



UFRR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL

TAMINE CHAVES GOMES

**JOVENS E VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV NO NORTE DA
AMAZÔNIA: UM ESTUDO A PARTIR DE CASOS ACOMPANHADOS NO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE), DE BOA VISTA-RR.**

BOA VISTA/RR

2018

TAMINE CHAVES GOMES

**JOVENS E VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV NO NORTE DA
AMAZÔNIA: UM ESTUDO A PARTIR DE CASOS ACOMPANHADOS NO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE), DE BOA VISTA-RR.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima (PROCISA), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Modelo de Atenção e Vigilância em Saúde.

Orientador: Marcos Antônio Pelegrini

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

G633j Gomes, Tamine Chaves.

Jovens e vulnerabilidade à infecção pelo HIV no Norte da Amazônia : um estudo a partir de casos acompanhados no serviço de atendimento especializado (SAE) de Boa Vista-RR / Tamine Chaves Gomes . – Boa Vista, 2018.
80 f.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Pelegrini.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1 – Vulnerabilidade. 2 – HIV. 3 – Aids. 4 – Jovens. I – Título. II – Pelegrini, Marcos Antônio (orientador).

CDU – 616.988(811.4)

TAMINE CHAVES GOMES

**JOVENS E VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV NO NORTE DA
AMAZÔNIA: UM ESTUDO A PARTIR DE CASOS ACOMPANHADOS NO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE), DE BOA VISTA-RR.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima (PROCISA), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Modelo de Atenção e Vigilância em Saúde.

Defendida em 04/07/2018 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Marcos Antônio Pellegrini
Orientador/Curso do PROCISA/UFRR.

Prof. Dr. Calvino Camargo
Curso do PROCISA/UFRR.

Prof. Dra. Ana Paula Barbosa Alves
UFRR.

DEDICATÓRIA

Gostaria de dedicar esse trabalho a Deus por ser tão presente e essencial em minha vida, o autor do meu destino, meu guia que nunca me abandonou.

Em memória ao Otoniel dos Santos Gomes que foi um pai especial e sempre procurou me incentivar aos estudos. Deixando tantos ensinamentos e uma herança na qual não tenho como negar ter sido a mais importante.

Dedico à minha família que sempre estiveram presentes direta ou indiretamente em todos os momentos de minha formação.

Dedico este trabalho a todos aqueles que de alguma forma contribuíram com meu desenvolvimento. Principalmente aos meus pais e irmãos que são sempre presentes.

Dedico aos queridos amigos que tiveram a compreensão durante as minhas ausências e sempre me apoiaram fielmente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pela compreensão e apoio durante esses dois anos divididos entre estudos e trabalho.

Agradeço em especial ao meu amigo Antônio de Sá Barreto pela inspiração e grande incentivo e por tanto contribuir com suas opiniões inteligentes e esclarecedoras.

Agradeço ao meu orientador Marcos Antônio Pelegrini por toda paciência e compreensão no decorrer deste trabalho.

Agradeço aos meus colegas de mestrado do PROCISA, pessoas especiais que cruzaram o meu caminho e fizeram com que a caminhada fosse leve e feliz. E sempre apoiando uns aos outros.

RESUMO

Podemos considerar que a AIDS é muito mais do que uma doença, ela é um fenômeno social amplo, envolvendo situações polêmicas e diferentes grupos sociais. Questões sobre sexualidade, a luta pelo direito de acesso a medicamentos e leitos hospitalares, os problemas de discriminação ao doente de AIDS, as relações de gênero, a educação e muitas outras questões. Discutir AIDS significa falar de cidadania, qualidade de vida, direitos individuais, preconceitos sociais, etc. Entender o que é vulnerabilidade e quais sujeitos estão vulneráveis é fundamental para traçar estratégias de prevenção e controle da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. A vulnerabilidade dos jovens em relação ao HIV, perpassa por diversos fatores individuais, sociais e institucionais (Políticas públicas de saúde), podemos observar que os fatores sociais e a vulnerabilidade relacionada ao nível de instrução nem sempre são fáceis de serem amenizados, por ser um problema social de maior magnitude, mas quando nos referimos à promoção e prevenção da saúde é importante procurarmos estratégias afim de amenizar essas diferenças sociais. Este trabalho tem como principal objetivo identificar os principais fatores que favorecem a vulnerabilidade dos jovens ao HIV, no estado de Roraima, através de um estudo qualitativo, com análise do conteúdo das falas dos entrevistados, foram obtidos resultados na pesquisa que demonstram vulnerabilidade dos jovens, como: o baixo conhecimento sobre o HIV, desestrutura familiar, dificuldades de acesso ao preservativo e atividades de promoção da saúde.

Palavras-chave: Vulnerabilidade, HIV, Aids, Jovens.

ABSTRACT

We can consider the AIDS not only a disease but a wide social phenomenon, involving controversy situations in different social groups. The questions about sexuality, the struggle for the right to medicines and hospital beds, the discrimination against AIDS patients, the gender relations, the education and many other questions need to be taken into account. The debate about AIDS means talking about citizenship, quality of life, individual rights, social prejudices, and many other themes. The comprehension about vulnerability and which subjects are vulnerable is fundamental to define prevention strategies and the control of the AIDS epidemic in Brazil. The vulnerability of young by the AIDS overleaps many individual, social and institutional (Public health politics). The social factors and the susceptibility related to instruction level are not easy to solve, because it is related to a significant social problem, but when we are talking about promotion and prevention of health is mandatory finds strategies which minimize these social inequalities. This work aims to identify the main factors that contribute to the vulnerability of the young related to AIDS at Roraima state through a qualitative study, with the analysis of speeches collected in interviews. The results demonstrate the youthful vulnerability. We can cite the inadequate knowledge about AIDS, family structure, difficulty accessing the condom, and health promotion activities.

Keywords: Vulnerability, AIDS, Young.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Quadro socioeconômico dos entrevistados	45
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Humana
ARV	Indicação e manejo de terapia antirretroviral
CAP	Conhecimentos Atitudes e Práticas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTA	Centro de Testagem e acolhimento
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
HPV	Papilomavirus Humano
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PCAP	Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas às IST e Aids da População Brasileira
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacionais
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RR	Roraima
SAE	Sistematização da Assistência da Enfermagem
TARV	Terapia Antirretroviral Combinada Altamente Potente
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Objetivo Geral.....	17
1.2	Objetivos Específicos.....	18
2.	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	Vulnerabilidade ao HIV.....	19
2.2	Políticas Públicas de Saúde no combate às vulnerabilidades ao HIV	24
2.3	Juventude e sexualidade.....	33
3.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
3.1	Tipo de Estudo	39
3.2	Universo da Pesquisa	39
3.3	Critérios de Inclusão	40
3.4	Critérios de Exclusão	40
3.5	Procedimentos de Pesquisa.....	41
3.6	Análise de Dados	42
3.7	Aspectos Éticos.....	43
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
4.1	Características socioeconômicas.....	45
4.2	Conhecimento sobre o HIV	46
4.3	Uso do preservativo	50
4.3.1	O uso do preservativo e sua representação para os jovens.....	50
4.3.2	Acesso ao preservativo.....	52
4.4	Estrutura familiar e escolaridades dos pais.....	54
4.5	A educação sexual: uma responsabilidade compartilhada.....	56
4.5.1	Participação da família na educação sexual.....	56
4.5.2	Participação da escola na educação sexual	61
4.6	Acesso às medidas de prevenção e promoção da saúde no programa IST/Aids pela Atenção Básica.....	64

CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A- APÊNDICES	75
A.1 ROTEIRO DE ENTREVISTA	75
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	77
APÊNDICE C- PROPOSTA DE UM AÇÃO DE INTERVENÇÃO NA ESCOLA/ POSTOS DE SAÚDE/PLANO PILOTO DA 1 ESCOLA.....	78

1. INTRODUÇÃO

O HIV é uma doença que surgiu em nosso país na década de 80 e ainda não houve o controle esperado, trata-se de uma patologia de grande impacto na saúde pública, sendo assim realizar pesquisas sobre o tema contribui para a melhoria das ações em saúde.

Desde essa época, quando houve o surto no Brasil com total descontrole da doença e muitas pessoas morrendo iniciou-se uma forte discussão a respeito dela na comunidade científica. Com o desenvolvimento de tecnologias e medicamentos que ajudaram a aumentar a expectativa de vida do paciente com HIV, verificamos uma diminuição da preocupação urgente com o controle desta doença. Mesmo após 3 décadas de luta, ainda temos um grande aumento dos números de caso de HIV, sendo valores significativos de aumento na população jovem. Essa situação retrata um quadro de diminuição na quantidade de pessoas que morrem a cada ano em decorrência da Aids, o que tem gerado um destemor da população geral ao vírus (PARKER, 2000).

A vulnerabilidade em jovens possui suas especificidades e merece ser discutida pelo impacto causado na vida dos portadores de HIV e familiares. Quanto mais precoce for o contágio, maiores os riscos de falha terapêutica e de aumento de casos aids, visto que ainda temos uma boa parcela da população convivendo com o HIV sem o devido diagnóstico e tratamento.

O HIV é uma doença silenciosa, diagnosticada inicialmente apenas por exames, geralmente descoberta através dos testes rápidos. O surgimento de sinais e sintomas quase sempre ocorre devido às doenças oportunistas quando o paciente já é considerado caso aids. O diagnóstico precoce facilita o controle da transmissão do HIV, pois enquanto o paciente não inicia o tratamento, caso não seja adepto ao uso do preservativo, ele continua a transmitir para outros parceiros sexuais.

Dessa forma, a epidemia da aids continua a ser um enorme desafio de saúde em âmbito mundial e nacional. De acordo com a UNAIDS (2016), o Brasil possuía em 2014 734.000 pessoas vivendo com HIV, o que representa uma estimativa entre 0,4 e 0,7% da população.

Segundo UNAIDS (UNAIDS BRASIL, 2016), o HIV é um vírus que se espalha através de fluídos corporais e afeta células específicas do sistema imunológico, conhecidas como células CD4, ou células T. Sem o tratamento antirretroviral, o HIV afeta e destrói essas células e torna o organismo incapaz de lutar contra infecções e doenças levando, assim, à Aids.

O caso aids é definido por: paciente com sorologia positiva para o HIV que apresenta alguma doença indicativa de aids e/ou a contagem de linfócitos TCD4 + < 350 células/mm³ (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O número de pacientes infectados com HIV vem crescendo ao longo dos anos. De acordo com o boletim epidemiológico de 2017, nos últimos 10 anos (2007 a 2017) foram verificados, segundo o SINAM, 194.217 casos no Brasil, sendo 37.884 casos no ano de 2016, contribuindo, assim, com 19,5 % dos casos em um único ano (BRASIL, 2017).

De acordo com Brasil (Brasil, 2016), desde a identificação dos primeiros casos de Aids no Brasil, a epidemia da infecção pelo HIV continua desafiando a sociedade, o sistema de saúde e seus profissionais, tanto no âmbito da prevenção quanto na assistência. Mais da metade das novas infecções por HIV que ocorrem na atualidade afetam jovens de 15 a 24 anos de idade. Entretanto, as necessidades dos milhões de jovens do mundo continuam sistematicamente desatendidas quando se elaboram as estratégias sobre HIV/Aids ou se estabelecem políticas.

Estima-se que 11,8 milhões de jovens de 15 a 24 anos vivem na atualidade com HIV/Aids em todo o mundo e a cada dia, cerca de 6 mil jovens dessa faixa etária se infectam com o HIV. No entanto, somente uma parte deles sabe que está infectada. Dados do Ministério da Saúde comprovam que mais de 70% dos casos de Aids correspondem a indivíduos entre 20 e 39 anos, sendo que uma parcela considerável desses pacientes contraiu o vírus na adolescência (BRASIL, 2016).

Pode-se perceber o quanto a juventude vem sendo atingida pela epidemia do HIV/Aids e muitos sem o devido diagnóstico, situação que demonstra a falta de acesso, falta de conhecimento e/ou interesse em realizar o teste rápido para conhecimento da sua sorologia. Estes dados nos servem de alerta para a necessidade da melhoria de atividades de prevenção à saúde voltadas a esta população.

Segundo Ministério da Saúde (2016), dentre os comportamentos de risco, algumas práticas sexuais são consideradas associadas a um maior risco de transmissão do HIV e foram mensuradas no estudo PCAP (Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às IST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade) que será discutido a seguir.

A maior frequência de múltiplas parcerias sexuais (mais de cinco relações casuais) no último ano é observada entre jovens (14,6%). O uso de preservativo na última relação sexual, independentemente da parceria, foi de 55% entre os jovens. Quase 35% dos jovens declararam uso regular de preservativo, independentemente da parceria. Esta informação é de extrema importância pois nos permite identificar um número baixíssimo de jovens que aderem em suas práticas sexuais o uso regular do preservativo, deixando-os em situação de alto risco para o contágio de HIV e outras ISTs (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Enquanto aproximadamente 35% dos jovens com ensino fundamental incompleto declararam o uso de preservativo na primeira relação sexual, a proporção entre os que têm grau de escolaridade fundamental completo foi de 65,8%. Estes dados nos fornecem a influência do nível de escolaridade nas tomadas de decisão em relação às práticas do sexo seguro, onde houve um aumento bastante significativo do uso do preservativo em jovens com mais anos de estudo (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O uso de preservativo entre jovens que declararam não viver com companheiro foi consistentemente maior do que entre aqueles da mesma faixa etária que viviam com companheiro. Enquanto 50% dos últimos reportaram o uso de preservativo na primeira relação sexual, a proporção entre os que não vivem com companheiros foi de 65,3%, demonstrando como o uso do preservativo está relacionado baseado na confiança dentro dos relacionamentos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em termos da associação entre o uso de preservativo e a região foram observadas diferenças estatisticamente significativas no indicador de uso de preservativo na primeira relação sexual entre indivíduos de 15 a 24 anos. Essa proporção foi em torno de 69% entre os residentes na Região Sul, de 56,1% entre os da Região Norte e de 52,1% entre os da Região Nordeste. Temos assim a Região Norte com um dos menores percentuais do Brasil com uso do preservativo na primeira relação sexual, entre os jovens, dado de bastante importância sobre as práticas sexuais nesta faixa etária (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O estudo PCAP consiste num estudo Nacional realizado pelo Ministério da saúde para observar e acompanhar os comportamentos sexuais da população entre 15 e 64 anos de idade, serve como base para a criação de novas estratégias no combate ao HIV/Aids. Os jovens foram bastante destacados neste estudo por apresentarem baixa adesão ao preservativo entre outras atitudes como acabamos de discutir. Este estudo é muito discutido em vários artigos pela sua alta relevância.

No levantamento de informações epidemiológicas sobre os jovens no Brasil, temos o Boletim epidemiológico de 2017, que identificou a principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais de idade em 2016 foi a sexual, tanto em homens (95,8%) quanto em mulheres (97,1%), constituindo se a principal via de transmissão do HIV (BRASIL, 2017).

A razão de sexos, expressa pela relação entre o número de casos de Aids em homens e mulheres, a partir de 2009, observa-se uma redução gradual dos casos de Aids em mulheres e um aumento nos casos em homens que passou a ser de 22 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2016 (BRASIL, 2017).

Em relação à categoria de exposição na última década (2007 a 2017) entre o sexo masculino foi observado que 48,9% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual,

37,6% heterossexual, 9,6% bissexual e 2,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, nota-se que 96,8% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual e 1,7% na de UDI (BRASIL, 2017).

