

DANIELA APARECIDA CARDOSO DA SILVA

Considerações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de  
jovens que nasceram com HIV em tratamento em um ambulatório  
especializado em HIV/Aids na cidade de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da  
Coordenadoria de Recursos Humanos da  
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo,  
para obtenção do título de Mestre em Saúde  
Coletiva

São Paulo

2014

DANIELA APARECIDA CARDOSO DA SILVA

Considerações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de  
jovens que nasceram com HIV em tratamento em um ambulatório  
especializado em HIV/Aids na cidade de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado  
Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de  
Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de  
São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde  
Coletiva

**Área de Concentração:** Gestão e Práticas de Saúde

**Orientadora:** Dra. Amalia Suzana Kalckmann

São Paulo

2014

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico–Científico. Instituto de Saúde

Silva, Daniela Aparecida Cardoso da

Considerações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de jovens que nasceram com HIV em tratamento em um ambulatório especializado em HIV/Aids na cidade de São Paulo/  
Daniela Aparecida Cardoso da Silva. São Paulo, 2014. 103p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria  
de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Dra. Amália Suzana Kalckmann

1. Jovens 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida 3. Sexualidade 4. Direitos Sexuais e Reprodutivos I. Título.

*Dedico este trabalho a todos os jovens participantes desta pesquisa.*

*O despojar de suas intimidades lapidou de modo importante a minha formação como pesquisadora.*

*A vocês, o meu eterno agradecimento!*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Claudovir e Penha**, que me deram a vida, me fizeram mulher e sempre tiveram minha formação educacional como prioridade de suas existências. Sou o que sou graças a eles.

À minha irmã, **Diana Cristina**, o amor da minha vida e o meu maior orgulho, que sempre me incentiva e faz questão de deixar claro o quanto se inspira em minha trajetória para construir a sua.

Às minhas amigas **Regiane Leite, Paula Firetti e Renata Zamberlan**, que além do apoio cotidiano oferecido, foram responsáveis pelos momentos de descontração que me foram necessários e essenciais.

À ex-diretora do “extinto” SEAP e atual coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids, **Dra. Eliana Battaglia Gutierrez**, que autorizou a minha participação no processo seletivo deste programa e me forneceu toda a estrutura necessária para que eu pudesse dar andamento a esta pesquisa enquanto o SEAP esteve em funcionamento. Estendo esse agradecimento à administradora **Delsa Nagata**, que junto da Dra. Eliana, fez todas as articulações necessárias para que eu pudesse me ausentar do SEAP, semanalmente, enquanto esta pesquisa esteve em execução.

À diretoria do CAISM Philippe Pinel, que compreendeu a necessidade da minha ausência semanal de minhas atividades no serviço para atender as exigências curriculares do programa, principalmente, a **Srta Maria Beatriz de Miranda Matias**, gerente da Reinserção Social do referido serviço e responsável pela equipe da qual eu fiz parte ao longo desse tempo, por toda a compreensão e apoio.

À **Prof<sup>a</sup>. Dra. Suzana Kalckmann**, minha orientadora, pela parceria, compreensão e apoio ofertados em todos os momentos, tanto os de sucesso e principalmente os de fragilidade. Sem o seu acolhimento, nada me seria possível.

Aos professores **Dr. José da Rocha Carneiro, Dra. Wilza Vieira Villela e Dra. Katia Cibelle Machado Pirotta**, que me deram preciosas e significativas contribuições nas fases de qualificação e defesa deste estudo.

Aos **professores** do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que contribuíram, cada qual ao seu modo, para a minha formação. Dedico um agradecimento especial às professoras **Dra. Silvia Regina Dias Médici Saldiva e Dra. Tereza Etsuko da Costa Rosa**, que foram fundamentais para a execução e conclusão da escrita dessa dissertação.

Aos **meus colegas e companheiros**, alunos do Programa, que compartilharam comigo a singularidade dessa experiência.

E **aos demais familiares, amigos e colegas**, que, obviamente, não é possível relacionar um por um aqui, e que são tão importantes quanto os relacionados, pois estiveram ao meu lado durante esse tempo, me apoiando, incentivando e compreendendo os momentos onde minha ausência se fez necessária.

A todos e todas, o meu sincero “**muito obrigada**”.

## RESUMO

**Introdução:** O primeiro caso de aids notificado no Brasil foi em 1980. Diante dos avanços científicos na assistência aos portadores de HIV e/ou doentes por aids, a doença deixou de ser aguda, indicadora de morte iminente, para tornar-se crônica e controlável. O uso da terapia anti-retroviral no Brasil possibilitou que crianças que nasceram com HIV, pudessem chegar à adolescência e vida adulta. Frente a esse panorama, tem-se uma questão que incita discussão e que exige adequações, bem como novas propostas e respostas nos serviços: o adolescente/jovem que vive com HIV/aids.

**Objetivo:** investigar como a condição de ser portador do HIV ou doente por aids interfere na vida sexual/afetiva de jovens que nasceram com HIV, bem como descrever, sob a ótica desses jovens, como os direitos sexuais e reprodutivos são discutidos e garantidos nos serviços especializados. **Método:** foi realizado um estudo qualitativo, com entrevistas gravadas. O roteiro para as entrevistas contou com questões relacionadas à vida sexual e reprodutiva dos jovens. Foram incluídos 12 jovens que nasceram com HIV e estão em tratamento ambulatorial no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, provenientes do Serviço de Extensão em HIV/Aids, maiores de 18 anos, de ambos os sexos e que concordaram em participar da pesquisa. **Resultados:** os jovens que nasceram com HIV vivenciaram situações típicas a qualquer jovem, portador de uma doença crônica ou não, e que apesar de terem sido submetidos a uma vida que também aconteceu no ambulatório de um hospital, a doença não limitou essas experiências. **Considerações finais:** sob o ponto de vista dos jovens, os serviços que atendem as crianças/adolescentes e jovens não deram suporte (informação e insumos) à vivência dessa sexualidade e, como consequência, não garantiu os direitos sexuais e reprodutivos dos entrevistados. **Potencial de aplicabilidade:** a análise realizada pode contribuir e ou subsidiar intervenções educativas direcionadas aos profissionais que atendem crianças e adolescentes com HIV/Aids reforçando a necessidade da incorporação dos temas de sexualidade, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos, em seus protocolos de atendimento.

**Palavras chave:** Juventude, Adolescente, HIV, Aids, Sexualidade, Direitos Sexuais e Reprodutivos.

## ABSTRACT

**Introduction:** The first notified case of AIDS in Brazil was reported in 1980. In the face of scientific advances in care for people who living with HIV and/or AIDS infected, the disease is no longer acute, indicator of imminent death, to become chronic and manageable. The use of antiretroviral therapy in Brazil has enabled children born with HIV, could reach in the adolescence and adulthood. Front of this perspective, there is an issue that incites discussion and requiring adjustments, as well as new proposals and responses in health services: the teenager/young people living with HIV/AIDS. **Objective:** the study aimed to inquire how the condition of having HIV or AIDS infecteds interfering in the sexual/affective life of young people were born with HIV, as well as to describe, from the perspective of these young people, how the sexual and reproductive rights are discussed and guaranteed in specialized services. **Methodology:** a qualitative study was conducted with recorded interviews. The script for the interviews included questions about the sexual and reproductive life of young people. Twelve young people were born with HIV and are receiving clinic treatment in the Institute of Infectious Diseases Emílio Ribas, from the Extension Service in HIV/AIDS, over 18 years-old, of both genders and who agreed to participate in this research were included. **Results:** the results showed that young people who were born with HIV experienced typical situations to any young people, having a chronic disease or not, and despite of have been submitted a life that also happened in the clinic of a hospital, the disease not limited these experiences. **Final considerations:** from the young people point of view, the services that attend children/adolescents and young people not offered support (information and inputs) for the experience of this sexuality and, as a consequence, not guaranteed sexual and reproductive rights of interviewees. **Potential applicability:** the analysis can contribute or subsidize educational interventions directed to the professionals who serve children and adolescents with HIV / AIDS reinforces the need to incorporate the themes of sexuality, respecting sexual and reproductive rights in their protocols.

**Key words:** Youth, Adolescent, HIV, AIDS, Sexuality, Sexual and Reproductive Rights

## APRESENTAÇÃO

A ideia desse projeto surgiu quando eu integrei a Equipe Multidisciplinar responsável por discutir, idealizar e planejar a transição de adolescentes e jovens que estavam sendo acompanhados pela Equipe Multidisciplinar do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr HC/FMUSP) e que, devido a idade, necessitavam de um atendimento compatível e adequado com essa nova fase da vida, foram transferidos para o Serviço de Referência de adultos que, nesse caso, foi o Serviço de Extensão da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SEAP – DMIP/HC/FMUSP) onde atuei como psicóloga.

Após várias discussões com as Equipes de Referência, tanto do Serviço Pediátrico quanto com o Serviço de Adultos, foi possível o estabelecimento de um fluxo de acolhimento/atendimento para essa população, que consiste em um grupo de acolhimento aos jovens, seus familiares, a Equipe de referência do serviço pediátrico e a Equipe de referência do serviço de adultos, que além do caráter informativo, tinha como finalidade iniciar uma conversa com os novos usuários e configurar uma porta de entrada para o início do tratamento no novo serviço de referência. O objetivo desse grupo era o de apresentar o novo serviço de saúde e a Equipe Multidisciplinar assistente, falar de seu funcionamento, bem como acolher as expectativas e angústias dos usuários mediante o processo de transição.

Após a participação nesse grupo os jovens eram informados sobre a data da primeira consulta com o médico infectologista, bem como com o Serviço Social, que ficou responsável por realizar uma entrevista inicial com finalidade de mapear a situação geral do usuário quanto a variáveis sociodemográficas (vida escolar/profissional, estrutura familiar, apoio no tratamento, vida pessoal, projetos futuros etc).

Foram realizados alguns grupos com os jovens, seus familiares e equipes assistentes, tanto do serviço de origem quanto do serviço de acolhimento. Durante estes grupos, em atividade com a equipe de Saúde Mental, foram levantadas questões relacionadas com as expectativas de encontrar apoio no novo serviço, com as principais angústias frente ao processo de transição, como as dificuldades frente à

responsabilidade com o próprio tratamento e o medo de serem tratados com preconceito.

Após o início do tratamento desses jovens no Serviço, e a partir dos atendimentos realizados em psicoterapia individual com alguns deles, alguns aspectos chamavam a minha atenção. Pouco se falava sobre as questões relacionadas à vida sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens, sendo que, em sua grande maioria, havia fortes indícios de que essa vida já havia iniciado, uma vez que muitos deles já tinham filhos. Ao que parecia, essa dificuldade não era só do jovem, mas também das Equipes assistentes, tanto do ambulatório adulto, como do ambulatório pediátrico. Através dessa experiência, questões se suscitaram: Qual é o melhor momento para falar sobre sexualidade e prevenção? Será que os jovens sentem-se confortáveis para conversar sobre isso? Se não, por que motivos? E a Equipe, está preparada para falar com aqueles que tratam desde muito cedo? Existe uma idade adequada para isso? E as famílias e/ou cuidadores, como receberiam essa intervenção? Será que esses jovens estão tendo seus direitos sexuais e reprodutivos protegidos pela Equipe de Saúde? Será que eles têm noção que esses direitos existem? Como prepará-los e responsabilizá-los para o exercício de uma vida sexual e reprodutiva saudável?

Essas questões, que nasceram de uma experiência pessoal e profissional, me motivaram a desenvolver este projeto de pesquisa, bem como aprofundar o tema em si, no que se refere ao que já foi publicado nacional e internacionalmente, e a partir desses conhecimentos, contribuir para a construção de uma proposta de intervenção para subsidiar as discussões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens que nasceram com HIV.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro I – Distribuição de características sociodemográficas selecionadas .....52

Quadro II – Histórico da doença (aids) nos genitores, segundo os jovens entrevistados  
.....53

Quadro III – Situação afetiva/sexual dos entrevistados .....59

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AIDS/SIDA - Acquired Immune Deficiency Syndrome/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV – AntiRetroViral

AZT – Azidothymidine (zidovudina)

CAPPesq – Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

HAART - Highly Active AntiRetroviral Therapy

HC/FMUSP – Hospital das Clínicas/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HIV / VIH – Human Immunodeficiency Virus/Vírus da Imunodeficiência Humana

ICr – Instituto da Criança

IIER – Instituto de Infectologia Emílio Ribas

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PACTG – Pediatrics Aids Clinical Trials Group

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PEP – Profilaxia Pós Exposição

PN – DST/AIDS – Programa Nacional de DST/Aids

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

SEAP/DMIP – Serviço de Extensão de Atendimento a Pessoas Vivendo com HIV/Aids / Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias

SEPPIR – Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificações

SPM – Secretaria de Políticas para as Mulheres

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UDI – Usuário de Drogas Injetáveis

UNAIDS/ONUSIDA - United Nations Joint Programme on HIV/Aids / Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WHO/OMS – World Health Organization/Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1 A AIDS E A TRANSMISSÃO VERTICAL .....	16
1.2 A ADOLESCÊNCIA/JUVENTUDE E O VIVER COM HIV/AIDS .....	25
1.3 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS .....	30
1.4 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DO ADOLESCENTE/JOVEM VIVENDO COM HIV/AIDS .....	39
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	43
2.1 GERAL .....	43
2.2 ESPECÍFICOS .....	44
<b>3. MATERIAIS E MÉTODO</b> .....	44
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	44
3.2 SOBRE A ESCOLHA DOS PARTICIPANTES .....	45
3.3 SOBRE OS INSTRUMENTOS .....	45
3.4 SOBRE O SERVIÇO .....	46
3.5 SOBRE A COLETA DE DADOS .....	48
3.6 SOBRE OS CUIDADOS ÉTICOS .....	50
<b>4. RESULTADOS</b> .....	51
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ENTREVISTADOS ...	51
4.2 HISTÓRICO DA DOENÇA .....	52
4.3 DESCOBERTA DO PRÓPRIO DIAGNÓSTICO .....	54
4.4 REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO NAS RELAÇÕES SOCIAIS .....	54
4.5 REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO NOS RELACIONAMENTOS AFETIVOS/SEXUAIS .....	56
4.6 VIDA AFETIVA ATUAL .....	58
4.7 INÍCIO DA VIDA SEXUAL .....	59
4.8 VIDA SEXUAL ATUAL .....	61
4.8.1 Uso de Preservativos .....	61

4.8.2 – Outros Métodos de Prevenção (Outras Doenças) / Reinfecção para o HIV .....	65
4.8.3 Outras Práticas Sexuais .....	65
4.9 VIDA REPRODUTIVA .....	66
4.9.1 Abortos .....	68
4.9.2 Outros Métodos de Prevenção da Gravidez .....	68
4.10 PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA / ORIENTAÇÕES: COMO O SERVIÇO LIDA COM A VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA DOS JOVENS QUE NASCERAM E VIVEM COM HIV .....	69
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>76</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>84</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>86</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>91</b>
8.1 ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	91
8.2 ANEXO II – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	95
8.3 ANEXO III – ROTEIRO DE PERGUNTAS .....	96

## 1 – INTRODUÇÃO

### 1.1 – A AIDS<sup>1</sup> E A TRANSMISSÃO VERTICAL

O primeiro caso da doença no Brasil foi em 1980, na cidade de São Paulo, sendo classificado como aids somente em 1982 (Brasil, 2000). Similarmente ao que estava acontecendo em outros países ao redor do mundo, as pessoas acometidas pela “nova doença” com causa etiológica desconhecida, apresentavam sintomas que demonstravam uma deficiência no sistema imunológico, de evolução rápida e descontrolada e que causou o óbito de milhares de pessoas. Diante dessa situação, o rumor de uma nova síndrome se concretizou e tornou-se um marco na história da humanidade. Era o início da epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência e síndrome da imunodeficiência adquirida: a epidemia de HIV/aids.

Ao longo dos anos a disseminação da infecção do HIV revelou, diante das diversas desigualdades da sociedade brasileira, uma epidemia com múltiplas facetas e que sofreu várias modificações no perfil epidemiológico, passando de algo restrito aos centros urbanos e predominantemente masculina, para uma epidemia em processo de feminização, heterossexualização, interiorização e pauperização (Brito, Castilho e Szwarcwald, 2000). De acordo com o último Boletim Epidemiológico, referente ao ano de 2013, após 33 anos dos primeiros casos da doença notificados em território nacional, o Brasil apresenta como característica uma epidemia estável, mas que ainda é concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade.

Aqui vale fazer uma ressalva sobre o tratamento destinado a pessoas vivendo com HIV/aids em território nacional. Após o movimento da Reforma Sanitária, foi

---

<sup>1</sup> A sigla AIDS (**A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrome) , no mundo, foi a primeira a ser utilizada como Síndrome. Em vários países latinos, o termo adotado foi SIDA (Síndrome da **I**munodeficiência **A**dquirida), entretanto o Brasil manteve como “AIDS”. Na redação deste trabalho foi adotada a terminologia da palavra aids, conforme o que foi preconizado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, órgão assessor do Ministério da Saúde, que deliberou que a palavra aids deve ser considerada substantivo comum, apesar de sua origem ser de uma sigla estrangeira. Sendo assim, quando se tratar da epidemia, sua grafia será sempre em letras minúsculas, assim como é postulado para outras doenças e/ou agravos. Quando for utilizada para nomes de setores ou títulos, a primeira letra será maiúscula e as demais minúsculas (Ex: Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids). Todavia, quando o termo estiver acompanhado de outras siglas grafadas em letras maiúsculas, a escrita da palavra seguirá a regra (Ex: CRT – DST/AIDS). (Castilho, 1997)

instituído pela Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que está regulado pela Lei nº. 8.080/1990. No artigo 196 da Constituição define-se que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”. Como consequência, os portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou doentes da síndrome por ele causada (aids), tem deveres e direitos garantidos, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro.

A resposta ao enfrentamento da doença, a partir dessas mudanças, foi acontecendo aos poucos. Segundo o Ministério da Saúde (2011), o Estado de São Paulo criou o primeiro programa estadual de controle da aids em 1983 e somente em 1985 foi criado o Programa Nacional de controle da aids, abrangendo os 26 estados brasileiros, sendo que destes, 11 já tinham seus programas estaduais. Esses programas, inicialmente, foram desenvolvidos para responder a questões emergenciais, pois ainda não havia conhecimento suficiente pra lidar com os problemas. Muitas ações foram aprendidas com a experiência, sem um arcabouço técnico-teórico prévio.

No ano de 1995, o total de mortes por ano em decorrência da aids em território nacional atingiu o número alarmante de 15.150 casos. Nesse mesmo período era observado, em países desenvolvidos, a eficácia da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) em relação ao aumento de sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/aids. Entretanto, mesmo com esses dados, somente alguns estados brasileiros, entre eles São Paulo, ofereciam esse tratamento gratuitamente e de modo universal.

Diante disso, as organizações não governamentais (ONG's) defendiam esse acesso universal ao tratamento tomando como base o direito a saúde conforme o que é preconizado pela Constituição. Neste contexto, as pessoas vivendo com HIV/aids que não tinham esse acesso processaram o governo legalmente solicitando o fornecimento das drogas antiretrovirais (ARV's). As decisões judiciais a favor dessas pessoas, somadas às reivindicações dos ativistas, contribuíram para a criação de uma lei federal, que foi aprovada em 1996, que garantiu o fornecimento dos ARV's em todo o país para as pessoas vivendo com HIV/aids e que atendessem aos critérios nacionais para o tratamento.

E foi somente a partir dessa lei que o Brasil se tornou o primeiro país em desenvolvimento a oferecer aos portadores de HIV e/ou doentes por aids o tratamento antirretroviral universal e financiado com verba pública. Além do tratamento

medicamentoso, todos os atendimentos também passaram a ser providos gratuitamente pelo SUS e ofertados em centros de saúde especializados no atendimento ambulatorial de pessoas vivendo com HIV/aids e em hospitais especializados em doenças infecciosas. (Brasil, 2011).

Entre o período de 1980 até junho de 2013, foram notificados 686.478 casos de aids, sendo 445.197 (64,9%) no sexo masculino e 241.223 (35,1%) no sexo feminino. Por ano, são notificados entre 33 mil e 35 mil novos casos de aids. Segundo informações do Ministério da Saúde (2012a), a estimativa é que existam, atualmente, 630 mil pessoas de 15 a 49 anos vivendo com HIV/aids no país, sendo que, dessas, em torno de 255 mil desconhecem a sua condição sorológica.

Segundo Souza Jr et al. (2004), a dinâmica da disseminação espaço-temporal da epidemia de aids em território nacional é subdividida em três fases: A primeira, no começo dos anos 80, tem como principal característica a concentração de casos nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, bem como em outras metrópoles da região Sudeste e Sul, sendo estes restritos a certos grupos populacionais, como os homo e bissexuais e os receptores de sangue e hemoderivados. A segunda fase, já no começo dos anos 90, se caracterizou pelo acréscimo do número de casos detectados em usuários de drogas injetáveis (UDI), bem como pelo início do aumento de casos por contato heterossexual, principalmente em parceiras de homens UDI. Ainda nesta fase, a epidemia se alastrou para todos os Estados brasileiros, embora ainda fosse mais incidente em cidades consideradas de médio porte (200 a 500 mil habitantes), localizadas, principalmente, nas regiões Sul e Centro-Oeste. Já na terceira fase, a principal característica é o aumento considerável de casos por contato heterossexual, que teve como consequência uma maior incidência de casos em mulheres. A este processo, deu-se o nome de “heterossexualização”, que foi considerado o responsável por acelerar a disseminação da doença em todo o país, atingindo, inclusive, os municípios de pequeno porte.

