lugares significativos. Ou seja, o ambiente físico enquanto componente cultural, é integrante do desenvolvimento humano. Há lugares com potencial de aglutinar qualidades da pessoa e do ambiente, a identidade de lugar; este contribui para a autodefinição da pessoa, uma das tarefas do desenvolvimento na adolescência.

O lugar preferido dos adolescentes é a própria casa, onde forma a matriz primária da vida dos indivíduos. Mas, para essa geração, a moradia de longe é o nicho exclusivo do seu desenvolvimento. Muito cedo, as atividades acadêmicas curriculares e extracurriculares competem com a residência que se transformou “quase em dormitório” (GUNTHER *et. al.*, 2003, p. 305).

No que se refere ao lazer, há semelhança nos interesses de adolescentes e jovens inseridos na cultura ocidental. Como reflexo das capacidades e limitações do ambiente em que vivem, está o modo como os jovens passam o seu tempo. Diante do atual contexto de globalização, em que há propensão à propagação de informações, as escolhas de atividades de lazer de adolescentes parecem ser influenciadas de forma bastante semelhante, independente do nível socioeconômico. Ouvir música e assistir à televisão, atividades que podem ser realizadas na própria

casa ou locais de fácil acesso, como escola e vizinhos, são consideradas pelos adolescentes como muito importantes ou importantes (PFEIFER; MARTINS; SANTOS, 2010).

Mesmo as crianças se interessam por questões sexuais, articulam linguagens e práticas sobre a sexualidade por meio de jogos sexuais apreendidos nos variados espaços de sociabilidade. Assim pode ser percebida nas brincadeiras nos comportamentos de obscenidade, palavrão e nos jogos eróticos com o corpo. Em suma, é como se a sexualidade estivesse no âmbito da diversão, diferente de sua dimensão normativa/reprodutiva. Portanto não merecendo atenção especial em conversas com adultos (RIBEIRO, 2003).

Na escola há grande controle disciplinador sobre as formas de comportamento sexual das pessoas, historicamente é uma tentativa de “produzir e reproduzir corpos dessexualizados e disciplinados”. Isso é tão marcante que as meninas procuram reproduzir os comportamentos das professoras ao referirem as condutas masculinas em relação à agressividade e eroticidade. Para felicidade de muitos a vigilância dos adultos ou colegas é ineficaz. Dessa forma, alguns momentos são aproveitados para “brincar com o corpo e suas significações e estabelecerem os códigos sexuais” específicos de cada grupo (RIBEIRO, 2003, p.350).

As professoras utilizam discursos supostamente científico-biológicos associados à reprodução, anatomia e fisiologia humanas como mecanismo controlador dos comportamentos das crianças com o intuito de naturalizar a sexualidade e as representações sobre o corpo. Essa postura promove dicotomia na visão de mundo das crianças sobre a sexualidade: por um lado a norma, disciplinadora e medicalizante, e de outro a “criação fantasiosa, das brincadeiras erotizadas, da ‘sacanagem’, da ‘osadia’”. No processo de formação da sexualidade “essas duas concepções se chocam” pois as crianças aprendem na rua, com os colegas, nas revistas, na televisão, enquanto a escola só reconhece legitimidade no discurso médico/normalizador, moralizante e institucionalizado (RIBEIRO, 2003, p.351).

Ambientes sociais em geral como festas, cinemas, atividades esportivas, clubes, igreja, favorecem a aproximação e o contato físico através de apertos de mãos, abraços, beijos ocasionando aumento das chances de contato com o “objeto” de desejo sexual. Nessas situações surgem diversas formas de comunicação verbal

e não verbal do desejo dos primeiros flertes. Muitas vezes o romantismo não vai além do amor platônico, da imaginação, e o amado nem fica sabendo que foi alvo de uma paixão (TAVARES; LAPOLLI; PETRESCO, 2013, p.97).

No momento da diversão os adolescentes e jovens sentem satisfação de estar com pares. Demonstram autonomia, comparados à infância, expressam comportamentos de discernimento sobre seus valores quanto ao que pensam certo e errado, consideram ter “ganhado mais liberdade”, remetem necessitar de pensar no futuro e ter responsabilidades sobre a própria vida (AMAZARRAY *et. al.*, 2009, p.337).

Há de se destacar a diferença de comportamentos e concepções de garotos e garotas. De um lado os garotos são mais desinibidos, priorizam o prazer, não se preocupam com as fofocas, nem com as DSTs e gravidez, demonstram interesse mais precocemente pela iniciação sexual (12 - 14 anos) e muitas vezes são estimulados pelos “pais e grupos de amigos a terem relações sexuais como uma prova de masculinidade” (AMARAL; FONSECA, 2006, p.474).

No outro hemisfério as garotas apresentam muitos temores em relação a DSTs e à gravidez (pior deles). Além disso a sensação de dor na primeira relação, a reação dos pais e dos comentários gerados na comunidade onde vivem (fofocas), do namorado não ter ereção no momento da relação sexual, e a responsabilização pela relação sexual, colabora para iniciarem mais tarde a vida sexual e são mais controladas pela família. Valorizam as “manifestações de amor e carinho” e reciprocidade. Estes são estimados como requisitos indispensáveis na decisão de iniciar um relacionamento sexual (AMARAL; FONSECA, 2006, p.473).

Fruto do processo de inclusão digital, que ampliou o acesso das classes sociais menos favorecidas à rede mundial de computadores, hoje a maior parte dos adolescentes possui contato com instrumentos relacionados à informática e internet com recursos para a rede relacionamentos, sem diferenças significativas entre gênero (PFEIFER; MARTINS; SANTOS, 2010).

Paquerar, namorar e ficar estão entre as atividades de lazer preferidas das garotas da escola pública; em contrapartida, “ler um livro ou revista” e “utilizar a internet para pesquisas pessoais”, “passear fora da cidade, shopping, parque e/ou praia” lideram as preferências das garotas da escola particular. Nos garotos essas escolhas foram mais próximas, sem maiores interferências da classe socioeconômica (PFEIFER; MARTINS; SANTOS, 2010, p.431).

Gunther *et. al.* (2003, p.306) consideraram “particularmente interessante” que 103 jovens fizeram a escolha de bar/boate/festa como lugar preferido 108 jovens como não preferido. Segundo estes estudiosos essas opiniões distintas se justificam pela “subcultura adolescente” onde o espaço vital se caracteriza por atividades peculiares ao seu grupo de idade; enquanto alguns jovens aceitam e seguem os valores do seu próprio grupo, outros adotam os valores dos adultos e exercem atividades bem distintas de sua faixa etária.

Dessa forma, as professoras reconhecem que meninos e meninas têm conhecimentos sobre sexo e erotismo, mas preferem o “silêncio” e o tolhimento. A escola e a sala de aula viram palcos da normalização sexual, compactuando com a família algumas ordens discursivas da sexualidade. Destacaram, ainda, o comportamento diferenciado dos pais em relação aos filhos do sexo masculino, concedendo-lhes regalias e permitindo-lhes vivenciar com mais liberdade sua sexualidade (AMARAL; FONSECA, 2006).

IC3: Relacionamentos amorosos incluem o amor platônico, revelar a soropositividade ao parceiro HIV negativo, ficar com diversas parceiras, autodescoberta da homossexualidade, relação sexual em grupo e casamento monogâmico heterossexual (cinco participantes)

No atual momento histórico, há predomínio do culto à imagem e à diversidade. Papéis e responsabilidades redefinem-se a cada dia. No entanto, independente dos formatos dos relacionamentos, o amor é almejado e o bem-estar desejado.

DSC A: *Já apaixonei, sim. Gostar, eu só gostei um pouquinho e parei. Nunca falei pra ela(e), nunca contei, foi secreto. Eu nem tentei não, ela(e) não gostava de mim. Sei lá, a gente sofre muito. O(a) guri(a) não liga pra mim, só quer amizade. Ele(a) passava assim meu coração batia, um frio na barriga. Ah, era assim de achar bonito(a), de querer ficar, mas, como eu não sabia nem beijar, eu nem ficava. Acabava ficando na minha. Era coisinha assim de criança mesmo, coisa que passa.*

DSC B: *Então eu contei, antes de ter alguma coisa. Aí, num primeiro momento, foi aparentemente tranquilo, mas daí, eu fui percebendo que ela(e) ficava preocupada(o), tinha medo. Ele(a) até vinha no médico comigo, aqui no posto fazer exame, e fazia teste rápido, pra vê se ele(a) não pegou também. Porque é importante que a pessoa que está com alguém ter uma carteirinha daqui e poder ter atendimento livre, marcar como outras pessoas. Aí, de oito em oito meses a gente vai fazer o exame, porque é assim, é lei isso.*

DSC C: *Fora todos levam. E também não me culpo de pegar. Não sou muito garanhão, entendeu? Mas se tipo elas chegam lá em casa, aí vamo fazê o quê? Vamo cumê, né? Tô solteiro, porque eu gosto de festas, essas coisas, né. Pra gostar de festa você não pode tá namorando, é meio complicado. Tipo, se eu tô com ela, se eu amo ela, eu não tenho nem que olhar pras outras mulher. Cobiçar as outras entendeu? Eu acho que isso é muito errado.*

DSC D: *Eu cheguei assim a ter contato com meninos, mas nunca fui de me apaixonar, nem de querer pra mim pra sempre. Eu comecei a escrever carta pra menina, achava interessante, pensava como seria eu namorando, andando de mão dada e fazendo tudo que eu vejo na rua os namorados fazerem, eu imaginava isso. Até que eu comecei a conversar com minha madrinha, psicóloga, aí a gente chegou à conclusão que eu realmente tinha uma coisa, uma afinidade muito grande, estava me interessando por meninas. Aí só que eu não aceitava. Então, eu nunca tive uma vida sexual ativa até eu encontrar essa minha namorada, porque ela foi lidando comigo, com todo o meu humor assim, sabe? Foi conciliando tudo, aí que eu consegui me entregar completamente e me conhecer.*

DSC E: *Aí ela começou a molestar os guris, entendeu? Ao contrário do que se prevê, né? Que os guris começam a molestar as gurias até elas liberar. Os três ficamo com ela, a gente nunca pensou que ia fazer isso, tá ligado? Foi algo mais organizado, não aquela nojeira, tá ligado? A gente fez, foi massa, ficou entre a gente e já era.*

DSC F: *Eu sou amigada. A gente se conhecemo na rua de casa. Tem 5 anos, ele tinha 15 e eu 11 anos. Foi o meu 1º e único, né. Sei que passou uns 3 dias, acho, e*

começamos a morar junto. Aí minha mãe alugou uma casa pra nós, depois ela construiu uma casa lá no fundo pra nós, aí nós estamos vivendo junto, no mesmo quintal. Aí não largamo mais. Gosto dele e ele deve gostar, né? Pra aturar cinco anos (risos). Nós continua assim. Aí fica o resto da vida. Tipo, ele é trabalhador, ele é carinhoso, trata bem, dá atenção, dá carinho, ama, respeita, aceita (HIV), é companheiro. E agora sou uma pessoa feliz. Sou feliz com ele.

Em um estudo brasileiro de âmbito nacional, comparando opiniões e atitudes com relação à sexualidade de 1998, e repetido em 2005, mostra que as referências normativas para a sexualidade são produzidas pelos grupos sociais a que se pertence, sendo fortemente marcadas por categorias sociais como gênero, coorte etária e, especialmente, escolaridade (PAIVA; ARANHA; BASTOS, 2008).