Entre os homens, nos últimos dez anos, observa-se um aumento da taxa de detecção, principalmente o aumento em jovens de 15 a 24 anos, sendo que de 2006 para 2015 a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,4 para 6,9 casos/100 mil hab.) (BRASIL, 2016).

A taxa de detecção de aids vem caindo gradativamente no Brasil nos últimos anos. Porém, as regiões Norte e Nordeste apresentam uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção; em 2006 a taxa registrada foi de 14,9 casos/100 mil hab.,(Norte) enquanto no ano de 2016 a taxa foi de 24,8 (Norte), representando um aumento de 66,4% .Em 2016, dentre a unidades federadas os estados de Roraima e Rio Grande do Sul apresentaram as maiores taxas de detecção de aids, com valores de 33,4 e 31,8 casos/100 mil hab. Respectivamente (BRASIL, 2017).

Com o número maior de casos de Aids poderemos apostar em 2 situações, descobrimento tardio do HIV, permitindo que o paciente entre no quadro clínico da AIDS e/ou falha terapêutica no caso de paciente em acompanhamento. O fato é que está ocorrendo um aumento do número de casos de AIDS, servindo como alarme para que ações sejam realizadas a fim de controlar o quantitativo de pessoas adoecendo pelo HIV.

O perfil epidemiológico do município de Boa Vista, capital de Roraima mostra que a doença é diagnosticada principalmente entre os não indígenas (95,69% dos casos) e adultos jovens, entre 20 e 39 anos (65,6% dos casos novos). A taxa de incidência entre adultos jovens (30 a 39 anos) chega a 103,7/100.000 em Boa Vista, a segunda mais elevada do país (BRASIL, 2016).

Os casos de HIV apresentam uma maior concentração na população masculina, uma vez que foram notificados em 2016, 166 novos casos de HIV em homens, enquanto que foram 49 casos em mulheres (RAMOS et al., 2016).

Segundo os dados do Relatório anual de Epidemiologia de Roraima, em 2016 aumentaram os casos de AIDS em adultos (362), comparando-se com o ano de 2015 (277). Destes, 281 são do sexo masculino e 81 do sexo feminino. Quanto à faixa etária, em 2016 houve uma maior concentração de casos de 20 a 29 anos (144 casos), 30 a 39 anos (97 casos) e 40 a 49 anos (51 casos). Observa-se que o acesso à testagem rápida tem contribuído para o diagnóstico precoce do HIV e da Aids (RAMOS et al., 2016).

Após analisarmos os dados epidemiológicos da situação do HIV no Brasil e em nosso Estado de Roraima, percebemos que o público jovem é bastante vulnerável, assim como o

público de HSH (homens que fazem sexo com homens), uma vez que unirmos as 2 características, teremos que ter um cuidado especial e de medidas de promoção à saúde ao público Jovem HSH.

Segundo Mann, Torantolla e Netter (1993), o comportamento individual seria o determinante da vulnerabilidade à infecção. Mann propôs uma estrutura de análise envolvendo o comportamento individual, a vulnerabilidade coletiva que se relaciona à capacidade de estrutura e funcionamento dos programas de controle de epidemia e a vulnerabilidade social que consistia na avaliação das realidades sociais através de indicadores do programa de desenvolvimento da ONU.

O conceito de vulnerabilidade ao HIV foi descrito por Ayres et al, (2003) seguindo a seguinte ideia “De um modo geral, como um esforço de produção de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento”.

Ainda de acordo com Ayres et al. (2003) os 3 componentes constitutivos estariam relacionados à vulnerabilidade consideram que as pessoas não são vulneráveis e sim que podem estar vulneráveis em diferentes momentos de sua vida.

De acordo com o que verificamos atualmente em nosso país, o número de pessoas com HIV tem aumentado, mesmo após a melhoria das informações divulgadas acerca da doença, uso de antirretrovirais, testes rápidos e todos os avanços tecnológicos e científicos nesta área. Conseguimos perceber que as principais dificuldades ainda são referentes às mudanças que envolvem o comportamento sexual nos diferentes tipos de relacionamentos. Entretanto existem outros fatores sociais e institucionais que podem favorecer a vulnerabilidade da população deixando-os mais susceptíveis. Enquanto que em outros países com maior nível de desenvolvimento socioeconômico verificamos que houve uma expressiva diminuição de casos; Grande parte desses casos novos de HIV ocorrem na população jovem, apontando para a necessidade de estudos que possam servir de referência para a melhoria na educação em saúde desses jovens, favorecendo medidas que possam contribuir com a diminuição de casos de HIV nesta idade. Podemos verificar o quanto é impactante um país onde a população jovem está sendo diretamente afetada pelo HIV em virtude de sabermos o quanto o vírus muda a qualidade de vida da população.

A epidemia de HIV/AIDS no Brasil vem sofrendo mudanças ao longo dos anos, com um aumento na incidência da infecção em jovens de maneira expressiva. A população a ser estudada está compreendida na faixa etária entre 18 a 25 anos, pois carece de muitos estudos por apresentarem situações específicas de vulnerabilidade, próprias da idade, além disso, contrair o HIV ainda na fase jovem traz grandes consequências individuais e sociais, afetando

na qualidade de vida, fertilidade, risco de abandono de tratamento; um tempo maior convivendo com a doença também acarreta custos ao governo e uma diminuição da capacidade de trabalho, principalmente nos casos onde o paciente não realiza de forma adequada o tratamento.

Discutir Aids e vulnerabilidade vai muito além da discussão de doença e seus suscetíveis, envolve questões de cidadania e direitos humanos (sujeitos de direitos), qualidade de vida e desigualdades sociais. Compreender o que é a vulnerabilidade ao HIV e quais são os sujeitos vulneráveis pode contribuir para elaboração de estratégias de prevenção e estimular a adoção de comportamento preventivo nos jovens brasileiros.

Esta proposta de pesquisa visa elucidar um pouco mais sobre aspectos que influenciam na vida dos jovens em Roraima, que os deixam mais expostos ao HIV e vulneráveis. Através da análise da fala dos entrevistados, serão identificados os principais motivos, as situações ou características pessoais que os colocam em risco, em especial o uso inadequado ou insuficiente de preservativo nas relações sexuais, sejam elas estáveis ou não é a falta de comportamentos preventivos.

Desta forma, o trabalho mostra-se de suma importância, pois poderá ser um ótimo instrumento para orientações, principalmente na proposição de estratégias de prevenção ao HIV, apresentando-nos uma análise exploratória e analítica dos principais fatores que favorecem a população a ficar vulneráveis à infecção pelo vírus.

Sendo assim esta pesquisa vem trazer alguns questionamentos importantes como: Quais são os principais fatores que estão contribuindo para a vulnerabilidade da população? Que aspectos contribuem para o comportamento sexual de risco da população? Será que ocorre por falta de informação? Ou por falta de acesso aos serviços públicos? Qual o componente da vulnerabilidade é prevalente nos jovens para infecção pelo HIV e merece um maior destaque?

Este trabalho vem abordando sobre os principais fatores de vulnerabilidade em Jovens, com um debate específico relacionado às situações encontradas durante a pesquisa. O trabalho foi dividido em 4 capítulos, compreendendo: capítulo 1- Introdução; capítulo 2- Referencial teórico; para o embasamento das discussões sobre o tema, capítulo 3- Materiais e métodos; onde será detalhado todo o procedimento metodológico da pesquisa, capítulo 4- Resultados e discussões; relacionados aos achados da pesquisa e o capítulo 5- Considerações finais.

1.1 Objetivo Geral

Identificar o conjunto de características sociais, individuais e programáticas presentes no cotidiano dos jovens que os tornam mais vulneráveis ao HIV.

1.2 Objetivos Específicos

1. Classificar a população estudada quanto aos fatores socioeconômicos.
2. Analisar e discutir os diversos aspectos de vulnerabilidade existentes para a infecção pelo vírus HIV.
3. Identificar o nível de informação acerca da doença e demais informações sobre HIV e acesso às instituições de saúde.
4. Identificar dificuldades de acesso aos serviços de saúde e suas ações de prevenção de saúde.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será abordado assuntos pertinentes e ligados à temática da pesquisa. Através da ideia de alguns autores, discutir a Vulnerabilidade da população ao HIV em seu contexto, é de extrema importância para o entendimento dos objetivos da presente pesquisa, e para a formação crítica em torno dos processos envolvendo as ações de controle do HIV em nosso país. O capítulo foi dividido em subseções, são elas: Vulnerabilidade ao HIV, Políticas Públicas no combate à vulnerabilidade ao HIV; Juventude e Sexualidade.

2.1 Vulnerabilidade ao HIV

A epidemia da Aids no Brasil, em seu surgimento na década de 80, atingiu inicialmente um índice elevado entre homossexuais, profissionais do sexo e usuário de drogas, levando a discussão de grupos de risco, pessoas julgadas diante da sociedade com comportamentos não aceitáveis e que carregam consigo inúmeros preconceitos, estereótipos e desvios morais. Com o passar dos anos a Aids passou a assumir características diferentes, tendo início o processo de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. Desde o começo da epidemia a faixa etária mais atingida, em ambos os sexos, tem sido de 20 a 39 anos representando mais de 60% dos casos de Aids.

No começo da epidemia o nível de escolaridade era médio e superior em sua grande maioria, atualmente houve um aumento significativo entre os analfabetos e pessoas com poucos anos de estudo, a Aids antes considerada uma doença da capital, passa a fazer parte de outras cidades no interior do país, o público feminino, antes com taxas significativamente inferiores em relação ao sexo masculino, passou a fazer parte das estatísticas (BRITO, A. M. D.; CASTILHO, E. A. D; LANDMANN, C, 2001).

Com as mudanças ocorridas, o conceito de grupo de risco perdeu significado dando lugar ao conceito de comportamento de risco, descaracterizando grupos, atribuindo o contágio aos comportamentos pessoais que permitem maior suscetibilidade à infecção pelo vírus (SCHAURICH, 2013).

Um novo conceito instrumentalizou as práticas preventivas neste segundo momento de resposta à epidemia de aids: comportamento de risco. Resultado de pesquisas nos campos da psicologia social e da educação, esta construção desloca o risco relacionado à ideia de pertencer a identidade de um grupo populacional em direção à identificação dos comportamentos que efetivamente expõem as pessoas ao HIV. Chegaram à conclusão de que qualquer pessoa poderia adotar um comportamento de risco e se expor ao vírus, afastando o conceito de grupo de risco

e amenizando estigma às populações antes consideradas como “alvo”. A preocupação com a epidemia, o conceito de comportamento de risco também buscou estimular o envolvimento ativo das pessoas com a prevenção, por meio da busca de transformação de seus comportamentos. A adoção deste novo termo, comportamento de risco, que associa às práticas, principalmente comportamentos sexuais de risco, não passou a ser fator de proteção, pois a grande maioria da população ainda permanecia com a ideia de AIDS como doença do outro, restrita às pessoas que procuram por ela com seus comportamentos inaceitáveis e, portanto, são culpadas por serem HIV positivas (KNAUTH, 1997).

O conceito de comportamento de risco por sua vez, tornou-se insuficiente para explicar algumas formas transmissão do vírus. Como exemplo: a transmissão vertical de HIV, a ocorrência de casos em mulheres donas de casa, com parceiro único e relacionamento estável. A ideia de AIDS como doença do outro perde o sentido e supera arcaicos conceitos que vinculavam à doença à grupos específicos, marginalizados pela sociedade dando espaço a um novo conceito baseado em situações individuais e sociais que expõe indivíduos a um maior ou menor risco de infecção pelo HIV, representada pela vulnerabilidade (SCHAURICH, 2013).

Este novo instrumental (análise de vulnerabilidade à infecção pelo HIV) para compreender e intervir sobre a epidemia de aids surgiu com um grupo de pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, naquele momento vinculados a uma iniciativa chamada Coalizão Global de Políticas contra a Aids, embrião do Programa das Nações Unidas para a Aids (UNAIDS) (M.; TORANTOLA; NETTER, 1993).

A ideia de grupo de risco é algo estático, como a epidemia passou a fazer parte da realidade dos brasileiros de toda e qualquer natureza, cor ou ocupação, passou a ser uma doença atribuída principalmente pelo comportamento individual que por sua vez está influenciado por inúmeros aspectos da vida cotidiana. Desta forma, conceito de vulnerabilidade foi o que mais conseguiu fazer sentido quando falamos de estratégias para o combate da Aids, envolvendo aspectos que vão da susceptibilidade orgânica, estruturação de programas de saúde, comportamentais, culturais, econômicos e políticos. Trata-se de trazer os elementos abstratos associados ou associáveis ao processo de adoecimento para a elaboração, na prática, de cuidados e ações de saúde (CZERESINA; FREITAS, 2009).

Para discutirmos vulnerabilidade temos que entender a amplitude do seu conceito, a palavra é derivada do latim, do verbo vulnerare, que quer dizer “provocar um dano, uma injúria”. Em saúde, o termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde. É originário da área de advocacia internacional pelos Direitos Humanos, e designa em sua origem, grupos ou indivíduos

fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania (AYRES et al., 2006).

Vulneráveis são pessoas que apresentam alguma alteração de uma situação “de normalidade” biológica, referida ao seu ciclo de vida ou a sua condição social ou que foram de alguma forma prejudicados em sua forma “de andar a vida” (como por exemplo hemofílicos, portadores de anemia falciforme, doença mental, entre outros fatores (NICHIATA et al., 2008).

A incorporação do conceito de vulnerabilidade pode contribuir para a renovação das práticas de cuidado em saúde na busca de atender às necessidades individuais e/ou de grupos específicos, construções sociais ou culturais acerca da masculinidade e feminilidade, numa transversalidade com classe social, raça, diferenças de geração e cultura estabelecem diferenças de vulnerabilidade para indivíduos e/ou grupo sociais vivendo em uma mesma sociedade e/ou em sociedades distintas. A interação com “a pessoa em contexto e o contexto da pessoa” mediados pelos vários saberes do campo do cuidado, da educação, da psicologia, do aconselhamento e da clínica que valorizam a cena cotidiana e a trajetória de cada pessoa, tomada como sujeito de direitos e das ações preventivas e não como estereótipos extraídos de estudos populacionais, levando a novas perspectivas para ações de controle da epidemia por HIV no Brasil, que amplia sua visão para além da atual visão minimalista do uso do preservativo e “grupos de risco” (FERRAZ; PAIVA, 2015).

De acordo com Ayres et al. (2003), o conceito de vulnerabilidade é expresso por um “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela “situação”. Afirma que as análises de vulnerabilidade envolvem avaliação articulada de três eixos interligados que são:

Componente individual: diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-la aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas em transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras. (AYRES, J.R.C.M et al; 2003, p.123)

Componente social: diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades de metaboliza-las e ao poder de as incorporar a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais poder de influências decisões políticas de romper barreiras, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se. (AYRES, J.R.C.M et al; 2003, p.123)

Componente programático: Para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV-AIDS, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais

existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia. (AYRES, J.R.C.M et al; 2003, p.123)

Podemos observar que a vulnerabilidade é multifatorial, pois recebe influência não só das atitudes pessoais, envolve também o contexto social, acesso às informações, capacidade de mudança das práticas de risco, interesse público em favorecer o controle da epidemia e melhorar as condições de vida da população. Um indivíduo pode ou não estar vulnerável a uma situação, alguns grupos de nossa sociedade possuem um maior grau de vulnerabilidade como discutiremos abaixo.