Neste novo cenário, houve mudanças na razão de sexo entre pessoas vivendo com aids no Brasil, que apresentou uma diminuição significativa. Em 1985 para cada 26 casos entre homens, havia 01 caso entre mulher. Em 2013, essa relação é de 1,7 homens para cada caso em mulheres (Brasil, 2013a).

Levando em consideração essa mudança no perfil epidemiológico da infecção, um dos resultados diz respeito à “transmissão vertical” que, inicialmente, apresentou um significativo aumento dos casos notificados e inclusos nessa categoria. A transmissão vertical do HIV (também conhecida como transmissão materno-infantil) é aquela na qual a infecção é transmitida de mãe para o filho e pode ocorrer no período gestacional, durante o parto e/ou na amamentação, sendo que, aproximadamente, 65% dos casos ocorrem durante o trabalho de parto. Dentre às causas associadas à transmissão vertical, destacam-se: a alta carga viral materna, a ruptura prolongada das membranas amnióticas, a presença de infecção sexualmente transmissível, o tipo de parto, a prematuridade e o uso de drogas (Brasil, 2003a) Vale ressaltar ainda os fatores associados à organização dos serviços de assistência, que devem estar devidamente preparados para o atendimento destas mulheres, seus parceiros sexuais, crianças e adolescentes, não só com relação à disponibilização de insumos e materiais, mas também em relação aos recursos humanos envolvidos nestes atendimentos, que devem ser altamente eficazes e capacitados para estes momentos (Matida et. al., 2010).

Os primeiros casos notificados em crianças foram nos Estados Unidos, em 1982. No Brasil, as primeiras notificações ocorreram em 1985, na cidade de São Paulo (Brasil, 1995), com um aumento progressivo nessa categoria populacional, chegando a atingir 90% dos casos de aids em menores de 13 anos em 1998 (Brasil, 1998).

Com o passar dos anos, esse cenário também se modificou. Segundo Brito et al (2006), em 1994, após a divulgação do protocolo 076 do *Pediatrics Aids Clinical Trials Group* (PACTG 076), foi recomendado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) o uso da zidovudina (AZT) em mulheres HIV positivas gestantes, durante o segundo e terceiro trimestre de gestação, no trabalho de parto, bem como a administração medicamentosa também nos bebês, durante as primeiras seis semanas de vida, em decorrência da comprovação de efetividade desta droga na redução da transmissão vertical do HIV em 70% dos casos. Em 1995, o Ministério da Saúde do Brasil publicou uma norma específica sobre a prevenção da transmissão vertical, que foi estabelecida como uma das prioridades pelo Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), porém tais recomendações só foram implementadas em 1997, através da Portaria Técnica Ministerial nº 874/97, publicada em Diário Oficial da União em 04 de julho de 1997. Atualmente existe um documento, que é revisado periodicamente pelo PN-DST/Aids, que norteia as condutas para o pré-natal e parto das mulheres HIV

positivas, intitulado como “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes”, cuja última versão é de julho de 2010.

O Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a implementar medidas para prevenir a transmissão vertical do vírus HIV. Como resultado, as taxas de contaminação apresentaram considerável redução, passando de 20 a 30%, conforme apontam os estudos anteriores à profilaxia antirretroviral, para 2 a 5%, de acordo com os dados mais recentes, contrariando o que é encontrado em outros países em desenvolvimento, cujos hospitais públicos e serviços de saúde especializados não estão adequadamente equipados para diagnosticar e tratar mulheres com risco para infecção pelo HIV, ocasionando altos índices de contaminação por essa via de transmissão (Gonçalves et. al., 2011).

Outro importante ponto a ser considerado quando se discute as taxas de transmissão vertical do vírus HIV está relacionado ao teste anti-HIV, junto do aconselhamento, que é oferecido para as mulheres gestantes nos serviços de saúde, responsável por detectar uma porcentagem significativa dos casos de infecção por HIV na população feminina, ainda durante a gravidez, sendo que, atualmente, a prevalência estimada da infecção por HIV em mulheres grávidas, em território nacional, é de 0,41%, o que incide em uma estimativa onde 12.456 recém-nascidos sejam expostos ao HIV por ano (Brasil, 2007a, Soeiro, 2011).

Segundo Souza Jr. et. al. (2004), o governo brasileiro tem se empenhado para reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV no país, ano após ano. Além do aconselhamento e da realização de testes anti-HIV no pré-natal, a administração da zidovudina junto com outros antirretrovirais para as mulheres grávidas infectadas, a administração da zidovudina para as mães durante o trabalho de parto, bem como para os bebês, após o nascimento, somado à inibição da lactação, do aleitamento materno e a oferta de alimento substituto (fórmula infantil ou leite pasteurizado de bancos de leite credenciados) são procedimentos eficazes de prevenção, que devem ser oferecidos a toda população, de modo universal e gratuito. Além dessas medidas, também se recomenda a realização do parto por operação cesariana eletiva, que deve ser consumada antes do início do trabalho de parto, ou seja, com as membranas amnióticas íntegras, para as gestantes com, ao menos, 34 semanas de gestação e carga viral maior ou igual a 1.000 cópias/ml ou carga viral desconhecida. Diante de casos onde a gestante,

também com 34 semanas, apresente carga viral menor que 1.000 cópias/ml ou a níveis indetectáveis, é possível a recomendação do parto vaginal.

Com a finalidade de fortalecer essas ações de controle, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS nº. 993/2000, em 2000, incluiu a vigilância de gestantes HIV+ e crianças expostas ao risco de infecção como agravos de notificação compulsória junto ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Em 2002, foi implantado o “Projeto Nascer – Maternidades”, no âmbito do SUS, através da Portaria MS 2.104 de 19/11/2002, com o objetivo de diminuir a transmissão vertical do HIV e a morbi-mortalidade da sífilis congênita, bem como melhorar a qualidade da assistência perinatal, uma vez que, até aquele momento, e a despeito da oferta de testes e medicação profilática que possibilitavam uma redução potencial de transmissão vertical, as crianças continuavam se infectando, pois muitas mulheres chegavam às maternidades sem terem frequentado o pré-natal e a cobertura da testagem para a infecção do HIV durante o pré-natal se mantinha abaixo de 40%, sendo ainda menor em gestantes em situação de maior vulnerabilidade para a infecção, devido a fatores como baixa adesão ao pré-natal e/ou captação tardia, ou seja, para a maioria das mulheres HIV+ a única oportunidade de terem acesso ao aconselhamento, ao teste anti-HIV e ao tratamento quimioprofilático da transmissão vertical era na hora do parto (Brasil, 2003b).

Em 2006, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) o Pacto pela Saúde, que estabelece um conjunto de reformas institucionais do SUS e, dentre outras coisas, fortalece a gestão compartilhada entre os diversos níveis de governo (União, estados e municípios) no que diz respeito ao desenvolvimento de ações necessárias para o cumprimento das metas estabelecidas. Um dos três eixos do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida, onde a redução da mortalidade materno-infantil é uma das prioridades básicas, e um dos elementos fundamentais para o alcance desta prioridade é a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e sífilis (Brasil, 2007a; Brasil 2010).

Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2010), dados apontam que, entre 2000 e 2009, foram detectados 54.218 casos de gestantes HIV+, sendo destes 40.999 (75,6%) concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Em 2009, foram detectados 6.104 casos novos e o coeficiente de incidência correspondeu a 2,1 casos por mil nascidos vivos. A região com as taxas de infecção mais elevadas é a Sul, com uma média de 4,4 casos de HIV em gestantes para cada mil nascidos vivos, taxa esta duas vezes maior do

que a taxa média observada em território nacional no mesmo período (1,8 casos para cada mil nascidos vivos). Com relação à taxa média de transmissão vertical do HIV, os dados apontaram para uma diminuição gradativa: Em 1997 era de 16%, em 2000 de 8,6% e em 2004 era de 6,8%, sendo que, neste mesmo ano, a região Norte apresentou uma taxa de 13,4% e a região Centro-Oeste de 4,3%.

Entre 1997 e junho de 2012, foram diagnosticados 17.819 casos de aids em menores de 05 anos de idade. Este mesmo estudo aponta que a taxa de incidência nesta parcela da população vem diminuindo no país, desde o ano de 2000, passando de 5,4 casos para 3,0 a cada 100 mil habitantes em 2009. Entretanto, dados regionais indicam uma maior incidência nas regiões Norte e Nordeste. No Nordeste a taxa de 1,4 observada em 2000 alcançou a marca de 2,3 em 2009. Já na região Norte o aumento foi ainda mais expressivo, de 1,9 em 2000 para 4,0 por 100 mil habitantes em 2009. Vale ressaltar a significativa redução desta mesma taxa na região Sudeste, nesta faixa etária, passando de 8,2 em 2000 para 2,8 por 100 mil habitantes em 2009.

Outro aspecto importante apontado por este estudo refere-se aos dados encontrados no Estudo Sentinela Parturientes, realizado em 2006, baseados em dados secundários do cartão pré-natal, demonstrando que 96,5% das mulheres avaliadas foram submetidas a pelo menos uma consulta de pré-natal. Esse percentual foi de 98% na região Centro-Oeste, 97% nas regiões Norte e Sudeste, 96% na região Sul e 95% no Nordeste. Porém, embora os percentuais sejam elevados para a cobertura de ao menos uma consulta durante o pré-natal, a cobertura de testagem anti-HIV não foi proporcionalmente expressiva, sendo de 46% na região Norte, 41% no Nordeste, 74% no Sudeste, 86% na Sul e 70% no Centro-Oeste, o que indica a necessidade de melhorar a qualidade da atenção dedicada ao período pré-natal, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, ou seja, o teste anti-HIV deve ser sempre oferecido, junto do aconselhamento pré e pós-teste, para todas as mulheres gestantes em sua primeira consulta de pré-natal, independente delas serem ou não consideradas em situação de risco.

Conforme Matida et. al. (2010), o Brasil possui informações técnicas, recursos e tecnologia suficientes para evitar que crianças nascidas de mulheres infectadas com HIV tenham o vírus e desenvolvam a aids. Sendo assim, se todas as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde forem seguidas à risca, a eliminação da

transmissão vertical do HIV se torna uma possibilidade concreta e factível de ser alcançada, como resultado das diversas estratégias de prevenção utilizadas ao longo dos últimos anos, com destaque para a introdução da terapia antirretroviral em gestantes HIV+ e seus bebês e a não adoção do aleitamento materno. Atualmente, os dados observados no Estado de São Paulo em relação à infecção por HIV em crianças via transmissão vertical são semelhantes aos observados em vários países desenvolvidos e, embora ainda haja questões operacionais a serem revistas, mesmo quando diante de todas as condições favoráveis para o enfrentamento, o cenário está longe do ideal, porém com avanços importantes relacionados à incorporação das estratégias de prevenção da transmissão nos serviços de saúde e na sociedade, de um modo geral, dentro da perspectiva do programa nacional brasileiro, sendo importante ressaltar a necessidade de ampliação do acesso à testagem anti-HIV para os sub-grupos populacionais de mais difícil acesso e que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, uma vez que esta questão ainda representa, mesmo com todos os avanços, um dos grandes desafios para o país. De acordo com Souza Jr. et al (2004) é preciso levar em consideração que a grande maioria destas mulheres não tem acesso ao teste anti-HIV, ora por sua condição social, ora por falhas no sistema de saúde e a deficiência na detecção precoce da infecção pelo HIV durante o pré-natal significa uma chance que se perde de intervir na gestante HIV+, o que resulta em uma diminuição considerável da probabilidade de redução da incidência em casos pediátricos infectados por transmissão vertical.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), uma das metas do país é reduzir a transmissão vertical do HIV para menos de 2% até o ano de 2015. Para tanto, ações estão sendo inseridas em várias atividades que estão em curso, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) junto de outros órgãos do governo, principalmente a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), bem como a participação do movimento de mulheres, de mulheres negras, de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, entidades de classe e gestores do SUS; o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/Aids e outras DST (2007) em conjunto com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que tem como objetivo a implantação e implementação de ações nos níveis federal, estadual e municipal para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças

sexualmente transmissíveis e HIV/aids; e, em 2010, o Governo Federal inaugurou a “Rede Cegonha”, que corresponde a um conjunto de ações que visa garantir para todas as mulheres atendidas pelo SUS a assistência adequada, segura e humanizada desde o momento da confirmação da gravidez, o pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do recém-nascido.

O documento mais recente sobre a transmissão vertical do HIV e suas medidas preventivas é o “Plano Global para Eliminar Novas Infecções por HIV em Crianças até 2015 e Manter suas Mães Vivas”, publicado em maio de 2012 e disponível no site do Ministério da Saúde, que foi construído através de um processo de consulta com uma Força-Tarefa Mundial de alto escalão solicitada e presidida em conjunto pelo Diretor-Executivo do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS/ONUSIDA), Michel Sidibé, e o Coordenador Global de AIDS/SIDA dos Estados Unidos, embaixador Eric Goosby. Este processo de consulta contou com a participação de 25 países e 30 organizações da sociedade civil, do setor privado, de redes de pessoas vivendo com HIV/VIH e de organizações internacionais para desenhar um plano objetivando o alcance desta meta até 2015.

Este Plano Global abrange todos os países de baixa e média renda, porém tem seu foco nos 22 países<sup>2</sup> que apresentam as maiores estimativas de gestantes vivendo com HIV e onde são necessários os mais significativos esforços globais e nacionais, em virtude de serem os países onde moram quase 90% das gestantes que vivem com HIV e que demandam pelos serviços especializados. De acordo com os dados apresentados neste documento, em 2009, 370 mil crianças passaram a ser infectadas pelo HIV no mundo e estimadas 42 mil a 60 mil gestantes morreram em decorrência do HIV.

Entretanto, nos países considerados de renda alta, o número de novas infecções pelo HIV em crianças e o número de mortes maternas e infantis em virtude do HIV foi quase nulo. Esses dados alarmantes ainda se devem ao fato de que, nos países de baixa e média renda, um número significativamente baixo de mulheres está recebendo a assistência adequada relacionada à prevenção e ao tratamento do HIV, possibilitando que elas protejam a si mesmas e aos seus filhos. Conforme é mencionado, o objetivo deste Plano Global é aniquilar essa desigualdade, pois a “a vida de uma criança e de

---

<sup>2</sup> África do Sul, Angola, Botsuana, Burundi, Camarões, Chade, Costa do Marfim, Etiópia, Gana, Índia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbábue

uma mãe tem o mesmo valor, independente de onde ela nasça e more” (UNAIDS, 2012).

Diante de todos os avanços apresentados nos cuidados aos portadores de HIV e/ou doentes por aids, a doença deixou de ser considerada aguda e, conseqüentemente, indicadora de morte iminente, para tornar-se crônica e controlável. Um dos efeitos desta mudança é com relação à qualidade de vida dessas pessoas, quem tem sido cada vez mais tema de debates. O uso maciço da terapia anti-retroviral no Brasil possibilitou que crianças que nasceram com HIV, no início da epidemia, pudessem chegar à adolescência e vida adulta.

No estado de São Paulo, em 30 de junho de 2012, viviam 872 jovens com 18 anos ou mais de idade, que nasceram com HIV, sendo que destes, 451 (51,7%) são do sexo feminino e 421 (48,3%) são do sexo masculino<sup>3</sup>. Frente a esse panorama, tem-se uma questão que incita discussão e que exige adequações, bem como novas propostas e respostas nos serviços: o adolescente/jovem que vive com HIV/aids.

## 1.2 – A ADOLESCÊNCIA/JUVENTUDE E O VIVER COM HIV/AIDS

Segundo Moraes e Vitalle (2012, p. 49), “a adolescência é fase de transição entre a infância e a idade adulta, e como fase própria possui características singulares nos campos biológicos, psicológicos e sociais”. Seu início é marcado pelas mudanças corporais (morfológicas e fisiológicas) da puberdade e, deste ponto de vista biológico, é possível dizer que esta faceta pode ser considerada universal. Entretanto, ela é modificada e experimentada distintamente de acordo com a cultura e valores de cada sociedade, influenciando questões sobre educação, saúde e desenvolvimento humano. (Lima e Pedro, 2008)

Vale ressaltar que, conforme aponta Pirotta (2006), a própria construção sobre essa categoria foi ganhando maior contorno no final do século XIX e meados do século XX, quando se vai além dessa dimensão biofisiológica e passa a se considerar os aspectos sócio-históricos desse processo, em virtude do desenvolvimento de um modo de vida urbano que se tornou mais expressivo neste período.

---

<sup>3</sup> Dados fornecidos pelo Programa Estadual de DST/Aids – SES – SP em 2013

Sendo assim, a juventude arrolada como um grupo com características comuns é produto de uma construção social e cultural. Conforme descrito acima, o início dessa fase se relaciona com as transformações da puberdade e o final, conforme pontua Rocha (2006), até os dias de hoje, está relacionado com o desligamento do adolescente/jovem de sua família de origem e pela constituição de sua própria família, pela inserção desse sujeito no mercado de trabalho que, na maioria das vezes, combina com o encerramento da vida escolar. É o que se espera dessa parcela da população.

Contudo, o que se observa, mais especificamente nas últimas décadas, é que esses eventos não acontecem nessa ordem, fundamentalmente, e tal fenômeno possibilitou um “alargamento” do tempo de duração da juventude. Aqui, novamente, as mudanças culturais e sociais são preditoras de novos sentidos atribuídos a esse momento da vida, onde algumas experiências têm sido adiadas. Em decorrência da falta de emprego para todos, por exemplo, o jovem tem estendido o seu tempo na vida escolar, para aprimorar seus conhecimentos e dar conta da competitividade do mercado de trabalho. Como consequência, a permanência na casa dos pais se prolongou, o que, não necessariamente, os tem impedido de constituir a própria família, haja vista as altas e atuais taxas de gravidez na adolescência. Esta situação é só um dos exemplos dessas transformações.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a adolescência é uma etapa evolutiva, caracterizada pelo desenvolvimento biopsicossocial, delimitada como a segunda década de vida, que abrange o período dos 10 aos 19 anos e a juventude é o período que vai dos 15 aos 24 anos. Já para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Lei n.º 8.069/90, é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos. O Ministério da Saúde se baseia na OMS e enquadra na categoria “adolescente e jovem” a população entre 10 e 24 anos.

Essa diferença cronológica tem pouca relevância frente a todas as modificações que ocorrem nesse importante período da vida, servindo apenas como referência para a delimitação de políticas de saúde. Contudo, ela tem um peso importante quando se trata de questões jurídicas, pois uma menina de 10 anos, por exemplo, não pode ter a mesma assistência e receber o mesmo olhar de uma equipe de saúde que uma jovem adulta de 24 anos. As necessidades e demandas são, por si só, diferentes.

Sendo assim, a adolescência descrita somente como uma etapa cronológica incita polêmica em âmbito jurídico em diversos setores, porque isso influencia a forma como se considera a autonomia e responsabilidade do adolescente diante das diversas obrigações civis (direito a voto, relações de trabalho, casamento, punições legais etc) e também quando se trata do exercício de sua sexualidade. As equipes de saúde podem se sentir confusas quanto ao que se deve ou não oferecer a essa população e condicionar a assistência de questões sexuais e reprodutivas a uma autorização legal de um responsável justamente por insegurança e receio em julgar o que é dever do profissional e o que é direito do paciente. (Moraes e Vitalle; 2012)

A adolescência pode, ainda, ser compreendida como um processo de “desconstrução” e “reconstrução” da identidade, onde implica que o jovem “desmonte” o período das vivências infantis e as reconstrua à sua maneira. Sendo assim, cabe ao adolescente realizar uma complexa passagem desse mundo ligado à sua infância para o mundo adulto, a mesma que todos os adultos realizaram um dia. Como resultado das mudanças relacionadas a esse período, familiares, professores, profissionais da saúde e outras pessoas que venham a se relacionar com o adolescente podem sentir-se inseguros e, até mesmo, oferecer resistências, deixando de lado uma importante possibilidade de construir junto com esse adolescente um vínculo de confiança. (Brasil, 2013b).

Entretanto, apesar de todas as perdas envolvidas, a adolescência também tem seus ganhos, a sua fase de experimentação e novas experiências. A busca por esse desprendimento do que foi vivido na infância proporciona ao adolescente novas vivências como, por exemplo, o primeiro beijo, a primeira relação sexual, autorização para sair sozinho com os amigos, a possibilidade de construção de seu ponto de vista sobre a sua família e sobre o mundo, oscilações entre a sensação de autoconfiança e insegurança, maior liberdade e maior autonomia. (Brasil, 2013b).