Ao atentar para o DSC A, no qual é recordado o amor platônico deste estudo, verificamos que, segundo Herdt e McClintock, (2000), a segunda infância está longe de ser um período de quietude hormonal. A subjetividade sexual ocorre a partir dos seis anos de idade, no início do amadurecimento da glândula adrenal, ou seja, existe subjetividade sexual antes do amadurecimento das gônadas. Há evidência de que uma estrutura mais profunda do desenvolvimento hormonal adrenal influencia a sequência e o calendário de atração sexual antes do auge da adolescência. A estabilidade da atração é manifesta pela sua memorização, acessível mesmo em idade adulta tardia.

Observando os DSCs A e D, é possível concordar que, entre a quarta e quinta séries, as atrações sexuais das crianças, hetero/homossexuais, já começam a se estabilizar ou consolidar, tornando-se robusta e memorável, sugerindo os resultados de um processo de desenvolvimento. A representação da atração sexual é forte o suficiente para superar as restrições sociais. As diferenças interculturais nos significados de excitação sexual e atração são imprescindíveis, isso quer dizer que as culturas podem impedir e alterar o surgimento da subjetividade de desenvolvimento da atração sexual no final da infância, por meio do uso de crenças, tabus, rituais e papéis sociais de gênero (HERDT; MCCLINTOCK, 2000).

Os relacionamentos são considerados muito importantes formas de “lazer de participação social” presentes nos DSCs A, C e E. Os adolescentes de nível socioeconômico mais baixo destacam os relacionamentos amorosos, e os de nível socioeconômico mais alto, os relacionamentos fraternos (PFEIFER; MARTINS;

SANTOS, 2010, p.430). E quanto maior a renda “maior valorização da fidelidade e do casamento como contexto para o início da vida sexual” (PAIVA; ARANHA; BASTOS, 2008, p.63).

Analisando o DSC F, a primeira relação sexual é considerada um marco na vida do indivíduo, sendo, inclusive, marcada pela expressão popular “a primeira vez nunca se esquece”. É um dos rituais que assinala a passagem para a vida adulta (TAVARES, LAPOLLI; PETRESCO, 2013). No quesito iniciação sexual e condição econômica, quanto maior a fragilidade social, maiores as chances de início sexual precoce (BORGES; LATORRE; SCHOR, 2007).

O namoro, somado ao ficar - os tipos de relacionamentos afetivos e amorosos mais frequentes na adolescência - são os fatores intensamente associados à iniciação sexual dos adolescentes de 15 a 19 anos de idade, independentemente do sexo. Nestes relacionamentos, tempos antes da primeira relação sexual, a maior parte dos adolescentes tem experiências ditas pré-sexuais, como carícias e toques mais íntimos, levando ao aprofundamento da intimidade, até a opção pela relação sexual (AMARAL; FONSECA, 2006; BORGES; LATORRE; SCHOR, 2007).

O compromisso maior seria o amigar/casar (PANTOJA, 2003). O significado de casamento vai de encontro com a perspectiva do ciclo de vida da família, onde a transição para o casamento simboliza o início de uma etapa, o encontro com o projeto do “para sempre”. Este fato é esperado tendo em vista que o processo de formação de atitudes e de expectativas frente ao casamento tem o seu início na infância; é um ideal alicerçado no processo educacional e de socialização. Apesar do aumento de novas configurações familiares, “ainda subjaz à nossa cultura o ideal do casamento, da sua estabilidade e importância”, é um objetivo desejável para algum momento da vida. O pertencer a alguém, ter segurança e apoio, aumentar a intimidade e o tempo conjunto, exige um voto de fé junto com o nível de confiança difícil de “justificar de um ponto de vista puramente racional” (FONSECA; DUARTE, 2014, p.141).

Na fase de experimentação afetiva entre os adolescentes, culturalmente existe uma distinção do “ficar” masculino e feminino. Para os meninos, representantes do “poder da virilidade masculina”, ficar com várias meninas é permitido e incentivado pelo grupo. Para as meninas, ficar com diversos garotos pode gerar discriminações e até mesmo rótulos que “desabonariam a imagem da adolescente”, representando a conotação desigual de gênero. Felizmente esse tipo

de relacionamento afetivo tem trazido mudanças no comportamento dos adolescentes em diferentes segmentos sociais, favorecendo a vivência de relações amorosas (AMARAL; FONSECA, 2006, p.475).

Em relação à iniciação sexual dos garotos, uma pequena quantidade ainda inicia sua vida sexual com prostitutas ou mulheres mais velhas, muitas vezes já experientes sexualmente. Na história do Brasil uma parcela dos homens teve, como “possíveis parceiras sexuais, prostitutas ou empregadas domésticas”. Quanto ao intercurso sexual, comparados com as garotas, os adolescentes consomem o ato sexual em maior frequência (BRÊTAS *et. al.*, 2011, p.3226).

A sociedade pressiona os garotos sobre o início da atividade sexual, enfatizando que na constituição da masculinidade é necessário o início precoce da vida sexual como forma de se provar homem para si próprio e para os demais. Essa cultura coloca muitas vezes o adolescente em situação de vulnerabilidade, principalmente ao disseminar que “o homem não tem controle sobre seus impulsos sexuais” e que “a recusa a manter um relacionamento sexual poderia ser o indicador de comprometimento da masculinidade” (PEREIRA; ROMÃO; VITALE, 2014, p.77).

O amor é a maior motivação para as garotas iniciarem sua vida sexual. Esta também pode ser a manutenção do interesse do parceiro na relação ou a insistência deste. Para os garotos, a presença do amor tem papel menos importante; o primeiro ato sexual se apresenta como “uma forma de satisfação do instinto e da necessidade de dar vazão à atração física”. Para ambos o primeiro ato sexual representa se tornar adulto: homem ou mulher (BRÊTAS *et. al.*, 2011, p.3226).

Em um estudo realizado com adolescentes brasileiros – sem especificar a soropositividade para HIV - sobre transmissão sexual do HIV, a maioria afirmou ter atitudes favoráveis ao uso do preservativo e com maior prevalência entre as garotas com maior preocupação com a anticoncepção. Quando não usam, os motivos citados foram, desde comportamentos impulsivos durante o ato sexual, crenças de que o preservativo diminui o prazer, inibe o desempenho sexual, estremece a confiança na fidelidade do parceiro, até o fato de não tê-lo no momento (CHAVES *et.al.*, 2014).

A opção do uso do preservativo está proporcionalmente ligada à fidelidade, confiança no parceiro. Quando o relacionamento atinge o estágio do namoro ou namoro firme, são esperados comportamentos que remetem a fidelidade e confiança entre os parceiros (PANTOJA, 2003). Logo, a expectativa nesta relação é

influenciada pela crença de que único parceiro sexual é fator de prevenção eficaz contra o HIV e, nas relações sexuais casuais, onde a confiança e vínculo afetivo ainda não foram estabelecidos, a adoção do uso do preservativo é maior (OLIVEIRA *et. al.*, 2013).

Sant'anna e Seidl (2009) defendem que uma demonstração da melhoria da qualidade de vida das pessoas soropositivas é que estão constituindo relacionamentos sorodiferentes. No referente estudo mais da metade das entrevistadas estavam vivendo com parceiros soronegativos. Porém, essas relações ampliam os desafios, como a negociação do uso consistente do preservativo e a revelação do diagnóstico. Segundo Marques *et. al.* (2006) o segredo do diagnóstico é mantido pelo medo do preconceito. Sant'anna e Seidl (2009) defendem que o respeito à decisão sobre revelar ou não a sorologia para terceiros deve ser garantido às pessoas que vivem com HIV/Aids, mesmo considerando os benefícios potenciais da revelação do diagnóstico, pela possibilidade de fortalecimento do apoio social.

IC4: Os primeiros relacionamentos que se finalizam podem ser traumatizantes e determinar muitos anos de sofrimento (6 participantes)

As experiências de final de relacionamento na adolescência são emocionalmente intensas. Os modelos culturais que incluem os papéis esperados vão formando a identidade e determinando como os adolescentes devem agir nestas situações.

DSC A: *Só que eu já tive um namorado que me traiu, eu fiquei muito decepcionada, aí eu parei de namorar ele. Mas só que, enquanto você tá ali de boba, ingênua, jurando fidelidade, ele tava nos funk lá, maldito funk, me fazendo de otária. Porque não foi uma separação boa, foi conturbada! É ex mesmo (risos).*

DSC B: *Você foi lá, você namorou, teve uma vida, teve uma experiência além do limite. A família dele meio que proibiu ele de ficar perto de mim, aí meu pai mandou embora, minha mãe mandava embora, e eu mandava embora, e ela(e) não ía, entendeu?*

DSC C: *Ah, terminou porque não dava certo. Ele é músico, e músico você já viu, né? Deus me livre, tocava toda noite, aí achei que não ia dar certo, resolvi parar, entendeu? Eu nunca perguntei se ele aprontou alguma coisa. Mas me incomodava, eu vivia brigando com ele à toa, coitado.*

DSC D: *Três anos eu fiquei com ela, terminei esses dias. Eu não queria tá lá com ela, entendeu? Eu cobiçava as outras, eu acho isso muito errado, tipo se eu tô com ela, amo ela, não tenho nem que olhar pras outras mulher, cheguei a pedir pra ela “arranja uma amiga pra nós fazer um negócio diferente”, entendeu? Ela nunca aceitou, e ciumenta, não deixava nada. Muita briga, muita briga, muita briga. Eu ia lá terminar e ela chorava e eu não conseguia. Aí eu até tipo consegui fazer ela terminar comigo, entendeu? Eu dei um jeito que não saísse ruim nem pra ela, nem para mim, motivo bobo, graças a Deus.*

DSC E: *Só que a gente morava longe, aí a gente se via mais na escola. Ia ficar difícil da gente se ver, porque eu já estava no terceiro ano e ela ainda ia fazer a escola, aí ela decidiu terminar porque a gente ia ficar separado, muito disparado, entendeu?*

DSC F: *Ele terminou comigo. Por que não sei. Acho que foi por causa da ex dele, eu acho. Ele fala que não é, mas acho que foi sim (risos) Ele é legal, foi triste, né, foi difícil um pouquinho, mas nem liguei, não. Hoje em dia a gente é amigo e tal. Nós ficamos um ano, nós terminamos de vez o ano passado, porque a gente ficava terminando e voltando, mas a gente se fala até hoje. Foi até com ele que eu perdi (virgindade).*

Nas experiências afetivo-sexuais são experimentadas diversas emoções agradáveis e desagradáveis de sentir. Uma das emoções mais relatadas pelas jovens é a ansiedade. De acordo com Amaral e Fonseca (2006), o momento em que elas alegam reconhecer essa emoção é quando desejam a solução imediata dos conflitos, que são frequentes e intensos. As situações vivenciadas nos relacionamentos - nas quais há necessidade de se ponderar as próprias emoções, opinião do parceiro, imaginar o julgamento da família e grupo social significativo - podem potencializar a ansiedade.