Ainda discutindo esses pilares entende-se por componente individual ou pessoal o grau de informação e capacidade de incorporar ao repertório cotidiano essas informações e a possibilidade efetiva de o indivíduo transformar suas práticas; por componente social, o espelho das condições de bem estar social, compreendido não apenas por estratificação social e/ou poder de compra (valores materiais) mas também pela perspectiva de vida, oportunidade de futuro e visão de mundo desiguais (valores imateriais); e por último, por componente programático ou institucional, o compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema (coalizão interinstitucional e Intersetorial – saúde, educação e trabalho) (GARCIA; SOUZA, 2010).

Adotamos a compreensão de vulnerabilidade como um movimento a considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (CZERESINA; FREITAS, 2009).

Características da vulnerabilidade:

- a vulnerabilidade não é binária- Ela é multidimensional, ou seja, em uma mesma situação estamos vulneráveis a alguns agravos e não a outros, o que pode nos deixar vulneráveis sob um aspecto pode nos proteger sob outro;
- a vulnerabilidade não é unitária- Ela não responde ao modelo sim ou não, há sempre gradações, estamos sempre vulneráveis em diferentes graus;
- a vulnerabilidade não é estável- as dimensões e graus de nossas vulnerabilidades mudam constantemente ao longo do tempo.

As pessoas não são, elas estão vulneráveis (CZERESINA; FREITAS, 2009, p-138).

No componente individual destacamos que o indivíduo, em algum momento de sua vida pode ter um comportamento de risco, não o levando necessariamente a ser classificado vulnerável. Pode em suas ações apresentar comportamentos de risco sem estar em situação de vulnerabilidade e fazer a escolha do não uso de preservativo mesmo estando disponível. Estas situações podem ocorrer, mas não poderemos encarar como um indivíduo vulnerável se for

classificado com elevado índice de conhecimento sobre HIV e facilidade de acesso aos métodos de prevenção.

Já a vulnerabilidade está determinada pela incapacidade do indivíduo de negociação do sexo seguro ou ao não acesso às políticas públicas de prevenção a IST.

Ainda no campo individual, é importante considerarmos as mudanças no perfil de comportamento frente ao sexo e o adoecer, que hoje é chamado de “compensação de risco” onde cada pessoa aceita viver certo nível de risco à saúde, subjetivamente estimado, em troca dos benefícios que determinada prática pode lhe oferecer, adotando comportamentos não protegidos por se perceberem de menor risco (GARCIA; SOUZA, 2010).

No aspecto social, a vulnerabilidade ao HIV é mediada pela noção de cidadania e de direitos, em especial, o direito humano à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à livre orientação sexual, pelo repertório de crenças e valores relacionados à sexualidade, pelos sentidos e significados atribuídos ao pertencimento étnico e racial, à idade e geração, denominação religiosa dentre outras dimensões. As vulnerabilidades são definidas na relação com o outro, seja pessoa ou equipamento social. Os estudos nesse sentido apresentam-se como recurso interpretativo da condição da pessoa humana nas sociedades modernas e seus horizontes práticos são de natureza político cultural (AYRES et al., 2003).

Dentro do componente social destacamos que a vulnerabilidade social está relacionada principalmente à processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e sua capacidade de reação, limitados recursos e/ou habilidades de um dado grupo social para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade e dificuldade de ascender a maiores níveis de bem-estar ou diminuir probabilidades de deterioração das condições de vida de determinados atores sociais. Neste aspecto, podemos considerar o grupo de adolescentes e jovens com o início de suas atividades sexuais sem a discussão sobre a sexualidade seja com seus pais, seja na escola onde na sociedade brasileira ainda é considerado um tabu, principalmente em populações mais pobres ou com fortes influências religiosas (AYRES et al., 2003).

A dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV é caracterizada pelos investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas, pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente distribuídos e pela adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições que na prática, não ocorrem de maneira a obedecer aos princípios de universalidade e integralidade. Nessa dimensão também criticamos a ausência de educação sexual nas escolas e discussão em grupos de jovens sobre esse tema numa linguagem que chegue até o entendimento desse grupo específico e a quebra de “tabus”.

Destacamos algumas estratégias de prevenção já modernamente implantadas no Brasil como a profilaxia pós-exposição (ainda restrita a profissionais da área da saúde e conceptos na hora do parto e após o nascimento) e o acesso à terapia antirretroviral de alta potência, onde ocorre diminuição da transmissibilidade do HIV e que se forem aplicadas de maneira isolada, podem aumentar o comportamento de risco: múltiplos parceiros, não utilização de preservativo e ainda, a chamada compensação de risco. Portanto as medidas de prevenção devem considerar a vulnerabilidade dos grupos de forma singular, pois caso contrário essas estratégias podem aumentar a vulnerabilidade de determinados grupos e atores sociais, principalmente entre os jovens.

2.2 Políticas Públicas de Saúde no combate às vulnerabilidades ao HIV

O crescimento do número de casos por transmissão sexual e, conseqüentemente, do número de mulheres infectadas, por exemplo, tornou evidente que não somente a estigmatização relacionada às práticas sexuais ou estilos de vida, mas também as desigualdades produzidas por outras dimensões de relações de poder – relações de gênero, classe, etnia, geração – tornavam alguns grupos mais suscetíveis à infecção pelo HIV que outros (PARKER, 2002a).

Enfrentar a epidemia de aids requereria, então, construir respostas a esse complexo conjunto de questões, que, inclusive, extrapolam o campo da saúde. Não poderia se limitar, por exemplo, à recomendação do uso do preservativo, seja ele masculino ou feminino (embora essa seja uma recomendação central e sempre necessária). Mas precisaria criar condições para que a adoção de comportamentos sexuais mais seguros fosse factível e viável.

Em outras palavras, a política precisaria reconhecer e construir instrumentos para enfrentar as condições de vulnerabilidade que são vivenciadas no cotidiano, em função das desigualdades, inclusive as de gênero.

Ao longo dos vinte anos de consolidação do Sistema Único de Saúde, a dimensão de gênero tem sido incorporada nas políticas públicas do setor de diversas maneiras. Para ilustrar os diferentes modos como essa incorporação pode se dar, apresentaremos em linhas gerais três políticas específicas que consideramos emblemáticas no cenário atual do SUS: a política de IST e aids, com destaque para o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras IST a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT .

O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras IST é uma construção do Ministério da Saúde, articulado à Secretaria Especial de Políticas para as

Mulheres, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que define uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de aids e a prevenção de IST entre as mulheres. Contextualiza o fenômeno da feminização da epidemia em relação, principalmente, às iniquidades de gênero, mas também enumera outros fatores que podem contribuir para graus de vulnerabilidade distintos entre os diversos segmentos da população feminina: racismo, pobreza, violência, estigma e discriminação e uso de drogas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A vulnerabilidade feminina envolve aspectos psicológicos caracterizados pela percepção de invulnerabilidade (a AIDS como a doença do outro), imortalidade, influência das relações de gênero que podem influenciar no comportamento sexual nessa fase da vida, além de fatores biológicos propriamente ditos como a imaturidade do epitélio cervical e sistema imunológico (GUBERT et al., 2010).

A vulnerabilidade feminina vem sendo discutida há mais de uma década, a exemplo temos estudo do ano 1998, realizado com mulheres HIV positivas. Foram levantados muitos dados que caracterizam a vulnerabilidade feminina para a infecção do HIV, a dificuldade das mulheres em negociar o uso do preservativo é nítida neste estudo, os parceiros da amostra em estudo, mesmo soro discordantes não aceitam utilizar o preservativo, mesmo sabendo que elas são positivas, assim muitas delas não conseguem convencer seus parceiros a se protegerem, eles não aceitam utilizar o preservativo porque relatam que não gostam ou preferem se entregar e compartilhar o destino “ por amor” . A maioria (59%) nunca pensou que poderia ser positiva até receber o resultado do exame. Dessas, metade nunca imaginou tal possibilidade e a maior parte delas relatou que era desinformada com relação às vias de infecção: mais de 1/3 disse que não se preocupava com a questão porque não fazia parte do “grupo de risco”, não tinha “comportamento de risco” ou confiava no parceiro (PAIVA et al., 1998).

Neste estudo podemos perceber que as mulheres não tinham ideia do risco que possuíam do adoecimento, a ideia de grupo de risco e da AIDS como doença do outro ainda estava enraizada na mente delas, a relação de gênero e a dificuldade em negociar com o parceiro o uso do preservativo aparece como um dos importantes fatores que favoreceram o contágio.

Em um estudo mais recente, ano 2012, realizado com mulheres heterossexuais em união estável, relata:

(. . .) a partir da abordagem de grupo de risco. A mulher que tem ou pode ter Aids, para esse grupo, é irresponsável e tem comportamentos promíscuos. Essas mulheres apresentam, pois, uma representação, dicotomizada com relação à mulher e à Aids. Por um lado, ela se representa cuidadosa e precavida mantendo relações com parceiro único, atitude diametralmente oposta quando ela pensa na outra mulher, que não ela, assumindo uma atitude acusativa de promiscuidade, irresponsabilidade e de condição degradante (RODRIGUES et al., 2012).

(. . .) Reconhecem a possibilidade de transmissão pela via sexual, contudo, esta transmissão está associada à traição do parceiro o que causa situações de desespero e sofrimento. As evocações apresentadas levam a considerar que a traição causa muito mais desespero e sofrimento que a doença em si. A doença é a comprovação da traição e da promiscuidade masculina, da submissão feminina às condutas masculinas social e culturalmente determinadas (RODRIGUES et. al., 2012).

Podemos verificar, se compararmos os estudos acima citados, que a forma de pensar feminina não mudou consideravelmente e a mulher continua vulnerável à exposição do vírus HIV, principalmente as mulheres que possuem relacionamento estável, normalmente não se consideram em risco e relatam que a utilização e decisão sobre o preservativo fica na responsabilidade masculina.

A mulher sofre com essas imposições da sociedade por ainda prevalecer o machismo, falta de autonomia e dificuldade em conseguir negociar o uso do preservativo, numa sociedade em que ainda existe muita submissão feminina, as mulheres acabam naturalizando e aceitando determinados comportamentos do sexo masculino.

Verificando todas estas situações que contribuem para a vulnerabilidade feminina que o Ministério da saúde articulou o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras IST cujo objetivo central é a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, por meio do desenvolvimento de ações Inter setoriais capazes de acelerar o acesso aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e da aids, para as mulheres das diferentes regiões de nosso País (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O plano contempla estratégias em alguns eixos importantes como ISTs, drogas, violência sexual e doméstica, juventude, raça/etnia, pobreza, estigma e violação dos direitos humanos. No eixo das ISTs, temos ações para o aumento do diagnóstico precoce, visto que, as ISTs favorecem a infecção pelo HIV. No eixo das violências o plano sugere a sensibilização dos gestores para o fortalecimento dos sistemas de referência e contra referência de atendimentos às mulheres vítimas de violência doméstica/sexual. No eixo juventude, estratégias de melhoria de educação sexual nas escolas, considerando que as jovens estão aprendendo sobre sexo principalmente através dos meios de comunicação. Em relação a pobreza, esforços Inter setoriais do governo a fim de combater a pobreza. No eixo das drogas ações que contribuam para o controle abusivo de drogas, visto que a utilização do preservativo é menor quando sob o efeito de álcool ou outras drogas e finalmente o eixo dos estigmas e violação dos direitos humanos, através da realização de ações para a promoção da igualdade e equidade de gênero, raça, etnia e orientação sexual (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Neste conceito de vulnerabilidade de gêneros também é importante inserirmos o contexto da saúde masculina, visto que em nossa sociedade os homens não possuem o hábito

de praticar a saúde preventiva e de acordo com o contexto social em que vivemos apresentam comportamentos que os deixam vulneráveis. Um exemplo disto, são as crenças existentes na sociedade em relação ao início precoce da vida sexual masculina, ter muitas parceiras sexuais, “controlar “suas parceiras e que as práticas sexuais sem o uso do preservativo são mais prazerosas.

De acordo com Connel (1995), existe a masculinidade hegemônica, modelo de masculinidade idealizada que favorece comportamentos de invulnerabilidade e comportamento de risco como valores comuns a cultura masculina e a ideia de uma masculinidade instintiva e incontrolável. Reproduzindo o que existe na sociedade como “dificuldade” que o homem teria em se manter fiel a uma única parceira sexual. Todos estes fatores influenciam no comportamento sexual masculino e os tornam mais vulneráveis.

Devido as todas as particularidades na saúde do homem, em 2008, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Construída na perspectiva das relações de gênero como determinantes do processo de saúde-doença, a política baseia-se nas evidências de barreiras socioculturais e institucionais que determinam diferentes desfechos de saúde quando se comparam as populações de homens e mulheres.

A presente política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Uma das preocupações principais desta política é favorecer o acesso às redes de serviço principalmente através da atenção básica que é a porta de entrada principal no sistema de saúde, pois em sua maior parte a entrada da população masculina no sistema de saúde se dá através da média e alta complexidade, por já apresentarem situações de saúde de maior complexidade de atendimento. Existem várias consequências em relação a este cuidado tardio da saúde masculino, como aumento do número de doenças crônicas que são facilmente prevenidas e aumento do custo desses tratamentos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem como objetivo principal “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

As ações estão calcadas em duas grandes linhas de atuação: o desenvolvimento de mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária para atender às necessidades de saúde da população masculina, com destaque para as questões de saúde sexual e reprodutiva; e a definição de respostas urgentes para a redução dos altos índices de morbimortalidade associados, principalmente a: causas externas (homicídios, acidentes de trânsito, agressões),

consumo de álcool e outras drogas, tumores e doenças dos aparelhos digestivo, circulatório e respiratório (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Em destaque ,alguns objetivos específicos conjuntamente com o Programa Nacional de IST/Aids, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV; incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das IST/AIDS; estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas; incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas; estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o autocuidado com sua própria saúde, entre outros (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O debate sobre gênero e saúde tem se ampliado também no sentido de destacar a multiplicidade de construções de identidades de gênero e orientações sexuais que constituem a diversidade humana, para além da classificação dos sujeitos em homens e mulheres unicamente a partir de seu sexo biológico.

O gênero se refere às formas de um indivíduo (a) se identificar na sociedade e ser identificado(a) como homem ou como mulher. Orientação sexual se refere à atração afetivos sexual por alguém de algum gênero. Uma dimensão não depende da outra, não há uma norma de orientação sexual em função do gênero das pessoas, assim, nem todo homem e mulher é “naturalmente heterossexual”. Homossexuais se sentem atraídos por pessoas do mesmo gênero e bissexuais por pessoas de qualquer gênero (JESUS, 2012).

A identidade de gênero está relacionada com a forma com que a pessoa se enxerga, independente do sexo determinado biologicamente. Uma pessoa transexual pode ser bissexual, heterossexual ou homossexual, dependendo do gênero que adota e do gênero com relação ao qual se atrai afetivos sexualmente: mulheres transexuais que se atraem por homens são heterossexuais, tal como seus parceiros; homens transexuais que se atraem por mulheres também o são. Já mulheres transexuais que se atraem por outras mulheres são homossexuais, e homens transexuais que se atraem por outros homens também. Não se pode esquecer, igualmente, das pessoas com orientação sexual bissexual (JESUS, 2012).