Além disso, é necessário considerar que se trata de uma fase a que se atribuem sentidos contraditórios: ora se classifica como uma fase de contestação das estruturas sociais, busca da liberdade, do tempo livre e do lazer, ora se lista os adolescentes ao grupo de transgressores das regras sociais, dos sem limites, próximo à delinquência e criminalidade. Diante disso, a sociedade se relaciona com a juventude de modo ambíguo, em alguns momentos com o desejo de controlar essa força transformadora dos jovens e em outros com o desejo de eternizar a juventude. (Pirota, 2006)

Segundo Spinardi et al (2008, p.8):

A adolescência é o período da vida do indivíduo onde ele enfrenta significativas mudanças, tanto físicas quanto emocionais, deparando-se com diversos desafios. É nesta fase que ocorre a formação da identidade adulta, o desempenho de novos papéis sociais, a transformação no relacionamento dependente da família, bem como o questionamento dos valores que lhe foram transmitidos, a tendência ao agrupamento com outros jovens e o desenvolvimento da auto-estima e autoconfiança. Vale ressaltar que é também nesse período que ocorre o início e exercício da vida sexual, em diferentes manifestações. Para os jovens que vivem com HIV/aids, além dessas transformações, soma-se a questão do diagnóstico, que atravessa esse “novo” estabelecimento de vínculos sociais, uma vez que eles são portadores de uma doença crônica que ainda carrega o forte estigma do preconceito, do medo e da incerteza quanto ao futuro.

De acordo com Rios et al (2002), o debate sobre de quem é a responsabilidade de informar aos jovens, bem como gerenciá-los e regulá-los, sobre questões relacionadas à vida sexual e reprodutiva acontece desde a primeira década do século XX. Tal discussão sofre influências de vários determinantes socioculturais e instituições de diversas ordens, como por exemplo, a Igreja Católica e sua moral conservadora, o discurso médico e as mudanças no próprio Estado, instituição responsável pela regulação do ensino no país. Além desses fatores, temos outras influências, como o crescimento da população e a epidemia de HIV/aids, que tem conseqüências diretas na vida sexual das pessoas. Esses aspectos, somados, afetam o modo como essa temática é tratada e a busca pela compreensão desse fenômeno, do ponto de vista teórico e científico, bem como o retorno dos possíveis avanços para a população mais interessada são permeados por avanços, recuos e estagnações.

Neste cenário, os temas direcionados especificamente à população jovem ganham maior importância e visibilidade na agenda do governo a partir da segunda metade dos anos 80 e início dos anos 90 e a juventude brasileira passa, de fato, a ser considerada como uma questão a ser discutida. É evidente que não é possível dizer que até esse período nada havia sido feito, porém, a evolução significativa dessas ações ocorreu nos últimos 20 anos, com a criação do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente, no início da década de 1980, sendo seguida pela normatização e

implementação do Programa da Saúde da Mulher, o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, o Programa de Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e do HIV/Aids, até a inclusão da educação sexual nos parâmetros curriculares nacionais a partir da segunda metade da década de 1990 (Pimenta et al., 2000).

Não há como desconsiderar que o início e o desenvolvimento da vida sexual têm relevante importância na vida de um indivíduo, uma vez que influencia a formação de identidade, a sociabilidade e os relacionamentos afetivos, a maturidade emocional, entre outros fatores.

De acordo com Villela e Doreto (2006, p. 2467):

... ser “jovem” significa mais do que uma delimitação etária: ser jovem é ser novo e inovador, projetado para o futuro; juventude é beleza, leveza, humor, responsabilidade, coragem, ousadia e... sexo. No entanto, nem todos os jovens se expõem igualmente a essa concepção de juventude, pois as informações se difundem de modo distinto pelas camadas sociais e são elaboradas contextualmente, fazendo com que a idéia de juventude, do que é adequado ou não a esse período, ou mesmo a sua duração, seja vivenciada de maneira particular nos diversos grupos.

O viver com HIV/aids influencia essas vivências, mas não deveria privar o adolescente do direito a uma vida sexual e reprodutiva saudável. Conforme discutido pela OMS, os adolescentes têm necessidades diferentes das dos adultos no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, e essas necessidades permanecem pouco compreendidas na maior parte do mundo. Negligenciar a vida sexual dos adolescentes pode ocasionar impactos negativos no futuro, considerando que os comportamentos sexuais e reprodutivos que são exercidos nesse período têm consequências na vida adulta.

A sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. A sexualidade humana é uma construção histórica, cultural e social, e se transforma conforme mudam as relações sociais. No entanto, em nossa sociedade, foi histórica e culturalmente limitada em suas

possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder (Brasil, 2007b, p. 13).

Pensar sobre a sexualidade e direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes e jovens que vivem com HIV/aids é uma questão de extrema relevância no âmbito das políticas públicas de saúde, principalmente no que diz respeito a uma proposta que tenha como perspectiva a integralidade no cuidado à saúde de mulheres e homens, adultos (as) e adolescentes, pois, o que se sabe é que a atenção dedicada a esse quesito ainda é insuficiente (Paiva et al, 2011). Além disso, também é de fundamental importância elaborar estratégias públicas que se direcionem para a saúde dessa parcela da população com ações de promoção e prevenção, muito mais do que diagnóstico, tratamento e reabilitação, uma vez que adolescentes e jovens são *“sujeitos sociais com grande potencial de mobilização e mudança”* (Horta e Sena, 2010).

### 1.3 – DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

O principal aspecto a ser levado em consideração quando se discute a questão dos direitos sexuais e reprodutivos diz respeito ao fato desses direitos serem considerados como Direitos Humanos.

Os Direitos Humanos são os direitos fundamentais, peculiares e próprios a todos os seres humanos, independente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição, que garante a qualquer pessoa a condição de viver sua vida em plenitude. É o direito que todos têm à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, o direito ao afeto e à livre expressão de sua sexualidade. Nesse contexto, não há como considerar um direito sendo mais importante que o outro. O indivíduo precisa de todos eles, juntos, para que possa exercer plenamente sua cidadania, tendo a garantia que esses direitos serão respeitados.

A discussão sobre os Direitos Humanos é resultado de uma extensa história. Este tema foi debatido ao longo dos séculos, por filósofos e juristas, e ganhou força no período de 1945 a 1948 quando, em resposta às atrocidades vividas durante a 2ª Guerra Mundial, os Estados se conscientizaram e criaram a Organização das Nações Unidas (ONU), cujo principal objetivo é criar e colocar em prática mecanismos que

possibilitem a segurança internacional, desenvolvimento econômico, definição de leis internacionais, respeito aos direitos humanos e o progresso social. Foi por meio da Carta das Nações Unidas, assinada em 20 de junho de 1945, que os povos declararam sua intenção em preservar as gerações futuras das consequências da guerra, proclamaram a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e valor da pessoa humana, na igualdade de direitos entre homens e mulheres, bem como das nações, sejam elas grandes ou pequenas, promovendo o progresso da sociedade e inaugurando melhores condições de vida, associadas a uma maior liberdade (Organização das Nações Unidas do Brasil).

Diante disso, um dos documentos mais importantes é a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que marca a história dos Direitos Humanos. Ela foi elaborada por diversos representantes ao redor do mundo, de diferentes pesos jurídicos e culturais, delineando os direitos humanos básicos. Esta Declaração foi proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, anunciando um ideal comum a ser alcançado por todos os povos e todas as nações.

Desde sua elaboração e adoção, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi traduzida em mais de 360 idiomas, sendo considerada o documento mais traduzido do mundo e, embora não seja um documento que represente uma obrigação legal, ela serviu de base para dois tratados sobre direitos humanos da ONU, estes sim com força legal, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que juntos formam a chamada Carta Internacional dos Direitos Humanos, bem como serviu de base para a constituição de muitos Estados e democracias recentes (Organização das Nações Unidas do Brasil).

Entretanto, a discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos começou a ganhar maior consistência e força somente na década de 60, juntamente com o movimento feminista, que lutava pelo reconhecimento da mulher para além das funções biológicas relacionadas à maternidade, bem como pela construção de atenção a saúde destas de um modo mais amplo e integrado. Apesar dos direitos, saúde sexual e saúde reprodutiva serem conceitos desenvolvidos recentemente, eles representam uma conquista importante e histórica, como resultado da luta pela cidadania e são reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais.

Em âmbito internacional, duas importantes conferências promovidas pela ONU se destacam na definição dos direitos sexuais e reprodutivos, pois se discute o assunto para além das questões de violência sexual e doenças sexualmente transmissíveis. Vale ressaltar que, embora seja de significativa importância a realização dessas Conferências Internacionais, principalmente as de População e Desenvolvimento e da Mulher, sabe-se que as Declarações, os Programas e as Plataformas de Ação resultantes destes eventos são apenas compromissos morais assumidos pelos Estados signatários e que, não necessariamente, implicam na construção direta de políticas públicas e/ou legislações domésticas (Mattar, 2008).

A primeira foi em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, Egito. O documento elaborado nesta Conferência, intitulado como Plataforma de Ação do Cairo, marcou, fundamentalmente, uma discussão mais aprofundada sobre igualdade dos sexos, ampliou a compreensão de direitos humanos que incluía a saúde sexual e reprodutiva, deslocando o eixo da regulação da fecundidade da esfera do controle populacional, como meio de combater a pobreza e as desigualdades, focando-se nos direitos individuais e no desenvolvimento do ser humano, considerando as questões sobre a mulher e, conseqüentemente, às desigualdades de gênero, bem como introduziu orientações que se destinavam aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, em especial para as do sexo feminino, além de estabelecer acordos internacionais, que foram adotados por 179 países (Moraes e Vitalle, 2012).

Segundo Mattar (2008), a primeira vez que o termo “direitos reprodutivos” se tornou público foi no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã, Holanda, em 1984, onde se decidiu, por meio de um consenso mundial, desconstruir a idéia de maternidade como um dever, através da luta pelo direito ao aborto e anticoncepção em países desenvolvidos. Entretanto, o termo só foi, de fato, consagrado nesta CIPD, 10 anos após a sua primeira menção.

Nesta Plataforma de Ação definiu-se Saúde Reprodutiva como: *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, assim, que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual segura e*

*satisfatória e que possuem a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência deve fazê-lo.” (United Nations, 1995).*

No capítulo VII, deste mesmo documento, os direitos reprodutivos estão definidos do seguinte modo: *“os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.” (§7.3).*

Incluem o direito:

- individual de mulheres e homens em decidir sobre se querem, ou não, ter filhos(as), em que momento de suas vidas e quantos(as) filhos(as) desejarem ter;
- de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência;
- de homens e mulheres participarem com iguais responsabilidades na criação dos(as) filhos(as);
- a serviços de saúde pública de qualidade, e acessíveis, durante todas as etapas da vida;
- à adoção e ao tratamento para a infertilidade; (Díaz, Cabral e Santos, 2004)

A segunda Conferência foi em 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim, onde os acordos estabelecidos no Cairo foram reafirmados, bem como os propósitos e princípios da Carta das Nações Unidas, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e outros documentos internacionais de Direitos Humanos. Avançou-se na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos, tornando-os mais autônomos um do outro, elencaram-se como áreas críticas de preocupação as desigualdades e inadequações em relação aos serviços

de saúde e outros afins e o acesso desigual aos mesmos, bem como se discutiu sobre todas as formas de violência contra a mulher.

Tanto na Conferência do Cairo, como na de Pequim, os governos de vários países, inclusive o Brasil, se comprometeram a se basear nos direitos sexuais e reprodutivos para a formulação, construção, implantação e implementação de políticas e programas nacionais direcionados à população e ao desenvolvimento, especialmente os programas destinados ao planejamento familiar. Os princípios estabelecidos nessas Conferências foram radicalmente contrários à determinação de metas populacionais, conceptivas e contraceptivas e os Programas e Plataformas de Ação propostos destacaram a necessidade de se propiciar a igualdade entre homens e mulheres, como condição indispensável para a aquisição de melhores condições de saúde e de qualidade de vida, bem como para promover, de modo semelhante, a efetiva implicação e coresponsabilidade dos homens nas questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Além disso, advertiram os governos a proporcionar aos adolescentes informações e serviços adequados para atenção à sua saúde sexual e reprodutiva (Brasil, 2009).

No cenário nacional, existem outros marcos referenciais relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos. O primeiro movimento foi em 1984, quando o Ministério da Saúde difundiu as bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa tem a sua representação histórica, pois com ele se inaugurou um modo diferente de pensar a atenção à saúde da mulher, influenciando o foco das políticas públicas de saúde voltadas para essa população, à medida que se propunha uma abordagem mais global e integral, deixando de centralizar a atenção para o período de vida relacionado à gravidez e puerpério e ampliando para todas as fases do ciclo vital, caracterizando um importante avanço no que diz respeito aos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, apesar dos entraves políticos, econômicos e operacionais para sua implementação. (Brasil, 1984, 2009).

O segundo marco é a própria Constituição Federal, que foi promulgada em 05 de outubro de 1988 e que incluiu, em sua redação, um parágrafo sobre a responsabilidade do Estado quanto ao planejamento familiar dos cidadãos, nos seguintes termos:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre

decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (Brasil, 1988).

Outro importante marco, em sequência cronológica, foi a Lei nº 9.263, promulgada em 12 de janeiro de 1996, que regulamentou o 7º parágrafo do art. 226 da Constituição Federal, referente ao planejamento familiar. Nesta Lei, no 2º artigo, entende-se o planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, garantindo direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, bem como proíbe qualquer ação com fins de controle demográfico, em seu parágrafo único. O 9º artigo, desta mesma Lei, determina que, para fins do exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo-lhes a liberdade de opção e, sendo assim, todas as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir a atenção global e integral à saúde que inclua a assistência à concepção e à contracepção, como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem e/ou ao casal. (Brasil, 1996, 2009).

Em 2004, o Ministério da Saúde, junto a diversos setores da sociedade, especificamente os relacionados ao movimento de mulheres e aos gestores do SUS, elaborou e lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, cujo principal foco diz respeito à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da garantia dos direitos e ampliação do acesso integral, qualificado e humanizado ao Sistema Único de Saúde, visando à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, bem como a diminuição da morbimortalidade feminina no Brasil, principalmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. (Brasil, 2004a).

Neste mesmo ano, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República, lançou o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, como resultado da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, que foi um marco na afirmação dos direitos da mulher no enfrentamento das desigualdades existentes entre homens e mulheres em território nacional, por meio do reconhecimento do papel

fundamental do Estado, que através de ações e políticas públicas, se comprometeu a combater estas e outras desigualdades sociais (Brasil, 2004b). Neste documento constam 199 ações, distribuídas em 26 prioridades, que foram definidas a partir dos debates estabelecidos nesta Conferência. As ações deste Plano foram traçadas a partir de 04 linhas de atuação, consideradas como as mais importantes e urgentes para garantir, de fato, o direito a uma vida melhor e mais digna para todas as mulheres. Uma dessas 04 linhas de atuação diz respeito à saúde das mulheres, aos direitos sexuais e reprodutivos que, em resumo, tem os mesmos objetivos preconizados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e estabelece algumas prioridades e planos de ações para cumprir com o que propõe.

Em 22 de março de 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, que entre as principais diretrizes e ações propostas estão: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) do SUS, capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva, ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS, introdução da reprodução humana assistida no SUS, implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, ampliação dos serviços de referência e retaguarda para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento, entre outras ações (Brasil, 2009).

Também em 2005, o Ministério da Saúde, em parceria com os Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, lançou o documento intitulado “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo” onde foi apresentada as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, com foco principal no planejamento familiar, destinado aos gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e sociedade civil (Brasil, 2005, 2009).

De acordo com Mattar (2008), os direitos reprodutivos são mais facilmente reconhecidos, do ponto de vista legal (e porque não dizer, também, moral) que os direitos sexuais, até por uma questão de confusão conceitual que envolve esses direitos, uma vez que eles são considerados a partir da sólida implicação que existe entre sexo e reprodução. A autora aponta que os direitos reprodutivos tratam, especificamente, do direito de decidir com liberdade e responsabilidade sobre o número, o intervalo e a oportunidade de ter filhos, bem como o direito a ter acesso livre à informação e aos meios que sustentam esta decisão. Já quando se considera os direitos sexuais, estes estão relacionados ao direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de qualquer forma de discriminação, coerção e/ou violência. Ou seja, embora esses direitos estejam inter-relacionados, o exercício de ambos de modo livre e seguro, tanto da sexualidade, quanto da reprodução, só é possível quando a prática da vida sexual é desvinculada da ideia de reprodução.

Cabe aqui pontuar o que se entende por saúde sexual. Segundo Corrêa, Alves e Januzzi (2006), *“saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações.”*

Deste modo, a história da construção e introdução do conceito ‘direitos sexuais’ é diferente do que ocorreu com o conceito ‘direitos reprodutivos’. A inclusão deste termo é mais recente e está intimamente relacionada com os movimentos homossexuais europeus e norte-americanos que, no final da década de 80, com o advento da epidemia de HIV/AIDS, se juntaram ao movimento feminista para acalorar essa discussão.

Segundo Corrêa & Ávila (2003) o termo “direitos sexuais” foi proposto como uma forma de negociar na CIPD, em 1994, para que os direitos reprodutivos fossem considerados na redação final da Declaração e Programa de Ação do Cairo, uma vez que o termo “sexual” ousava com a linguagem empregada e, ao se permitir a sua retirada, foi possível negociar a manutenção do termo “direitos reprodutivos” neste

documento, que em sua versão final, não mencionou o termo “direitos sexuais”. Contudo, essa discussão voltou à tona na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, conforme consta no parágrafo 96 da Declaração e Plataforma de Ação de Pequim:

“os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências”.

Sendo assim, direitos sexuais são direitos a uma vida sexual com prazer e livre de discriminação. Incluem o direito:

- de viver a sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros impedimentos à livre expressão dos desejos;
- de viver a sua sexualidade independente do estado civil, idade ou condição física;
- a escolher o(a) parceiro(a) sexual sem discriminações, e com liberdade e autonomia para expressar sua orientação sexual se assim desejar;
- de viver a sexualidade livre de violência, discriminação e coerção, e com o respeito pleno pela integridade corporal do(a) outro(a);
- praticar a sexualidade independente de penetração;
- a insistir sobre a prática do sexo seguro para prevenir gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/aids;
- à saúde sexual, o qual exige o acesso a todo tipo de informação, educação e a serviços confidenciais de alta qualidade sobre sexualidade e saúde sexual; (Díaz, Cabral e Santos, 2004)

Discutir direitos implica em discutir responsabilidades, poder, recursos e liberdade de escolha. Segundo Côrrea e Petchesky (1996), o campo dos direitos sexuais

e reprodutivos envolve o poder de tomar decisões baseadas em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, exercício da vida sexual, entre outras coisas, bem como recursos para praticar tais decisões de modo confiante e saudável. Nesse sentido, se faz importante as noções de “integridade corporal” e/ou “controle sobre o próprio corpo”, uma vez que também estão em questão as relações estabelecidas de cada indivíduo com as outras pessoas que o cercam, sejam elas filhos(as), parceiros(as) sexuais, familiares, colegas de trabalho, a sociedade, de modo geral. As autoras apontam ainda que, o exercício dos direitos envolve não somente liberdades pessoais (parte que não deveria sofrer interferências dos governantes), mas igualmente obrigações sociais (campo em que uma ação pública efetiva é necessária para garantir o exercício dos direitos por todos e todas). Os direitos demandam, fundamentalmente, responsabilidades públicas e uma renovada ênfase nas relações entre bem estar pessoal e público, incluindo o apoio público para a promoção de igualdade entre todas as pessoas e em todos os domínios da vida.

#### 1.4 – DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DO ADOLESCENTE/JOVEM VIVENDO COM HIV/AIDS

No Brasil, estima-se que, anualmente, quatro milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos, sendo que a maioria deles inicia sua vida sexual na adolescência, e muitos antes dos 15 anos de idade. Esse dado indica que a primeira relação sexual está acontecendo cada vez mais cedo. A sexualidade é uma importante esfera da vida de qualquer pessoa, que abrange não só as questões biológicas, como também as psíquicas, sociais, culturais e históricas. O exercício da vida sexual não deve ficar restrito aos objetivos reprodutivos, pois ele é parte fundamental para a construção de relações amorosas e estabelecimento de vínculos afetivos entre as pessoas (Brasil, 2009).

Por isso, é de extrema importância que os jovens sejam informados e orientados sobre as práticas de sexo mais seguro, recebam educação em saúde sexual e reprodutiva, e possam ter acesso aos serviços de saúde, bem como aos meios e métodos que os auxiliem a evitar uma gravidez não planejada e a prevenir-se contra doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids. O papel dos serviços de saúde é o de garantir que o atendimento a esses adolescentes e jovens possa acontecer antes mesmo do início da vida sexual e reprodutiva, pois isso os ajudaria no pleno exercício de sua

sexualidade, de modo positivo e responsável, além de incentivar os comportamentos de prevenção e autocuidado (Brasil, 2006).

Em contrapartida, o que se sabe é que isso não acontece, na prática, por uma série de fatores. Falar de vida sexual e empoderar os adolescentes e jovens não é das tarefas mais fáceis. De acordo com Moraes e Vitalle (2012), os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes muitas vezes não são assegurados, pois muitas referências legais não mencionam diretamente o termo “adolescente” em suas redações, sendo que estes são participantes das expressões “cidadãos”, “direitos de todos”, “homens e mulheres”. A maioria das garantias legais afeta diretamente esta população e deveria ser instrumentos importantes para a preservação desses direitos sexuais e reprodutivos.

Neste contexto, vale destacar alguns marcos legais e políticos que reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens. O primeiro deles é a própria Constituição Brasileira de 1988, que reconhece, em seu art. 227, crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, alterando a legislação anterior que preconizava que meninos e meninas eram propriedades dos seus pais. (Brasil, 2009).