No início da concretização dos relacionamentos afetivo-sexuais pode haver um choque entre a realidade e a fantasia construída ao longo da vida dos adolescentes e jovens. Segundo Amaral e Fonseca (2006), o desejo está relacionado com a possibilidade de descobrir novas emoções, ser amada, reconhecida, respeitada, feliz, independente, e deixar de ser criança.

Para Maksud (2012), a extraconjugalidade é considerada inadequada em um relacionamento conjugal. Ideologicamente, a relação sexual é exclusiva com o/a cônjuge, ou com quem se mantém uma relação concebida como estável, e pressupõe a naturalização de fidelidade. Essa convicção de valores, entretanto, nem sempre se sustenta na prática, representando mais um tema sobre o qual não se fala, sob pena de arruinar o vínculo conjugal. Em contrapartida uma relação extraconjugal apresenta a função de possibilitar satisfações sexuais e alegrias. Essas relações tendem a permanecer como não oficiais, portanto, socialmente veladas.

5.3 EIXO 3: ENFRENTAMENTOS

Este eixo está dividido em quatro IC: 1) O medo da exposição pode levar a procurar outro soropositivo para um relacionamento amoroso, sondar a opinião do possível parceiro, esperar alguém se aproximar, não fazer planos, ou militar na causa de pessoas vivendo com HIV; 2) No relacionamento afetivo sexual entre duas mulheres sorodiscordantes, buscar informações, aderir ao tratamento e restringir práticas sexuais são formas usuais de prevenir a transmissão do HIV; 3) Os critérios para revelar ao parceiro a condição sorológica HIV positiva giram em torno de dois ingredientes: amor e confiança; 4) Enfrentamento para não transmitir HIV usando preservativo e aderindo ao tratamento.

IC1: O medo da exposição pode levar a procurar outro soropositivo para um relacionamento amoroso, sondar a opinião do possível parceiro, esperar alguém se aproximar, não fazer planos, ou militar na causa de pessoas vivendo com HIV (sete participantes)

Para Skinner (1974) o repertório de comportamentos das pessoas é formado na interação do organismo com o meio, e suas respectivas consequências, num processo contínuo de aprendizagem. Segundo Bem (1973) as experiências são responsáveis para validar as crenças que por sua vez justificam o comportamento e mantêm a retroalimentação.

Saldanha, Araújo e Sousa (2009, p.329), reportam como “utilização de recursos internos” como forma de enfrentar dificuldades. Que por sua vez fomentam a conservação do bem estar psicológico, coerente com a experiência e singularidade de cada pessoa para enfrentar a doença.

DSC A: *Automaticamente me afasto porque quando você se gruda muito numa pessoa aí começa a fofquinha. Então fica chato. Daí a gente se fecha mais, tem medo, algumas vezes a gente opta por terminar. Pelo fato disso. É muita exposição, não posso expor minha mãe, eu tenho irmãs mais novas, meu pai nunca aceitou, ele não se aceita como soropositivo até hoje, entendeu? Porque tipo eu acho que se eu querer demais, aí eu sei lá depois acontece alguma coisa eu fico com mais culpa, eu fico com pressa e alguma coisa dá errado. Eu tenho muito medo assim de acontecer alguma coisa.*

DSC B: *Mas eu não quero também correr atrás. Então tipo eu nem procuro prefiro mais ser de boa, tratar bem, educadamente e só se quiser chega. Eu não vou chegar não e pelo fato de eu ter essa doença, eu esperava mais elas chegarem, entendeu? Porque se tivesse que dar algum problema ia ser do querer dela, entendeu? Então daí eu comecei a me restringir e até hoje eu sou assim, eu prefiro mais alguém vim do que eu tomar a iniciativa.*

DSC C: *Ah eu não sei porque eu fico muito assim com esse negócio do HIV, tem gente que não aceita e tal então eu meio que deixo levar, sabe? Eu não fico fazendo plano não (risos).*

DSC D: *As vezes a gente não se apaixona por pessoas do Hospital-Dia, a gente se apaixona por pessoas normais (HIV negativo), que passam na rua, mas eu fiquei com ele, porque ele tem a mesma doença né, então não precisa contar.*

DSC E: *Aí eu joguei né, porque tinha mania assim, antes de eu falar que tenho HIV eu testo a pessoa né! Ah, o que você pensa disso se relacionar com uma menina que tem isso, você aceitaria? Ah não aceitaria não, tá louco! Estragar minha vida com uma guria dessa?! Ou simplesmente tem camisinha né?*

DSC F: *Meu objetivo é poder mostrar para outros soropositivos que é possível sim ter uma vida normal que não é um bicho de sete cabeças que no começo é difícil que é importante uma adesão correta que é importante ter uma carga viral indetectável pra que você não possa transmitir para outras pessoas não só no de relacionamento hétero mas em outros tipos de relação. Junto a gente pode fazer a diferença, ajudar muita criança. Tem muita gente precisando de apoio não só porque é soropositivo mas tem muita doença. Então a rede de jovens pode ser de apoio, acolhimento. A gente forma jovens pra ser multiplicadores esse é meu objetivo. Eu sou uma jovem multiplicadora.*

Silva *et. al.* (2008, p.4) aponta que o fato de a AIDS ainda ser doença associada à morte, uma maneira de enfrentar a doença “é relegar essa condição para o segundo plano, não deixando que ocupe um espaço grande em suas vidas”. Esse enfrentamento permite que o portador do HIV sobreviva com o diagnóstico. Nos achados de Silva *et. al.* (2008) as participantes relataram que pensar excessivamente na AIDS é uma forma de se entregar a doença, por isso algumas negaram e outras subestimaram para tentar “restabelecer a normalidade para enfrentar e lidar melhor com a doença”.

MAKSUD (2012, p.1202) defende que mesmo não havendo preocupação explícita com a morte iminente, os participantes daquele estudo apresentaram a necessidade de “aproveitar a vida, viver bem o presente, aliando planejamento a destino”, além disso, repensam as prioridades, considerando que tem um tempo limitado de vida comparado aos parceiros soronegativos. Isso é evidenciado nas expressões que remetem a crenças religiosas comprovam tal hipótese “viverei o tempo que Deus achar que devo viver”.

IC2: No relacionamento afetivo sexual entre duas mulheres sorodiscordantes, buscar informações, aderir ao tratamento e restringir práticas sexuais são formas usuais de prevenir a transmissão do HIV (dois participantes)

Nos discursos que compuseram a presente IC, ficou explícito o componente de cuidado com a saúde e a preocupação com a transmissão do HIV para a parceira nos relacionamentos homoafetivos entre duas mulheres.

DSC A: *Antes da primeira relação sexual, eu liguei pra Dra M. e perguntei quais seriam as formas de se proteger num relacionamento lésbico, porque não se encontra informação por aí. Às vezes, na internet tem alguma coisa. E aí a Dra M. me falou: com luva ou com plástico filme, no caso de sexo oral, né. Aí eu me protejo assim até hoje. Usamos luvas. Plástico filme eu nem uso tanto assim. Mas a gente se protegia.*

DSC B: *Então, no relacionamento entre duas mulheres ... o meu método de prevenção em relação a ela, são os meus exames, sempre controlar e sempre cuidar. Com minha carga viral indetectável, o risco é menor. A gente nunca usou camisinha, porque tem um método de usar, né? Só que assim, eu controlo meus exames.*

DSC C: *Então, sexo oral, não. Ficar assim, de beijo na boca, tudo bem. Só assim também, quando minha boca tá cortada e tal eu não beijo, evito, sabe? Com afta e tal não tem uma troca de salivas assim ... então eu me policio bastante nessas coisas. ... Não usando objetos, geralmente no relacionamento entre mulheres acontece. Só que eu não vejo necessidade, e ela também não, e isso também ajuda na transmissão. Tanto que assim, corte na boca dela, essas coisas assim, se foi no dentista, já tomar cuidado, esperar cinco dias pelo menos, e quando ela estiver gripada, que eu ver que resistência dela está baixa, cuidar disso, essas coisas assim. Então, geralmente acontece mais sexo oral, por isso mesmo que é a questão de cuidar da gengiva cortada, essas coisas assim, corte, cutícula.*

Como pode ser observado no DSC A, a postura do profissional de saúde foi importante para modelar o comportamento das participantes. De acordo com Paula, Cabral e Souza (2011, p.663), “o espaço do serviço de saúde deve ser constitutivo de diálogo, sempre que o ser-adolescente demonstrar disponibilidade para falar sobre sua saúde/doença”. Para Oliveira *et. al.* (2013, p.722) “reintroduzir o erotismo no sexo seguro” se torna mais eficiente, então ao profissional cabe pensar em formas de incentivar os jovens à prática do sexo seguro.

No estudo de Moura, Lima e Silva (2012, p.46) que investigou os aspectos sexuais e as perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/AIDS, verificou quais foram as mudanças após a notícia da soropositividade e concluiu que houve mudanças nas práticas sexuais. Alguns comportamentos, que antes eram comuns, passaram a ser evitados por causa do conhecimento sobre a condição sorológica positiva para o HIV e isto compromete as mulheres de “externar a sua sexualidade como desejavam”.

Progressivamente, a prática dos sexos anal e oral, tem ganhado espaço entre as opções de busca por prazer. Entre os universitários entrevistados por Oliveira *et. al.* (2013) 45,8% afirmaram praticar sexo anal e 32,8% sexo oral. Desses, 12,8% negaram usar preservativo masculino na prática de sexo anal, e 34,4% no sexo oral. Quanto à discussão sobre o uso de preservativo masculino, 51,4% afirmaram decidir antes da primeira relação sexual e 19,8% nunca tocaram no assunto com o parceiro. Ter parceiro fixo foi apontado como forma de prevenção contra o HIV (64,2%) e justificado para ausência de uso de preservativo. Nos relacionamentos homoafetivos entre mulheres, 41,1% afirmaram que a parceira não usa camisinha feminina.

Diógenes *et. al.* (2014, p.557) encontraram em seus estudos que as práticas sexuais de um casal sorodiscordante são alteradas com o diagnóstico do HIV em um dos parceiros. O controle sexual torna os encontros mais esporádicos e escassos, há “suspensão inicial de beijos, carícias e contatos íntimos”. Inclusive para alguns casais ocorre a cessação completa das práticas ou substitui-se por sentimentos de afeto e companheirismo.

Para Souto *et.al.* (2009, p.190), dentre mulheres e homens que contraíram o HIV por via sexual, alguns passam a restringir ou abolir suas práticas sexuais, mesmo não tendo perdido o desejo sexual. Vários sentimentos, acompanhados de pensamentos específicos, estão envolvidos nessa decisão ou revelando o senso de responsabilidade consigo e com o outro: o “sentimento de limitação imposto pela

necessidade de uso de preservativos”, o “medo de transmissão do vírus” e o “medo das consequências da potencial revelação do diagnóstico por meio de um encontro sexual”, - no caso dos homens, “especialmente se a parceria tem significativa sustentação afetiva ou significado socioexistencial”.

IC3: Os critérios para revelar ao parceiro a condição sorológica HIV positiva giram em torno de dois ingredientes: amor e confiança (10 participantes)

A cronicidade do HIV/AIDS possibilitada pelas estratégias farmacológicas para controlar a doença tornou comum relacionamento afetivo-sexual de pares com diferente sorologia para o vírus. É desafiante a divulgação da soropositividade ao parceiro soronegativo.