Neste contexto, temos que a vulnerabilidade ao HIV de homens que fazem sexo (HSH) com homens, deve ser debatida de forma a levarmos em consideração o histórico de preconceito e estigma que foi imposto desde o início da epidemia.

De fato, os homossexuais estão mais vulneráveis ao HIV e são vistos desta forma pelo Ministério da saúde, mas não pela sexualidade e sim relacionado a todo o contexto social em que estão inseridos assim, ora são vistos como vilões, ora como vítimas da Aids.

As complexas relações entre homossexualidade e as políticas de saúde podem ser ilustradas pelo seguinte exemplo: no Brasil, os homossexuais (que se auto identificam na hora da doação) são proibidos de doar sangue nos bancos de sangue por portaria do Ministério da Saúde, que os considera um potencial grupo de risco para a Aids e outras doenças transmissíveis por via sanguínea. Tal decisão vem sendo questionada pelo movimento homossexual e pelas ONGs/AIDS pelo seu caráter discriminatório e estigmatizante, que pode estar trazendo mais danos à população que efetivamente contribuindo para um controle da epidemia e de outras doenças (TERTO JUNIOR, 2002).

O fato é que existe um contexto dentro da sociedade de exclusão dos HSH e os demais atores LGBTT, essas situações ocorrem diariamente no meio em que vivem seja na escola, no ambiente familiar ou no ambiente de trabalho. A homofobia, o preconceito e o estigma que carregam fazem com que naturalmente exista um isolamento natural, muitas vezes a homossexualidade aflora ainda na infância, os *bullying* e chacotas são constantes, causando trauma e constrangimento.

Em estudo com jovens, foi revelado um prolongado histórico de homofobia e *bullying* ocorrido com os participantes, tendo sofrido vários tipos de violências especialmente o abuso sexual, as agressões familiares e a violência institucional, praticada na escola e em nome da religião. A escola e a igreja também despontaram como entidades perpetuadoras da violência. Foi observado o despreparo de educadores em relação à construção de ideais de gêneros e papéis sociais. Relatos de instigação de alguma forma de violência por parte de professores foram expressos por alguns pesquisados, comportamento semelhante por líderes religiosos em virtude de tradições, dogmas e legados.

Todos esses tipos de violência afetam a significância dos poderes interpessoais, na socialização, autojulgamento, sensação de culpa e principalmente ocasionam confusão mental, sentimento de culpa por assumir sua sexualidade e dificuldade de se enxergar como ser biopsicossocial (FERNANDES et al., 2017).

No ano de 2016, o Departamento financiou pesquisas de vigilância epidemiológica e comportamental com o objetivo de monitorar a epidemia do HIV, da sífilis e das hepatites B e C em populações vulneráveis, tais como conscritos das forças armadas, homens que fazem sexo com homens (HSH), mulheres profissionais do sexo, travestis e transexuais. Resultados preliminares apresentam uma prevalência de HIV de 19,8% entre HSH com 25 anos ou mais de idade e de 9,4% entre os HSH de 18 a 24 anos. Com relação às mulheres profissionais do sexo, a prevalência de HIV foi de 5,3 (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2008. Trata-se de um marco importante

no reconhecimento das necessidades de saúde destes segmentos para além das questões referentes à epidemia de aids, no sentido do reconhecimento da complexidade e diversidade dos problemas de saúde que os afetam. A Política parte do reconhecimento da existência dos efeitos perversos dos processos de discriminação e de exclusão sobre a saúde da população LGBT e, visando a sua superação, orienta-se para a promoção da equidade em saúde. Destaca, ainda, que a orientação sexual e a identidade de gênero são reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação, na medida em que a intolerância, o estigma e a exclusão social relacionadas à diversidade sexual são geradoras de sofrimento e limitadoras do acesso da população LGBT aos cuidados de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A política se baseia em 4 eixos importantes: 1-Acesso da população LGBT a atenção integral à saúde, 2- ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT. 3- Educação permanente e Educação popular em saúde com foco na população LGBT, 4- Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A Política se baseia, então, em ações transversais em diversas áreas da política de saúde, como aperfeiçoamento dos sistemas de informação, inserindo os quesitos orientação sexual e identidade de gênero e a realização de estudos e pesquisas sobre a situação de saúde dessa população; estratégias de enfrentamento do preconceito e da discriminação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos serviços de saúde na sociedade, indicadores de monitoramento e avaliação devem estar baseados na morbimortalidade e no acesso destas populações à atenção integral à saúde , educação permanente de gestores e profissionais da saúde com a inserção das temáticas referentes à saúde LGBT a inclusão de quesitos orientação sexual identidade de gênero e étnico-racial nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a sensibilização dos profissionais de saúde acerca das especificidades da população LGBT para a promoção de ações de prevenção de IST/Aids, câncer de colo uterino e de mama, entre outras (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Ao final desta discussão sobre os gêneros, identificamos várias fragilidades e particularidades que tornam a população vulnerável ao HIV, situações de exclusão social, violência, sociais, culturais e principalmente os valores morais comuns da sociedade aumentam o risco para o adoecimento pelo HIV e outras ISTs. As políticas de saúde aqui apresentadas fazem parte deste compromisso de órgãos governamentais e não governamentais (ONGs) com a saúde da população traçando estratégias para amenizar as diversas situações de vulnerabilidade existentes. Os programas existem com teorias e informações importantíssimas

que necessitam serem colocadas fielmente na prática e sobretudo com ações intersetoriais a fim de aumentar as chances de sucesso.

A política Nacional de IST/Aids é formada por diretrizes e estratégias que envolvem também a contribuição participativa de várias organizações e instituições, a fim de contribuir com o controle da transmissão do HIV e outras IST. A política é completa e abrange 3 componentes respectivamente: Promoção, Proteção e Prevenção; Diagnóstico e Assistência; e Desenvolvimento Institucional e Gestão (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Portanto está voltada para atividades envolvendo o controle da epidemia do HIV no Brasil, com atividades de promoção e prevenção da saúde, campanhas nacionais e estratégias que contribuam para o acesso da população ao conhecimento e diagnóstico, assim como toda a parte do acompanhamento do paciente com HIV, incluindo acesso ao tratamento, com acesso aos serviços de média e alta complexidade de acordo com a necessidade.

Dentro das ações de prevenção que se mostram de extrema importância para o alcance das metas, contribuindo e garantindo o direito cidadã à saúde sexual, temos então estratégias importantes na área da prevenção que merecem ser destacadas: campanhas de massa, por intermédio da mídia impressa e eletrônica, e intervenções educativas trabalhando atitudes e valores relacionados à autoestima e à conscientização sobre o risco da população, apoio a projetos de intervenção comportamental e elaboração de materiais educativos e informativos, buscando atingir os diferentes grupos sociais, estimulando os a adotar práticas mais seguras que reduzam a transmissão do HIV/aids; apoio às iniciativas comunitárias na criação e manutenção de ambientes favoráveis à redução da vulnerabilidade e do risco de infecção pelo HIV; Estímulo à demanda e promoção ao acesso a dispositivos de prevenção, como os preservativos e seringas descartáveis; capacitação de recursos humanos para formação de agentes multiplicadores de informação sobre as IST e o HIV/Aids (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Dentre as estratégias de prevenção, podemos destacar o CTA (Centro de testagem e aconselhamento) que são serviços de fundamental importância para as ações de promoção à saúde e constituem espaços que garantem o acesso da população à realização do diagnóstico precoce. Têm como objetivos promover o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, de forma confidencial e gratuita, acompanhado de ações de aconselhamento O teste é acompanhado de atividades de educação, aconselhamento e de intervenção (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

E também como importante estratégia na prevenção do HIV, a promoção do acesso ao preservativo. O preservativo constitui o principal insumo de prevenção para a redução das taxas de infecção pelo HIV. Estudos realizados com diferentes segmentos populacionais têm demonstrado a necessidade de se aumentarem à demanda e a adesão da população, consideradas

a importância do controle da transmissão sexual do HIV e a necessidade de fomentar o uso do preservativo nas relações sexuais com penetração, sobretudo nas relações eventuais intervenção (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Nesse sentido, a estratégia adotada pela CN-IST/Aids para promoção ao uso do preservativo prevê: oferta gratuita, distribuição e gerenciamento logístico do preservativo masculino; oferta gratuita, disponibilidade e gerenciamento logístico do preservativo feminino para segmentos específicos da população; marketing social e campanhas de promoção ao uso do preservativo; desenvolvimento de redes de distribuição apoiadas em base comunitárias; realização de testes, controle de qualidade e avaliação do preservativo; realização de estudos de aceitabilidade, demanda e consumo de preservativos ;assessoria e treinamento de equipes técnicas dos projetos e das Coordenações Estaduais (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

As ações de promoção e prevenção em IST/Aids têm como referencial teórico à noção do processo saúde e doença como resultado de determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos. A operacionalização desses conceitos pressupõe entender que: a epidemia não atinge de maneira uniforme toda a população, e sua distribuição é distinta nos diferentes grupos e regiões do país, apresentando, inclusive, diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais quanto nas vias de transmissão; grupos devem ser considerados segundo critérios de vulnerabilidade e risco; a participação e a mobilização dos grupos sociais são de fundamental importância para mudança de práticas, atitudes e comportamentos; as ações devem ser dirigidas aos indivíduos, aos grupos específicos e à população em geral, considerando-se os aspectos relacionados à situação de risco e vulnerabilidade.

O Programa Nacional de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/Aids do Brasil se destaca em todo o mundo como uma importante política de saúde, pois, desenvolve ações abrangentes de prevenção desde o início da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e oferece acesso gratuito a qualquer pessoa que esteja no território nacional as terapias antirretrovirais (TARV) modernas, garantidas pela lei federal desde 1996 (GIOVANELLA et al., 2012).

O Programa possui uma grande responsabilidade pois abrange estratégias para a diminuição de novos casos de HIV em nossa população, ações que vão da promoção da saúde, acesso ao preservativo, diagnóstico oportuno e tratamento dos pacientes positivos com os antirretrovirais. As ações deste programa são intersetoriais e interinstitucionais e dependem de estrutura, verba, recursos humanos entre outros. O controle do HIV em nosso país ainda não alcançou Índices satisfatórios e em algumas regiões do país ainda há um aumento importante

do diagnóstico de HIV e casos novos de Aids. Sendo assim torna-se importante a identificação dos gargalos e criação de novas estratégias a fim de contribuir com o programa e sua meta principal, de controle nacional do HIV e outras ISTs.

Atualmente a divulgação de estratégias de prevenção universal como o uso de preservativo, a informação e conhecimento sobre o HIV e suas consequências não necessariamente promovem mudança no comportamento sexual de jovens ou adoção de comportamento preventivo, o que as mantém numa situação de vulnerabilidade. É imprescindível conhecer as relações entre os parceiros sexuais, as barreiras para o uso e aquisição do preservativo masculino. Sendo assim se faz necessário que todas essas políticas públicas de saúde sejam efetivas a fim de diminuir o quantitativo de pessoas convivendo com o HIV.

Outro grande alvo do HIV é a população jovem, que apresentam particularidades, agora no sentido da idade, da imaturidade e da invisibilidade que muitas vezes os adolescentes e os jovens sofrem em nossa sociedade, podemos verificar consequências disto no aumento anual de jovens com HIV e o difícil controle da epidemia nessa população. Sendo assim faz se necessário a discussão de como se dá o processo de sexualidade destes jovens, o que discutiremos na sequência.

2.3 Juventude e sexualidade

Nesta seção iremos discutir o processo que envolve a educação sexual dos jovens, assim como os programas existentes que buscam garantir o acesso às informações importantes e inerentes para que a sexualidade seja vivenciada livre de preconceitos, estigmas e riscos à saúde. Sendo assim também se faz necessário avaliar com um olhar crítico as falhas existentes nestes programas.

Para iniciarmos a temática vamos definir quem são esses jovens. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é delimitada como a segunda década de vida, período compreendido entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias; e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. Há, portanto, intersecção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS e recorre aos termos “população jovem” ou “pessoas jovens” para referir-se ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, a abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Discutir a sexualidade faz-se necessário para o entendimento do processo saúde-doença em que está envolvido o HIV/AIDS. Este tema tem sua importância dentro do debate da

vulnerabilidade ao HIV, pois a forma como a sexualidade é vivenciada desde o início trará consequências importantes na vida sexual adulta. O ser humano sempre está em processo de construção, não obrigatoriamente fica engessado dentro dos mesmo padrões e comportamentos por toda a sua vida, mas sabemos que as experiências sejam elas positivas ou negativas possuem fortes influências nos seus comportamentos. Os jovens passam por um processo de construção em sua fase da adolescência em que é de extrema importância que ele esteja empoderado de todos os seus direitos sexuais, assim como informações importantes e inerentes ao autocuidado e prevenção de doenças.

Iniciamos este tema com algumas definições importantes:

Sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e engloba o sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução; é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre experimentadas ou expressas, sendo influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. (WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY, 1999, p. 121-122).

Baseando-se nesse conceito verificamos que o meio em que o jovem vive e todas as suas experiências serão responsáveis pela forma a ser vivenciada a sexualidade, os valores éticos morais dos pais assim como informações adquiridas serão importantes neste processo. A fim de garantir o bem-estar do jovem é necessário que seja oferecido a ele, ferramentas que colaborem com a manutenção de sua saúde sexual. E o que seria essa saúde sexual?

A Saúde sexual é definida por um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. Requerendo assim, uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos. (WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY, 1999, p. 121-122)

Os direitos sexuais abrangem direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações de consenso. Eles incluem o direito de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, a: o mais alto padrão atingível de saúde sexual, incluindo o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva; buscar, receber e transmitir informações relacionadas à sexualidade; educação em sexualidade; respeito pela integridade corporal; escolha do seu parceiro; decidir ser sexualmente ativo ou não; relações sexuais consensuais; casamento consensual; decidir se quer ou não, e quando, ter filhos; e buscar uma vida sexual satisfatória, segura e prazerosa (WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY, 1999).

Os direitos reprodutivos incluem: o direito de as pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas, direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e finalmente o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Desta forma fazemos destaque a dois itens importantes na declaração de direitos sexuais: O direito à informação onde todos devem ter acesso à informação cientificamente precisa e esclarecedora sobre sexualidade, saúde sexual, e direitos sexuais através de diversas fontes. Tal informação não deve ser arbitrariamente censurada, retida ou intencionalmente deturpada; e o direito à educação direito à educação sexual esclarecedora: Todos têm o direito à educação e a uma educação sexual esclarecedora. Educação sexual esclarecedora deve ser adequada à idade, cientificamente acurada, culturalmente idônea, baseada nos direitos humanos, na equidade de gêneros e ter uma abordagem positiva quanto à sexualidade e o prazer (WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY, 1999).

Verificamos que todo cidadão tem o direito à informação precisa e esclarecedora sobre a sexualidade, assim como uma educação sexual esclarecedora. Existem iniciativas e/ou programas nacionais específicos para a garantia disto.

Na área da educação, o MEC criou os PCNs: No Brasil, os PCNs - Parâmetros Curriculares Nacionais são diretrizes elaboradas pelo Governo Federal com o objetivo principal de orientar os educadores por meio da normatização de alguns fatores fundamentais concernentes a cada disciplina. Esses parâmetros abrangem tanto a rede pública, como a rede privada de ensino, conforme o nível de escolaridade dos alunos. Sua meta é garantir aos educandos o direito de usufruir dos conhecimentos necessários para o exercício da cidadania. Embora não sejam obrigatórios, os PCNs servem como norteadores para professores, coordenadores e diretores, que podem adaptá-los às peculiaridades locais. Os PCNs nada mais são do que uma referência para a transformação de objetivos, conteúdos e didática do ensino (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1998).