Outro importante marco ocorreu em 1989, na Assembléia Geral das Nações Unidas, onde foi aprovada a Convenção sobre os Direitos da Criança, assegurando uma mudança significativa no modelo vigente da época em relação à proteção da infância e da adolescência. A partir dessa convenção, ratificando o que já havia sido estabelecido pela Constituição Brasileira de 1988, crianças e adolescentes passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos e não objetos de intervenção do Estado, da família ou da sociedade.

Em decorrência dessa mudança, foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1989, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), destinado a faixa etária de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias. Neste programa, uma das áreas tratadas com prioridade era a saúde sexual e reprodutiva dessa população. (Brasil, 2009)

Quando se trata das exposições dos avanços legais que fundamentam a atenção dedicada à saúde dos adolescentes, é necessário destacar a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no ano de 1990, que regulamentou o art. 227 da Constituição de 1988, que além de delimitar os parâmetros cronológicos desta

população, faz importantes considerações ao longo de sua redação sobre os direitos que devem ser garantidos a todas as crianças e adolescentes do país.

Avançando no tempo, o próprio Programa de Ação da CIPD realizada no Cairo, em 1994, em seu capítulo VII, quando refere sobre os direitos reprodutivos e saúde reprodutiva, convida os países signatários para que, com o auxílio da comunidade internacional, protejam e promovam o direito dos adolescentes à educação, à informação e aos cuidados de saúde reprodutiva, bem como faz o mesmo apelo aos governos para que, em conjunto com as ONGs, elenquem quais são as estratégias necessárias e adequadas para responder às demandas especiais dos adolescentes. (Brasil, 2009)

Por fim, em 2007, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, através de uma construção coletiva estabelecida entre o governo federal, profissionais, gestores, organizações da sociedade civil e movimentos da juventude, propondo uma nova forma de atenção à saúde do adolescente, principalmente por inserir a necessidade de integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade, bem como destacando a importância do foco em atividades de promoção e prevenção, além das destinadas ao tratamento. Essa política reconhece que adolescentes e jovens são pessoas em processo de desenvolvimento e que, por isso, demandam atenção especial em decorrência de suas necessidades físicas, emocionais, psíquicas, cognitivas, espirituais e sociais. (Brasil, 2009)

A saúde de adolescentes e jovens está absolutamente pautada na questão da promoção do protagonismo juvenil e no exercício da cidadania, no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, no acesso e educação em saúde e na prevenção de agravos. Sendo assim, é necessário destacar que, na concepção ética, política e legal, é legítimo o direito desta população à atenção integral à saúde, incluindo, principalmente, a atenção à saúde sexual e reprodutiva. (Brasil, 2009).

Entretanto, o fato de alguns adolescentes e jovens serem portadores do HIV e/ou doentes por aids, por si só, é uma situação que minimiza essa garantia e torna maior a chance desses direitos serem negados/violados. Eles não são ouvidos e não são nomeados como sujeitos de seus direitos. Segundo Lima e Pedro (2008), “por não possuírem previsão de sobrevida longa, podem não ter recebido as informações

pertinentes às transformações típicas da adolescência, que não se restringem apenas ao corpo, mas incluem o desabrochar de novas formas de relacionamento consigo e com o mundo”. O profissional de saúde tem dificuldade em falar disso, por questões pessoais e profissionais. Falar de sexo esbarra em questões íntimas. Além disso, como falar sobre sexo com pessoas que são tratadas por eles, em sua grande maioria, desde crianças?

A saúde sexual e reprodutiva deveria ser entendida e discutida para além das questões de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis e assistência à reprodução. Ela deveria ser pautada em uma construção que considera a prática sexual como algo que se constitui socialmente, que transborda os aspectos biológicos. Ela deveria incluir a proteção aos direitos sexuais e reprodutivos somados aos conceitos de cidadania, considerando as diversas orientações sexuais e suas necessidades (Vidal et al, 2009). Garantir os direitos sexuais e reprodutivos de qualquer cidadão é um exercício, inclusive, de democracia.

Embora os direitos sexuais e reprodutivos tenham sido formalizados no contexto das Conferências das Nações Unidas, sendo relacionados ao planejamento familiar e ao enfrentamento da violência sexual contra as mulheres, atualmente, a necessidade de afirmação da universalidade desses direitos é reconhecida e faz parte das discussões. Não tem como desconsiderar que, parte dos grupos populacionais tem seus direitos humanos violado em função da sexualidade, tais como lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, bem como pessoas que se prostituem e pessoas que vivem com HIV/aids. Existem, ainda, grupos aos quais, erroneamente, nem se supõe o exercício de uma vida sexual, como é o caso de idosos, pessoas com deficiência etc. E, pra completar, para alguns grupos não se consideram a possibilidade de reprodução, como as pessoas em privação de liberdade, adolescentes, pessoas com orientações sexuais não heterossexuais etc. Sendo assim, reconhecer a universalidade dos direitos sexuais e reprodutivos é de fundamental importância para a qualificação de propostas de políticas públicas que considerem as especificidades dos diversos grupos populacionais. A prática sexual saudável e a maternidade/paternidade são direitos de todos e que devem ser garantidos pelo Estado por meio de ações e estratégias que propiciem o compromisso e responsabilidade dos cidadãos com seu exercício de modo consciente e mediante condições favoráveis, saudáveis e livres de riscos. (Brasil, 2009)

Segundo Chauí (2003, apud Ávila, 2003) “*ter direitos é também ter poder. Portanto, um direito não é concedido, mas algo que é conquistado e conservado, porque ele é um poder.*”. Sendo assim, entende-se que o exercício de qualquer direito só se dá pela via do poder. Só se consegue usufruir de algo que é garantido quando se empodera o sujeito. Muitos jovens sequer sabem que esse direito lhes pertence: o exercício de uma vida sexual e reprodutiva livre de qualquer julgamento ou tomada de decisão por parte de outra pessoa, que não eles mesmos. Esses adolescentes e jovens estão vivendo as mesmas experiências que qualquer outro em sua idade, apesar de toda a rotina médica a que são submetidos por viverem com o vírus HIV e apesar de terem nascido sob o estigma de uma doença que marginaliza seus portadores, excluindo questões importantes inerentes ao desenvolvimento de todo ser humano. (Lima e Pedro, 2008).

Para iniciar essa discussão, e para auxiliar os Serviços que atendem esta população, é que essa pesquisa se fez necessária, haja vista a escassez de produção científica nacional sobre a temática dos direitos sexuais e reprodutivos dos jovens que nasceram com HIV e que precisam, em sua fase adulta, ter assistência e serem instrumentalizados para o pleno exercício de seus direitos. A intenção com essa pesquisa foi de também poder subsidiar as Equipes de Saúde que lidam com esta população, fornecendo apoio e informações, no sentido de contribuir na construção de uma proposta de cuidado mais integral, com diálogos mais claros entre profissionais e pacientes, minimizando quaisquer dificuldades e barreiras no tratamento prestado.

## **2 – OBJETIVOS**

### **2.1 – GERAL**

Investigar de que modo o fato de ser portador do HIV ou doente por aids interfere na prática da vida sexual/afetiva;

## 2.2 – ESPECÍFICOS

Identificar as percepções que os adolescentes e jovens tem sobre direitos sexuais e reprodutivos;

Descrever, sob a ótica dos adolescentes e jovens, como os direitos sexuais e reprodutivos são discutidos e garantidos no serviço ambulatorial em questão;

Relacionar as possíveis dificuldades dos adolescentes e jovens atendidos pelo serviço, frente a intervenções da Equipe Multiprofissional para questões relacionadas à vida sexual e reprodutiva;

## 3 – MATERIAIS E MÉTODO

A presente pesquisa visa compreender e discutir a questão do exercício da vida sexual e reprodutiva de jovens que nasceram com HIV, principalmente no que diz respeito a descrever essa experiência utilizando como referencial a percepção dos próprios jovens e a relação dessa percepção com o é preconizado sobre os direitos sexuais e reprodutivos.

### 3.1 – TIPO DE PESQUISA

Para responder os objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, visando a compreensão dos relatos sob uma ótica individual e coletiva acerca da condição de ser portador de HIV e/ou doente por aids desde o nascimento, construída em um contexto histórico, social e relacional, bem como a identificação da percepção dos jovens sobre o desenvolvimento da vida sexual e reprodutiva, levando em consideração os conceitos de direitos sexuais e reprodutivos. Essa abordagem de pesquisa possibilita o conhecimento de um determinado fenômeno a partir da visão dos sujeitos de pesquisa, através de suas vivências em seu ambiente

natural. (Lima e Pedro, 2008). Foram realizadas entrevistas com roteiro (Anexo III) que foram analisadas com auxílio do método Análise de Conteúdo (Bardin, 1979).

### 3.2 – SOBRE A ESCOLHA DOS PARTICIPANTES

Foram incluídos 12 jovens que nasceram com HIV e estão em tratamento ambulatorial no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, provenientes do Serviço de Extensão em HIV/Aids, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que foram infectados por transmissão vertical e que concordaram em participar da pesquisa, após esclarecimento e ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I).

Todos os jovens selecionados fazem parte de um projeto assistencial multidisciplinar chamado “Projeto de Transição de Jovens” e é acompanhado por uma Equipe Multidisciplinar responsável por discutir, idealizar e planejar esse momento de transição desses pacientes do serviço assistencial pediátrico (ICr) para o serviço assistencial de adultos (SEAP e, após o fechamento deste, o IIER).

A primeira transferência ocorreu no ano de 2006. De lá para cá foram transferidos 52 jovens. A Equipe responsável por esse projeto elaborou um banco de dados com as principais informações sobre esses jovens, como nome, registro, data de nascimento, forma de transmissão etc. A pesquisadora, de posse dessas informações, fez uma seleção prévia desse banco e convocou para entrevistas todos os jovens transferidos para o SEAP a partir de janeiro de 2010 até dezembro de 2011. A decisão por esse período foi para garantir certa homogeneidade no acesso às ações de assistência e prevenção no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva dos entrevistados.

Foram excluídos os jovens que não foram infectados por transmissão vertical.

### 3.3 – SOBRE OS INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram um questionário com questões sócio-demográficas (Anexo II) e um roteiro de perguntas (Anexo III) sobre o exercício da vida

sexual e reprodutiva desses jovens, bem como sobre as intervenções de assistência e prevenção do serviço acerca dos direitos sexuais e reprodutivos dos entrevistados.

Através do questionário foi possível caracterizar a amostra estudada quanto às variáveis sócio-demográficas (sexo, cor, moradia, vida escolar, vida profissional, apoio familiar etc). Já a opção pela entrevista justificou-se pelo fato deste instrumento propiciar ao pesquisador uma interação social que viabiliza a obtenção de informações, ou seja, a coleta de dados objetivos e subjetivos. Segundo Haguette (1997), os dados objetivos podem ser obtidos por meio de fontes secundárias, como censos, prontuários etc. Entretanto, os dados subjetivos só são possíveis de ser obtidos por meio das entrevistas, onde as respostas dos entrevistados informam também seus valores, atitudes e opiniões em relação ao fenômeno pesquisado. Essa abordagem de pesquisa possibilitou o conhecimento de um determinado fenômeno a partir da visão dos sujeitos de pesquisa, através de suas vivências em seu ambiente natural. (Lima e Pedro, 2008).

Uma parte das entrevistas foi realizada no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, serviço onde a pesquisadora atua como psicóloga, mesmo considerando os possíveis vieses na coleta e análise dos dados.

### 3.4 – SOBRE O SERVIÇO

Esta pesquisa foi, inicialmente, desenvolvida no Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SEAP / HCFMUSP), ambulatório especializado no atendimento multiprofissional a pessoas vivendo com HIV/ aids, que era localizado à rua Frei Caneca, 557, em São Paulo, Capital.

O Serviço oferecia atendimentos em regime ambulatorial, com consultas médicas, distribuição de medicações, hospital dia, acompanhamento psicológico, serviço social etc. A Equipe Multiprofissional era composta por médicos infectologistas, psiquiatra, proctologista, ginecologista, enfermeiros e técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, dentista, farmacêutico e nutricionistas. Estava em funcionamento desde 1994 e, atendia aproximadamente 3.300 pacientes.

Além das atividades assistenciais, destinava-se também a atividades de ensino e pesquisa.

A população a ser pesquisada nesse estudo foram pacientes, em sua grande maioria, transferidos do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr HC/FMUSP) que, devido a idade e adequação da assistência para a fase adulta, foram matriculados no SEAP. Até o presente momento foram transferidos 53 pacientes, com previsão para transferência de mais 12 até o final de 2014.

Entretanto, em decorrência de um convênio assinado pela superintendência do Hospital das Clínicas junto ao Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), em 18 de junho de 2012 o SEAP encerrou as suas atividades e todos os pacientes e a Equipe Multiprofissional foram transferidos para o IIER, onde as atividades tiveram continuidade, com várias e significativas adaptações, em 25 de junho de 2012. Vale ressaltar que essa transferência afetou o andamento desta pesquisa e algumas modificações foram necessárias para que a execução, principalmente da coleta de dados, fosse concretizada.

Quanto ao IIER, este serviço foi uma das primeiras instituições de saúde pública em São Paulo, sendo inaugurado em 08 de janeiro de 1880. Inicialmente, atendia apenas varíola, sendo ampliado em 1894 para poder enfrentar as epidemias de doenças infecciosas que estavam ocorrendo na época (febre amarela, tifo, peste, difteria etc), passando a se chamar Hospital de Isolamento de São Paulo (Capital) e sendo considerado, no início do século XX, como um dos melhores do mundo. Desde o início da década de 80, com o surgimento dos primeiros casos notificados de aids, o hospital tem buscado novos conhecimentos e aperfeiçoamentos, com finalidade de contribuir para o enfrentamento da epidemia. Em junho de 1991, o Hospital foi transformado em Instituto de Infectologia Emílio Ribas, tendo as seguintes atribuições: prestar assistência médico-hospitalar, promover o ensino e pesquisa, contribuir para a educação sanitária da população, absorver o impacto das epidemias e colaborar com quaisquer instituições na sua detecção e enfrentamento, bem como ser referência estadual e atuar em caráter normativo em sua especialidade. Sua configuração atual conta com atendimentos em Pronto Socorro, Ambulatório, Hospital-Dia, Internações e Especialidades, possuindo

200 leitos de internações e 17 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), estando vinculado ao SUS.

### 3.5 – SOBRE A COLETA DE DADOS

Após uma seleção prévia do banco de dados já existente com relação ao período de transferência, havia 21 jovens que poderiam ser entrevistados, excluindo os dois jovens que não foram infectados por transmissão vertical. Realizou-se contato telefônico com todos e destes, 01 faleceu em 15 de março de 2013, 01 foi transferido para outro serviço, a pedido do próprio jovem, 05 se recusaram (01 negou explicitamente, 02, que a princípio aceitaram, não atenderam os telefonemas, 01 aceitou participar, compareceu para entrevista pessoalmente, mas desistiu sem falar com a pesquisadora e 01 aceitou participar, mas não tinha tempo de comparecer pessoalmente e nem falar ao telefone, no período destinado a coleta de dados) e 02 não foram localizados pelos telefones existentes.

No contato telefônico, verificava-se a possibilidade de agendar uma entrevista pessoalmente e, caso não fosse possível, o entrevistado era convidado a responder às perguntas por telefone, após ser informado sobre a necessidade de gravação da entrevista. Foram incluídos todos os jovens que aceitaram participar da pesquisa. Do total das 12 entrevistas realizadas, 08 foram por telefone e 04 foram pessoalmente.

Em decorrência da transferência do SEAP para o IIER, o período previsto para a coleta de dados teve que ser estendido. Optou-se por realizar parte das entrevistas por telefone, pois o entrevistado teria que comparecer ao IIER somente para essa finalidade e, com esse meio de contato, essa ida foi dispensável, o que iria gerar um custo desnecessário para o entrevistado, tanto de tempo, quanto financeiro, bem como atrasar ainda mais o período estimado para a execução das entrevistas.

No contato telefônico explicou-se aos entrevistados sobre o objetivo do estudo e, após o consentimento sobre a participação, o esclarecimento e ciência do TCLE e informação sobre a necessidade de gravação, que também foi sujeita à autorização dos entrevistados, para posterior transcrição e análise, iniciava-se a aplicação dos instrumentos.

As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos e, de modo geral, todos os entrevistados se mostraram receptivos à entrevista.

Os dados foram coletados em duas etapas. Em um primeiro momento, através de um questionário, foram colhidas informações sobre todos os jovens previamente selecionados, no que diz respeito a sexo, cor, idade, orientação sexual, apoio familiar, estrutura familiar, vida escolar, vida profissional, situação clínica etc, com objetivo de traçar um perfil sócio-demográfico do grupo entrevistado.

Após a coleta dessas informações, iniciava-se então a entrevista (Anexo X) com questões relacionadas ao:

- Exercício da vida sexual/afetiva;
- Se já teve ou não relação afetiva/sexual com alguém;
- Uso ou não de preservativos durante as relações sexuais;
- Desejo de maternidade/paternidade;
- Outras formas de prevenção (gravidez e/ou outras doenças);
- Vivência nos atendimentos com a Equipe Multiprofissional;
- Práticas facilitadoras para discussão sobre a sexualidade com a Equipe Multiprofissional;
- Dúvidas e dificuldades para falar sobre a vida sexual/afetiva com membros da Equipe Multiprofissional;
- Possíveis sugestões para o exercício dessa relação (jovens - Equipe Multiprofissional);

As perguntas foram feitas aos entrevistados de modo a favorecer um livre pronunciamento sobre os temas abordados, sendo ajustadas e/ou adaptadas, conforme a resposta dos jovens e, quando eles apresentavam dúvidas referentes aos temas abordados, procurou-se esclarecê-las.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para análise. Foram realizadas 12 entrevistas, com pacientes de ambos os sexos. Quando se trata de uma

abordagem qualitativa, o número de colaboradores não é definidor, pois se busca a expressividade do fenômeno estudado. (Boni e Quaresma, 2005)

### 3.6 – SOBRE OS CUIDADOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas para pesquisas com seres humanos contidas na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado e aprovado sob o número CAAE 06018512.3.0000.0068, na Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq HCFMUSP) e, posteriormente, para a Divisão Científica do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, uma vez que a coleta dos dados ocorreu neste Serviço, ainda que os pacientes entrevistados sejam matriculados no Hospital das Clínicas.

Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa e os encontros/contatos telefônicos destinados à realização das entrevistas foram iniciados com uma explicação sobre os objetivos da pesquisa, a forma como eles foram selecionados, sobre a autorização para o uso do gravador de áudio, bem como sobre o sigilo das informações obtidas, especialmente no que diz respeito às suas identidades. Eles foram orientados que todas as opiniões eram importantes e que não haveria, portanto, julgamento da pesquisadora sobre boas ou más opiniões, certo ou errado acerca dos temas pesquisados. Além disso, eles foram informados sobre o tempo dispensado para a realização das entrevistas e como seria o desenvolvimento destas.

Antes do início das entrevistas, eles foram informados que os dados obtidos só seriam utilizados para fins científicos e que será preservada a privacidade e confidencialidade e sobre a não utilização das informações em prejuízo dos entrevistados ou do serviço onde se realizaram as entrevistas. Foi assegurado ao entrevistado o direito de não participar ou abandonar a pesquisa, no momento em que desejar, sem que isso represente um prejuízo em seu tratamento no serviço. Após essa explicação, eles foram convidados a ler, junto com a pesquisadora, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), para que pudessem tirar qualquer dúvida e assiná-lo em três vias, sendo que uma lhes foi entregue, outra foi anexada aos seus

respectivos prontuários e a terceira ficou em poder da pesquisadora, e assim permanecerá por um período de 05 anos, conforme recomendação do Comitê de Ética em Pesquisa. Ambas as cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinadas e carimbadas pela pesquisadora. Para os que foram entrevistados por telefone, o TCLE foi lido e eles deram a devida anuência na ligação. Após, foi encaminhado a estes entrevistados uma cópia, previamente assinada pela pesquisadora, por e-mail.

#### **4 – RESULTADOS**

Os jovens que aceitaram participar dessa pesquisa não responderam somente algumas perguntas acerca de suas vidas sexuais e reprodutivas. Eles, com os seus relatos, revelaram suas intimidades a alguém que mal conheciam. Com suas respostas, deram subsídios para a reflexão sobre que tipo de assistência o serviço tem oferecido à crianças e adolescentes que nasceram e cresceram com HIV/aids no que diz respeito ao que é preconizado sobre direitos sexuais e reprodutivos.

Diante disso, todos os dados foram devidamente tratados sob a ótica da análise temática proposta por Minayo (2004), numa tentativa de compreender esse fenômeno: o exercício da vida sexual e reprodutiva sob o cerne dos direitos sexuais e reprodutivos. Após o tratamento desses dados, foram organizados os seguintes temas: Histórico da doença, descoberta do próprio diagnóstico, revelação do diagnóstico nas relações sociais, revelação do diagnóstico nos relacionamentos afetivos/sexuais, vida afetiva atual, início da vida sexual, vida sexual atual, vida reprodutiva e como eles percebem a atuação do serviço em relação às suas vidas sexuais e reprodutivas.