DSC A: *Agora eu tenho um relacionamento amoroso, ela era muito minha amiga, antes de ter a primeira relação sexual, eu contei pra ela. Assim foi a única nenhuma outra soube não. Porque com ela já é diferente. Essas de antes eu não tinha falado não, com as outras não tinha o amor igual que tem com ela. As outras eu só me protegia e tal, mas pra ela foi a única em que eu contei que eu era.*

DSC B: *Nunca sabem, nunca contei pra ninguém, mantenho em segredo. Eu não falei o problema que eu tinha porque se eu falasse né? ia sair espalhando. Porque é difícil também pra gente chegar e falar para pessoa e conversar, porque a gente vai expor nossa vida, a gente não sabe quem a gente tá na frente, se a pessoa assim não vai falar. Nem com amizade assim eu não costumo contar, porque as pessoas tem preconceito, as pessoas não entendem, né? Assim acham que só de olhar já passa, entendeu?*

Independente da ordem em que os desafios surgem, a revelação será tensa. Escolher as palavras, o local e momento apropriados para revelar algo que poderá mudar o curso do relacionamento, depende muita energia e precisa valer a pena. A certeza de que alguma reação irá provocar e o diálogo associado com o conjunto de possíveis respostas precisam ser considerados. Segundo Diógenes *et. al.* (2014,

p.557) quando o diagnóstico é relatado, além do parceiro, algum membro da família também é eleito como “pessoas de confiança que poderia apoiar o casal em momento difícil”.

Na concepção de Maksud (2012, p.1202), que estudou os segredos de casais sorodiscordantes, “tudo o que se comunica a outros, inclusive aquilo que pode parecer mais subjetivo, espontâneo e confidencial, é uma seleção do real”. Assim, o que é revelado, especialmente aos mais íntimos, são fragmentos selecionados da vida real interior. Para a maioria dos casais o recebimento da notícia da soropositividade de um dos parceiros é um momento de tensão e os sentimentos são de “responsabilidade”, “compaixão” e “receio de magoar os parceiros soropositivos” e são temas tabus que não podem, segundo os soronegativos, serem conversados abertamente na relação.

Pela complexidade, devido aos significados e às representações inerentes à vida sexual, o HIV se torna mais um obstáculo - “a infecção pelo HIV pode gerar um estado de anormalidade sexual” na vida do casal. A sexualidade é um fenômeno que envolve aspectos de grande significado existencial. Seu padrão de normalidade ou anormalidade é influenciado por valores socioculturais e, para cada indivíduo, é percebido de forma diferente. Por isso, a conversa franca entre os parceiros, sobre o preservativo e suas implicações, é imprescindível mesmo entre parceiros fixos (SOUTO *et.al.*, 2009, p.130).

Deve haver conflito emocional na complexidade da vida sexual do adolescente portador do vírus HIV contraído por transmissão vertical quanto à confiança. Se por um lado, a segurança afetiva existente no relacionamento com forte vínculo emocional proporciona confiança para revelar a soropositividade, por outro lado, ela alimenta o desejo de relações sexuais desprotegidas. Conforme Chaves *et. al.* (2014) isto pode interferir negativamente na negociação do preservativo entre o casal.

Mesmo com a qualidade de vida proporcionada pelos avanços no controle da enfermidade, a revelação do diagnóstico ainda provoca angústia e apreensão nas pessoas que vivem com HIV/AIDS, “tanto para aquelas do convívio sociofamiliar quanto para as parcerias sexuais”, e, após ocorrer, esta pode ser benéfica, pois parece fortalecer a rede de apoio social (SANT’ANNA; SEIDL, 2009, p.250). No DSC B fica explícito que há preocupação com a exposição de si e da família e que a

revelação diagnóstica é associada ao *status* social da doença, o que torna o momento da revelação um evento estressor.

IC4: Enfrentamento para não transmitir HIV usando preservativo e aderindo ao tratamento (11 participantes)

O conhecimento sobre o vírus HIV é expresso na consciência verbalizada pelos participantes. Bem como seus comportamentos de responsabilidade para com os parceiros.

DSC A: Quando eu vou me relacionar com alguém eu me protejo, é lógico uso preservativo, camisinha. Sempre me cuido bem, não deixo ninguém correr risco. Faço tratamento certinho. Porque tenho muito medo de acontecer alguma coisa por causa do vírus que eu tenho, a gente se sente mal de passar (HIV), porque o maior medo do soropositivo é contagiar outra pessoa, então tipo é muito desesperador, tenho muito medo disso. Quando você gosta muito da pessoa, tem medo de fazer mal ou passar a doença. Eu não desejo essa doença pra ninguém, eu temo, tenho a noção de ter um risco de passar pra alguém que eu gosto, me dá desespero. Saber que passou pra uma pessoa se não tinha. E então a minha responsabilidade é não passar isso que eu tenho para outras pessoas, e vô vivê bem.

O reconhecimento da possibilidade de transmitir o vírus para o parceiro soronegativo provoca sentimentos desagradáveis como ansiedade, culpa, angústia e medo, que remetem o ato sexual como perigoso, interferindo diretamente na experiência de intimidade sexual do casal alterando suas resposta sexuais (DIÓGENES *et.al.*, 2014). A imagem do mal, associada à infecção pelo HIV, faz com que a sexualidade do soropositivo seja percebida como anormal, que por sua vez, causa emoções temidas no portador. Entretanto, essas emoções são sentidas de maneira distinta por cada pessoa, a depender do significado existencial da sexualidade e da própria infecção para cada um (SOUTO *et.al.*, 2009).

As relações afetivo-sexuais de pessoas vivendo com HIV/AIDS, assim como quaisquer outras sustentam os momentos de dificuldades que necessitam de adaptação (DIÓGENES et. al., 2014).

5.4 EIXO 4: EXPECTATIVAS

É saudável que adolescentes e jovens exercitem suas imaginações acerca de seus respectivos futuros incluindo planos que envolvam pessoas e lugares. Faz sentido pensar que pessoas com esperança de constituir famílias e carreira profissional esperem viver para realizar suas expectativas.

Os DSCs que compõem esse eixo, formados com base na projeção que os adolescentes e jovens fazem acerca do próprio futuro, permitem concluir que, apesar de serem portadores do vírus HIV, esses jovens a esperança de vida. Mesmo tendo nascido em uma época em que a AIDS não tem cura, e ainda é estigmatizada com a ideia de morte, eles esperam viver.

Esse eixo é composto pelas IC: 1) Expectativas sobre o momento e a pessoa para se casar; 2) Expectativas sobre os cuidados para ter filhos sendo HIV positivo, não ter filho biológico, talvez adotar e ter filho em relacionamento entre duas mulheres.

IC1: Expectativas sobre o momento e a pessoa para se casar (16 participantes)

Nos discursos abaixo, pode-se recorrer a Abreu (2010), que destaca-se uma das principais aspirações humana é encontrar uma pessoa para apaixonar-se, ou seja, formar laços afetivos. Manter e conservar tais vínculos, amar alguém, é experimentado como fonte de segurança e sua renovação como fonte de alegria.

DSC A: *Quando eu estou no meu quarto, quase dormindo, aí, às vezes, eu penso. Um dia eu vou casar depois que já tiver namorando bem sério, com alguém bem legal, que eu possa contar que eu tenho (HIV+), estar apaixonado. Então, até lá, eu*

quero curtir bastante. Pra mim é sonho, né? Casamento de véu e grinalda, na igreja (suspiro), é meu sonho. A gente pensa em casar e ter filhos, mas assim, vou ter minha família quando eu tiver trabalhando e ter dinheiro para sustentar, quando tiver minha vida formada. Eh, depois dos 25, com 30 anos.

DSC B: *Solteirão/solteirona não, né? Mas pra gente que é desse jeito (HIV+), é meio difícil. Acho que o fato da pessoa me aceitar, já é quase ideal. Tem que entender, quando eu falar que tenho (HIV). Isso é importante. Que eu perceba que não tenha preconceito com nada. Porque muitas vezes a gente sofre, eu já sofri já por isso, é mais difícil, pra entender que a gente nasceu, tentar entender que a gente não escolheu ser assim. Que seja boa/bom, ela/ele tem que me dar muito carinho, amor. E tudo que eu tenho de direito. Carinho, amor, que seja de família, saia comigo (risos), sim. Eu gosto de sorriso pra caralho. Gosto de quando eu faço a pessoa sorrir, tipo eu adoro fazer sorrir, mas eu odeio quando eu deixo triste, quando fica mal por minha causa.*

Para Souto *et.al.* (2009, p. 190) há importância atribuída “à crença e aos valores morais relacionados às uniões consensuais e aos casamentos tradicionais”, ligados ao amor, cumplicidade, fidelidade e respeito mútuo. Existe a expectativa de que, uma vez assumidos esses compromissos, os envolvidos estariam protegidos, inclusive do estigma causado pelo HIV. É uma garantia de que, mesmo portando o HIV, seja experimentada a sensação de “normalidade sexual”.

As experiências amorosas cotidianas tradicionais são sustentadas pelo ideário de amor romântico ou amor-paixão e baseadas na atração física, onde a consolidação em prática sexual está no centro da construção do sentimento percebido como amor (MAKSUD, 2012, p.475). As adolescentes alimentam expectativas com um ser amado que “preencha e atenda a todas suas expectativas” românticas como ser verdadeiro, sensível, amoroso, carinhoso, educado, honesto, gentil, fiel, ter respeito pela namorada (AMARAL; FONSECA, 2006).

Diógenes *et.al.* (2014, p.557) encontraram que a forma em que ocorreu a própria contaminação pode resultar em dúvida e acusação, e colocar em risco a continuidade da parceria. Em contrapartida, quando houver a opção da continuidade do relacionamento, ao “parceiro soronegativo é atribuído um significado especial” principalmente pelas mulheres, por terem sido aceitas em sua condição infecciosa.

O sigilo da contaminação é mantido entre o casal com o intuito de preservar a imagem do membro HIV positivo.

IC2: Expectativas sobre os cuidados para ter filhos sendo HIV positivo, não ter filho biológico, talvez adotar e ter filho em relacionamento entre duas mulheres (13 participantes)

DSC A: *Tenho vontade de ter filhos. Dois, eu quero ter. Um casal, né? Um menino e uma menina, nós dois cuida junto! Quero muito ser mãe, penso que eu preciso ser mãe, sentir isso, saber o que é amor incondicional. Não agora, tão cedo, quero bem depois, bem pra frente. Eu sei que antes dos 25 eu não quero ser preso, eu não quero ter filho e não quero casar. Posso até ter filho, casar. Quando tiver minha casa, meu marido, um emprego... não adianta nada você ter filho e não ter nem emprego ainda. Eu penso primeiro fazer uma faculdade, ter condição de vida financeira boa, pra não ter que passar necessidade... quando eu tiver trabalhando e ter dinheiro para sustentar, pra ter um acolhimento total do meu filho.*

DSC B: *Quando você vê assim as pessoas falando que você tem isso (HIV+), os seus sonhos ficam se afastando, sabe? E quando a pessoa é normal (HIV-), a gente não sabe o que fazer! Porque pra ter um filho, a gente tem que tirar aquilo (preservativo) e a pessoa pode pegar. E o quê que a gente vai fazer? Aí fica a questão, como? É porque quando a gente é consciente, que a gente tem, e passa por essas coisas, com tratamento, remédio, a gente não quer. Não vou dizer que a gente deita e esquece. Não, a gente não esquece. A gente sabe que tem lá (HIV). Mas um dia vai dá certo, mas até lá, eu espero que encontrem a cura, ou um jeito mais seguro. Porque existe jeito de ter filho mesmo ainda estando infectado, né? Faz tratamento, ela faz tratamento também.*

DSC C: *Depende muito das minhas condições, dos riscos. Sempre sonhei em ter filho natural, né. Eu não vou poder ter, vou ter que ter cesárea, por causa do contato. Toda mãe tem vontade de amamentar seu filho, dar o primeiro alimento... eu não vou poder. Hoje em dia os médicos, o hospital e a saúde está meio assim, a Deus*

dará, né? Eu não posso ter filho natural, né? E vai que, Deus me livre, acontece alguma coisa e eu não posso ter cesariana? vou ficar louca!!