A discussão para incluir a orientação sexual dentro dos PCNs iniciou em meados dos anos 80, em virtude do risco de infecção pelo Vírus HIV entre os jovens e grande crescimento de gravidezes indesejadas na adolescência, a demanda por trabalhos na área da sexualidade nas escolas aumentou. Antes, acreditava-se que as famílias apresentavam resistência à abordagem dessas questões no âmbito escolar, mas atualmente sabe-se que os pais reivindicam a orientação sexual nas escolas, pois reconhecem não só a sua importância para crianças e jovens, como também a dificuldade de falar abertamente sobre o assunto em casa. Uma pesquisa do Instituto DataFolha, realizada em dez capitais brasileiras e divulgada em junho de 1993, constatou que

86% das pessoas ouvidas eram favoráveis à inclusão de Orientação Sexual nos currículos escolares (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1998).

Portanto nos dias de hoje a orientação sexual faz parte dos Parâmetros curriculares nacionais, materiais que ficam à disposição dos professores e pedagogos, contendo todas as observações relevantes e necessárias para que seja realizada a educação sexual nas escolas e que seja promovido orientação sexual de forma a contribuir com a formação de cidadãos que consigam vivenciar sua sexualidade independente de gênero de forma segura e livre de riscos que possam afetar a saúde mental e/ou físicas dos jovens. É necessário discutir nas escolas sobre temas como homofobia e as diversas formas de relações, para que se construa nos jovens o respeito à dignidade humana e principalmente a não julgar ou tratar de forma indigna nenhum cidadão por sua sexualidade.

Além do estabelecimento de discussão da temática estabelecida dentro dos Parâmetros curriculares Nacionais, temos dois outros importantíssimos projetos na área educacional que são a Educação em Pares e o Programa Saúde na Escola (PSE) com a mesma finalidade de implantar nas escolas, a discussão da temática da educação sexual de diferentes formas.

O Programa Saúde na Escola, uma política Intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (MEC), voltado para educação de jovens para a promoção da saúde e ações de saúde. Entre os temas abordados encontram-se: educação em sexualidade; saúde reprodutiva e prevenção das IST/Aids e Hepatites Virais; e ações de saúde envolvendo avaliação das condições de saúde; ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e de atividade física; ações de prevenção de gravidez não planejada na adolescência; prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas; promoção da cultura de paz. Tem como público prioritário estudantes da rede pública de ensino (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) é uma das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), que tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Implementado em parceria com UNESCO, UNICEF e UNFPA, o SPE está alicerçado em uma demanda da população; foi implantado nos 26 estados do Brasil, no Distrito Federal e em aproximadamente 600 municípios (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A proposta do projeto é realizar ações de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, articulando os setores de saúde e de educação. Com isso, espera-se contribuir para a redução da infecção pelo HIV e dos índices de evasão escolar causada pela gravidez não planejada na adolescência. O programa de saúde na escola depende

da articulação entre as escolas e as unidades básicas de saúde que são os responsáveis no âmbito da saúde a desenvolver o projeto.

Outra proposta de educação em saúde para os jovens é a Educação entre Pares que consiste num processo de ensino e aprendizagem em que adolescentes e jovens atuam como facilitadores (as) de ações e atividades com e para outros (as) adolescentes e jovens, ou seja, os pares. Esse termo, veio do inglês *peer educator*, é utilizado quando uma pessoa fica responsável por desenvolver ações educativas voltadas para o grupo do qual faz parte.

Quando se propõe um modelo de aprendizagem como esse, a ideia é que serão os (as) próprios (as) adolescentes e jovens os (as) responsáveis tanto pela troca de informações quanto pela coordenação de atividades de discussão e debate junto seus pares.

Esta metodologia é de extrema importância pois induz os jovens a conversarem entre si sobre o assunto, com ajuda dos facilitadores que servem de guia para a realização das atividades. Não existem regras, em alguns locais onde fazem o uso desta proposta os adolescentes utilizam o teatro, a pintura, os debates entre outras formas para discutir os temas de forma a identificarem entre eles a melhor forma para repassar as informações. A metodologia de educação em pares é encontrada em manuais do Ministério da saúde e alguns da UNICEF, podendo ser realizada na escola ou dentro de uma comunidade.

De acordo com Adriano Costa, participante da oficina técnica realizada pela OPAS e OMS:

Sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e engloba o sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução; é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre experimentadas ou expressas, sendo influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. (WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY, 1999, p. 121-122).

Segundo o filósofo francês Michel Foucault (1984), o que ocorre hoje é muito mais um discurso sobre a sexualidade do que uma nova moral sexual. Um discurso permitido, uma outra forma de poder. O que se observa é uma maior liberdade ao se falar sobre a sexualidade, mas ela continua tão reprimida quanto antes, tão conservadora quanto no século XIX. E a prova disso são reportagens também mostradas pela televisão, como as cenas de agressão a mulheres. O “ficar” dos jovens, antes de revolução sexual, é a reprodução dos mesmos valores antigos, da desvalorização do papel da mulher, da imaturidade e do descompromisso

Discutir sexualidade inclui um olhar aprimorado do educador pois, é necessário debater o assunto, de forma a diminuir preconceitos, quebrar tabus e combater a homofobia, estes temas necessitam estar inseridos no cotidiano das escolas. Da mesma forma, as unidades de saúde

precisam estar preparadas para a educação em saúde dos jovens abordando temas como sobre sexualidade em geral, inclusive sobre orientação sexual. Além de absorver as necessidades de todos que buscam a saúde promovendo a participação dos jovens no processo de autocuidado sem distinção de gênero e livre de valores morais preconceituosos. Afinal a saúde é um dos principais setores que contribuem na promoção e prevenção das ISTs/HIV.

É necessário investir no preparo dos profissionais para que consigam colocar em prática os programas que favorecem o processo de educação sexual dos jovens, como podemos observar os profissionais da educação e da saúde são os principais responsáveis neste processo. Sendo assim para fortalecer estes programas o Ministério da Saúde precisa lançar estratégias de incentivo, preparo e cobranças aos responsáveis em realizar todos estes projetos, isto deve ocorrer de maneira emergencial, pois o número de adolescentes e jovens convivendo com o HIV vem aumentando a cada ano.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo iremos abordar sobre a metodologia utilizada para o desenvolvimento deste estudo, desde a forma como foi realizada a busca ativa de participantes da pesquisa, como foi conduzido o processo de coleta de dados e por fim os critérios e métodos selecionados para a análise de dados.

3.1 Tipo de Estudo

Estudo de Campo, descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. A pesquisa escolhida foi qualitativa porque responde a questões muito particulares. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

Este trabalho busca realizar uma pesquisa de estudo de campo que seja capaz de caracterizar através de entrevista semiestruturada, os comportamentos sexuais de risco e vulnerabilidade de jovens na cidade de Boa Vista, Roraima.

3.2 Universo da Pesquisa

O SAE é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo HIV/AIDS. O objetivo destes serviços é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar os usuários são acolhidos por uma equipe de multiprofissionais.

De acordo com a portaria do Ministério da Saúde (2013), o SAE é definido como Serviço de Atenção Especializada (SAE) e consiste em unidade ambulatorial voltada à atenção integral às pessoas com IST/HIV/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Dentre as principais atividades do SAE, destacamos: Realizar ações de prevenção e qualidade de vida direcionadas às pessoas vivendo com HIV/AIDS e seus parceiros, como: Facilitar acesso a insumos de prevenção em geral, com incentivo ao uso de preservativos; Incluir ações para redução de danos como abordagem aos usuários de álcool e drogas; Incluir avaliação de risco para profilaxia da exposição sexual; Oferecer atividades voltadas para a adesão ao tratamento; Promover ações em sala de espera; Realizar o manejo de eventos adversos; Promover ações de Saúde Mental pela equipe multiprofissional; Realizar planejamento familiar incluindo estratégias de redução de risco para transmissão sexual e vertical do HIV no planejamento da reprodução, garantindo o direito sexual e reprodutivo das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA); Realizar avaliação e diagnóstico nutricional;

Realizar abordagem de parceiros e oferecer teste diagnóstico para HIV, sífilis e hepatites virais B e C ; Prestar assistência clínica, e psicossocial às pessoas vivendo com HIV/Aids, individual e/ou coletivo; Abordagem clínica e laboratorial de adulto, adolescente, criança exposta e infectada pelo HIV e gestantes; Indicação de profilaxias primárias e secundárias para infecções oportunistas (IO) e Doenças Sexualmente Transmissíveis (IST); Indicação e manejo de terapia antirretroviral (ARV); Prevenção e abordagem dos eventos adversos à terapia tratamento Antirretroviral (ARV); Monitoramento laboratorial para o reconhecimento de falhas terapêuticas e seu manejo; Diagnóstico e manejo das comorbidades e infecções oportunistas; Diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento da coinfeção HIV/TB (ativa/latente); Prevenção e tratamento das afecções odontológicas por meio de parcerias ou profissionais de outros serviços; Oferecer assistência aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional e violência sexual, ou ter referência estabelecida para os mesmos; Prestar assistência durante todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, garantindo às referências e contra referências, organizada pela RAS; Prestar atenção integral às IST; Realizar ações de vigilância epidemiológica relacionadas às IST, Aids e coinfeções.(BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A pesquisa foi realizada no Serviço de Assistência Especializada – SAE, com o nome de Maria do Socorro de Alencar Meira, localizado no Endereço: Rua Coronel Pinto, nº 636 – Centro. Cidade: Boa Vista Estado: Roraima. O universo da pesquisa foi de aproximadamente 122 pacientes acompanhados no ambulatório do SAE em Boa Vista-RR, na faixa etária entre 18 e 25 anos. Do total, foram entrevistados 8 jovens, destes 7 do gênero masculino e que se declararam homossexuais e 01 do gênero feminino heterossexual.

3.3 Critérios de Inclusão

Serão incluídos adultos entre 18 e 25 anos, com sorologia positiva para HIV que estejam em acompanhamento no SAE do Hospital Coronel Mota, entre homens e mulheres com relações estáveis ou não.

3.4 Critérios de Exclusão

Pacientes que não tenham condições físicas ou psicológicas para participar da pesquisa e pacientes indígenas.

3.5 Procedimentos de Pesquisa

A pesquisa foi realizada no SAE, inicialmente surgiram algumas dificuldades impostas pelo serviço em relação ao acesso dos pacientes, os responsáveis pela instituição tiveram receio alegando que os pacientes poderiam até mesmo processar, devido experiências anteriores de ameaças por outras situações ocorridas, sendo assim mesmo aprovado no comitê e autorizado pela direção do Coronel Mota houve um impedimento inicial para a coleta de dados. Depois de várias idas ao SAE e diálogos com alguns profissionais, chegamos à conclusão de que uma forma tranquila para a realização seria se o contato inicial fosse feito por profissionais que já possuem a confiança dos pacientes, a diretora indicou que o ideal seria o apoio da farmacêutica, a mesma realizou o contato com os pacientes dentro dos 2 meses da coleta para identificar os interessados, neste primeiro contato a servidora ofereceu a entrevista, em um diálogo inicial explicando a pesquisa e verificando o interesse de participação dos candidatos. A busca pelos pacientes foi feita através da listagem de agendados no mês de março e abril de 2018, pacientes do sexo masculino e feminino com a idade entre 18 e 25 anos, a entrevista ficou de ser realizada no dia da consulta.

Um dado importante e interessante encontrado nesta pesquisa foi a adesão maior pelo público masculino, mas devemos levar em consideração que o número de agendamentos nos 2 meses de coleta era em maior parte do público masculino. De acordo, com o que verificamos anteriormente, o HIV em nosso estado apresenta diferenças significativas entre os gêneros, sendo mais prevalente no sexo masculino, equivalente à situação que encontramos de distribuição nacional dos casos. Todos os entrevistados do sexo masculino se autodeclararam homossexuais, outra informação importante visto que no gênero masculino a exposição maior do HIV é entre os HSH (homens que fazem sexo com homens).

Em um segundo momento, compareceu-se para realizar a pesquisa nos dias de consulta dos participantes. Ao final da consulta ocorreram os primeiros contatos; de forma tranquila houve essa aproximação, fazendo com que sentissem confortáveis para responder aos questionamentos. Iniciando com agradecimentos pela participação para que o entrevistado percebesse sua importância neste processo, esclarecimentos e explicação dos motivos principais que impulsionaram a pesquisa. Foram fornecidas todas as informações éticas e legais sobre a pesquisa. Após a assinatura do termo de consentimento dava-se o início da entrevista, durante a entrevista foi solicitado autorização para gravação dos áudios.

As entrevistas foram realizadas em salas na própria instituição, vale destacar que o instrumento utilizado se trata de um roteiro de entrevista contendo 4 eixos principais: Dados pessoais e sociais, Processo saúde-doença; sexualidade; mudanças após o HIV, para serem

respondidos livremente. A fim de facilitar o processo da entrevista, cada um desses eixos, possui características a serem observadas durante o diálogo.

3.6 Análise de Dados

As entrevistas foram gravadas para um registro das narrativas dos informantes da maneira mais fiel possível, como se os dados falassem por si próprios; na análise o propósito é ir além do descrito (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

Na fase inicial, pré-análise, o material foi organizado, compondo o corpus da pesquisa.

Foram utilizados indicadores que norteiam a interpretação final e observado algumas regras: (I) exaustividade, esgotando-se todo o assunto sem omissão de nenhuma parte; (II) representatividade, preocupando-se com amostras que representem o universo; (III) homogeneidade, estando dentro do mesmo tema e que foram coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes; (IV) pertinência, com instrumento de coleta de dados que viabilizou o alcance dos objetivos da pesquisa; e (V) exclusividade no qual um elemento não foi classificado em mais de uma categoria (BARDIN, 2008).

Foi realizada a “leitura flutuante”, com codificação dos dados, processados e transformados sistematicamente e por fim agregados em unidades.

O processo de codificação dos dados restringe-se a escolha de unidades de registro, ou seja, é o recorte que se dará na pesquisa. Uma unidade de registro significa uma unidade a ser codificada, podendo esta ser um tema, uma palavra ou uma frase (BARDIN, 2008).

Na perspectiva da análise do conteúdo, as categorias são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos reunindo características comuns. Na fase de interpretação dos dados, o pesquisador precisa retornar ao referencial teórico, procurando embasar as análises dando sentido à interpretação (BARDIN, 2008).

Sendo assim, o trabalho foi dividido entre 5 categorias principais que foram tomando forma e significado de acordo com as falas dos entrevistados, as unidades de registro foram frases e/ou palavras que dessem um significado às entrevistas e fala dos participantes da pesquisa. De forma exaustiva, os conteúdos foram analisados e expressos nos resultados e discussões deste trabalho. As categorias utilizadas foram conhecimento sobre o HIV; Uso do preservativo, Estrutura familiar e Escolaridade dos pais; educação sexual: uma responsabilidade compartilhada. A categoria sobre o uso do preservativo se dividiu em 2 subcategorias: o uso do preservativo e a as representações para os jovens e acesso ao preservativo. A categoria educação sexual: uma responsabilidade compartilhada, foi dividida em 3 subcategorias: a participação da

escola na educação sexual; a participação da família na educação sexual e por último a participação dos serviços de saúde na educação sexual.