##### **4.1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ENTREVISTADOS**

Foram entrevistados 12 jovens que nasceram com HIV e estão em tratamento ambulatorial no IIER. A média de idade dos entrevistados foi de 21,2 anos (de 20 a 23 anos). A maioria era do sexo feminino (09), negra<sup>4</sup> (08), com segundo grau completo (10) e exercendo trabalho remunerado (08). Dos que trabalham, 06 tem vínculo empregatício formal (CLT) e recebem de 01 a 02 salários mínimos. Vale ressaltar que,

---

<sup>4</sup> Considerou-se como população negra a somatória dos que se autodeclararam de cor preta e cor parda.

dos jovens que responderam que vivem com pais adotivos, 02 viveram em situação de abrigo até os 18 anos.

O quadro I apresenta as características sociodemográficas dos sujeitos entrevistados.

*Quadro I – Distribuição de características sociodemográficas selecionadas*

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	03	25,0
	Feminino	09	75,0
Idade	20	03	25,0
	21	06	50,0
	22	01	8,3
	23	02	16,7
Cor	Branca	04	33,3
	Preta	02	16,7
	Parda	06	50,0
Escolaridade	Ensino Fundamental Completo	02	16,7
	Ensino Médio Completo	07	58,3
	Ensino Superior (Cursando)	03	25,0
Estado Civil	Solteiro	03	25,0
	Namorando	06	50,0
	Casado/União Estável	03	25,0
Com quem vive	Pais biológicos	02	16,7
	Familiares biológicos (avós/tios)	03	25,0
	Pais adotivos	03	25,0
	Cônjuges e filhos	03	25,0
	Abrigo	01	8,3
Orientação Sexual	Heterossexual	12	100
Trabalho Remunerado	Sim	08	66,7
	Não	04	33,3
Vínculo Empregatício	CLT (Formal)	06	75,0
	Por conta própria (Informal)	02	25,0
Renda Pessoal	Até 01 S.M.	02	25,0
	De 01 a 02 S.M.	06	75,0
Renda Familiar	De 01 a 03 S.M.	04	33,3
	De 03 a 05 S.M.	03	25,0
	Acima de 05 S.M	04	33,3
	Não sabe informar	01	8,3

#### 4.2 – HISTÓRICO DA DOENÇA

Conforme já foi mencionado, todos os entrevistados são portadores de HIV desde o nascimento, todos infectados por transmissão vertical. No quadro II estão

sistematizadas as informações sobre o histórico da aids nos genitores, de acordo com os jovens.

Muitos deles sabem contar sobre o histórico da doença em seus pais. A maioria vive a orfandade da aids, ou seja, teve um ou os dois genitores falecidos em decorrência da doença. Chama a atenção que 04 jovens revelaram desconhecer o estado sorológico do pai: 02 de paradeiros desconhecidos, 01 foi assassinado e 01 faleceu por causa desconhecida.

*Quadro II – Histórico da doença (aids) nos genitores, segundo os jovens entrevistados*

Entrevistado(a) <sup>5</sup>	Quem tinha a doença?	Situação da mãe	Situação do pai
Bernardo	Pai e Mãe	Falecida (ele tinha 12 anos)	Falecido (ele tinha 01 ano)
Quênio	Pai e Mãe	Falecida (não soube informar idade)	Falecido (não soube informar idade)
Paula	Pai e Mãe	Falecida (não soube informar idade)	Falecido (não soube informar idade)
Katia	Mãe Pai – situação ignorada	Falecida (ela tinha 05 anos)	Falecido (ela tinha 06 anos – Condição sorológica desconhecida)
Heloisa	Mãe Pai – situação ignorada	Falecida (ela tinha 03 anos)	Desconhece o paradeiro do pai
Danuzia	Mãe Pai – situação ignorada	Falecida (ela tinha 08 meses)	Falecido (foi assassinado – não soube informar idade)
Diana	Mãe	Viva	Vivo
Saulo	Mãe	Falecida (não soube informar idade)	Vivo
Kety	Pai e Mãe	Viva	Falecido (não soube informar idade)
Kesia	Mãe	Falecida (não soube informar idade)	Vivo
Helena	Pai e Mãe	Falecida (ela tinha 03 anos)	Falecido (ela tinha 10 anos)
Silvia	Mãe Pai – situação ignorada	Falecida (ela tinha 03 anos)	Desconhece o paradeiro do pai

<sup>5</sup> Os nomes foram trocados para manter preservada a identificação dos(as) entrevistados(as)

#### 4.3 – DESCOBERTA DO PRÓPRIO DIAGNÓSTICO

Todos os entrevistados referem que descobriram o próprio diagnóstico ainda na infância. A revelação, para todos, foi feita por alguém da família, exceto pelas três jovens que cresceram em abrigo e que ficaram sabendo por funcionários da instituição. Alguns conseguiram se recordar das sensações desta experiência, que foi vivenciada com sofrimento e dificuldade de aceitação. Vale ressaltar que, para este grupo de entrevistados, a Equipe Multiprofissional não esteve presente neste importante momento.

*Bom, pelo que eu me lembro, foi muito estranho, no momento... daí passou por um tempo, eu conversei com a médica e ficou tudo calmo.*

(Bernardo, 20 anos)

*A minha mãe. Uma vez eu estava na casa de uma amiga dela com ela e eu ouvi ela falando de CD4, carga viral, com a amiga, daí ela percebeu que eu ouvi. Quando eu cheguei em casa eu perguntei e ela me disse o que eu tinha. Eu lembro que eu chorei muito. Depois ela foi na consulta comigo, a médica me falou e aí eu chorei bastante, nem conseguia falar com a médica direito. Depois eu tive que me acostumar com isso, com essa doença, com o tratamento. A médica me disse para eu ficar calma, que a minha saúde era boa, mas quem aceita uma doença assim? Quase ninguém né?*

(Kety, 23 anos)

*Foi triste. Eu demorei para aceitar e pra me aceitar.*

(Katia, 21 anos)

*Eu não lembro... só que até hoje ela (mãe) fala, as vezes eu puxo esses assunto com ela e ela fala que eu tive febre, tive muita dor de cabeça, que eu não queria falar com ninguém... eu não me lembro muito disso não, mas ela fala que aconteceu tudo isso...*

(Danuza, 20 anos)

#### 4.4 – REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO NAS RELAÇÕES SOCIAIS

Um ponto importante observado nos relatos dos entrevistados diz sobre a vivência que eles tem com o próprio diagnóstico e como acontece a revelação dessa

condição de saúde em suas vidas, nas relações sociais, de modo geral. Vale frisar o quanto o preconceito marca essa experiência, significativamente, balizando, inclusive, a forma como eles escolhem para quem e como fazer essa revelação. Muitos não o fazem pelo medo da rejeição, da exclusão dessas relações sociais.

*Muitas. Muita dificuldade porque... é... porque... eu ainda tenho muito medo, porque assim, antigamente, era muito difícil isso, hoje em dia já não é tanto, mas ainda existe muito preconceito, eu já topei com muito preconceito, desde que eu tenho esse problema e até hoje eu tenho o problema, só que ao contar, assim, eu pelo menos, particularmente, não sei nem se a palavra é o medo, mas é insegurança, de você ter uma amizade com a pessoa e você contar e a pessoa acabar se distanciando, mas eu acho que é certo contar, porque nisso você vê se você tem amizade ou relacionamento sério com a pessoa.*

(Paula, 21 anos)

*É sobre a questão de contar pras pessoas né? Não é uma situação muito fácil. A questão do preconceito, entendeu? Ela é... É muito forte isso no ser humano. Tem muitas pessoas que eu sei que eu posso conversar sossegado com esse meu problema de saúde, mas tem outras pessoas que começam a olhar torto, corta totalmente o contato, entendeu? Na verdade na hora elas não falam nada, entendeu, mas você repara que a pessoa sumiu.*

(Quênio, 21 anos)

*É. Tem umas que tem o momento certo a falar, tipo pessoas, tipo... você começa a tocar em assuntos, assim, bem devagar, mas não falando... aí a pessoa teve um tipo de discriminação, aí você já sabe que pra essa pessoa você não pode contar. É um teste né? Eu falo sobre o assunto e vejo como é a reação.*

(Saulo, 20 anos)

*Eu acho que sim, porque eu já sofri preconceito quando eu era menor, que eu morava com os meus avós e eu já sofri preconceito, eu sei que é difícil então eu não sei, eu não me sinto segura em contar, eu tenho medo de as pessoas se afastarem de mim em saber que eu sou soropositiva.*

(Silvia, 23 anos)

#### 4.5 – REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO NOS RELACIONAMENTOS AFETIVOS/SEXUAIS

A maioria dos entrevistados refere que contou sobre seus diagnósticos após estabelecer um vínculo de confiança com o(a) parceiro(a). Enquanto isso não acontece, o medo da exposição e de uma possível rejeição os impede de falar.

*Ah, não sei, talvez ela não gostasse, se afastasse de mim. Tive medo dela não me aceitar.*

(Bernardo, 20 anos)

*Eu fiquei com muito medo, tipo, dele talvez me rejeitar... assim como tinham meninas que namoravam lá e o namorado, tipo, rejeitou né... não aceitou que ela tivesse a doença e tal... mas eu achei importante porque eu me senti mais aliviada, mais segura, né, da gente poder se relacionar sexualmente e eu não ficar com aquele pânico de: ai meu Deus, será que vai acontecer alguma coisa?*

(Heloisa, 22 anos)

*Foi um pouco difícil, com medo de não ter aceitação, porque eu tive muitos namoros e eu não tive aceitação, mas, graças a Deus, ele aceitou e foi normal.*

(Paula, 21 anos)

*Ah, foi bem difícil. Eu pensei muito, eu tinha medo dele me abandonar, mas era melhor assim.*

(Kety, 23 anos)

*Ah, eu chamei uma amiga minha né, pra me ajudar, ela me ajudou a contar, ele reagiu bem, eu achei que ele não iria reagir bem, ia pegar as coisas dele e ir embora, mas ele reagiu bem.*

(Helena, 21 anos)

*Ah, eu achava um monte de coisas. Achava que ela iria me abandonar.*

(Quênio, 21 anos)

Dentre os entrevistados, houve quem não contasse para o(a) parceiro(a). Observa-se que o estabelecimento da confiança também é um norte para quem decide por não revelar a sua condição na parceria afetiva/sexual.

*Não... eu não contei porque assim, é não é... eu penso assim: se eu me cuidar, usar camisinha, me cuido, tudo, não é o primeiro relacionamento que eu tenho que contar, eu preciso ter confiança na pessoa, eu preciso saber o que ela quer, se é só ficar, ou se quer alguma coisa mais séria pra eu poder abrir a minha vida pra ela, porque infelizmente hoje em dia a vida é preconceito, todo mundo tem muito preconceito contra a aids, o vírus do HIV... então eu penso assim, primeiro eu me relaciono, vejo qual que é da pessoa, mas eu me protejo, protejo a vida da outra pessoa, porque eu sei o que é carregar a vida inteira um vírus que não tem cura, então eu penso em mim e penso na outra pessoa também.*

*... porque você tem que ter confiança na pessoa, pra você abrir a sua vida, e você tem que saber se... confiança no sentido que ela vai aceitar, que vai entender, ou que pelo menos não entenda, mas que não vá espalhar pra ninguém... eu sei que tem leis que seguram a gente disso, que se eu te falo uma coisa você não pode falar, mas a gente não pode confiar nas pessoas, infelizmente tem pessoas que a gente não pode confiar.*

(Silvia, 23 anos)

*Eu não contei porque é cedo ainda. A gente tá há pouco tempo, então eu achei melhor deixar um pouco mais, porque assim, eu também tenho que ter coragem... tenho receio, porque ele tem uma vida normal.*

(Diana, 21 anos)

Quando questionados sobre a importância da revelação para o relacionamento, os jovens configuram essa revelação como um segredo a ser partilhado. Além disso, revelar o diagnóstico aumenta a possibilidade de prevenção do(a) parceiro(a).

*É bom eu contar pra uma pessoa que vai ter uma relação. Pra pessoa saber, ter cuidado, saber se prevenir, porque tem muita assim, muitas adolescentes assim, que não se protege entendeu... aí iria entrar no perigo. Mas eu já falei né?*

(Saulo, 20 anos)

*Não, no começo não. Mas depois eu tive que falar porque eu não achava legal, eu ficar com a pessoa... vai que de repente acontecia alguma coisa... e eu falei... aí ele falou assim que não tinha problema, que ele ia me aceitar do jeito que tava né, que tava tudo indo muito bem, ele fez o exame pra ver se não tinha dado nada, deu negativo e assim ele me acompanhava, assim, às vezes nas consultas, ele vinha comigo e... ele eu falo que ele foi um namorado excelente.*

(Heloisa, 22 anos)

*Ah, acho que sim porque já faz um tempinho que eu tava com ele e também não era justo ele estar ficando comigo e não saber da minha situação.*

(Helena, 21 anos)

*Eu acho que é importante, porque quando eu namoro com a pessoa, ela tem que saber, porque futuramente, eu vou ter relações sexuais e se acontecer alguma coisa, entre tantas consultas, eu tenho que dar uma satisfação...*

*Eu sempre contei porque quando eu começo a me relacionar com alguém, a intenção é continuar e eu não acho certo eu esconder isso, então eu acho assim, que se a pessoa quiser ficar comigo, ela tem que gostar de mim do jeito que eu sou, com HIV ou não, ela tem que enfrentar isso comigo e se ela não quiser, como muitos não aceitaram, saíram fora e poucos ficaram, que são apenas dois, que foi o anterior e esse de agora.*

(Paula, 21 anos)

*Ah, não para qualquer um, porque hoje em dia é difícil encontrar uma pessoa pra ficar com você e pra aceitar o que você tem e o que você é... então, eu já tive namorados que eu não contei, mas namorinhos de meses, quatro meses por aí... agora esse daí, como eu já estou há muito tempo, já ia fazer mais de um ano, mais de oito meses, por aí, eu resolvi contar, mas eu não conto para qualquer um não.*

(Danuza, 20 anos)

#### 4.6 – VIDA AFETIVA ATUAL

Dos jovens entrevistados, 09 estão se relacionando afetivamente com alguém e destes, apenas 01 não tem relação sexual<sup>6</sup>. Dos três que, no momento da pesquisa, se declararam sem parceria afetiva, somente 01 nunca havia namorado e nem se

---

<sup>6</sup> Considerou-se relação sexual quando houve penetração vaginal e/ou anal.

relacionado sexualmente com alguém. Segundo informações dos entrevistados, que são heterossexuais, chama a atenção que todas as parcerias são sorodiscordantes.

Quadro III – Situação afetiva/sexual dos entrevistados

Entrevistado(a) <sup>7</sup>	Situação Afetiva	Vida Sexual	Condição sorológica do(a) parceiro(a)
Bernardo	Namorando	Sim	Sorodiscordante
Quênio	Namorando	Sim	Sorodiscordante
Paula	Casada	Sim	Sorodiscordante
Katia	Solteira	Não	Não tem parceiro
Heloisa	Solteira	Sim	Não tem parceiro
Danuza	Namorando	Sim	Sorodiscordante
Diana	Namorando	Sim	Sorodiscordante
Saulo	Casado	Sim	Sorodiscordante
Kety	Namorando	Sim	Sorodiscordante
Kesia	Casada	Sim	Sorodiscordante
Helena	Namorando	Não	Sorodiscordante
Silvia	Solteira	Sim	Não tem parceiro

#### 4.7 – INÍCIO DA VIDA SEXUAL

A idade da primeira relação sexual não apresentou variação entre meninos e meninas e ocorreu entre 13 e 20 anos entre os meninos e 12 e 19 anos entre as meninas. Segundo relatos dos entrevistados, apenas um deles não fez uso do preservativo na primeira relação sexual. A maioria referiu que não foi um momento planejado, bem como não comentou tal intenção com a Equipe que os atendia. Nenhum deles referiu ter recebido qualquer orientação para esse momento. De modo geral, os jovens classificaram essa primeira experiência como boa.

*Porque era a primeira vez, ele sabia que era a minha primeira vez, então ele tomou cuidado, tipo, não fazer tudo rápido... então acho que foi boa.*

<sup>7</sup> Os nomes foram trocados para manter preservada a identificação dos(as) entrevistados(as)

(Silvia, 23 anos)

*Porque daí teve, não só foi só sexo, a gente foi uma coisa de amor né? Que a gente assistiu um filme né? A gente namorou, praticamente, não foi uma coisa tipo, só por prazer, oh, vamos fazer amor e morreu aí, já era. Então foi bom, porque a gente não queria só fazer aquilo, a gente foi namorando e foi acontecendo, e a gente não fez essas coisas aí, foi pique tipo de cinema... risos... sei lá, foi bom.*

(Saulo, 20 anos)

*Ah, pra mim foi boa. Foi tranquilo, foi seguro. Pra mim foi bom.*

(Danuza, 20 anos)

*Foi boa. Foi algo que eu nunca tinha feito e foi num momento bom do nosso relacionamento.*

(Bernardo, 20 anos)

Apesar da maioria dos entrevistados classificar a experiência da primeira relação sexual como “boa”, uma jovem a classificou como “ruim”. Dentre os motivos que justificam a sua avaliação está a falta do uso de preservativo nesta primeira experiência sexual.

*Ruim... ruim porque não foi com a pessoa que... eu era nova na época e não foi uma pessoa que eu estava namorando, ou um relacionamento sério... e foi sem camisinha também... só que a pessoa depois disso, que eu contei, ela fez exames tudo e não deu nada, graças a Deus... mas não foi boa, porque não foi com uma pessoa de coração...*

(Paula, 21 anos)

Quando questionados sobre os motivos pelos quais eles usaram preservativo nessa primeira relação sexual, a maioria respondeu que fez uso para proteção do(a) parceiro(a). Somente uma entrevistada respondeu que fez uso do preservativo pra se proteger, por desconhecer a condição sorológica do parceiro com relação às outras infecções.

*Porque que nem eu falei, medo... não sei se é medo... foi mais o fato de se cuidar pra poder não engravidar, não passar nenhum vírus pra ele e também a gente não conhece o que ele tem por dentro... então foi mais pra me cuidar e cuidar dele também...*

(Silvia, 23 anos)

Foi perguntado aos jovens sobre a origem do preservativo utilizado nessa primeira relação sexual. Os meninos responderam que eram eles quem tinham o preservativo. Já as meninas, somente uma delas era quem tinha o preservativo. As outras, quem tinham eram os parceiros. Nenhum deles referiu que o preservativo foi oferecido pelo Serviço onde se tratavam.

#### 4.8 – VIDA SEXUAL ATUAL

Dos jovens entrevistados, 10 relataram ter vida sexual ativa. Alguns aspectos foram elencados para detalhar o exercício dessa vida sexual, que estão a seguir:

##### 4.8.1 – Uso de Preservativos

Quando questionados sobre o uso de preservativos, a maioria dos entrevistados refere que faz uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais. Entretanto, o motivo que os levam a usar o preservativo está fundamentalmente relacionado à proteção do parceiro(a), para que ele(ela) não seja contaminado(a). A preocupação com a própria prevenção acaba sendo secundária.

*Eu pretendo usar o preservativo porque, da mesma forma que eu peguei, eu não quero que os outros peguem né?*

(Helena, 21 anos)

*Porque eu tenho o HIV né? E eu descuido né? Eu sou meio descuidado, eu não tomo os remédios, então eu não quero prejudicar a minha parceira né? Querer o que eu tenho pra ela, eu não quero, e pra mim pode ser de um jeito, mas pra ela vai ser de outro jeito. Eu uso pra proteger ela.*

(Saulo, 20 anos)

*Pra não passar o vírus pra ela. E não haver nenhuma contaminação de DST de ambas as partes.*

(Bernardo, 20 anos)

*Eu acho que é um meio de prevenir. De não passar o que eu tenho.*

(Diana, 21 anos)

Preliminarmente, a maioria dos entrevistados afirmou que faz uso do preservativo em todas as relações. Entretanto, conforme as perguntas avançam, é possível observar que, em algum momento, houve relações sexuais sem preservativos.

*É assim, por mim eu fui um pouco errada porque... Porque assim, ele não tinha preservativo no bolso e a gente foi no motel... ele não tinha, aí ele pediu... e eu também não tinha. Então quando... a minha mãe fala: filha, sempre leva um preservativo, dois no bolso, sei lá, na bolsa, em qualquer lugar você enfia o preservativo... e justamente, neste dia, eu não levei e aí foi quando ele tirou o preservativo e fizemos sem, e eu achei meio que errado... tanto que eu não sei se era eu, ou ele, sei lá, é... eu fiquei com uma infecção e estou tratando dela até hoje.*

(Heloisa, 22 anos)

Foi perguntado aos jovens se eles se sentem orientados quanto ao uso do preservativo e de quem receberam essas orientações. A maioria dos jovens refere que se sentem orientados quanto ao uso e necessidade do preservativo nas relações sexuais, entretanto, essa orientação não é comumente oferecida pelo serviço. Eles relataram que foram orientados por amigos e, até mesmo, aprenderam a usar na prática sexual e sozinhos.