DSC D: *Depende... não sei, não quero ter filhos, se for tomar iniciativa, se for depender de mim não teria filhos, porque eu já tenho essa doença, né? Aí se eu ter um filho vou passar pra ele, então eu não quero, se eu for ter um filho, eu adoto, eu até penso em adotar ... sei lá, talvez adotaria uma criança ...*

DSC E: *Eu penso: não quero ter filho da minha barriga, tipo eu não quero engravidar, eu acho terrível, vejo as mulheres engravidando, lamento isso. Só se depender da minha parceira assim, e dependendo do estilo de vida que a gente iria levar. Faria inseminação, porque hoje em dia tem como implantar o óvulo dela dentro de mim. Fazem fecundação, o óvulo dela vão implantar em mim. O pai ... ou vai ser desconhecido, ou tipo um amigo, pedir o sêmen dele, uma pessoa conhecida ou encontrar casais amigos na mesma cidade. Eu tenho muitos amigos que são casados (homoafetivo) e eles pensam muito em ter filhos, só que aí tem aquela coisa: ah, vamos conciliar uma família grande. Essa criança vai ter o que assim em mente? Vai ter dois pais e duas mães?*

No DSC A os participantes incluem a maternidade/paternidade em seus planos após a realização profissional e condições socioeconômicas favoráveis para criar e educar os filhos, afirmando serem jovens ainda para tal missão. Esse argumento corrobora os encontrados por Venturini e Piccinini (2014, p.180), que relatam que, sabendo das implicações diretas da paternidade na adolescência e nos projetos de vida, os garotos tendem a julgar a situação como negativa. Esse julgamento provém da tendência da sociedade e da mídia em maximizar os “estereótipos negativos associados à gravidez na adolescência”. Enfatizam as perdas e privações sociais, como a diminuição do tempo destinado ao lazer e ao convívio com os amigos, algumas renúncias e o aumento de responsabilidades. Isto leva o adolescente a conceber a paternidade como um evento indesejável para esta fase da vida.

Para as garotas, ainda sobre o DSC A, é somado aos argumentos sociais, o que Amaral e Fonseca (2006, p.474) traduzem como o medo da gravidez, que está diretamente correlacionado a situações testemunhadas no ambiente doméstico.

Como a “advertência frequente da família quanto às consequências de uma gravidez, o comportamento violento e repressor dos pais”, assim como o contato direto com mães adolescentes que tiveram que assumir a criação do filho e, conseqüentemente, dar novo rumo a suas vidas.

No DSC A, os participantes mantêm o desejo de ter filhos biológicos. Esse resultado se assemelha ao estudo de Moura, Lima e Silva (2012, p.46) que aponta que 70,3% das mulheres mantinham o desejo de ter filhos após o diagnóstico de HIV. Essa opinião pode estar associada com a ‘possibilidade de uma gravidez “segura”, caso proporcionado pelo protocolo de direitos reprodutivos de mulheres HIV positivo, que, se for implementado corretamente, reduz a TV para 1-2 %.

No estudo realizado por Sant’anna e Seidl (2009) com mulheres vivendo com HIV/AIDS, para investigar os efeitos da soropositividade sobre suas escolhas reprodutivas, mais da metade referiu que a condição de soropositividade modificou o desejo de ter filhos. Dentre essas, metade relatou o desejo de ser mãe, e apontou como motivadores a vontade do parceiro em ter filhos e a crença de que um filho seria um complemento ao relacionamento conjugal. Ao mesmo tempo, afirmou sentir medo do preconceito e do risco de infectar a criança.

Nos DSCs B e C há a ideia que a condição sorológica interfere no desejo de maternidade, levando inclusive à desistência de filho biológico e à alternativa de adoção. No DSC B é explicitado o medo de transmitir HIV para o parceiro ao retirar o preservativo na reprodução assistida.

Nos achados de Sant’anna e Seidl (2009) as mulheres soropositivas que desejam ter filhos, quando seus parceiros são negativos para o HIV, possuem pensamentos que remetem a complexidade da decisão, na medida em que a possibilidade de engravidar pode expor o parceiro ao HIV ou a contaminar a própria criança.

Quando é mencionado “o tratamento” para prevenir a TV (DSC B), os participantes estão se referindo ao protocolo do Ministério da Saúde. Como reforçado pelas autoras, é fundamental garantir os avanços previstos na legislação brasileira referentes aos procedimentos de reprodução assistida para os casais, em especial para aqueles com sorologia diferente para o HIV (MOURA, LIMA, SILVA, 2012).

A associação entre HIV/AIDS e morte ainda se faz presente no imaginário de muitas mulheres a ponto de influenciar suas decisões reprodutivas. O desejo de ter

filhos sofre impacto negativo visto que algumas abandonam o desejo de uma gravidez após o diagnóstico. Permeada por concepções fatalistas, ainda é forte o receio de infectar o filho por transmissão vertical, o que traduz a desinformação sobre as possibilidades eficazes de prevenção (SANT'ANNA; SEIDL, 2009).

Nos achados de Moura, Lima e Silva (2012, p.45), a respeito do conhecimento das mulheres HIV positivas sobre a prevenção da TV, 89,0% tinha conhecimento deficiente ou limitado. Os autores consideram que esta condição leva as mulheres a se privarem do direito de ter filhos, “pois o medo e o conhecimento limitado, ou o desconhecimento, sobrepõe-se à vontade de ser mãe”. E ressaltam que cabe aos profissionais o compromisso de proporcionar aos pacientes acesso a informações sobre a TV e intervenções que possam ser realizadas para que seus filhos nasçam saudáveis.

Sentimentos de cooperação e assistência, a obrigação de cuidar dos filhos, ou, até mesmo, a manutenção do apoio financeiro para si mesmo e seus filhos, são fatores que podem ser relevantes para manter os laços dos casais (DIÓGENES *et. al.*, 2014).

Quanto à impossibilidade de amamentar, mencionada no DSC C, Moreno, Rea e Filipe (2006, p.207) referem que as participantes daquele estudo consideraram tal prática “penosa e emocionalmente desgastante”. Nesse mesmo estudo, quando as mulheres suprimem a amamentação, sentem-se “parte do processo ou totalmente afastadas do processo de decisão sobre a alimentação do filho”, mas enxergam a possibilidade de continuar a vida e receber um “atestado de perdão”.

No estudo realizado por Maluf e Silva *et. al.* (2010, p.35) observaram falha na assistência materno-infantil, voltada para prevenção da transmissão do HIV, que o Protocolo ACtG 076 não foi aplicado ou teve aplicação incompleta em 78,5% dos casos investigados. De 80 crianças positivas para HIV investigadas, em “56 (70%) crianças, o diagnóstico da infecção pelo HIV na mãe deu-se após o parto e que em 44 (55%) o parto foi via vaginal”. Quanto a amamentação ao seio materno foi documentada em 56 (70%) crianças e esta variou de um mês até mais de 12 meses.

No que tange a possibilidade de ter filhos entre duas mulheres, levantado no DSC F, Záchia *et. al.*(2011) defendem que, com as tecnologias reprodutivas atuais, as mulheres que desejam passar por uma gestação não dependem mais da relação sexual, tendo em vista que podem ter acesso a bancos de esperma. Mesmo com

essa oportunidade que essas tecnologias oferecem, as questões sociais e culturais ainda permanecem. Uma dessas questões diz respeito à identidade do doador de esperma, pois manter segredo pode ter efeitos negativos sobre o relacionamento familiar e sobre a criança.

Para Vanfraussen, Ponjaert-Kristoffersen e Brewaeys (2001) a relação das mães sobre o conceito de anonimato do doador de esperma é sujeita a alteração, pois, ao atribuir características físicas, médicas, traços, ou por vê-lo como uma pessoa útil, o doador deixa de ser uma célula de esperma anônimo e torna-se uma pessoa. Ao crescerem, as crianças têm uma aparência física e personalidade; com o tempo, aumenta a curiosidade sobre a hereditariedade e requerem explicações da presença de certas características boas e ruins.

No estudo realizado no município de Campo Grande - MS, Matos *et.al.* (2015) encontraram em seus resultados as características de mães de crianças HIV positivas infectadas por transmissão vertical, 96,2% não receberam profilaxia ARV durante a gravidez e 92,5% não receberam durante o trabalho de parto. Das crianças 91,9% não receberam profilaxia. Apesar de 66% das infecções por HIV em mulheres ter sido diagnosticadas antes do parto e 82,4% dos recém nascidos foram amamentados. Para essas autoras, as recomendações do Ministério da Saúde para redução da transmissão vertical estão deixando de ser aplicadas corretamente; há falta de integração entre os serviços de saúde, incluindo intervenções eficazes dos profissionais; e ausência de intervenções eficazes no ambiente social.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou caracterizar os adolescentes e jovens que são soropositivos por transmissão vertical e poderiam ser chamados de vítimas do HIV. Analisando criticamente, antes do advento do tratamento com antirretrovirais era praticamente impossível imaginar que os herdeiros da AIDS chegassem a idade reprodutiva.

Atualmente estes adolescentes e jovens experimentam suas primeiras relações amorosas e com elas colecionam experiências e preconceito que constitui aspectos de identidade do grupo: Vivem o medo da rejeição e da transmissão pela condição sorológica da qual não tem responsabilidade alguma.

Mesmo se aproximando da quarta década após os primeiros relatos de HIV/AIDS foi possível constatar que muito além das consequências físicas inerentes ao vírus e seu respectivo tratamento contínuo, os participantes acumulam situações preconceituosas, que os fazem manter segredo de sua soropositividade até encontrar alguém que amem para confiar e compartilhar essa “imposição” inerente à sua história de vida.

Dioturnamente pensam no HIV. Esse vírus transpassa todas as dimensões de suas vidas a ponto de interferir em seus sonhos. Suas expectativas são poluídas de detalhes que remetem ao vírus. Mas não se privam de sonhar com a cura, com jeito mais fácil e seguro de namorar, casar, ter filhos. Mesmo porque temem transmitir o HIV, por isso dizem que se cuidam fazendo o tratamento com antirretroviral e usando preservativos.

Considerando que compreender o universo do adolescente é um desafio, este estudo possibilitou o conhecimento de algumas características específicas da população proposta. Para a atuação dos profissionais de saúde o conhecimento de seu público é fundamental na elaboração de estratégias eficazes. Os adolescentes podem se beneficiar de prestação de serviços mais atraente e personalizada. E historicamente há uma contribuição registrada neste tempo e lugar.