Os dados coletados relacionados às perguntas de caráter subjetivo foram analisados qualitativamente e relacionados a outros trabalhos que tratam de vulnerabilidade, suscetibilidade e contextos sociais.

3.7 Aspectos Éticos

O presente estudo passou por avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa e após aprovação teve iniciado a pesquisa de campo, os participantes da pesquisa contaram com o total sigilo, profissionalismo, proteção de imagem e somente puderam participar da pesquisa após esclarecimento do projeto de pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e foram informados que poderiam desistir da participação a qualquer momento durante a pesquisa e durante a realização da mesma.

De acordo com a Resolução nº 466, do CNS, define: consentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar (BRASIL, 2012).

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. Entende-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

Após a etapa inicial de esclarecimento, foi apresentado ao convidado para participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que seja lido e compreendido, antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido (BRASIL, 2012).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, o objetivo foi identificar os principais fatores que contribuem com a vulnerabilidade de jovens de Roraima ao HIV. Analisando a fala dos entrevistados, verificamos muitos pontos importantes que indicam extrema vulnerabilidade dos jovens ao contágio pelo HIV, dentre eles muitos relacionados à grande deficiência de informações e orientações sobre o HIV e/ou outras IST.

Os estudos que discutem vulnerabilidade costumam estudar a vulnerabilidade em alguns grupos, vulnerabilidade em negras, mulheres, homossexuais, etc. Na verdade o que verificamos é que determinantes sociais e econômicos estão muito envolvidos, em particular nosso estado possui sua educação básica concentrada nas escolas públicas, portanto a realidade dos jovens, quando trata-se de possível nível e qualidade de estudo não possui gritantes diferenças, dependendo da localização da escola, a diferença será entre alunos mais dedicados ou alunos mais fragilizados, principalmente quando trata-se de influências do meio em que vivem e a realidade socioeconômica.

No geral aqui não pretendemos separar os jovens por grupos, apesar de verificarmos que a maioria dos homens que participaram do estudo são homossexuais. Entende-se que os jovens e adolescentes estão nesse mesmo processo de amadurecimento e transição para a idade adulta, não estaremos aqui fazendo subclassificações, sabemos também que o HIV nos dias de hoje não é uma doença que pode ser subdividida, na década de 80, com o aparecimento dos primeiros casos no Brasil, a doença era associada e chamada de doença gay, tinha-se na época a noção de grupo de risco ou seja era associado o risco de ter somente aos homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas entre outros. Hoje com o conhecimento que temos verificamos que independente de sexo todos podem estar em algum momento vulneráveis ao contágio pelo HIV, porque se formos analisar, o risco de contrair o HIV nos dias de hoje está generalizado. E estar num relacionamento estável não protege completamente, os riscos são menores devido a quantidade de parceiros, podemos assim ter uma diminuição estatística dentro do estudo de probabilidades com análise de percentuais, mas não pode ser utilizado como garantia, neste caso temos relacionamentos extraconjugais, como foi identificado aqui no estudo, homens casados que buscam travestis prostitutas.

A ideia principal é verificar nos jovens fatores que contribuem para o contágio pelo vírus HIV.

As discussões são separadas por eixos temáticos, os jovens entrevistados apresentaram fatores e características associadas à vulnerabilidade ao HIV, nos 3 campos existentes sobre vulnerabilidade que se divide, segundo Ayres et al. (2003), em Vulnerabilidade individual,

vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática. Dentro destes temas centrais, dividimos a discussão de forma a separar os elementos que favoreceram ao contágio do HIV, de acordo com definições e aspectos já conhecidos.

4.1 Características socioeconômicas

	W1	N1	T1	R1	A1	L1	R2	J1
Idade	21	20	20	22	21	18	19	22
Sexo	M	M	M	M	M	F	M	M
Cor	Branco	Pardo	Pardo	Pardo	Pardo	Pardo	Pardo	Pardo
Natural.	RR	RR	PA	RR	MA	RR	RR	MA
Bairro	Caraná		Jóquei	S.Franc.	S.Luzia	Bunitis	Caraná	Aerop.
Estado civil	Solt.	Solt.	Solt.	Solt.	Solt.	Solt.	Solt.	Solt.
Escol.	E.Méd.	Sup. Inc.	E.Méd.	Sup. Inc.	E.Méd.	E.Fund.	E.Fund.	E.Méd.
Renda	Até 1000	3001 a 6000	Até 1000	3001 a 6000	1001 a 3000	Até 1000	Até 1000	6001 a 8000
Rel.	Católica	não	Católica	adventista	Católica	Não	Não	umbanda
Ben.	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não

Quadro 1- Quadro socioeconômico dos entrevistados

Apenas 3 dos entrevistados declararam não ter religião, mas nenhum deles mostrou-se frequentador e praticante. A religião predominante foi o catolicismo, mas também teve um dos entrevistados que frequenta Umbanda.

Os entrevistados moram em bairros da periferia, em casa de alvenaria, dividem casa com outros familiares e apenas um deles vive com amigos dividindo aluguel, afirmam que tiveram acesso ao lazer.

Em relação à naturalidade, mais da metade (60%) são roraimenses; o grau de escolaridade predominou ensino médio e dois deles tinham apenas o ensino fundamental. Todos os entrevistados foram alunos de rede pública estadual e tiveram acesso à escola sem dificuldades. Houve predomínio de pessoas que se declararam pardas.

A renda familiar que predominou foi baixa, prevalecendo renda no valor de até 1000 reais (50%), 02 com renda entre 3001 a 6000 e um deles com renda familiar de 6001 a 8000 reais ao mês.

A situação socioeconômica de 2 entrevistados, fizeram com que eles fossem trabalhar na prostituição. Vale destacar a enorme vulnerabilidade masculina no exemplo abaixo, pois o jovem afirmou que na prostituição é comum que os homens cheguem pedindo para transar sem preservativo sem ter menor preocupação com o fato de transar com um profissional do sexo que atende a vários clientes por noite:

Se eu tivesse maldade no coração, eu transava sem camisinha, porque tem muito cara casado que ficar comigo sem camisinha, mas eu só fico com camisinha, porque ele ia pegar HIV e passar para a mulher. A maioria dos casos que querem ficar com a gente é a maioria casado, 98 %, é casado com mulher tem uns que são gay, são casados. . . (R1)

E quando você estava fazendo programa também?
Eu só vou transar sem camisinha, eu pago mais. . . não rola e eu desistia.
Eu pago valor a mais, eu cocava a cabeça, mas dizia que não. (W1)

Neste exemplo acima, o entrevistado estava comentando uma das propostas que recebeu de um cliente que ofereceu mais dinheiro pelo programa para que a relação sexual fosse sem o preservativo.

Essas situações que acontecem na prostituição foram reveladas pelo mesmo entrevistado ao falar sobre sua experiência pessoal como profissional do sexo. E serve de alerta para que os órgãos públicos em especial da área da saúde realizem ações de testagem rápida e educação em saúde, afim de contribuir com mudanças de comportamento e diminuir os casos de HIV no estado. Situação que ganha visibilidade através deste trabalho colaborando com o controle de HIV/AIDS no estado de Roraima.

4.2 Conhecimento sobre o HIV

Esta categoria temática foi encontrada através de unidades de registro, compostas por frases e palavras-chaves que se referem às respostas dos jovens sobre o conhecimento do HIV/Aids. As respostas estão relacionadas à opinião dos entrevistados sobre o conhecimento que tinham sobre o HIV antes de contrair a doença. A temática foi definida pelas principais unidades de registro com as respectivas quantidades, que são: conhecimento (6); informação (1), não sabia (14), eu não tinha noção (4). Totalizando 25 repetições.

O grau de conhecimento é primordial para que os jovens consigam ter uma reflexão importante sobre HIV/Aids contribuindo para a decisão do uso do preservativo como principal medida protetiva. A prática do sexo seguro, como vimos no decorrer das discussões no trabalho,

é multifatorial, contudo, contribuir para que esses jovens saibam de informações pertinentes é o primeiro e um dos mais importantes passos a serem dados na saúde pública. Sem informações relevantes e pertinentes os jovens não se habituam a utilizar o preservativo e torna-se uma missão árdua fazer com que percebam a importância do mesmo. Afinal, muitas vezes as informações sobre os contraceptivos estão mais acessíveis do que sobre as ISTs e suas consequências.

Durante a entrevista, foi observado que o conhecimento sobre o HIV foi baixo ou nulo na totalidade dos participantes da pesquisa. Quando questionados sobre o HIV, 5 participantes alegaram nenhum conhecimento anterior sobre o HIV, principalmente em comparação ao que sabem hoje após o diagnóstico e início do tratamento. Outros 3 alegaram conhecimento mediano, mas que não foi suficiente para que mantivessem a prática do sexo seguro. Como podemos observar nas falas a baixo citadas:

Se eu soubesse o que é HIV antes de eu ter, com certeza tinha usado camisinha. Eu não sabia o que era HIV, não sabia nem que existia essas doenças. Não sabia o que era HIV E usava camisinha não, ficava com um e com outro, foi assim que eu peguei (R1).

Um dia minha vizinha me chamou para ir para ao posto de saúde que estava tendo teste rápido ai eu peguei e fui lá, eu fiz e não estava com medo não sabia o que era o HIV (R2).

Eu não tinha noção do que era doença. Como transmitia. . .

Quando eu era mais jovem eu não tinha noção sobre camisinha. . . (T1)

Quando a gente é adolescente, a gente não pensa direito ne sobre. . . só vive o calor do momento, ainda mais quando a gente não tem muito conhecimento sobre as coisas, a gente acha que nunca vai acontecer com a gente. Então para mim era tipo assim, sem tem camisinha beleza (N1).

Antes disso eu não sabia muita coisa, eu não sabia de nada direito, não sabia que sintomas tinha, sabia que era IST, porque o nome já fala doença sexualmente transmissível, mas não sabia qual tipo de sexo, se triscar no pau da pessoa, pronto já peguei na minha mente era mais sexo, não me ligava nessa questão de sangue. Qualquer doença sexualmente transmissível eu sabia que a forma de prevenção era preservativo, mas eu não me importava tanto (N1).

Eu sabia que era por sexo, eu acho que é mais pelo anal, não tenho muito conhecimento. . . esse negócio de doença não passava pela minha cabeça, eu não tinha noção na minha cabeça (T1).

Se meu nível de informação fosse bom, eu não estaria aqui (J1).

Verificamos nas narrações a cima citada que a maior parte dos entrevistados desconhecia sobre o assunto ou possuía informações superficiais que dificultam o processo do autocuidado, uma vez que, sem informação é impossível entender a importância do uso do preservativo.

Em outros estudos esta falta de conhecimento sobre o HIV também foi identificada, como no caso do estudo de Toledo, Takahashi e De La Torre Ugarte Guanilo (2011), do tipo revisão integrativa que analisando 38 artigos publicados, nacionais e internacionais, referentes

à vulnerabilidade de jovens, foi identificado que o grau de conhecimento e qualidade sobre o HIV/AIDS foi um dos principais elementos de vulnerabilidade encontrado nos estudos, conhecimento insuficiente para adoção de práticas protetoras, não tinham o conhecimento correto ou suficiente a respeito dos comportamentos sexuais específicos de risco, por exemplo, não saber que podiam se infectar por sexo oral/anal, ou durante o período menstrual ou que o vírus pode ser transmitido durante a gestação ou no parto.

O mesmo resultado foi discutido na pesquisa de Gomes et al. (2017) que encontraram na dimensão de vulnerabilidade individual, resultados apontando para um baixo conhecimento entre HSH jovens com idades abaixo de 25 anos.

A falta de informação é o primeiro empecilho em relação a qualquer mudança de comportamento, neste caso como poderemos esperar que os jovens utilizem o preservativo e entendam a importância se não possuem o conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis?

A falta de conhecimento sobre o assunto acontece de formas variadas, alguns declararam ter algum conhecimento, mesmo que superficial, mas no caso do entrevistado da fala a baixo podemos verificar que ele relata que começou a ouvir falar com 15/16 anos de idade e aos 17 anos ele já sabia que tinha o vírus HIV:

Assim nunca ninguém chegou a conversar comigo, nem escola nem família, nada, nada, nada, nem na escola. Depois dos 15, 16 anos eu comecei a ouvir a falar, mas com 17 anos eu já tinha pegado esse vírus, eu já sabia que tinha com 17 anos. (R1)

Neste exemplo que acabamos de analisar verificamos outro fato muito importante que é o momento ideal para falar sobre HIV e outras ISTs com os jovens. Momento este, que deverá associar um mínimo de maturidade e consciência sexual e que seja feito de forma antecipada ao início da relação sexual destes jovens, para que exemplos iguais a estes não se repitam, onde o adolescente começou a descobrir sobre o HIV pouco tempo antes do seu diagnóstico.

Quando não se tem uma informação prévia sobre o assunto, os exemplos e vivências passam a ser o referencial, o conhecimento passa a ser através do que ele visualiza na prática, desta forma, naturalizando o não uso do preservativo. Como observado nos trechos abaixo:

Nossa! Passei muito tempo sem usar, porque tipo a gente como te falei a gente vê em filmes, principalmente filmes pornô, pornografia essa coisa a gente não vê pessoas usando, isso já é outra coisa que incentiva, principalmente quando você é adolescente, você vê os filmes pornôs e você não vê eles usando camisinha. . . ae tu fica assim. . . ah então é uma coisa assim supernatural. . . a então a gente só precisa usar só remédio pra não engravidar e pronto. (N1)

É uma coisa super natural a gente adolescente assistir, assistir na escola, ta com primo mais velho e ae primo mostra essas coisas, ae a gente acaba vendo que as pessoas não usam camisinha. . . é uma coisa natural e também tem tipo você chegar e você muitas

crianças já pegaram seu pai e sua mãe transando e também nunca chegou a ver o pai usando camisinha ou então o pai falar sobre camisinha. . . então tipo, pra mim era o mundo natural a pessoa não usar camisinha, era uma coisa tipo só pra proteção de filho nunca cheguei a pensar sobre doenças transmissíveis (N1).

Nestes comentários, fica perceptível a influência dos meios de comunicação e a forma como o conhecimento foi absorvido e interpretado. Pode ser observado o quanto pareceu simples chegar a esse conceito de que transar sem camisinha é o natural, visto que, nos filmes de pornografia, isso faz parte da rotina. A educação sexual precisa ser discutida no momento correto, para o devido aprendizado e amadurecimento do jovem neste processo de descoberta sobre a sexualidade.

Em pesquisa com intuito de averiguar o conhecimento de adolescentes foi verificado que adolescentes que referiram ter usado preservativo na última relação sexual apresentam médias mais elevadas nos conhecimentos sobre sexualidade do que os adolescentes que não usaram preservativo e essa diferença é estatisticamente significativa. Concluindo assim que o conhecimento dos adolescentes possivelmente tem influências positivas nas atitudes favoráveis relacionadas ao uso do preservativo. E ainda apresentaram maior conforto nos momentos de negociação do preservativo com o/a parceiro/a (CARVALHO et al., 2017).

O nível de conhecimento dos jovens nesta pesquisa citada foi primordial para que usassem mais o preservativo. O que podemos observar é que várias pesquisas apontam, para a mesma necessidade, de melhoria do nível de conhecimento dos jovens. A fim de favorecer o combate à epidemia que ocorre na população desta faixa etária.