*Eu aprendi a usar sozinha mesmo.*

(Kesia, 21 anos)

*É que é assim né? A gente sempre lê a orientação né? Eu sempre leio... qualquer coisa assim, sempre tem uma bula de orientação. Sempre procurei assim, saber sozinho. Nunca tipo cheguei... só quando a coisa é muito difícil, aí eu pergunto mesmo. Esse assunto não é abordado aqui (ER) e nem lá no Instituto da Criança.*

(Saulo, 20 anos)

*Em escolas mesmo, nas aulas... sempre falam disso. Quando tem palestra, essas coisas, sempre rola esse assunto (uso do preservativo).*

(Diana, 21 anos)

*Não, eles nunca me orientaram. Eu sei como usar, mas eles nunca me orientaram não...*

*... Foi na prática mesmo.*

(Danuza, 20 anos)

É importante salientar que uma das jovens entrevistadas declarou não se sentir orientada quanto ao uso do preservativo e relacionou tal situação a uma sensação de falta de proteção e vulnerabilidade.

*Ah, pra gente saber o uso corretamente, porque a maioria das relações, é o homem que e pronto, e vamos ver né? Só que assim, eu não sei nem como colocar, não faço ideia de como coloca e vai que, de repente, sei lá, não põe direito, escapa alguma coisa, não sei... tudo pode acontecer...*

(Heloisa, 22 anos)

Além disso, foi perguntado se é oferecido preservativo a eles quando estes comparecem ao serviço para coleta de exames e/ou consultas com a Equipe Multiprofissional. A maioria dos jovens referiu que não são oferecidos preservativos e que são eles quem pedem quando comparecem ao Serviço.

*Não, eles não ensinam. Eles... quando eu vou passar na consulta, elas só perguntam: usa preservativo? Você quer preservativo? E só... mais nada.*

(Paula, 21 anos)

*É sempre mais eu quem peço. Eles não oferecem sempre... a maioria das vezes eu tenho que pedir.*

(Kesia, 21 anos)

*Isso mesmo, eles me falaram que quando eu quiser, eu peço... mas eles não falam isso toda vez que eu vou lá pra consultas... Eles perguntam se eu quero e eu falo no momento, entendeu?*

(Bernardo, 20 anos)

*É, na triagem eles nunca perguntam se eu quero camisinha. Eu que tenho que ficar pedindo. Eu me sinto um pouco constrangida né, mas eu tenho que pedir, eu preciso.*

(Kety, 23 anos)

Ainda sobre o uso de preservativo, outro aspecto considerado nas entrevistas foi com relação às possíveis dificuldades na negociação do uso durante as relações sexuais. Duas jovens relataram que já tiveram dificuldades, porém, esse assunto também não é abordado pela Equipe.

*Porque ele não gosta de usar mesmo, até... eu também não me agrado, mas se desde o começo ele falasse que iria usar, eu iria aceitar, tanto que no meu outro relacionamento de 01 ano e meio meu parceiro sabia, só que ele sempre a gente foi com camisinha e eu nunca discordei, mas com ele, ele não usa mesmo e ele fala que, mesmo se ele pegar, não teria medo, porque ele me ama e ele... não tem acordo com ele usar mesmo.*

(Paula, 21 anos)

*Eu já tive dificuldade pra usar com uma pessoa, porque ele só queria transar sem preservativo. Na verdade, eu não gostava, porque eu acho que a pessoa tem que usar, porque pode pegar alguma coisa né?*

(Kety, 23 anos)

#### 4.8.2 – Outros Métodos de Prevenção (Outras Doenças) / Reinfecção Para o HIV

Outro ponto importante que é desconhecido pelos jovens diz respeito aos outros métodos de barreira à transmissão de outras doenças sexualmente transmissíveis e nem para os casos de exposições ao risco, como, por exemplo, a ruptura do preservativo masculino, que pode ter indicação para o uso da Profilaxia Pós Exposição (PEP). Eles também não foram orientados para a questão da reinfecção para o HIV. Além disso, todos os entrevistados disseram que nunca fizeram uso do preservativo feminino e os conhecimentos sobre este método são inexistentes.

#### 4.8.3 – Outras Práticas Sexuais

Foi perguntado aos jovens se eles recebem orientações para outras práticas sexuais, como sexo oral, sexo anal, masturbação, uso de lubrificantes etc. Esta é outra temática que também não foi abordada durante os atendimentos. Quando recebem alguma orientação relacionada ao tema, é no sentido da proibição da prática, o que faz com que eles relacionem essa proibição ao fato de serem portadores de HIV e/ou doentes por aids.

*Porque... eu acho que porque eu sou soropositiva e sexo oral, sexo anal não é recomendado, porque também pode passar... então eu acho que eles orientam... não sei né, porque eu não tive essa orientação... eles já me passaram que eu não tenho que ter relação assim, sexo anal, sexo oral... eu acho que é mais por causa disso.*

*Assim, do sexo oral e do sexo anal, só falaram pra mim pra eu não ter esse tipo de relação. Só isso.*

(Paula, 21 anos)

*Assim, sexo anal não faço. Masturbação também não... então eu acho que isso é na prática, a gente vai vendo e vai fazendo, e acontece... a gente descobre fazendo, mas eu nunca tive nenhuma orientação sobre isso...*

(Silvia, 23 anos)

*Porque se por acaso acontecer de eu começar a fazer anal, esses negócio, eu não vou tá orientada, eu não sei como é, entendeu, então eu acho que precisa dessa orientação sim. Eu preciso saber como posso fazer isso de um jeito com saúde.*

(Danuza, 20 anos)

*A minha médica me disse que eu não podia fazer sexo oral e nem anal, porque corre maior risco de contaminação. Ela só me falou isso né? Mas conversar a respeito desse assunto mesmo, isso não.*

(Kety, 23 anos)

#### 4.9 – VIDA REPRODUTIVA

Dos jovens entrevistados, 03 já tinham tido filhos no momento da entrevista e uma jovem estava grávida. Dos que ainda não tinham, todos mencionaram que ter filhos fazia parte dos seus projetos futuros. Vale salientar que, de acordo com os dados colhidos, foi possível observar que o diagnóstico HIV+ não influenciou o desejo de maternidade/paternidade dos entrevistados sob nenhum aspecto.

*Eu sempre tive o sonho de ser mãe, mesmo sabendo do meu problema... mas sempre fui criticada pelos meus familiares, que sempre me falavam que eu nunca poderia ser mãe, mas sempre assim, tive fé e falei: não, um dia eu vou ser mãe, sempre tive esse sonho, tanto que eu tive até gravidez psicológica, só que quando eu me relacionei com o meu esposo, eu sempre falei: eu quero ter um filho, eu quero ter um filho e eu, quando a gente casou, eu fui no ginecologista, eu parei de tomar remédio, eu falei com a minha infectologista, eu falei pra ela: eu quero engravidar e ela foi, ela tirou um remédio meu, trocou, porque um dos meus remédios antirretrovirais, ela falou que se eu engravidasse, ele poderia dar má formação do feto, daí ela já tirou e trocou e disse que quando eu quisesse engravidar, eu já estava preparada.*

(Paula, 21 anos)

*Eu quero, porque assim, eu quero um filho, independente que seja meu, ou seja adotado. Eu quero meu, eu sei que pode, que tem certos meios, que dá pra se fazer isso, tanto na relação sexual normal, com um parceiro que saiba, eu acho que não tem problema nenhum. E hoje, com os medicamentos que a gente toma, o tratamento que a gente tem, com a tecnologia que a gente tem, a criança não nasce com o vírus... então se nasce até os dois anos, não tem como não negativar... então eu quero sim, ter um filho, eu penso sim...*

(Silvia, 23 anos)

*Ah, eu penso sim... passa pela minha cabeça ter filhos.*

(Heloisa, 22 anos)

*Então, não é uma certeza. Talvez eu... é... não sei como será né? Aí, talvez eu tenha... às vezes eu penso, em, talvez, ter filhos...*

(Bernardo, 20 anos)

Conforme mencionado acima, três jovens já tinham tido filhos no momento da entrevista. Foi perguntado a eles sobre o planejamento e assistência recebida. Dois referiram que a gravidez não foi planejada, mas que receberam toda a assistência necessária durante o atendimento pré-natal e parto, o que também aconteceu com a jovem que planejou esse momento. Os filhos dos entrevistados são todos soronegativos para o HIV.

Entretanto, chama atenção a situação de uma das jovens, que se declarou grávida no momento da entrevista. Ela referiu que não havia planejado a gravidez, bem como não havia compartilhado com o seu parceiro a sua condição sorológica. Quando questionada sobre a assistência recebida, ela respondeu que sentiu falta de maiores orientações.

*Eu acho que esse assunto deveria ser abordado né? Por mais... eles tem que perguntar esses negócios... eles não perguntam e eu também não sou de ficar falando. Deu nisso.*

(Diana, 21 anos)

#### 4.9.1 – Abortos

Nenhuma das jovens entrevistadas mencionou ter sofrido abortos (espontâneos ou provocados). Somente um dos meninos referiu que chegou a pensar na possibilidade de interrupção ao descobrir que sua namorada estava grávida. Ele disse que desistiu da ideia quando se informou sobre as possíveis consequências. Essa possibilidade de interrupção da gestação não foi discutida com a Equipe Multiprofissional.

*Foi assim, depois de tudo, eu pesquisei. Aí eu fui procurar pra saber como funcionaria isso. Eu procurei um método de aborto... porque eu já sabia daquele remédio, o Citotec, né, que é pra quem tem problema estomacal. Só que aí depois eu fui lendo os “efeito” colaterais que geralmente dão e aí eu vi que tinha, ah, que ia, como eu posso dizer, eu vi que não ia valer a pena, entendeu, porque uma que eu estaria destruindo a vida do meu filho e outra a minha namorada podia morrer, entendeu. Aí eu iria sofrer demais com isso, entendeu?*

(Quênio, 21 anos)

#### 4.9.2 – Outros Métodos de Prevenção da Gravidez

Foi perguntado aos jovens que outros métodos de prevenção para gravidez eles conheciam e/ou foram orientados. A maioria referiu, em um primeiro momento, os anticoncepcionais convencionais, sejam em pílulas ou injeções. Somente uma jovem mencionou o Dispositivo Intra-Uterino (DIU), porém seus conhecimentos sobre esse método eram bastante superficiais. Nenhum dos entrevistados fez referência ao contraceptivo de emergência como um método de prevenção para gravidez.

Também foi perguntado sobre o nível de conhecimento relacionado ao contraceptivo de emergência e se em algum momento da vida eles fizeram uso deste método. Os conhecimentos dos jovens são superficiais e as devidas orientações não são oferecidas durante as consultas com a Equipe.

*Eu acho que quando a gente tem relação e tem penetração... eu acho que é no outro dia, em 24 horas, você tem que tomar, se não me engano, dois comprimidos.*

(Paula, 21 anos)

*Eu ouvi falar. Mas eu não sei exatamente como funciona, como deve tomar... sei o básico só.*

*Não... eu sei que é, acho que é em 72 horas depois... acho que é isso... ou é 48 horas? Ah, não sei muito bem não.*

(Bernardo, 20 anos)

*Na verdade, assim, eu nunca usei, mas acredito que seja pra cortar o efeito de uma gravidez. Você tem relação hoje e você não usou camisinha e você não quer ficar grávida, digamos assim e você toma a pílula do dia seguinte, você pode cortar o efeito... só que a médica falou pra minha amiga, que também é soropositiva, que nem sempre a pílula do dia seguinte funciona, assim, pra quem tem HIV, porque os remédios cortam o efeito e por isso hoje ela está grávida. Eu acredito que seja isso.*

(Silvia, 23 anos)

*Ah, a pílula do dia seguinte acho que é pra quem se estourou a camisinha, ou quem não usou a camisinha... aí é pra tomar no outro dia né, pra não ficar grávida, aí eu acho que toma dois dias né? Ou de doze em doze horas, dois comprimidos... acho que é isso.*

(Danuza, 20 anos)

*A pílula do dia seguinte? Não é pra não deixar engravidar? Acho que é isso... mais detalhes eu não tenho, eu não sei te dizer...*

(Quênio, 21 anos)

*Sei que tem que ser usada em dia de risco de alguma coisa, quando a camisinha estourar... é isso que eu sei.*

(Katia, 21 anos)

#### 4.10 – PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA OFERECIDA / ORIENTAÇÕES: COMO O SERVIÇO LIDA COM A VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA DOS JOVENS QUE NASCERAM E VIVEM COM HIV

Dentre os pontos abordados nas entrevistas com os jovens, vários aspectos relacionados à assistência oferecida a eles foram investigados. Vale ressaltar que todos os dados citados são frutos das percepções dos jovens sobre a atuação dos membros da Equipe Multiprofissional e que, em nenhum momento, tem a intenção de “julgar” essa atuação.

Sobre a primeira relação sexual, foi perguntado aos jovens se eles contaram antes ou depois para a Equipe que os assistiam sobre a ocorrência desse evento e, quando contaram, que orientações receberam. Somente uma jovem contou antes de ter a primeira relação sexual e a orientação recebida foi direcionada para os métodos contraceptivos. Após a ocorrência da primeira relação sexual, o assunto não foi mais abordado durante as consultas subsequentes.

*A médica me deu a receita da injeção, eu tomei. Daí ela falou que eu tinha que tomar cuidado, me deu camisinha e falou com a minha mãe. Só isso.*

*Depois que você teve a sua primeira relação sexual, você contou para alguém?*

*Não, não contei.*

*E por quê?*

*Ah, porque não me senti à vontade para falar. Fiquei com vergonha.*

*Esse assunto foi abordado na ocasião, nos seus atendimentos?*

*Não, não se falou mais no assunto.*

*(Kety, 23 anos)*

Um dos jovens, que não contou nem antes e depois sobre a primeira relação sexual para a Equipe, referiu que não recebeu qualquer orientação. Quando questionado, ele responde que, em sua percepção, a orientação pode não ter acontecido devido ao fato da Equipe sequer imaginar que ele já sentisse vontade de ter sua primeira relação sexual.

*Muito raro. Foi mais quando eu fiquei mais velho e tal, mas nessa idade ninguém falava não, acho que eles achavam que eu era muito novo para isso né?*

*... Eles não imaginavam isso de mim, que eu tinha vontade já.*

*(Quênio, 21 anos)*

Dois jovens responderam que contaram para a Equipe depois da ocorrência da primeira relação sexual. As orientações recebidas se restringiram ao uso dos insumos de prevenção (preservativos masculinos e pílulas anticoncepcionais) e coleta de exames

ginecológicos, no caso das meninas, sem maiores aprofundamentos sobre o exercício da vida sexual.

*Antes não. Eu só tinha contado pra ela que eu tinha conhecido uma pessoa e que a gente começou a namorar... daí da relação, eu contei só depois né? Aí ele falou: usa camisinha e tal, se previne... aí eu comecei mais a me tratar né, porque sabe como é adolescente, 18 anos e nada na cabeça...*

(Saulo, 20 anos)

*E aqui pra Equipe, você chegou a contar?*

*Não, eu não contei.*

*Antes de acontecer, você recebeu alguma orientação? As pessoas perguntavam pra você? Esse assunto era abordado nas suas consultas?*

*Era, porque quando eu mudei pro Frei Caneca, a Dra. X que me atendia, ela sempre falava, que quando eu pensasse em ter minha primeira vez, que era pra eu falar com ela primeiro, mas eu não fiz isso... risos... e acho que vai muito de momento né, porque eu não sei se eu iria planejar, tipo vamos fazer tal dia, tal horário, tal lugar... eu não sei se essas coisas, sei lá, se tem como planejar... não sei... mas, aí, é... na próxima consulta que teve assim, no ano lá que eu fiz, ela me perguntou se eu já tinha feito ou não, daí eu falei assim que já e aí ela disse: então vamos colher o papa... foi só isso...*

*Você recebeu alguma orientação mais específica pra essa questão?*

*Não.*

(Heloisa, 22 anos)

Uma das jovens entrevistadas mencionou que a possibilidade da primeira relação sexual foi um assunto abordado durante as consultas. Entretanto, as orientações recebidas também foram superficiais e restritas ao uso de contraceptivos.

*Eu já vinha conversando com a ginecologista do ICr, já vinha falando como que era, e tal e coisa e tal, aí quando aconteceu, eu falei pra minha mãe.*

*E o que a ginecologista te orientava na época, você lembra?*

*Ah, eu não lembro... não lembro...*

*Você se sentiu apoiada nessa decisão?*

*Sim.*

*E depois você contou pra essa ginecologista?*

*Contei, falei que tive relação, tal...*

*E você recebeu alguma orientação?*

*Recebi, me examinou, viu se tava tudo bem, não sei o quê...*

*E orientação com relação ao uso de camisinha, outras formas de prevenção?*

*Ela me deu um anticoncepcional, Yasmin, e até hoje eu to tomando... Só isso.*

(Danuza, 20 anos)

As questões relacionadas à vida reprodutiva dos jovens também não foram abordadas durante as consultas da maioria dos entrevistados. É importante salientar que eles não receberam orientações sobre como se preparar para o momento de ter filhos. Não sabem como devem estar do ponto de vista clínico, como, por exemplo, a contagem de células CD4, e nem quais são os métodos disponíveis para a fertilização.

*Isso... ela disse que quando eu quisesse, pra falar com ela, mas não sei maiores informações.*

*Bom, eu sei que tem a lavagem de esperma, no caso do homem, e é por... como é que? (longa pausa)... é, por inseminação artificial...*

(Bernardo, 20 anos)

*Então, eu sempre pensei em ter filhos. Sempre. É uma coisa assim... só que o que muito me assusta é do meu, tipo vamos supor, do meu próximo parceiro, é... como que eu posso dizer? Ele não aceitar fazer do jeito correto que tem que ser feito, igual a Dra. X explicava... ah, é um jeito meio confuso... tem que ir, chamar o seu parceiro, no dia em que ele tá... sei lá, ele tem que fazer umas coisas lá, e pegar o... ai, como é que é o nome? O sêmem dele pra colocar em mim e... nossa, é um processo.*

(Heloisa, 22 anos)

*Mas sobre o que você tinha me falado, sobre a gravidez, como faz, essa daqui eu acho que tinha que ter conversado sim...*

*E por que você acha que tinha que ser conversado?*

*Porque é uma relação que a qualquer momento pode acontecer e, exemplo, acontece amanhã e eu não to preparada, nunca ouvi falar em nada sobre isso... é sobre o meu aspecto, sobre o meu HIV, então eu já tinha que tá preparada faz tempo, como qualquer outra menina...*

*Então você não se sente preparada, orientada pra isso?*

*Não porque eu não sei como que vai ser, eu não sei se daqui pra frente eu to grávida, não sei daqui pra frente como que vai mudar, não sei se eu vou continuar aqui, não sei se eu não vou, não sei se eu vou receber meu filho aqui no hospital... então eu nem sei nem pra onde ir... entendeu?*

(Danuza, 20 anos)

Para um dos jovens entrevistados, que é casado e comparece para suas consultas acompanhado de sua esposa, foram oferecidas orientações mais aprofundadas sobre os preparos e acompanhamentos necessários. Essas orientações aconteceram quando este jovem expôs ao seu médico assistente o seu projeto em relação à paternidade.

*Ele (o médico) que deu a ideia né? Antes eu não sabia que podia né? A gente ia fazer inseminação... até que ele falou: ah, tem como ser sem... fazendo normal... Ele falou que se tiver com a carga viral zero, aí tem como ter normal... aí quando, acho que eles dão o remédio antes de, depois do parto, ou é antes do parto... um negócio assim...*

(Saulo, 20 anos)

Alguns tópicos da entrevista foram intencionalmente direcionados para investigar se a vida sexual e reprodutiva dos jovens são temas discutidos nos atendimentos com a Equipe Multiprofissional. Foi perguntado aos jovens se a vida sexual, de modo geral, é abordada durante as consultas. De acordo com os dados colhidos, em alguns momentos, até se pergunta, entretanto, não há profundidade nas discussões. Os questionamentos por parte da Equipe se limitam a existência ou não da vida sexual, sem discutir sobre qualidade das relações, sobre os aspectos saudáveis dessa prática.

*Não. Só perguntavam se eu tinha relação sexual. Eu falava que não e pronto. Não perguntavam se eu tinha vontade ou se eu pensava em ter uma relação sexual.*

(Helena, 21 anos)

*Não. Só quando eu passo com a ginecologista, que aí ela pergunta. Com a infecto não, ela nunca pergunta... que eu me lembre assim, não, ela nunca perguntou.*

(Silvia, 23 anos)

Foi perguntado aos jovens qual era a percepção que eles tinham sobre a atuação da Equipe, de modo geral, no que diz respeito à vida sexual e reprodutiva. No entendimento destes entrevistados, alguns aspectos poderiam ser mais bem explorados. Eles sentem falta da proximidade, sentem falta da escuta, sentem falta da prontidão da Equipe e percebem a atuação como algo limitado.