REFERENCIAS

ABREU, C. N. **Teoria do apego**: fundamentos, pesquisas e implicações clínicas. São Paulo: casa do psicólogo, 2010. 1ª.edição 2005. 1ª. Reimpressão 2010.

AMARAL, M. A.; FONSECA, R. G. M. S. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.40, n.4, p.469-476, 2006.

AMAZARRAY, M. R.; THOMÉ, L. D.; SOUZA, A. P. L. ; POLETTTO, M.; KOLLER, S. H. Aprendiz versus Trabalhador: Adolescentes em Processo de Aprendizagem. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 3, p. 329-338, 2009.

ANDRADE, S. M. O. **A Pesquisa científica em saúde**: concepção e execução. 6.ed.rev.atul. Campo Grande: Editora Uniderp, 2013.

ARAÚJO, L. Isso é amor. In: Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a AIDS**: Um sentimento de urgência. v. 8. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2015.

BAUMAN, Z. (2011, 23 de julho). [Entrevista com Zygmunt Bauman]. Leeds: Equipe Fronteiras do Pensamento. Acesso em 13 de fevereiro, 2016, em <https://www.youtube.com/watch?v=POZcBNo-D4A>

BEM, D.J. **Convicções, atitudes e assuntos humanos**. São Paulo: Editora pedagógica universitária, 1973.

BORGES, A.L.V., LATORRE M.R.D.O., SCHOR N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p.1583-1594, 2007.

BORGES, A. L. V., SCHOR, N. Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n.1, p. 225-234, 2007.

BOTOMÉ, S.P. O conceito de comportamento operante como problema. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, v. 9, n.1, p.19-46, 2013.

BRAGHETO, A. C. M. **Crianças portadoras do HIV/AIDS**: desenvolvimento emocional e competência social. 2008. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**: manual de bolso. Série Manuais, n. 46. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Recomendações para atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e hepatites virais. **Adolescentes e jovens para a educação entre pares: gêneros**. Saúde e prevenção nas escolas, vol. 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRÊTAS, J. R. S.; OHARA, C. V. S.; PEREIRA-JARDIM, D.; AGUIAR-JUNIOR, W.; OLIVEIRA, J. R. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3221-3228, 2011.

BURNS, D. N.; LANDESMAN, S.; MUENZ, L. R.; NUGENT, R. P.; GOEDERT, J. J.; MINKOFF, H.; WALSH, J. H.; MENDEZ, H.; RUBINSTEIN, A.; WILLOUGHBY, A. Cigarette smoking, premature rupture of membranes, and vertical transmission of HIV-1 among women with low CD4+ levels. **Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome**, v. 7, n. 7, p. 718-726, Jul. 1994.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. **Epidemiologic notes and reports**: Follow-Up on Kaposi's Sarcoma and Penumocystis Pneumonia. **Morbidity and mortality weekly report**. v. 30, n. 33, p. 409-410, 1981

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Recommendations of us public health service task force on the use of zidovudine to reduce perinatal Transmission of Human immunodeficiency Virus. **Morbidity and mortality weekly report**., v. 43, n. 11, p. 1-20, 1994.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Division of HIV/AIDS Prevention. **HIV Surveillance Supported by the Division of HIV/AIDS Prevention, 2012**

CHAVES, A. C. P.; BEZERRA, E. O.; PEREIRA, M. L. D.; WAGNER, W. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.1, p.48-53, 2014.

CONNOR, E. M.; SPERLING, R. S.; GELBER, R.; KISELEY, P.; SCOTT, G.; O'SULIVAN, M. J.; VANDYKE, R.; BEY, M.; SHEARER, W.; JACOBSON, R. L.; JIMENEZ, E.; O'NEILL, E.; BAZIN, B.; DELFRAISSY, J-F.; CULNANE, M.; COOMBS, R.; ELKINS, M.; MOYE, J.; STRATTON, P. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment: pediatric AIDS clinical trials group protocol 076 study group. **New England Journal of Medicine**, Newark, v. 331, n. 18, p. 1173-1180, Nov. 1994

COSTA, M. L., SOUZA, L. S. e ABREU, C. N. Relacionamentos no ciberespaço. In: LIPP, M. e TRICOLI, V. (org). **Relacionamentos interpessoais no século XXI e o stress emocional**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

CROSSETTI, M. G. O.; PAULA, C. P. Existencialidade da criança com AIDS: perspectivas para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 30-38, mar. 2008.

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

DAL FABBRO, M. M. F. J.; MORAES, S. P. Z. R.; CUNHA, R. V.; FREITAS, G. M. B.; FREITAS, H. G.; BOTELHO, C. A.; JUNIOR, V. G. S. Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 2, p. 105-110, abr./jun 2005.

DIÓGENES, M. A. R.; PORTELA, I. B.; SÁ, R. C.; VALENTE, M. M. Q. P. Sexuality of carriers of the human immunodeficiency virus in view of the disease: integrative review. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 27, n.4, p.550-559, 2014.

DORING, M.; FRANÇA-JUNIOR, I.; STELLA, I. M. Factors associated with institutionalization of children orphaned by AIDS in a population-based survey in Porto Alegre, Brazil. **Official Journal of the international AIDS society**. v.19, p.59-63, 2005. Disponível em

http://journals.lww.com/AIDSONline/Fulltext/2005/10004/Factors_associated_with_institutionalization_of.10.aspx (em 10 de dezembro de 2015).

DURKHEIM, E. **Os pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

FAUSTO NETO, A. AIDS recepção: a contaminação da AIDS pelos discursos sociais. **Revista FAMECOS**, v. 2, n.13, p. 94-102, 2000.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora nova fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrbio Comunicação**, São Paulo, v.25, n.1, p.129-136, 2013.

FONSECA, S. R. A.; DUARTE, C. M. N. Do namoro ao casamento: significados, expectativas, conflito e amor. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 30, n. 2, p.135-143, 2014.

GALANO, E.; MARCO, M. A.; SUCCI, R. C. M.; SILVA, M. H.; MACHADO, D. M. Entrevista com os familiares: um instrumento fundamental no planejamento da revelação diagnóstica do HIV/Aids para crianças e adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p. 2739-2748, 2012.

GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H. Estigma, discriminação e HIV/ Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, Sup. 1, p.72-83, 2008.

GONÇALVES, T. R.; PICCININI, C. A. Contribuições de uma intervenção psicoeducativa para o enfrentamento do HIV durante a gestação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 2, p. 193-201, 2015.

HERDT, G.; MCCLINTOCK, M. The magical age of 10. **Archives of Sexual Behavior**, v. 29, n. 6, 2000.

JACOB, L. S. Treino de resolução de problemas. In: ABREU, C.N.; GUILHARDI, H.J. (org.) **Terapia comportamental e cognitiva-comportamental: práticas clínicas**. São Paulo: editora Roca, 2004.

JUSTO, A. P. O desafio da escolha profissional. In: LIPP, Marilda (org). **O adolescente e seus dilemas: orientação para pais e educadores**. Campinas: Papirus, 2010.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. **O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2005a.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. v. 12. Série Pesquisa. Brasília: Liber Livro, 2005b.

LEVISKY, D. L. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. São Paulo: casa do psicólogo, 2006. 2ª. Edição revista e atualizada. 2ª. Reimpressão.

LIPP, M.(org). **O adolescente e seus dilemas: orientação para pais e educadores**. Campinas: Papirus, 2010.

LIPP, M.; TRICOLI, V. (org). **Relacionamentos interpessoais no século XXI e o stress emocional**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

MAARTENS, G.; CELUM C.; LEWIN, S.R. HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. **The Lancet**, v. 384, p. 258–271, Jul, 2014.

MAKSUD, I. Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p.1196-1204, 2012.

MALUF e SILVA, M. J.; MENDES, W. S.; GAMA, M. E. A.; CHEIN, M. B. C.; VERAS, D. S. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.43, n.1, p.32-35, 2010.

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

MATOS, V. T. G.; OLIVEIRA, A. L. L.; SANTOS, E. R.; ALENCAR, S. K. R.; DAL FABBRO, M. M. F. J. Missed opportunities for prevention of perinatal HIV infection. **The brasilian jornal of infectious diseaes**. v.19, n. 5, p.554-555, 2015.

MATIDA, L. H.; MARCOPITO, L. F.; SUCCI, R. C. M.; MARQUES, H. H. S.; NEGRA, M.D.; GRANGEIRO, A.; HEARST, N. Improving survival among brazilian children with perinatally-acquired AIDS. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, p.419-423, Dec. 2004.

MINAYO, M. C. S. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.1, p.18-34, jan-mar, 2005.

MIZIARA, L. A. F. **Significado da soropositividade para crianças e adolescentes com HIV/AIDS**. 2012. 71 f. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2012.

MORENO, C. C. G. S.; REA, M. F.; FILIPE, E. V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. **Revista Brasileira de Saúde Materna-infantil**, v. 6, n. 2, p.199-208, 2006.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 1993.

MOURA, E. R. F.; LIMA, D. M. C.; SILVA, R. M. Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/aids, o que mudou com a soropositividade. **Revista Cubana de Enfermería**. v. 28, n.1, p.37-48, 2012.

NEZU, A. M.; NEZU, C. M. Treinamento em solução de problemas. In: CABALLO, V.E. (org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: editora Santos, 1996.

NJAINE, K. Preconceito. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S.N. (org.) **Dicionário feminino da infâmia**: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

OLIVEIRA, A. M.; MACHADO, M. A adolescência e a espetacularização da vida. **Psicologia & Sociedade**, v.27, n.3, p. 529-536, 2015.

OLIVEIRA, J. G.; ARAÚJO, J. L.; ALCHIERI, J. C.; PEREIRA, A. K. A. M.; NASCIMENTO, E. G. C.; VASCONCELOS, R. B. Conhecimento e comportamento sexual dos universitários diante a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 37, n. 3, p.702-724 ,jul./set. 2013.

OLIVEIRA, L. L.; NEGRA, M. D.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Projetos de Vida de Adultos Jovens Portadores de HIV por Transmissão Vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de Infectologia. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 21, n. 4, p.928-939, 2012.

PAIVA, V.; ARANHA, F.; BASTOS, F. I. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, Sup. 1, p.54-64, 2008.

PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, Sup. 2, p.S335-S343, 2003.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12^a. Edição. Porto Alegre: AMGH editora, 2013.

PAULA, C. C.; CABRAL, I. E.; SOUZA, I. E. O. O (não)dito da AIDS no cotidiano de transição da infância para a adolescência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 658-664, 2011.

PEREIRA, M. A. B; ROMÃO, M. S.; VITALLE, M. S. S. A primeira relação sexual de adolescentes homens. **Adolescência e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 72-79, 2014.

PFEIFER, L. I.; MARTINS, Y. D.; SANTOS, J. L. F. A Influência Socioeconômica e de Gênero no Lazer de Adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 427-432, 2010.

PINTO, C. S.; FERNANDES, C. E. S.; OLIVEIRA, R.D.; MATOS, V.T.G.; CASTRO, A.R.C. M. Transitioning through AIDS epidemics – gender and temporality. **The Brazilian Journal of infectious diseases**, v.19, n.6, p.657-659, nov./dec. 2015

PIRES, L.; RODRIGUES, A. M.; FISBERG, M.; COSTA, R. F.; SCHOEN, T. H. Qualidade de Vida de Adolescentes Modelos profissionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 71-76, 2012.