Ainda neste estudo, foi verificado que após as informações recebidas no SAE e até mesmo colhidas em outras fontes, os pacientes relatam o uso consciente do preservativo:

Ae agora que tem uns tempos que comecei a saber o que é o HIV, conheci sobre as doenças, assisti palestra do posto ae eu comecei a usar por causa das doenças (N1).

Minha saúde estava nas minhas mãos, o doutor me explicou como que eu podia ficar, então eu comecei a usar, e que existe outros tipos de doença, eles faziam palestra aqui mostravam outros tipos e eu não queria passar para os outros, o que fizeram comigo eu não queria fazer com ninguém (R1).

Eu acho que depois que eu descobri que eu tinha HIV, eu passei a me preocupar mais com a minha saúde, eu sempre, quase todo mês eu vou em algum medico, depois que eu descobri comecei a ir pra uns medico bem básico, fui no oftalmol. e depois fui pra o clinico geral clinico médico (R2).

Depois que eu descobri foi outra coisa, até depois disso fiquei mais preocupação com a relação, logo no começo fiquei preocupada, achanado que as pessoas que transassem comigo iam pegar, passei um tempo sem querer fazer sexo” (T1).

No geral, foi verificado muito desconhecimento por parte dos jovens, informações básicas, pouco aprofundadas que não deram a eles propriedade sobre esse assunto, o HIV foi exposto de maneira superficial como se fosse apenas para estimular o uso do preservativo, mas

não com a profundidade e seriedade que o assunto merecia. Através de uma educação sexual de qualidade, conseguimos modificar o curso dessa doença que ainda não foi controlada e vem com aumento do número de casos na população jovem. O conhecimento pode ser decisivo no processo saúde-doenças destes jovens.

4.3 Uso do preservativo

Em relação ao uso do preservativo, foi verificado que vários fatores interferem neste hábito, desde situações culturais, diminuição do prazer como alguns relatam e até mesmo a falta de acesso ao preservativo. Esta categoria ficou subdividida para facilitar o entendimento, sendo dividida entre o que o preservativo representa para os jovens e o acesso dos jovens ao preservativo. As unidades de registro identificadas nas falas foram: preservativo (20); camisinha (24); uso/usei/usar/usava (64); nojento/nojo (4); não tinha acesso (11); tinha acesso (2); comprar/comprava (9), totalizando: 134 repetições.

4.3.1 O uso do preservativo e sua representação para os jovens

A utilização do preservativo entre os jovens entrevistados não esteve relacionada a preocupação em relação as ISTs, foram motivos variados aqui descritos. No exemplo abaixo visualizamos que a utilização do preservativo estava intimamente associada ao medo de engravidar, medo este que não existia quando a relação se dava com homens:

Sim, ae quando era com meninas, logo eu me preocupava em usar o preservativo bastante por conta da gravidez. Agora com os meninos eu nunca cheguei tipo a me preocupar muito. . . só achava um pouco nojento, por causa da questão lá, mas enfim. . . (N1)

O medo de engravidar fez com que este jovem tivesse utilizado o preservativo com meninas, já nas relações com homens, não tinha essa preocupação, pois o risco de uma gravidez indesejada não existe. Esta situação deixa os homens que fazem sexo com homens ainda mais vulneráveis ao HIV, pois se a intenção do uso do preservativo for apenas evitar a gravidez ele se torna desnecessário nas relações homo afetivas.

A importância do uso do preservativo para evitar gravidez aparece também em uma pesquisa sobre a importância do uso do preservativo onde, 45% (n=275) sabem que ele é de grande valor no auxílio à prevenção de doenças e gravidez indesejada, 32% (n=198) acreditam que seja para prevenir doenças e outros 4% (n=26) informaram que o preservativo tem mais relevância na prevenção da gravidez (CRISTINA; SILVA; LEMOS, 2017).

Neste estudo uma minoria representada por esses 4%, fizeram a associação do preservativo ser mais importante para a prevenção da gravidez, mas este dado é bastante significativo porque aponta para a necessidade de maiores esclarecimentos destes jovens sobre as ISTs e o impacto que causa na vida de uma pessoa.

Em algumas relações de homens que fazem sexo com homens, o preservativo foi utilizado com a justificativa relacionada ao caráter higiênico. Utilizaram o preservativo porque achavam “nojento”, referindo-se ao sexo anal, mas em nenhum momento foi levado em consideração a proteção contra as doenças transmitidas por relação sexual, como podemos verificar nos trechos a baixo:

Pra mim ser sincero com sexo masculino é diferente, pra mim eu sempre achei mais nojento não usar camisinha, as vezes ano usava o como tinha o acesso, mas sempre quando eu tinha, eu usava, então pra mim não era uma questão mais pra mim não era nem tanto as doenças porque usava por que achava nojento. (N1)

Porque as meninas falava, os caras que eu saia eu tinha nojo, tinha cara que não tomavam banho, eu usava por essa fato do cara não ser higiênico, não tomar banho. . . é por isso que eu usava, não era ah não vou usar porque posso pegar isso. . . era questão de higiene. (R1)

A utilização do preservativo perpassa por diversas situações e significados. A confiança ainda é um fator muito forte para a decisão sobre o uso do preservativo, como podemos verificar nos registros abaixo:

Com aquelas pessoas que a gente não conhece, de vez em quando usava, de vem em quando não usava. . . (T1)

E os critérios que você usava para usar o preservativo? Era não conhecer. . . (W1)

A relação de confiança no parceiro configura uma aparente ideia de segurança e motivo para o não uso em um estudo realizado com adolescentes, foi verificado também que eles reconhecem o preservativo como modo mais eficaz de proteção contra transmissão sexual, no entanto não fazem uso constantemente, em nenhum momento foi relatado por eles dificuldades na negociação do uso do preservativo (ALMEIDA et al., 2014).

Para colaborar com a discussão temos outro estudo que verificou que embora uma parte dos adolescentes tivessem conhecimento acerca da transmissão e formas de prevenção à infecção, acreditam que o preservativo “só precisava ser usado nas “transas” esporádicas, com quem não se conhece bem” (TOLEDO; TAKAHASHI; DE LATORRE UGARTEGUANILO, 2011).

Essa confiança no parceiro aparece em vários estudos como justificativa para não haver a necessidade de utilizar o preservativo. Porém a falta de conhecimento e de reflexão neste assunto não permite que as lógicas dos fatos sejam consideradas. Por que se todas as pessoas não virgens possuem um passado sexual, em nenhum momento os casais relatam que realizaram exames antes de abandonarem o preservativo?

O sentimento também tem forte influência sobre o uso do preservativo, temos o relato de 2 (dois) dos entrevistados que afirmaram que o envolvimento sentimental foi o motivo para desistir ou até mesmo não cogitar o uso do preservativo:

Eu sempre usei, nós vivemos num mundo hoje, o mundo gay é complicado, então eu tinha uma noção que jamais. Passei a gostar muito. Até que chegou ao ponto de me entregar tanto que foi quando eu resolvi excluir a camisinha (R2).

Antes era baixo, mas eu só transava com camisinha, meu ex foi o único cara que transei sem camisinha. Sempre, sempre com camisinha, só nesse relacionamento eu não usei camisinha. . . Foi aquela maldita paixão, ele foi no começo do meu relacionamento foi uma aposta, eu apostei com um amigo que ia ficar com ele, acabei ficando com ele, a gente se conheceu e acabei me apaixonando, foi mais isso o carinho. Como ele me tratava, nunca passou pela minha cabeça usar camisinha com ele, a gente usou quando a gente estava ficando, no primeiro mês (W1).

Na prostituição eu usava, mas quando eu bebia eu não usava não (R1).

Alguns vezes na prostituição eu usava e as vezes não. As vezes levava 5, 3 camisinhas e as vezes acabava e ninguém tinha, e eu queria ganhar dinheiro, estava precisando pagar conta, as vezes o cara também não queria usar. . . mesmo já sabendo que eu tinha HIV. . . (R1)

Desta forma, verificamos que os jovens, em sua maioria, não conseguiam perceber a mais importante necessidade de utilizar o preservativo, que é o uso do preservativo para a proteção de infecções transmitidas pela relação sexual. Pois, o nível de informação sobre o HIV e outras ISTs entre os participantes da pesquisa foi baixo. Portanto, foi percebido que as justificativas para o não uso do preservativo foram simples e não demonstraram estar relacionadas às questões de resistência à utilização do preservativo e sim, na maioria dos casos, pela falta de interesse e valorização do ato.

4.3.2 Acesso ao preservativo

Outro fator importante encontrado no estudo foi referente ao acesso ao preservativo, nos exemplos abaixo verificamos inúmeras dificuldades que acabam sendo comuns à vários jovens:

E o acesso ao preservativo? Tinha fácil acesso?

Não, eu lembro que as pessoas que eu usava, eu nunca tinha, era muito difícil eu ter, eu lembro que as pessoas com que eu me relacionava, eu chegava e perguntava. . .

Tem preservativo? ae a pessoa falava não, não tenho. Ae eu dizia vai comprar, a pessoa ia comprar. Ae quando não tinha eu não fazia. (R2).

Para mim é, eu sempre vou no posto de saúde, eu pego uma caixa, tem unidade de saúde que eles não dão e eu digo sou travesti e trabalho na prostituição se eu pegar alguma doença eu venho aqui com a senhora (R1).

Eu acho que se eu tivesse acesso seria outro nível quando eu tinha era quando pegava no meu pai, eu não tinha a preocupação de comprar, no posto você vai com sua mãe, na escola já cheguei a pegar, na época do carnaval também. Se você tem acesso, tem conhecimento, mas se você já tem o conhecimento e não tem o acesso ao preservativo, ae na hora você não vai deixar de fazer por causa disso (N1).

Percebemos que o acesso ao preservativo é esporádico, a preocupação em comprar é inexistente, as vezes pegava do pai, algumas vezes na escola, carnaval e o posto de saúde que é o local de maior distribuição gratuita, o jovem frequentava com a mãe, o que nos dá a entender que por estar acompanhado ficou receoso e/ou envergonhado para pegar o preservativo.

Eu preferia comprar do que ter que ir no posto. Eu só tinha raiva de ir lá pegar, ficava aquele clima sabe... eu tinha acesso e tinha como comprar, eu sempre tive camisinha em casa (N1).

Em estudo realizado por Santos et al. (2016) com adolescentes, a falta do preservativo no momento do ato sexual e confiança no parceiro também foram apontados como motivos para não utilização nas relações sexuais. Foi verificado que 20,3% (n=16) dos adolescentes não tinham o preservativo no momento do ato sexual, 6,3% (n=5) informaram que não utilizaram por confiar no parceiro, enquanto que 19% (n=15) alegaram a diminuição do prazer nas relações. No total, 16,5%(n=13) dos adolescentes declararam que não praticam sexo seguro desde o início do relacionamento.

A dificuldade de adesão dos jovens foi relatada em vários outros estudos citados em pesquisa realizada por Cristina, Silva e Lemos (2017), quanto ao uso do preservativo, observou-se que 73% (n=449) afirmaram que já tiveram contato com algum tipo de preservativo, 43% (n=265) relataram que o utilizaram em sua primeira relação sexual e 37% (n=228) que não o utilizam em todas as suas relações.

De acordo com a pesquisa de Soares et al. (2015), a frequência do uso de preservativo, obteve o seguinte resultado: 59,2(n=61) relataram uso do preservativo em algumas relações sexuais e 32,0% (n=33) referiram usá-lo em todas as relações, não ocorreram diferenças significativas de gênero. Dentre os motivos para não usar o preservativo, tem-se, em ordem decrescente, que o mesmo “diminui o prazer” em 73,7% (n=76), “quebra o clima da transa” em 50,4% (n=52) e “tem vergonha de comprar” em 24,2% (n=25).

Uma característica marcante em nosso estudo foi do público masculino ser homossexual corroborando com a realidade nacional e local de índices elevados de HIV em HSH. Os motivos para este acontecimento são muitos, inclusive a baixa adesão ao preservativo.

Raquel et.al, encontrou em seu estudo HSH (homem que fazem sexo com homens) que já esqueceram de usar o preservativo devido uso de drogas/álcool, mas também, é uma situação que ocorre quando não estão utilizando bebidas alcoólicas, associado a isso foi detectado o baixo conhecimento (GOMES et al., 2017).

Pode-se observar que o uso do preservativo permanece como o grande desafio entre os jovens e a população em geral, necessitando do desenvolvimento de estratégias eficientes para conscientização da população e consecutivamente diminuição dos casos novos de HIV.

Segundo Oliveira et al. (2015), alguns tipos de intervenções não garantem que o jovem tenha acesso ao preservativo, pois o ato de buscar preservativos nas unidades de saúde significa assumir vida sexual ativa, causando constrangimentos segundo o que relatam os jovens, principalmente se for a mulher, pelo tabu em relação ao sexo, imposto a esse gênero.

4.4 Estrutura familiar e escolaridades dos pais

A estrutura familiar e escolaridade dos pais são importantes fatores que influenciam na formação dos jovens e concepção de valores, assim como no nível de participação dos mesmos no processo educacional dos jovens. Esta temática surgiu através da reflexão sobre a influência que a estrutura familiar e a escolaridade dos pais podem causar no que diz respeito a educação sexual oferecida pela família. Processo este que foi observado em outros estudos que serão citados e que demonstram que ao analisarmos os fatores de vulnerabilidade temos que ter esse olhar. As Unidades de registro identificadas foram: criados com avós (3), mora com avós (2); criado por outras pessoas (1) separados (2), referindo-se aos responsáveis legais por sua criação e as unidades de registro parou estudar/estudou (3), nunca estudou (2) referindo-se à escolaridade dos pais.

Desta forma, vamos discutir o papel dos pais como agentes ativos, importantes e responsáveis na educação desses jovens, assim como as fragilidades encontradas no que se refere à educação sexual.

Quando se trata deste assunto, foi observado que em quase sua totalidade, os entrevistados tiveram famílias desestruturadas, entre elas; mãe que abandonou o filho para ser criado pelos avós e um deles a mãe teve grave problema no momento do parto e ficou em estado vegetativo, ficando a responsabilidade da criação por parte dos avós paternos, agricultores, pais separados como podemos ver nos trechos abaixo:

Mora com minha avó e com meu avô, quando minha mãe teve com 20 dias de nascido ela queria me dar porque ela era de galera essas coisas. eu chamo minha avó de mãe e meu avô de pai (R1).

Só não chamo ela de mãe, eu já morei com ela, meu padrasto queria colocar eu contra ela, as vezes ela ficava do lado, então preferi voltar a morar com minha avó. (R1)

Fui criado pela minha avó (T1).

Minha avó me criou muito trancado, acho que pela questão da responsabilidade, de ser filho de outra pessoa (R2).

Morava antes eu, minha mãe e meu padrasto, depois casei e dividi o aluguel com um amigo (W1).

Na verdade, nunca morei com meus pais, fui criado por outras pessoas. . . tios (J1)

São separados desde 2013, ae tinha passado muito tempo já, eu morava sempre com meu pai, ae quando completei 18 anos fui morar com minha mãe. E ae agora já voltei a morar com meu pai de novo (N1).

Eles eram separados, minha mãe morava aqui e meu pai em Manaus, quando dava as minhas férias eu ia visitar ele, faz 2 anos. . . fui ter contato com ele com 15 anos (L1).