*Eu acho que é... mesmo que o número de doenças tenham diminuído eu acho que é muito importante... desde a tiazinha lá que faz os sinais vitais... porque eu acho que ela está um pouco preparada pra isso, porque se ela está trabalhando aqui, ela tem noção né, do trabalho dela... Eu acho que é importante ela saber e orientar... mesmo que ela não seja médica assim, ela tem que orientar...*

*Ok, estou entendendo que você considera importante que todos que te atendem tenham noção de como te orientar, é isso?*

*Sim.*

*Mas você acha que a atuação, por exemplo, a gente consegue fazer isso por você, te orientar?*

*Não. A maioria das vezes aqui, só me entregam o preservativo e pronto.*

(Heloisa, 22 anos)

*Só uma vez que eu passei com a ginecologista, eu acho que ela já saiu do hospital, e ela me questionava muito, toda vez que você tiver relação com uma pessoa, você tem que contar pra ela antes de fazer... mas não é uma pessoa fixa, então eu acho que eu não preciso contar pra todo mundo que eu sou soropositiva... aí ela falou que se eu não contasse e a pessoa descobrisse, ela podia me processar e essas coisas... aí isso eu não gostei... mais quanto a isso...*

(Silvia, 23 anos)

*Ah, eu já fui muito orientada antes de ter a relação sexual né, então isso eu não tenho como falar... mas agora, sobre falar, sobre a minha médica me orientar as outras coisas, a ter filhos também, esses negócios, ah, eu acho médio, acho que não é tudo ok, entendeu, tudo ótimo, então falta muito.*

(Danuza, 20 anos)

*Então, eu acho que eles não estão tão afim, porque, pra eles não estarem falando nada sobre isso, é porque não se interessam mesmo né? Eles não perguntam minha opinião e nem me dão suporte pra nada, então acho que eles não tão muito afim não...*

(Diana, 21 anos)

Foi perguntado aos jovens se eles sentiam espaço, durante as consultas, para perguntar sobre suas dúvidas. Para alguns, esse espaço não acontece.

*Ah, às vezes eu tenho, mas eu acabo nem comentando com eles e acabo tirando as minhas dúvidas em outro lugar.*

*Porque às vezes eu acho que não... pelo fato deles sempre falarem que eu tenho que usar o preservativo e dependendo da questão, eu não vou ter a resposta que eu quero.*

(Paula, 21 anos)

*Eu já tive vontade de falar sobre a minha vida sexual, mas faltava médicos, esses negócios, entendeu... faltava uma médica companheira, entendeu...*

(Danuza, 20 anos)

E por fim, também foi perguntado aos jovens como essas questões poderiam ser tratadas pela Equipe Multiprofissional. A maioria respondeu que prefere ser tratado individualmente, pois assim se sentiriam mais confortáveis para expor suas opiniões. Parte dos entrevistados sugeriu que, para temas mais gerais, como orientações sobre vida reprodutiva, ou até mesmo sobre o cotidiano da doença, que seria interessante as abordagens em grupo, pois isso propiciaria maior alcance das informações, bem como o convívio deles com outras pessoas que passam pelos mesmos problemas e situações.

## 5 – DISCUSSÃO

Os jovens entrevistados, que são soropositivos para o HIV por transmissão vertical e, desde o nascimento, frequentam o serviço especializado para o atendimento a pessoas vivendo com HIV/aids, revelaram ter vivenciado muitas situações típicas de qualquer jovem, portador de uma doença crônica ou não. Apesar de terem sido submetidos a uma vida que também aconteceu no ambulatório de um hospital, com toda a sua singular rotina de consultas e exames constantes, eles demonstraram que deram conta de todas as atividades que qualquer jovem realiza: estudaram, trabalharam, se relacionaram afetiva e sexualmente, traçaram projetos futuros e concretizaram seus desejos. Os dados desta pesquisa apontam que, a despeito do diagnóstico HIV+, eles viveram experiências peculiares da idade e a doença não limitou essas possibilidades.

Entretanto, não é possível dizer que o fato de serem portadores de HIV e/ou doentes por aids não influenciou a prática dessas experiências. Eles também relataram sobre o modo como essa soropositividade atravessou e ainda atravessa suas vidas, suas decisões, suas construções e, fundamentalmente, suas relações com as pessoas que os cercam. Um exemplo claro desse ponto diz respeito sobre a revelação do diagnóstico que, em algum momento, se faz necessária acontecer. Eles se angustiam diante dessa possibilidade. Testam o quanto o outro suportaria ouvir a notícia e passaria a apoiar. Ao menor sinal de que isso não vai acontecer, eles seguem com o segredo. Essa vivência traz um pesar para as relações e o medo da rejeição se torna uma constante.

Diante disso, é importante considerar essa configuração quando se discute a construção da vida sexual e reprodutiva de jovens que nasceram e cresceram com HIV, pois as vivências sexuais de jovens, de modo geral, têm sido pautas de discussões cada vez mais frequentes e a iniciação sexual, que habitualmente acontece nessa fase da vida, fomenta o interesse de pesquisadores e gestores de políticas públicas que se destinem a essa parcela da população, devido à associação que se faz entre o comportamento da primeira relação sexual e a solidificação de padrões comportamentais que podem permanecer por toda vida, bem como pelo reconhecimento de que o início da vida sexual por pessoas muito jovens se relaciona a um fator de risco para gravidez na adolescência e a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV. (Paiva et al, 2008)

Ratificando, no caso dos jovens entrevistados nesta pesquisa, o HIV já se faz presente nesse início e construção da vida sexual. O diagnóstico é um importante coadjuvante e deve ser considerado diante do protagonismo dessas vivências. Os serviços e os profissionais envolvidos nos cuidados aos jovens que nasceram com HIV e que crescem fazendo parte da rotina desses profissionais tendem a ser superprotegidos. Machado, Succi e Turato (2010) realizaram uma revisão de literatura sobre a transição de adolescentes de serviços pediátricos para a clínica de adultos, com enfoque na clínica de HIV/aids. Eles apontam que as Equipes podem apresentar dificuldades para “deixarem” seus pacientes crescerem, seja por não acreditarem que estão independentes, ou por não se sentirem seguros com os cuidados que os mesmos receberão nos serviços voltados para o tratamento de adultos.

Os resultados encontrados sugerem que a forma de encarar o jovem que vive com HIV/aids, que nasceu e cresceu nos serviços, influencia de modo significativo a construção do olhar e do cuidado oferecido. Quando não se considera o desenvolvimento natural, quando não se encara o crescimento, que é acompanhado, fundamentalmente, pelo enfrentamento de novas experiências, entre elas o início da vida sexual, a característica da assistência ofertada tende a ser parcial e insatisfatória diante das reais necessidades desses jovens.

Conforme apontam Borges e Schor (2002), a primeira relação sexual é considerada uma importante referência na vida sexual e reprodutiva de qualquer indivíduo e ela tem acontecido cada vez mais cedo, fato confirmado em outros estudos. As autoras fazem menção aos dados evidenciados pelo Ministério da Saúde (2000), que indicaram uma diminuição da idade média da primeira relação sexual. Em 1984, entre homens a idade média foi de 15,3 anos e 16 anos entre as mulheres. Já em 1998, a idade média teve um decréscimo de 14,5 entre os homens e 15,2 entre as mulheres. No estudo por elas realizado, com uma amostra representativa de jovens de 15 a 19 anos, moradores da zona leste da cidade de São Paulo, a idade média da primeira relação sexual foi aos 15,13 anos de idade e não foi observada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres.

Outro estudo realizado em 2008, por Paiva et. al., que teve como objetivo analisar a idade e o uso do preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros em dois períodos: 1998 e 2005, mostra que em 2005 a idade média da primeira relação

sexual em jovens foi de 14,9 anos, enquanto que em 1998 foi de 14,5 anos, o que indica uma certa estabilização da faixa etária entre 15 e 19 anos, onde essa primeira relação sexual acontece. Esta informação também foi apontada por Santos et. al. (2002), que realizou um estudo exploratório em 1997, com 148 mulheres HIV positivas em tratamento em um ambulatório de um centro de referência na área de doenças sexualmente transmissíveis e aids, localizado na cidade de São Paulo. Neste estudo, os autores indicaram a ocorrência da primeira relação sexual em uma idade média de 17,5 anos.

Estes dados, quando comparados aos que foram encontrados nesta pesquisa, mostram que, de algum modo, os jovens que nasceram e cresceram com HIV se comportam da mesma forma que aqueles que não tem a doença. Eles viveram a experiência da primeira relação sexual em faixa etária semelhante. Diante disso, é possível pensar que, para esta primeira experiência, ainda que o diagnóstico seja um importante coadjuvante, esta condição sorológica não os impediu de dar este passo. Os dilemas enfrentados nesta “primeira vez” são da mesma ordem que enfrentam os outros jovens. As preocupações estão mais relacionadas com quem é a pessoa, se é o momento certo, como aconteceu e a qualidade/satisfação da relação.

Contudo, é importante destacar como o fato de ser portador de HIV e/ou doente por aids traz seus pormenores para a vivência dessa experiência. Junto com as preocupações e dilemas próprios da juventude, a doença e a possibilidade de contaminação do(a) parceiro(a) se faz presente. Na pesquisa realizada por Santos et. al. (2002), o medo de transmissão do vírus para o parceiro sexual também foi mencionado pelas mulheres participantes do estudo.

Em relação aos jovens entrevistados, quando questionados, por exemplo, sobre o uso de preservativos nessa primeira vez, a maioria respondeu que fez uso. Tal dado é diferente do que foi observado em outros estudos. Ainda na pesquisa realizada por Paiva et. al. (2008), os resultados indicam que o uso do preservativo na primeira relação sexual entre os jovens de 16 e 19 anos teve aumento de 47,8%, em 1998, para 65,6% em 2005. Apesar do expressivo aumento, uma parcela importante não usou preservativo na primeira vez. No caso dos jovens entrevistados para esta pesquisa, pode-se dizer que o uso foi mais significativo. Dos 10 entrevistados que já haviam iniciado a sua vida sexual, somente uma não fez o uso do preservativo em sua primeira relação.

Além da questão da iniciação sexual, vários outros aspectos são passíveis de discussão e reflexão diante dos dados encontrados neste estudo. Um deles diz respeito à orfandade da aids. Segundo França-Junior, Doring e Stella (2006), quando se leva em consideração o cenário da assistência oferecida aos órfãos da aids, sejam essas crianças infectadas ou não, há indicações significativas de comprometimento de vários direitos como saúde, educação, moradia, alimentação, não discriminação, integridade física e mental, privacidade, sexualidade e reprodução. Os autores ressaltam ainda que a resposta brasileira, até o momento, se limita à assistência médica para crianças e adolescentes que vivem com HIV/aids, ao combate à transmissão vertical do HIV e ao financiamento da instalação e manutenção de casas de apoio (abrigos pelo ECA) para infectados afetados, órfãos ou não. Diante das várias necessidades, essas medidas ainda se mostram insuficientes para garantir um ambiente de total apoio para quem vive nesta condição de orfandade.

Outro aspecto fundamental mencionado no estudo acima diz respeito às perdas importantes que esses jovens tem que enfrentar, entre elas, a de seus pais. Em consonância com o que é discutido, boa parte dos entrevistados nesta pesquisa são também órfãos da aids. Dos 12 entrevistados, somente 02 jovens ainda tinham o conjunto pai e mãe vivos. Esta vivência pode, por exemplo, gerar significativo impacto na forma como eles enfrentam a revelação do diagnóstico. A doença também é uma herança. Uma herança que eles vão conviver diariamente e que vai trazer para suas vidas uma rotina diferenciada: a necessidade de cuidar da própria saúde desde a mais tenra idade. E dessa herança, não há como escapar. Só resta o enfrentamento.

O modo como se dá esse enfrentamento atravessa as relações sociais e as afetivas/sexuais. As crianças que nasceram e cresceram com HIV e que hoje são jovens adultos, como os entrevistados desta pesquisa, ao estar no mundo, se relacionando com outras pessoas, se veem diante da necessidade de, em algum momento, mais cedo ou mais tarde, passar por essa revelação. A aids, apesar de todo o avanço e conhecimentos adquiridos ao longo desses anos, se mantém como uma doença estigmatizadora. Quem convive com esse diagnóstico tende a sofrer rejeição do meio social e passar por situações de preconceito e discriminação.

Segundo Marques et. al. (2006), o cenário onde ainda existem muitos adolescentes que estão chegando a esta fase sem ter informações completas sobre sua

história é bastante comum, embora a literatura recomende que seja estabelecido um diálogo contínuo entre Equipe de saúde, criança e familiares/cuidadores para que a aproximação do momento da revelação aconteça progressivamente. Apesar dessas recomendações, o que pode ser observado com estes jovens é que a Equipe Multiprofissional não foi um dos atores envolvidos no processo de revelação, pois a grande maioria soube de sua condição, exclusivamente, por algum familiar (mãe, avó, tia etc). Os autores apontam sobre a importância do planejamento deste momento, que é um passo na biografia dessas crianças, uma vez que a forma como acontece a revelação terá repercussões na vida futura de cada um, principalmente na produção do autocuidado e da adesão ao tratamento.

Após a descoberta do próprio diagnóstico, um momento importante e, geralmente acompanhado de angústias e preocupações, os jovens se veem diante da necessidade de outros enfrentamentos: a quem revelar suas condições de saúde? Com quem partilhar esse segredo? Como construir relações a partir dessa notícia?

Os resultados mostram que existe uma dificuldade dos jovens para revelar seus diagnósticos, tanto nas relações sociais, quanto aos(as) parceiros(as) afetivos(as), predominantemente por medo da rejeição. Similar a este dado, Marques et al (2006) aponta que o momento da revelação do diagnóstico se constitui como uma ocasião de significativa dificuldade, pois os jovens se sentem divididos sobre o que fazer com esse segredo: livrar-se do peso e conviver com os riscos de uma possível rejeição ou suportar e ter que se haver com os prejuízos dessa escolha. Os autores apontam ainda que, no caso da revelação para parceiros afetivos, uma dificuldade é somada: a necessidade de proteger o parceiro de uma possível infecção.

De acordo com os relatos dos jovens, essa necessidade de proteger o parceiro muitas vezes é até predominante à necessidade da própria prevenção. Na prática de suas vidas sexuais, a preocupação com a proteção do outro é majoritária. Poucos jovens, por exemplo, relacionaram o uso de preservativos nas relações sexuais à necessidade de prevenir para outras doenças. A possibilidade de infecção do outro é um obstáculo significativo e passível de concretização.

Essa é só uma das peculiaridades que o viver com HIV/aids traz para a vida desses jovens. Conforme aponta Paiva et. al. (2011), quando se discute essa temática, pouco se considera que a vida sexual e reprodutiva é um direito a ser protegido. Os

aspectos positivos da sexualidade, da sua dimensão amorosa, da intimidade e da experimentação são deixados de lado. Os autores também pontuam que, junto da carência de políticas, os adolescentes e jovens são, geralmente, usuários dos serviços de saúde com necessidades pouco valorizadas. Tal cenário é ainda pior quando estamos diante de adolescentes crescendo com uma infecção sexualmente transmissível, de caráter crônico e com todas as particularidades e estigmas associados ao HIV.

Um dos pontos observados neste estudo diz respeito a que critério os jovens utilizam para definir para quem contar, ou em que momento da relação afetivo/sexual contar. O estabelecimento de confiança parece ser um fator primordial. Só é possível contar para quem se confia. Dados similares foram encontrados em estudo realizado por Paiva et. al. (2011), onde 21 jovens e adolescentes adscritos a cinco serviços de referência para o HIV/Aids em São Paulo e Santos e 13 cuidadores de crianças e jovens foram entrevistados com o objetivo de compreender como adolescentes e jovens soropositivos lidam com suas experiências sexuais e projetos de namoro, desejo de constituir família e de ter filhos.

Vários aspectos sobre a prática da vida sexual dos jovens entrevistados foram explorados, como por exemplo, a oferta e orientações quanto ao uso de preservativos, a orientação sobre outros métodos de prevenção para outras doenças e reinfecção para o HIV, bem como orientações sobre outras práticas sexuais que não sejam propriamente relacionadas à penetração vaginal. Os dados colhidos indicam desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos, similares aos encontrados em outros estudos (Paiva et. al., 2011; Marques et. al., 2006). A assistência oferecida aos jovens parece estar mais direcionada para o prognóstico da doença. O acompanhamento da condição clínica se sobrepõe às questões cotidianas e peculiares ao viver com HIV/aids. É bastante razoável que esses aspectos sejam, de fato, foco de interesse dos profissionais. Entretanto, esses jovens são além de uma condição clínica. Eles venceram a infância e adentraram a adolescência. Vivem muitas situações em suas vidas, que não necessariamente estão relacionadas com a sua doença, mas para quais a doença imprime a sua marca. Desconsiderar isso é reduzir o jovem a um aspecto importante, mas não exclusivo de sua existência. Olhá-lo somente como alguém que é portador de um vírus e nada mais é um erro e uma imprudência.

A mesma falta de orientações/manejo foi observada na assistência oferecida em relação à vida reprodutiva dos jovens. Eles, em sua grande maioria, desconhecem o básico das informações necessárias para este momento da vida: ter filhos. O desejo de maternidade/paternidade não foi abordado durante as consultas com a Equipe Multiprofissional, bem como outros métodos de prevenção para gravidez. A assistência só foi fornecida diante das situações onde a reprodução se concretizou. Esta informação é similar ao que foi encontrada no estudo realizado por Santos et. al. (2002) com mulheres HIV positivas, que indicaram dilemas em relação ao uso de métodos contraceptivos e uso de preservativos. Conforme apontam os autores, para a maioria que vive com a doença, as escolhas relacionadas à vida reprodutiva são temas que raramente são focos de discussão, a partir da ótica de quem vive com a doença.

De acordo com os resultados, os jovens planejam as suas vidas e não esperam pela autorização de outros para praticar suas vontades. Se eles desejam ter filhos, eles terão, com ou sem assistência, com ou sem planejamento. A falta de orientação, apesar de ser notada por eles, assim como foi similarmente relatada em outros estudos (Paiva et. al. 2011) não os impediu de dar esse passo: se tornarem pais e mães.

Ao se omitir ou deixar de fornecer as devidas orientações, se colabora para o aumento da vulnerabilidade desses jovens, tanto no que diz respeito à prevenção para outras doenças e para uma possível infecção dos parceiros, como para uma vida reprodutiva mal planejada, aumentando o risco, por exemplo, de gravidez precoce. Diante desse cenário, o jovem tende a silenciar. Eles não expõem o que pensam, não tiram suas dúvidas e seguem com seus projetos sem orientações e aprendendo na prática da vida. Eles deixam de compartilhar seus sofrimentos e angústias, seus prazeres e satisfações. Crescem e vivem com seus dilemas sem apoio. Criam seus próprios recursos de enfrentamento e contam muito pouco (ou quase nada) com todo o *expertise* dos profissionais. A parceira que poderia ser construída deixa de acontecer.

É importante ressaltar que, no cerne desse estudo, foram consideradas as dificuldades oriundas do tema no dia a dia dos profissionais. Vários aspectos sobre a sexualidade entram em jogo diante da necessidade de construir respostas para estes jovens. Orientá-los sobre a vida sexual e reprodutiva implica, também, em entrar em contato com experiências subjetivas de cada um em relação à própria sexualidade e vida reprodutiva. Pode ser que, ao direcionar as orientações para condutas mais prescritivas e

normativas, protejam os profissionais envolvidos nos cuidados de terem que enfrentar os próprios dilemas. A prática da vida sexual é parte da intimidade e falar sobre sexo não é fácil, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes.

Além disso, conforme apontam Lago, Maksud e Gonçalves (2013), o *status* de cronicidade da aids tem promovido novos desafios para as equipes de saúde, entre eles o estímulo ao usuário a um tratamento contínuo e a necessidade do respeito aos direitos sexuais e reprodutivos destes usuários. Os autores discutem ainda o quanto esses assuntos são complexos e convocam para uma ampliação da concepção tradicional do que seja o tratamento oferecido às pessoas que vivem com HIV/aids, bem como colocam em destaque normas, crenças, desejos e valores, tanto dos usuários dos serviços, quanto dos membros da Equipe Multiprofissional que nestes serviços atuam.

E por fim, os dados foram colhidos onde a pesquisadora atua como profissional e membro da Equipe Multiprofissional que assiste os entrevistados. A escuta e o tratamento dos dados estão relacionados com a vivência da pesquisadora como parte dessa Equipe. Vale salientar que alguns jovens se recusaram a participar dessa pesquisa, mesmo sendo elegíveis para tal. É possível supor que, os que aceitaram participar do estudo, são também os mais aderentes e presentes aos serviços, com melhor condição de saúde e maior prontidão para as orientações e prática da vida sexual e reprodutiva.

## 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os jovens entrevistados neste estudo estão vivendo com o HIV/aids em suas vidas desde que nasceram. Eles fazem parte de um contingente de tantas outras pessoas, com a mesma condição de saúde. Eles são os sobreviventes de uma epidemia que, inicialmente, era considerada uma sentença de morte.

Suas respostas evidenciaram dados importantes e que inspiram discussões contínuas. Esses jovens cresceram nos serviços e viveram experiências comuns aos outros jovens, porém com essa característica: são infectados por uma doença que, apesar de crônica, ainda estigmatiza seus portadores e abre precedentes para situações de discriminação e preconceitos. No cotidiano desses jovens a aids é uma importante coadjuvante. A soropositividade atravessa a construção de relações sociais e relacionamentos afetivos/sexuais. O diagnóstico é, ao mesmo tempo, uma herança de seus pais e um segredo que não pode ser partilhado com qualquer pessoa.

E é neste cenário que esses jovens se constituem em suas vidas sexuais e reprodutivas. Eles iniciam suas experiências sexuais tendo em seus corpos um vírus que pode ser compartilhado com o parceiro afetivo/sexual se não tomadas às devidas precauções. Diante disso, a preocupação com a proteção do outro se torna predominante. É como se eles representassem um perigo constante para os soronegativos. Tal situação gera angústia, limitações e medo, principalmente de serem responsáveis por uma possível contaminação. Eles vivenciam a possibilidade de uma rejeição a qualquer proximidade com outra pessoa. É como se tivessem menos importância e valor na dinâmica da construção de novos relacionamentos.