RIBEIRO, A. C.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; TERRA, M. G. O cotidiano do adolescente que tem hiv/aids: impessoalidade e disposição ao temor. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 22, n. 3, p.680-686, Jul-Set 2013.

RIBEIRO, J. S. B. "Brincar de osadia": sexualidade e socialização infanto-juvenil no universo de classes populares. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, Sup. 2, p. S345-S353, 2003.

RODRIGUES, D.S. Os sem religião nos censos brasileiros: sinal de uma crise do pertencimento institucional. **Horizonte**. v.10, n. 28, p.1130-1153, out-dez 2012.

SADIR, M. A. As dificuldades de relacionamento. In: LIPP, Marilda (org). **O adolescente e seus dilemas: orientação para pais e educadores**. Campinas: Papirus, 2010.

SAGGESE, E. **Adolescência e psicose: transformações sociais e os desafios da clínica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F.; SOUSA, V. C. Envelhecer com Aids: Representações, Crenças e Atitudes de Idosos Soropositivos para o HIV. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 43, n. 2, p. 323-332, 2009.

SALES, M. S. O processo de constituição da identidade na adolescência: trabalho, classe e gênero. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, supl., p.161-171, 2014.

SALLES, C. M. B.; FERREIRA, E. A. P.; SEIDL, E. M. F. Adesão ao tratamento por cuidadores de crianças e adolescentes soropositivos para o HIV. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 499-506, 2011.

SANT'ANNA, A. C. C.; SEIDL, E. M. F. Efeitos da Condição Sorológica Sobre as Escolhas Reprodutivas de Mulheres HIV Positivas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 2, p. 244-251, 2009.

SCHAURICH, D.; MEDEIROS, H. M. F.; MOTTA, M. G. C. Vulnerabilidade no viver de crianças com AIDS. **Revista de enfermagem da UERJ**. v. 15, n. 2, p. 284-290, abr./jun. 2007.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. Desenvolvimento da Identidade em Adolescentes Estudantes do Ensino Médio. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 3, p. 326-333, 2009.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M. Adolescência através dos séculos. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília-DF, v. 26, n. 2, p. 227-234, abr/jun, 2010.

SEHNEM, G. D.; FAVERO, N. B.; BONADIMAN, P. O. B. Adolescentes que vivem com HIV/AIDS: as redes de apoio social. **Revista Enfermagem UFSM**. v. 5, n. 2, p. 349-359, 2015.

SEIDL, E. M. F.; ROSSI, W. S.; VIANA, K. F.; MENESES, A. K. F.; MEIRELES, E. Crianças e Adolescentes Vivendo com HIV/Aids e suas Famílias: Aspectos Psicossociais e Enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 279-288, 2005.

SEIFFERT, A. S. A invenção da teen-age nos estados unidos na década de 1950 e relações e gênero: uma análise de “o apanhador no campo de centeio”. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10, 2013, Florianópolis-SC, **Anais Eletrônicos**, 2013.

SERON, C.; MILANI, R. G. A construção da identidade feminina na adolescência: um enfoque na relação mãe e filha. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 1, p. 154-164, 2011.

SILVA, F. C. F.; BASILE, L. C.; BOTH, N. S.; KERN, F. A. Os Herdeiros da AIDS: Compreensão da Condição Sorológica de Adolescentes Infectados por Transmissão Vertical. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 2, n. 1, p. 318-326, 2010.

SILVA, R. A. R.; ROCHA, V. M.; DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V. Formas de enfrentamento da aids: opinião de mães de crianças soropositivas. **Revista Latino-americana de Enfermagem on-line**, v. 16, n. 2, p., mar.- abr., 2008.

SILVA, V. A. C. Ideologia de gênero. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. (org.) **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015 (a), p.170-173.

SILVA, V. L. M. Queer. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. (org.) **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015, p.299-300.

SKINNER, B.F. **Sobre o behaviorismo**. 10ª. edição. São Paulo: Cultrix, 2006 (Publicação original 1974)

SOCCI, V. V. Sexualidade: dificuldades e problemas. In: LIPP, Marilda (org.) **O adolescente e seus dilemas: orientação para pais e educadores**. Campinas: Papyrus, 2010.

SOUTO, B. G. A.; KIYOTA, L. S.; BATALINE, M. P.; BORGES, M. F.; KORKISCHKO, N.; CARVALHO, S. B. B.; SOUSA FILHO, M. M. O sexo e a sexualidade em portadores do vírus da imunodeficiência humana. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 7, n. 1, p. 188-191, 2009.

SOUZA, D. **Até o dia da cura**. In: Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Histórias da luta contra a AIDS: As múltiplas visões que venceram o desconhecimento, a desinformação e o preconceito. v. 2, Brasília: Ministério da saúde, 2015.

TAVARES, B. F.; LAPOLLI, C.; PETRESCO, S. Sexualidade e os ciclos da vida: adolescência. In: DIEHL, A.; VIEIRA, D.L. **Sexualidade: do prazer ao sofrer**. São Paulo: Roca, 2013. Cap 4, p. 79 - 99.

THE EUROPEAN MODE OF DELIVERY COLLABORATION. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. **Lancet**, v. 353, n. 9165, p. 1035-1039, Mar 1999.

THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012**. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/documentos/UNAIDS_GR2012_em_en.pdf> Acesso em: 30 abr. 2014.

_____ **World AIDS day 2015: AIDS by the numbers 2015**. Disponível em: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/AIDS_by_the_numbers_2015 Acesso em: 05 jan. 2016.

VANFRAUSSEN, K.; PONJAERT-KRISTOFFERSEN, I.; BREWAEYS, A. An attempt to reconstruct children's donor concept: a comparison between children's and lesbian parents' attitudes towards donor anonymity. **Oxford Journals Medicine & Health Human Reproduction**. v.16, n. 9, p. 2019-2025, 2001.

VENTURINI, A. P. C.; PICCININI, C. A. Percepção de adolescentes não-pais sobre projetos de vida e sobre a paternidade adolescente. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, sup., p.172-182, 2014.

WITTER, G. P. Realização acadêmica: escola e família. In: LIPP, Marilda (org). **O adolescente e seus dilemas: orientação para pais e educadores**. Campinas: Papirus, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Reproductive health, 2006**. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/shdefinitions/en/index.html. Acesso em: 13 dez. 2015.

_____ **HIV/AIDS**. Fact sheet n^o 360. Atualizado em novembro de 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/#>. Acesso em: 13 dez. 2015.

ZÁCHIA, S.; KNAUTH, D.; GOLDIM, J. R.; CHACHAMOVICH, J. R.; CHACHAMOVICH, E.; PAZ, A. H.; FELBERBAUM, R.; CROSIGNANI, P.; TARLATZIS, B. C.; PASSOS, E. P. Assisted Reproduction: What factors interfere in the professional's decisions? Are single women an issue? **BMC Women's Health**, v.11, n.21, 2011.

ZUCCHI, E. M.; BARROS, C. R. S.; PAIVA, V. S. F.; FRANÇA-JR, I. Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por AIDS. **Educação e Pesquisa**, v. 36, n. 3, p. 719-734, 2010.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DA ENTREVISTA: ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS

Categoria I – Caracterização dos participantes

01. Sexo: () Masculino () Feminino

02. Idade: _____anos

03. Reside com: () Mãe () Pai () Avós () Tio(a) () Casa de apoio

() Irmãos () Primos () Outros _____

Escolaridade dos responsáveis _____

04. () Óbito materno () Óbito paterno () Óbito mãe/pai

05. Naturalidade: () Campo Grande () Outro município _____

06. Religião _____

07. Escolaridade do sujeito _____

Categoria II – Pergunta norteadora

As pessoas, jovens como você, têm vida social, afetiva (namoram, ficam) e sexual. Como é, para você, que tem infecção pelo HIV, viver esses momentos?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COM IDADE À PARTIR DE 18 ANOS COMPLETOS

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa e você precisa decidir se quer participar ou não. Vamos ler cuidadosamente o documento e, à medida em que surgir alguma dúvida, pode perguntar para a pesquisadora.

Este estudo está sendo conduzido por mim, Verônica Fabíola Rozisca, mestranda da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Esta pesquisa tem por finalidade conhecer o que pensam e como se comportam adolescentes e jovens nos primeiros relacionamentos afetivo-sexuais. São adolescentes e jovens HIV infectados por transmissão vertical, ou seja, desde antes de nascerem ou no momento do nascimento e fazem acompanhamento ambulatorial no CEDIP em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Poderão participar desta pesquisa adolescentes e jovens com idade entre 15 a 24 anos que aceitarem participar. Aqueles com menos de 18 anos, que foram autorizados pelos seus pais e/ou responsáveis.

Caso decida participar desta pesquisa, faremos algumas perguntas relacionadas a sua vida pessoal e elas serão registradas por um gravador sonoro. A entrevista não passará de trinta minutos e você tem a liberdade de desistir de participar, a qualquer momento, podendo informar essa decisão para mim pessoalmente ou pelo telefone (67)3346-4693.

O risco da pesquisa é que você pode se constranger no momento de responder perguntas sobre sua vida pessoal, mas se durante as perguntas você sentir que elas são inadequadas, você pode deixar de responder ou mesmo desistir de continuar a entrevista. Se após o encerramento de nossa conversa você sentir que precisa de um tempo para se reestabelecer, posso te ouvir e ficarei com você o tempo necessário. Após este tempo se você considerar que precisa, podemos continuar esta conversa outro dia ou marcar um horário com uma psicóloga aqui no CEDIP. Você não terá qualquer prejuízo por isso.

Não haverá qualquer compensação financeira para os que decidirem participar da pesquisa e os benefícios serão obtidos quando os resultados da pesquisa forem usados para promover medidas que aumentem a qualidade de vida das pessoas.

Ninguém, além do pesquisador, saberá das suas respostas e em nenhum momento você poderá ser identificado, ou seja, os dados da pesquisa são anônimos e apenas o pesquisador e você, terão acesso a este documento em que consta o seu nome. Isso significa que se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo.

Para perguntas ou problemas referente ao estudo ligue para Verônica Fabíola Rozisca, telefone 3346-9346. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Eu _____
declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do voluntário

_____ .

Data ____/____/____ Telefone (opcional) _____

Assinatura do pesquisador

_____ .

Data ____/____/____

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
RESPONSÁVEL PELO ADOLESCENTE COM IDADE
ENTRE 16 ANOS COMPLETOS À 17 ANOS**

Seu filho(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa e você precisa decidir se ele(a) poderá participar ou não. Vamos ler cuidadosamente o documento e, à medida em que surgir alguma dúvida, pode perguntar para a pesquisadora.

Este estudo está sendo conduzido por mim, Verônica Fabíola Rozisca, mestranda da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Esta pesquisa tem por finalidade conhecer o que pensam e como se comportam adolescentes e jovens nos primeiros relacionamentos afetivo-sexuais. São adolescentes e jovens HIV infectados por transmissão vertical, ou seja, desde antes de nascerem ou no momento do nascimento e fazem acompanhamento ambulatorial no CEDIP em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Poderão participar desta pesquisa adolescentes e jovens com idade entre 15 a 24 anos que aceitarem participar. Aqueles com menos de 18 anos, que foram autorizados pelos seus pais e/ou responsáveis.