Além disso, e conforme apontam Oliveira e França Jr. (2003), ao considerar as possibilidades reprodutivas para além do controle da epidemia de HIV/aids, partindo do ponto que tais possibilidades são necessidades de saúde com suas particularidades é o mesmo que reconhecer que essas necessidades estão intimamente relacionadas aos direitos subjetivos e individuais dos indivíduos que vivem com a doença e também reconhecer que as demandas de controle da epidemia e, fundamentalmente, o controle da transmissão vertical são responsabilidades sociais da saúde pública, que devem ser assumidas nos processos de trabalho dos serviços de saúde que se destinem a oferecer assistência às pessoas que vivem com HIV/aids.

Na percepção desses jovens, o serviço, que poderia se configurar como um importante parceiro, deixa de fazer o que é necessário. As orientações não acontecem. E a vida sexual e reprodutiva, que poderia ser vivida de uma forma mais tranquila, livre de culpa e com responsabilidade, é negligenciada. É na prática diária de suas vidas que eles se instrumentalizam para enfrentar seus dilemas. E seus direitos sexuais e reprodutivos são desconsiderados. Não há espaço para possibilidades, só para proibições e normas. Não há prontidão para discussão, somente para prescrição de comportamentos e atitudes. O outro que se relaciona com o jovem soropositivo ganha destaque. O jovem que se relaciona com o outro é parcialmente olhado.

Tais resultados apontam para a lacuna de conhecimento e de espaço para discussão dos direitos sexuais e reprodutivos, indicando a necessidade de promover o debate deste tema com os profissionais envolvidos nos cuidados destinados a crianças e adolescentes que vivem com HIV. Para tanto, sugere-se a elaboração de um material educativo que possa subsidiar estes debates, bem como auxiliar para a sensibilização e qualificação desses profissionais.

## 7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boni, V., Quaresma, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da Universidade Federal de São Carlos; 2005, 02 (03), p. 68-80

Brasil, Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p.

\_\_\_\_\_, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988

\_\_\_\_\_, Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília; 1990, disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS – Considerações gerais do binômio: HIV/Aids e gravidez. Brasília: Programa nacional de DST/AIDS; 1995, 48 p.

\_\_\_\_\_, Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Boletim epidemiológico AIDS, Brasília; 1998, 11 (4)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS – Ano XIII nº 02 – julho a setembro de 2000. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde; 2000 – disponível em <http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico-2001-aids>

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes, 2002/2003, Brasília: Ministério da Saúde; 2003a

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. Projeto Nascer. Brasília: Ministério da Saúde; 2003b

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, 82 p.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b, 104 p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais – Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2006, disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a, 180p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_prevencao\\_transmissao\\_vertical\\_hiv\\_vsifilis\\_manualbolso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_vertical_hiv_vsifilis_manualbolso.pdf)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007b

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 300p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Perspectivas para o controle da transmissão vertical do HIV no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2010

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. HIV/aids no Brasil: provimento de prevenção em um sistema descentralizado de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50294/hiv\\_aids\\_no\\_brasil\\_portugues\\_doc\\_85374\\_1\\_pdf\\_24925.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50294/hiv_aids_no_brasil_portugues_doc_85374_1_pdf_24925.pdf)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Política Brasileira de Enfrentamento da Aids: Resultados, Avanços e Perspectivas. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília. 2012a – disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_brasileira\\_enfrentamento\\_aids\\_2012.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_brasileira_enfrentamento_aids_2012.pdf)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS – Ano II nº 01 – até a semana 26<sup>a</sup> – dezembro de 2013. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde; 2013a – disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/p\\_boletim\\_2013\\_internet\\_pdf\\_p\\_51315.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 166 p.

Brito, A. M., Castilho, E. A., Szwarcwald, C. L. Aids e Infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2000; 34(2), 207-217

Brito, A. M., Sousa, J. L., Luna, C. F., Dourado, I. Tendência da transmissão vertical de aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*; 2006, 40 (Supl): 18-22

Castilho, E. É necessário entender a Aids. *Jornal do Ponto*. Edição de 11 a 17 de agosto, 1997

Chauí, M. Entrevista concedida a Fernando Eichenberg. *Primeira Leitura*; 2003 In: Ávila, M. B., *Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2003, 19 (Supl 02), p. 465-469

Corrêa, S.; Alves, J. E. D.; Jannuzzi, P. M. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: Cavenaghi, S. (org.). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006. 282 p.

Corrêa, S.; Avila, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: Berquó, E. *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, UNICAMP, 2003. p. 17-78

Corrêa, S.; Petchesky, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *PHYSYS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 6 (1/2): 1996. p. 147-177

Díaz, M.; Cabral, F.; Santos, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: Ribeiro, C.; Campus, M. T. A. (ed.). *Afinal, que paz queremos?* Lavras: Editora UFLA. 2004. P. 45 - 70

Gonçalves, V. L. M. A. et. al., Vertical transmission of HIV-1 in the western region of the State of São Paulo. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*; 2011, 44 (1), p. 4-7, jan-fev 2011

Haguette, T. M. F. *Metodologias qualitativas na Sociologia*. 5ª edição. Petrópolis: Ed. Vozes, 1997

Horta, N. C.; Sena, R. R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *Physis Revista de Saúde Coletiva*; 2010, 20 (2), p. 475-495

Lima, A. A. A; Pedro. E. N. R. Crescendo com HIV/Aids: Estudo com adolescentes portadoras de HIV/Aids e suas cuidadoras-familiares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 2008, 16 (03), p. 348-354

Matida, L. H. et al. Relatório do Projeto de Pesquisa: Avaliação da Transmissão Vertical do HIV no Estado de São Paulo, Brasil; 2010, 32p

Mattar, L. D. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa

com os direitos reprodutivos. Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos. São Paulo. v. 5, n. 8. Junho 2008. [acesso em: 19 de abril de 2013] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-64452008000100004&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100004&lang=pt).

Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

Moraes, S. P; Vitalle, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. Revista da Associação Médica Brasileira; 2012, 58 (01), p. 48-52

Oliveira, L. A., França Jr, I. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/aids: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 19 (Sup. 2): p. 315-323, 2003

Organização das Nações Unidas do Brasil [homepage na internet]. A história da Organização [acesso em 31 de julho de 2012]. Disponível em: <http://www.onu.org.br/conheca-a-onu/a-historia-da-organizacao/>

Organização das Nações Unidas do Brasil [homepage na internet]. A ONU e os direitos humanos [acesso em 15 de agosto de 2012]. Disponível em: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-os-direitos-humanos/>

Paiva, V. et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. Ciência & Saúde Coletiva; 2011, 16 (10): 4199-4210. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001100025&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100025&lng=pt) <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123201100110002>

Pimenta, C. et. al. Passagem segura para a vida adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. Rio de Janeiro, ABIA, 2000

Pirotta, K. C. M. A construção sócio-histórica da adolescência e as políticas públicas. Boletim do Instituto de Saúde. Ano XII. Nº. 40. Dezembro de 2006

Rios et. al. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. Cad. Cedes, Campinas, v. 22, n. 57, agosto/2002, p. 45-61 45. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>

Rocha, M. C. Juventude: apostando no presente. Imaginário. São Paulo. v. 12, nº. 12, junho de 2006. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-666X2006000100011&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-666X2006000100011&script=sci_arttext). (Acesso em 05 de janeiro de 2014)

Santos, N. J. S. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Revista de Saúde Pública, 2002, 36 (4 Supl): p. 12-23

Soeiro, C. M. O. et al. Mother-to-child transmission of HIV infection in Manaus, State of Amazonas, Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2011, 44(5), p. 537-541, set-out 2011

Souza Jr. et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente ,

Brasil, 2002. Revista Saúde Pública. 2004, 38 (6): 764-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/03.pdf>

Spinardi, J. R. et. al. Adolescer com HIV: Saber, conhecer e conviver. Adolescência & Saúde; julho/2008, 02 (V), p. 7-14

UNAIDS/ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Plano Global para Eliminar Novas Infecções por HIV/VIH em Crianças até 2015 e Manter suas Mães Vivas. 2012 Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52323/plano\\_global\\_eliminar\\_tv\\_2015\\_pdf\\_27910.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52323/plano_global_eliminar_tv_2015_pdf_27910.pdf)

United Nations. Report of the International Conference on Population and Development: Cairo, 5-13 September 1994. New York: United Nations, 1995. [acesso em 18 de outubro de 2012]. Disponível em: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf)

Vidal, E. C. F.; Braga, V. A. B.; Silva, M. J.; Pinheiro, A. K. B. Políticas públicas para pessoas vivendo com HIV: Discutindo direitos sexuais e reprodutivos. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE), Fortaleza; 2009, 10 (02), p. 166-174

Villela, W. V.; Doretto, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2006, 22 (11), p. 2467-2472

World Health Organization – Organização Mundial da Saúde (WHO - OMS), International Classification of Diseases, 9th Revision, Geneva, WHO Library, 1975, disponível em: <http://www.who.int/en/>

World Health Organization – Organização Mundial da Saúde (WHO - OMS), Sexual relations among young people in developing countries, Evidence from WHO case studies, disponível em: <http://www.heart-intl.net/HEART/110105/SexualRelationsamong.pdf>

## 8 – ANEXOS

### 8.1 – ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

## HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

---

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1.

NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:..... SEXO: M  F

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO:..... Nº:.....

APTO:.....

BAIRRO:..... CIDADE: .....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....).....

2.RESPONSÁVEL LEGAL:.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:..... SEXO: M  F

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO: ..... Nº:.....

APTO:.....

BAIRRO: ..... CIDADE:.....

CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....).....

---

#### DADOS SOBRE A PESQUISA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “*Considerações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de jovens que nasceram com HIV em tratamento em um ambulatório especializado em HIV/Aids na cidade de São Paulo*”

PESQUISADOR : Daniela Aparecida Cardoso da Silva

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº: 06/69434

UNIDADE DO HCFMUSP: 50564

AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO  RISCO BAIXO  RISCO MAIOR

DURAÇÃO DA PESQUISA: Um ano

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivos conhecer quais as noções que o adolescente/jovem que nasceu com HIV tem sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, e como essas questões são discutidas no Serviço em sua percepção.

2 – Serão realizadas entrevistas estruturadas com adolescentes/jovens em tratamento no Serviço de Extensão a Pacientes HIV/Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SEAP / DMIP – HCFMUSP), que abordará questões referentes à percepção dos adolescentes/jovens sobre direitos sexuais e reprodutivos e como a Equipe lida com essas questões na prática profissional. Estas entrevistas serão gravadas e transcritas para, posteriormente, serem analisadas.

3 – Trata-se de um estudo qualitativo que visa colher informações que permitam um melhor conhecimento de alguns aspectos ligados aos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens que nasceram com HIV. Essas informações, por sua vez, são necessárias para subsidiar as Equipes na construção de uma proposta de intervenção preventiva e assistencial.

4 – Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Psicóloga Daniela Aparecida Cardoso da Silva, que pode ser encontrada no endereço: Av. Dr. Arnaldo nº 165. Telefone(s): (011) 3896-1200 ou (011) 98116-7137. E-mail: [dacscardoso@yahoo.com.br](mailto:dacscardoso@yahoo.com.br). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), localizado na Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442.

5 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo de seu tratamento na Instituição.

6 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante deste estudo;

7 – Você poderá obter informação sobre andamento e resultados da pesquisa a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora principal.

8 – Os dados coletados serão utilizados somente NESTA pesquisa e os resultados obtidos serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão

tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

9 – Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pela pesquisa.

10 – Não haverá risco de qualquer natureza relacionado à sua participação, porém se houver qualquer repercussão psíquica relacionada a esta experiência, a pesquisadora se colocará à sua disposição para acolher a sua demanda. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens que nasceram com HIV, bem como subsidiar o Serviço para atender mais adequadamente as suas demandas no que diz respeito a sua saúde sexual e reprodutiva.

11 – Você receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail da pesquisadora responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento. Desde já agradeço!

## **HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo *”Considerações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de jovens que nasceram com HIV em tratamento em um ambulatório especializado em HIV/Aids na cidade de São Paulo”*

Eu discuti com a psicóloga Daniela Aparecida Cardoso da Silva sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem



## 8.2 – ANEXO II – ROTEIRO PARA COLETA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

<b>Nome:</b>
<b>Iniciais:</b>
<b>Data de Nascimento:</b> ____/____/____
<b>Qual é a sua cor:</b> ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena
<b>Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino
<b>Anos completos de estudo:</b> _____
<b>Você está estudando atualmente?</b> _____
<b>Orientação Sexual:</b> ( ) Heterossexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual
<b>Estado Civil:</b> ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo
<b>Quantas pessoas moram com você?</b> _____
<b>Quem são?</b> _____
<b>Profissão:</b> _____
<b>Está trabalhando atualmente?</b> _____
<b>Vínculo Empregatício:</b> _____
<b>Renda Pessoal:</b> R\$ _____ / <b>Renda Familiar:</b> R\$ _____
<b>OBS:</b>

### 8.3 – ANEXO III – ROTEIRO DE PERGUNTAS

#### **VIDA AFETIVA ATUAL**

1 – Atualmente você tem namorado (a), é casado (a), “fica” com alguém?

#### RESPONDEU SIM:

1 – Há quanto tempo?

2 – Como vocês se conheceram?

3 – Vocês se relacionam sexualmente?

4 – Essa pessoa sabe do seu diagnóstico?

5 – Se sim – Quando você contou? Como foi contar? Acha que contar foi importante? De modo geral, existe um momento certo para contar, na sua opinião? Se sim, quando é?

5 – Se não – Por que você não contou? Acha que é importante contar? De modo geral, em que momento é importante contar? Você tem alguma dificuldade para contar o seu diagnóstico?

#### RESPONDEU NÃO:

1 – Você já se relacionou? Quando foi seu último relacionamento?

2 – Como se conheceram?

3 – Vocês se relacionavam sexualmente?

4 – Essa pessoa sabia do seu diagnóstico?

5 – Se sim – Quando você contou? Como foi contar? Acha que contar foi importante? De modo geral, existe um momento certo para contar, na sua opinião? Se sim, quando é?

5 – Se não – Por que você não contou? Acha que é importante contar? De modo geral, em que momento é importante contar? Você tem alguma dificuldade para contar o seu diagnóstico?

**PARA QUEM NUNCA SE RELACIONOU:**

- 1 – Você tem vontade de se relacionar com alguém?
  - 2 – Pensa sobre isso no momento?
  - 3 – Caso você se relacionasse com alguém, você pensaria em compartilhar o seu diagnóstico com essa pessoa?
  - 4 – Se sim, por quê? Como você imagina que seria contar sobre isso? Acha que seria importante contar? Em que momento? Existe um momento certo para isso, na sua opinião? Se sim, quando é? Você acha que teria alguma dificuldade para contar sobre o seu diagnóstico?
- 

**VIDA SEXUAL ATUAL**

**PARA QUEM JÁ TRANSOU:**

1 – Você costuma usar alguma forma de proteção no seu relacionamento com parceiro fixo?

Se sim, qual? Se não, por que não usa?

Com que frequência (nunca, às vezes ou sempre)?

2 – O que você considera como parceiro fixo, ou em que momento a pessoa passa a ser considerado um parceiro fixo?

3 – E com parceiro eventual? Quando você considera um parceiro eventual?

Se sim, qual? Se não, por que não usa?

Com que frequência (nunca, às vezes ou sempre)?

4 - E na sua última relação sexual, você usou preservativos?

Se sim, por que? Se não, por que?

5 – Você tem ou já teve alguma dificuldade para negociar o uso de preservativos nas suas relações sexuais? Se sim, quais?

6 – Você poderia me dizer, na sua opinião, para que serve o preservativo?

7 – Onde você consegue o preservativo atualmente? (A ideia é saber se pega no serviço, se pega com alguém, se ganha, se compra).

8 – Você se considera uma pessoa orientada quanto ao uso do preservativo?

#### PARA QUEM NÃO TRANSOU:

1 – Você sente vontade de ter um relacionamento sexual?

1 - Você acha que usaria ou usará preservativo nas suas relações sexuais?

Se sim, por que? Se não, por que?

2 – Você consegue me dizer por que não teve um relacionamento sexual?

3 – Você poderia me dizer, em sua opinião, para que serve o preservativo?

4 – Você imagina que teria ou terá alguma dificuldade para negociar o uso do preservativo, quando for ter um relacionamento sexual?

#### PARA TODOS

1 – Você já foi informado sobre outros métodos contraceptivos? Se sim, quais? (Aqui a intenção é verificar se foi oferecida alguma outra alternativa além da camisinha)

2 – Você já ouviu falar de contracepção de emergência? Sabe para que serve, quando e como deve ser usada?

---

#### **VIDA SEXUAL PASSADA**

13 – Você contou o seu diagnóstico de HIV para as pessoas com quem você transou até o presente momento?

Se sim, por que? Se não, por que?

Pra quem contou e pra quem não contou? Qual foi a diferença?

13.1 - Acha que isso foi importante?

13.2 - Teve alguma dificuldade?

---

### **VIDA SEXUAL – PRIMEIRA VEZ**

1 – Quantos anos você tinha quando teve sua primeira relação sexual?

2 – Você lembra com quem foi?

3 – Você se lembra de como foi?

4 – Se você tivesse que classificar essa experiência, em uma categoria, qual seria? Ruim, média, boa? Por quê?

5 – Você se lembra se você usou alguma forma de proteção nessa primeira vez? Se sim, qual usou? Por que usou? Se não, por que não usou?

Para quem responder SIM –

6 – Você se lembra de como conseguiu o preservativo? (Explorar se pegou no serviço, se foi orientado, se sabia como usar)...

7 – Você planejou a sua primeira vez? (Verificar se aconteceu ou se tinha intenção)

8 – Você chegou a contar para alguém sobre a sua intenção em ter a sua primeira vez? (Ver se contou antes de transar).

9 – E para a Equipe que te atendia?

10 – Você recebeu alguma orientação?

11 – Você contou para alguém depois que você transou? Para alguém da Equipe? Recebeu alguma orientação?

### **VIDA REPRODUTIVA**

1 – Você tem filhos?

A – Se sim, quantos? Como foi a gestação dele/dela (filho)? Recebeu orientações especiais? Quais? O filho/filhas negativaram? (filho que nasceu)

B – A gravidez foi planejada?

C – Se sim, você contou para alguém da Equipe, que te atendia na época? Recebeu apoio, orientações?

2 – Quando descobriu que estava grávida e/ou a namorada estava grávida o que sentiu?

Pensou em interromper a gravidez? (Explorar para ver se estava usando alguma forma de evitar, esqueceu, não tinha, achou que não engravidava etc.).

Se sim, conseguiu? Quem ajudou? Como foi esse episódio? (explorar se contou para alguém do serviço ou teve apoio de amigos, escola, instituição, família etc.).

Recebeu apoio durante a gravidez? E da Equipe? E o bebê?

3 - Tem vontade de ter filhos? Já pensou sobre o assunto? Têm planos para isso acontecer?

4 – Você contou para alguém da Equipe sobre isso? Sente-se apoiado pela Equipe que te atende na sua decisão de ter ou não ter filhos? Você recebe orientações sobre isso?

5 – Você já precisou de contracepção de emergência? Como foi? (Se a resposta for positiva, explorar como isso aconteceu)

6 – Já sofreu algum aborto? Sua namorada já sofreu algum aborto?

7 – Como foi? (foi provocado ou espontâneo?)

8 – A Equipe? Recebeu orientações?

## **OUTRAS PRÁTICAS DE SEXO**

1 – Você conversa sobre sua vida sexual com alguém? Se sim, com quem? Por que? Se não, por que?

- 2 – O quanto é importante para você sua vida sexual? Muito, mais ou menos, pouco?
- 3 – Você foi orientado sobre outras práticas de sexo? (Sexo oral, sexo anal, masturbação, uso de lubrificante)? Se sim, por quem?
- 4 – E pela Equipe?
- 5 – Esse assunto é abordado durante suas consultas?

### **OUTRAS FORMAS DE PREVENÇÃO**

- 1 – Quais formas de prevenção você conhece, além da camisinha?
- 2 – Você recebe essa orientação pela Equipe que te atende?

### **FALAR SOBRE SEXO E VIDA REPRODUTIVA COM A EQUIPE**

- 1 – Como você percebe a atuação dos profissionais que trabalham aqui no que diz respeito ao atendimento de questões voltadas para sua vida sexual/afetiva e reprodutiva?
- 2 – Você tem facilidade para conversar sobre isso aqui no IIER? Com quem?
- 3 – Você tem alguma dificuldade para falar sobre o assunto? E dúvidas, você tem espaço para tirar suas dúvidas durante os atendimentos?
- 4 – Alguma vez você sentiu vontade de falar sobre sua vida sexual/afetiva e reprodutiva e, por algum motivo, não falou? Você se lembra dessa situação?
- 5 – Espera ter um espaço de esclarecimento sobre esse assunto no IIER?
- 7 – Como seria um jeito “legal” de falar sobre isso com você?
- 8 – Sobre que temas da sua vida afetiva/sexual e/ou reprodutiva você gostaria de conversar?

Se for homossexual e ou gostar de relação anal, recebeu alguma orientação a respeito, (uso de lubrificante e ou como ter menos fissuras anais)?

Se for homossexual feminina recebeu alguma orientação sobre as práticas?

E para sexo oral?