Caso decida autorizar seu filho(a) participar desta pesquisa, faremos algumas perguntas relacionadas a vida pessoal dele(a) que serão registradas por um gravador sonoro. A entrevista não passará de trinta minutos e seu filho(a) tem a liberdade de desistir de participar, podendo informar essa decisão para mim pessoalmente ou pelo telefone (67)3346-4693.

O risco da pesquisa é que seu filho(a) pode se constranger no momento de responder a pergunta sobre a vida pessoal, mas se durante a pergunta ele(a) sentir que elas são inadequadas, ele(a) pode deixar de responder ou mesmo desistir de continuar a entrevista. Se após o encerramento de nossa conversa ele/ela sentir que precisa de um tempo para se reestabelecer, posso ouvi-lo/ouvi-la e ficarei com ele/ela o tempo necessário. Após este tempo se ele/ela considerar que precisa, podemos continuar esta conversa outro dia ou marcar um horário com uma psicóloga aqui no CEDIP. Dessa forma seu/sua filho/filha não terá qualquer prejuízo por isso.

Não haverá qualquer compensação financeira para os que decidirem participar da pesquisa e os benefícios serão obtidos quando os resultados da

pesquisa forem usados para promover medidas que aumentem a qualidade de vida das pessoas.

Ninguém, além do pesquisador, saberá das respostas e em nenhum momento seu filho(a) poderá ser identificado, ou seja, os dados da pesquisa são anônimos e apenas o pesquisador e seu filho(a), terão acesso a este documento em que consta o nome do pai/mãe/responsável e do(a) menor participante da pesquisa. Isso significa que se você concordar com a participação de seu filho(a) no estudo, nome e identidade de ambos serão mantidos em sigilo.

Para perguntas ou problemas referente ao estudo ligue para Verônica Fabíola Rozisca, telefone 3346-9346. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187.

Como já foi informado a participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não autorizar que seu filho(a) faça parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você e seu filho(a) não perderá qualquer benefício ao qual tem direito.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Eu _____
declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que meu filho(a) está autorizado a tomar parte neste estudo.

Assinatura do responsável pelo menor _____

Data ____/____/____ Telefone (opcional) _____

Assinatura do pesquisador _____

Data ____/____/____ Telefone 3346-4693

**APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
ADOLESCENTE COM IDADE ENTRE 16 ANOS
COMPLETOS À 17 ANOS**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa e você precisa decidir se quer participar ou não. Vamos ler cuidadosamente o documento e, à medida em que surgir alguma dúvida, pode perguntar para a pesquisadora.

Este estudo está sendo conduzido por mim, Verônica Fabíola Rozisca, mestranda da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Esta pesquisa tem por finalidade conhecer o que pensam e como se comportam adolescentes e jovens nos primeiros relacionamentos afetivo-sexuais. São adolescentes e jovens HIV infectados por transmissão vertical, ou seja, desde antes de nascerem ou no momento do nascimento e fazem acompanhamento ambulatorial no CEDIP em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Poderão participar desta pesquisa adolescentes e jovens com idade entre 15 a 24 anos que aceitarem participar. Aqueles com menos de 18 anos, que foram autorizados pelos seus pais e/ou responsáveis.

Caso decida participar desta pesquisa, faremos algumas perguntas relacionadas a sua vida pessoal e elas serão registradas por um gravador sonoro. A entrevista não passará de trinta minutos e você tem a liberdade de desistir de participar, podendo informar essa decisão para mim pessoalmente ou pelo telefone (67)3346-4693.

O risco da pesquisa é que você pode se constranger no momento de responder perguntas sobre sua vida pessoal, mas se durante as perguntas você sentir que elas são inadequadas, você pode deixar de responder ou mesmo desistir de continuar a entrevista. Se após o encerramento de nossa conversa você sentir que precisa de um tempo para se reestabelecer, posso te ouvir e ficarei com você o tempo necessário. Após este tempo se você considerar que precisa, podemos continuar esta conversa outro dia ou marcar um horário com uma psicóloga aqui no CEDIP. Você não terá qualquer prejuízo por isso.

Não haverá qualquer compensação financeira para os que decidirem participar da pesquisa e os benefícios serão obtidos quando os resultados da pesquisa forem usados para promover medidas que aumentem a qualidade de vida das pessoas.

Ninguém, além do pesquisador, saberá das suas respostas e em nenhum momento você poderá ser identificado, ou seja, os dados da pesquisa são anônimos e apenas o pesquisador e você, terão acesso a este documento em que consta o seu nome. Isso significa que se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo.

Para perguntas ou problemas referente ao estudo ligue para Verônica Fabíola Rozisca, telefone 3346-9346. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187.

Como já foi informado, sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Eu _____
 declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que sou voluntário, autorizado pelo meu responsável, a tomar parte neste estudo.

Assinatura do voluntário (menor)

 Data ____/____/____ Telefone (opcional) _____

Eu _____
 declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que autorizo _____
 _____, menor, a participar como voluntário deste estudo.

Assinatura do responsável pelo menor

 Data ____/____/____ Telefone (opcional) _____

Assinatura do pesquisador

 Data ____/____/____ Telefone 3346-4693

APÊNDICE E - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ADOLESCENTES ABAIXO DE 16 ANOS

Você esta sendo convidado a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Você tem bastante tempo para tomar essa decisão. Leremos juntos cuidadosamente o que se segue e pode me perguntar a qualquer momento sobre dúvidas que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por mim Verônica Fabíola Rozisca - UFMS.

Porque o estudo esta sendo feito?

Esta pesquisa tem por finalidade conhecer o que pensam e como se comportam adolescentes e jovens nos primeiros relacionamentos afetivo-sexuais. São adolescentes e jovens HIV infectados por transmissão vertical, ou seja, desde antes de nascerem ou no momento do nascimento e fazem acompanhamento ambulatorial no CEDIP em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Quem participará deste estudo?

Poderão participar desta pesquisa adolescentes e jovens com idade entre 15 a 24 anos que aceitarem participar. Aqueles com menos de 18 anos, que foram autorizados pelos seus pais e/ou responsáveis.

O que serei solicitado a fazer?

Caso decida participar desta pesquisa, faremos algumas perguntas relacionadas a sua vida pessoal e elas serão registradas por um gravador sonoro. A entrevista não passará de trinta minutos e você tem a liberdade de desistir de participar, podendo informar essa decisão para mim pessoalmente ou pelo telefone (67)3346-4693.

O risco da pesquisa é que você pode se constranger no momento de responder perguntas sobre sua vida pessoal, mas se durante as perguntas você

sentir que elas são inadequadas, você pode deixar de responder ou mesmo desistir de continuar a entrevista. Se após o encerramento de nossa conversa você sentir que precisa de um tempo para se reestabelecer, posso te ouvir e ficarei com você o tempo necessário. Após este tempo se você considerar que precisa, podemos continuar esta conversa outro dia ou marcar um horário com uma psicóloga aqui no CEDIP. Você não terá qualquer prejuízo por isso.

Quem poderá ver os meus registros / respostas e saber que eu estou participando do estudo?

Ninguém, além do pesquisador, saberá das suas respostas e em nenhum momento você poderá ser identificado, ou seja, os dados da pesquisa são anônimos e apenas o pesquisador e você, terão acesso a este documento em que consta o seu nome. Isso significa que se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo.

A quem devo chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?

Para perguntas ou problemas referente ao estudo ligue para Verônica Fabíola Rozisca, telefone 3346-9346. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187.

Eu posso recusar a participar ou pedir para sair do estudo?

Como já foi informado, sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Eu _____ declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram

esclarecidas, e que sou voluntário, autorizado pelo meu responsável, a tomar parte neste estudo.

Assinatura do voluntário (abaixo de 16 anos)

Data ____/____/____ Telefone (opcional) _____

Eu _____ declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que autorizo _____, abaixo de 16 anos, a participar como voluntário deste estudo.

Assinatura do responsável pelo menor de 16 anos

Data ____/____/____ Telefone (opcional) _____

Assinatura do pesquisador

Data ____/____/____ Telefone 3346-4693

Anexo A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relacionamento afetivo-sexual: pensamentos e comportamentos de adolescentes e jovens HIV infectados por transmissão vertical por transmissão vertical em Campo Grande, MS

Pesquisador: Verônica Fabíola Rozisca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35175814.9.0000.0021

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 867.362

Data da Relatoria: 10/11/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa a ser desenvolvida para o Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias sob orientação da pesquisadora Sônia Andrade. Trata-se de pesquisa qualitativa com base em dados primários, a ser realizada no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015 com crianças e adolescentes (em torno de 40 adolescentes e jovens com idade entre 15 e 24 anos) infectados pelo HIV por transmissão vertical. Os dados serão coletados no ambulatório do Centro de Referência para Doenças Infecciosas e

Parasitárias (CEDIP) do município de Campo Grande, MS. Este Centro é uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo atendimento é feito através de encaminhamento de referência e contra referência, para pacientes portadores de qualquer doença infecciosa e parasitária.

Será utilizada a técnica de tabulação e organização de dados qualitativos intitulada Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As entrevistas serão realizadas em consultórios individuais e disponíveis no momento da visita, garantindo-se a privacidade e respeitando-se o sigilo acordado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

-Caracterizar pensamentos e comportamentos de adolescentes e jovens HIV infectados por

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 867.362

transmissão vertical nos primeiros relacionamentos afetivo-sexuais.

Objetivos específicos:

- Identificar as estratégias de enfrentamento e os comportamentos de adolescentes e jovens infectados pelo HIV por transmissão vertical diante dos primeiros relacionamentos afetivo-sexual;
- Identificar as expectativas em relação ao futuro de adolescentes e jovens infectados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: respaldado pela experiência profissional da pesquisadora, na hipótese de algum participante ficar sensibilizado com a vivência do momento da coleta de dados, será dado o prosseguimento de acolhida seguido de encaminhamento ao serviço de psicologia do CEDIP, como previsto no código de ética do psicólogo. Diante de qualquer evento danoso não previsto, a pesquisa será suspensa, fato que será informado às instituições promotoras e participantes.

Benefícios:

A caracterização dos pensamentos e comportamentos de adolescentes e jovens HIV infectados por transmissão vertical nos primeiros relacionamentos afetivo-sexuais possibilita a elaboração de políticas saúde voltadas para esse público específico, proporciona aos profissionais que trabalham direta e indiretamente com eles, realizar suas intervenções com eficiência e eficácia promovendo a redução e /ou ausência de reinfecções

ou novas infecções. Conhecer as características de comportamentos destes jovens neste tempo e espaço permite o registro científico, histórico e cultural que pode subsidiar decisões da gestão e otimizar tempo, investimentos financeiros tanto no âmbito dos recursos humanos como materiais como planejamento de ações intersetoriais de saúde, assistência, educação, cultura. Contudo, nenhuma razão supera a possibilidade de melhorar a qualidade de vida desses adolescentes e jovens de conhecerem por meio de feedback sistematizado seus pensamentos e comportamentos possibilitando facilitar o autoconhecimento, essencial para reflexão e tomada de decisões.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, com retorno social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após envio do 1º parecer do CEP, as recomendações foram atendidas e os preceitos éticos contemplados.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 867.362

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 11 de Novembro de 2014

Assinado por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br