Bem, chegar a conversar realmente não. Porque nessa época meu pai. . . quando meus pais se separaram começaram a viver a vida deles, porque eles sempre foram casados, sempre foram muito ocupados com a família etc. e quando minha mãe se separou ela foi viver a vida com o marido dela e meu pai foi procurar atrás de uma mulher então tipo ele ficava bebendo essas coisas. . . e então a gente fica mais ou menos solto, eu ficava muito em casa. . . ficava sem esse apoio familiar (N1).

Podemos observar uma desestrutura familiar e neste último exemplo o participante afirmou que devido a separação dos pais, ele ficava “meio solto” referindo-se ao fato de ficar no esquecimento, sem apoio familiar.

O apoio e estrutura da família são fundamentais para garantir um crescimento e desenvolvimento saudável aos jovens e adolescentes. A quebra dos vínculos familiares, favorecem um desequilíbrio emocional e social das famílias, logico que depende da forma como esses processos ocorrem, mas sabemos que na maioria dos casos, as influencias sob a vida dos filhos são desastrosas. Na fala do entrevistado observa-se esta situação claramente, os pais se separam e a busca de prosseguir com suas vidas, principalmente amorosas, fizeram com que esquecessem de zelar pelo vinculo e cuidados destinados ao filho. Exercendo assim influências psicossociais negativas neste jovem, não obstante, com certeza afetando no processo educacional deste jovem. Sem o auxílio dos pais na educação sexual dos filhos, estas informações passam a ser recebidas por eles através de influências externas como outros meios de comunicação, amigos e escola.

Em um estudo foi revelado que os adolescentes (n=198), que já tiveram relação sexual, moravam apenas com o pai (18 adolescentes) ou só com a mãe (62 adolescentes), muitos jovens pertencentes a famílias desfeitas se tornam-se mais vulneráveis estimulando o adolescente a ter muitas vezes o comportamento de busca pelo outro como forma de preencher suas carências afetivas de pai e mãe. Entretanto, é preciso destacar que a simples presença dos pais não é suficiente para adiar a iniciação sexual, sendo necessário haver o diálogo entre pais e filhos e se preservar costumes e valores da família. (BAGLI et al., 2011).

O grau de escolaridade dos pais dos entrevistados é baixo, tendo sido encontrado em apenas um dos entrevistados, o pai com ensino superior incompleto. A escolaridade dos pais é capaz de influenciar na vida sociocultural dos filhos. Neste caso, os anos de estudos dos pais está intimamente ligada ao fato de conseguirem discutir sobre o HIV e sexualidade com seus filhos de forma realista e aprofundada.

Minha mãe chegou a tentar fazer faculdade, mas acabou desistindo. Meu pai fez ciência biológicas, mas parou na metade do curso para poder criar a gente e hoje ele é concursado e acha que não precisa mais estudar (N1).

A minha mãe parou no 2 semestre de pedagogia (W1).

Meu avô nunca teve estudo, meu avô faleceu, minha avó recebe pensão e aposentadoria, meu avô sempre foi fazendeiro, mexia com gado essas coisas (J1).

Ela parou de estudar porque na época ela tinha que cuidar de mim e da minha irmã, ela parou de estudar no ensino fundamental ainda (L1).

Neste estudo encontramos a realidade de um baixo nível de conhecimento dos jovens entrevistados em relação ao HIV, a escolaridade dos pais interfere diretamente neste quesito, pois se também não são detentores de conhecimentos específicos, não conseguirão repassar o conhecimento aos seus filhos.

Em estudo foi detectado que os adolescentes cujas mães têm formação superior apresentam valores mais elevados nos conhecimentos sobre a sexualidade do que o grupo de adolescentes em que as mães têm o 1º ciclo do ensino básico. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade no que respeita à escolaridade do pai (CARVALHO et al., 2017).

4.5 A educação sexual: uma responsabilidade compartilhada

Esta categoria foi definida através de unidades de registro que identificam atividades educativas, são elas: Nunca conversou (1), meu pai não explicou/falou (1), não conversa sobre doenças (1), conversar/gravidez (2), família nunca conversou (3), professores falavam (1), professor nunca falou(1), não explicaram/não falaram (2), palestras/posto (1), palestras na escola (1), médico não explicou(1), totalizando: 15 registros divididos em 9 unidades de registros identificadas.

De acordo com o contexto foram distribuídos em 3 subcategorias? Participação da família na educação sexual, participação da escola na educação sexual e participação dos serviços de saúde na educação sexual. Foi subdividido desta forma para melhor visualização dessa responsabilidade compartilhada que envolver a orientação sexual e que foi identificada nas falas dos entrevistados.

4.5.1 Participação da família na educação sexual

A participação da família na educação sexual é de extrema importância, pois o processo de educar é papel dos pais, na ausência deles, dos parentes mais próximos que assumiram a responsabilidade sobre o jovem. E neste processo de educação e formação do cidadão não podemos deixar de lado a educação sexual que na maioria dos casos é menosprezada e

desvalorizada, como se não fosse relevante ensinar aos jovens sobre o mundo da sexualidade, sobre prevenção e cuidados com a saúde.

Sabemos também que o processo educacional é contínuo, mas os pais, ainda nos dias atuais, não contribuem de forma ativa e eficaz para educação sexual dos filhos. Na fala de vários entrevistados observamos a dificuldade que os pais possuem em falar sobre sexo e as formas de prevenção, o tabu em relação ao sexo ainda é persistente em nossa sociedade. Verificamos que existe por diversos motivos uma enorme dificuldade dos pais em falar sobre o assunto como podemos verificar no trecho abaixo:

Sobre o preservativo de verdade, meu primeiro contato com preservativo, foi quando eu era criança, eu tinha 9 anos e eu e meu primo a gente viu um dentro na gaveta do meu pai. . . a gente sempre quis saber como que era camisinha, a gente abriu. . . E meu pai chegou até a brigar com a gente. Em vez dele falar como é que usava, como funcionava. . . Ele só chegou a brigar mesmo e falar que nunca mais era para gente mexer naquele negócio. Então tipo sempre, sabe depois daquilo eu nunca mexi, acho tipo eu só fui mexer em camisinha já era adolescente, bem adolescente mesmo”. Pois é foi mais ou menos isso agora quando eu estava conversando eu lembrei dessa história, meu pai realmente não, olhei aquilo e cheguei até a querer descobrir como usava, funcionava, mas meu pai não explicou (N1).

Tua família? Alguém conversou sobre HIV com você?

Não, minha família nunca falou sobre isso (R2).

Nesta fala observamos que o pai brigou, como se o preservativo fosse algo proibido e ainda o reprimiu contribuindo para que a criança perdesse interesse em descobrir a utilidade do preservativo e por ventura até mesmo criasse um possível bloqueio nesta relação de pai para filho.

Esta falta de participação dos pais na educação sexual dos filhos foi encontrada em outro estudo onde foi observado que o diálogo entre pais e adolescentes é muito restrito, não existindo abertura para conversar e receber orientações sobre questões pessoais e íntimas. O estudo chegou à conclusão que a dificuldade em buscar os pais para o esclarecimento de dúvidas em relação à sexualidade estava diretamente vinculada ao sentimento de medo de sofrer represálias.

E os exemplos de falta de diálogo continuam como verificamos no trecho abaixo, onde o filho relata que o pai foi distante e nunca foi muito de conversar sobre assuntos que envolvessem a sexualidade, para contrabalancear o mãe assumiu este papel, mas não retratou com a seriedade que o assunto merece, os assuntos ligados ao tema eram levados em tons de brincadeira como se houvesse ali uma relação de igualdade tanto de conhecimento como de atitudes e não com o compromisso real de educar e ser principal fonte para esclarecimento destes assuntos. É possível notar total despreparo dos pais para falar sobre o assunto, ainda enraizados valores culturais retrógrados que permitem que a sexualidade permaneça na situação de fruto “proibido”.

Desestrutura familiar. E sobre essa questão de proteção com meu pai nunca foi de conversar sobre isso, sempre foi um pai bem distante, não muito de conversar. . . bem século 20, 19. . . já a minha mãe ela conversou bastante, mas não a chegar a falar sobre . . . ela sempre chegou a falar pra gente se proteger, mas ela falava sobre sexo, a gente sempre conversou sobre sexo e.. já cheguei até no dia do meu aniversário de 18 anos a ela me deu uma caixinha de camisinha brincando, mas tipo nunca foi aquela coisa de chegar e parar e conversar sério sobre proteção. Ela não conversa muito sobre doenças transmissíveis, conversa mais essa parte de gravidez, principalmente com as minhas irmãs (N1).

A figura da mãe apareceu neste exemplo como mais preocupada que o pai em repassar alguma informação ao filho acerca do uso do preservativo, embora mais uma vez, estava muito mais associado à prevenção de gravidez.

A mãe aparece em destaque em outras pesquisas, com esse papel de educadora verificou-se que em relação a educação sexual obtida em contexto familiar, os adolescentes que tiveram a mãe como educadora sexual apresentam médias mais elevadas nos conhecimentos sobre a sexualidade do que os adolescentes que tiveram o pai a desempenhara mesma função, com diferenças estatisticamente significativas (CARVALHO et al., 2017).

Podemos aqui levantar um viés cultural sobre o papel da mulher em nossa sociedade, vivemos numa sociedade machista, onde o homem não tem o habito de cuidar de sua saúde, realizar exames de rotina e de participar de atividades que envolvam a prevenção das doenças. Ficando com a mulher a responsabilidade de ser a “cuidadora”. O reflexo disso é que temos mais mulheres presentes nas unidades de básicas de saúde, sendo assim, por terem essa cultura do autocuidado mais avançado que o gênero masculino, em geral, é natural que sejam mais preocupadas, orientadas, com mais conhecimentos e acabam assumindo com mais propriedade o papel de educadora (FIGUEIREDO, 2005).

Se a dificuldade é grande para os jovens que são criados pelos pais, ela aumenta muito quando são criados pelos avós que são de uma época que a sexualidade era ainda muito mais reprimida, onde ainda se tinha pouco conhecimento, época em que o HIV ainda surgia no país e que a virgindade da mulher era supervalorizada. Então nada podemos esperar dessa geração de tão enraizada cultura patriarcal. Portanto, os jovens que são criados por seus avós têm uma oportunidade ainda menor de receber instruções por parte deles como verificamos no trecho abaixo:

“Eu nem lembro, na minha parte da minha avó, ela nunca quis falar nada sobre isso, porque ela é daquele tempo antigo” (R2).

Verificamos também importante participação de outros membros da família, como os primos, neste processo de troca de informações sobre a prevenção de doenças, em especial o uso do preservativo, como nos trechos a seguir:

Amigos a gente conversava entre sai, mas em casa nunca, teve uma prima só, ela sempre chegava assim, mas nunca falava profundamente, falava pra se cuidar se prevenir, minha família é muito antigona, em relação a isso todo mundo fica (R2).

Essa questão de tirar o ar, aprendi na conversa com um primo meu que me disse que uma vez a camisinha estourou, a gente conversando sobre o assunto ele falou que tinha que tirar o ar e também falou da pílula do dia seguinte (R2).

A qualidade das orientações fornecidas pelos pais foi considerada baixíssima e de extrema pobreza de detalhes, apenas orientando o uso do preservativo para evitar gravidez, nos casos em que houve algum diálogo sobre sexualidade. Pois, boa parte dos pais se quer dialogaram com seus filhos sobre o uso do preservativo e as doenças sexualmente transmissíveis, como podemos verificar nas falas abaixo:

A minha mãe já conversou comigo sobre. . . usava camisinha pra não dar o que deu. o que mãe? Você nasceu! Minha mãe falava só assim (W1).

Minha mãe ficava me falando as coisas pra eu mim me prevenir, usar camisinha. Para mim ter cuidado, porque existe pessoas ruins com doença que transmite pra pessoa (L1).

No caso era mais com as minhas irmãs, minha mãe sempre se preocupava mais com as minhas irmãs, porque elas são mais novas, agora elas estão adolescente ne? Ae ela ficava preocupada delas engravidarem cedo, mas nunca foi na questão de doença mesmo (N1).

Ela não conversa muito sobre doenças transmissíveis, conversava mais essa parte de gravidez, principalmente com as minhas irmãs. Apesar de minha mãe já ter contraído o HPV, ano passado (N1).

Culturalmente o uso do preservativo para evitar a gravidez na adolescência é mais citada e valorizada no discurso dos pais. A ideia de HIV ser a doença do “outro” e de menosprezar as chances do (a) filho (a) ser infectado por esse vírus, faz com que os pais se preocupem muito mais com as gravidezes não planejadas. Quando se refere à importância do uso do preservativo, verificamos que para a maior parte dos jovens, a importância está voltada na prevenção de gravidez, para os pais, amigos, familiares, ou seja, a sociedade como um todo preocupa-se em repassar a informação para o jovem associando o intuito principal do uso do preservativo ‘a gravidezes precoces. Essa associação do preservativo voltado principalmente para evitar gravidez, colabora muito com para a vulnerabilidade dos jovens, principalmente os homossexuais, pois não conseguem verificar a real importância de utilizar o preservativo, desencorajando-os ao uso.

Os pais representam aos seus filhos os maiores exemplos de vida. São usados como espelhos para tomadas de decisões e na formação do caráter. Temos os pais como pessoas as quais podemos recorrer em diversos momentos, por este motivo exercem sobre seus filhos relação forte de confiabilidade e poder. Desta forma, é comum que os diversos assuntos, dos mais simples aos complexos sejam confiados a estes.

Em pesquisa com adolescentes foi verificado que a maior parcela dos entrevistados refere tirar dúvidas sobre sexo ou sexualidade com os pais, totalizando 44% (n=269), em seguida 39% (n=243) procuram os amigos mais próximos para sanar dúvidas, algo preocupante visto que estão correndo o risco maior de receber informações errôneas e baseadas na experiência própria de cada um deles, jovens adolescentes e possuem pouco conhecimento sobre o assunto, podendo transmitir informações errôneas (CRISTINA; SILVA; LEMOS, 2017).

Na fala que se segue podemos observar a importância que foi dada às informações recebidas pelos pais, neste pequeno trecho verificamos que a jovem recebia orientações, ouvia sobre o assunto, mas não processava a informação.

Era o que mais ela falava. Ela falava para eu me prevenir porque HIV pode, ela dava conselho porque não é fácil ter essa doença. Ela falava antes só que eu não dava ouvidos, ae depois ela começou a pegar no meu pé (L1).

Situação semelhante a esta foi revelada em estudo de Almeida e Centa (2009), onde os pais relataram dificuldades em realizar a orientação sexual dos filhos, pois não conseguem comunicar-se com seus adolescentes porque não tem coragem para falar de algumas questões referentes à sexualidade, principalmente pelo desinteresse e falta de atenção por parte dos filhos para ouvi-los.

A educação oferecida pelos pais deve ser algo com dedicação, conversas realistas, calmas, com exemplos, para que as chances de se tornarem efetivas sejam maiores, o jovem em sua fase adolescente, muitas vezes não atribui o devido valor aos conselhos dos pais, e se, essas conversas não forem realizadas com o devido cuidado e atenção que necessita, o jovem não “dá ouvidos” como verificamos na fala do entrevistado.

Um exemplo prático sobre a importância do papel dos pais é o resultado de uma pesquisa que concluiu que os adolescentes com melhores práticas sexuais eram aqueles que possuíam uma melhor comunicação com os seus pais. O grau de conhecimento esteve intimamente relacionado à preocupação dos pais com a sexualidade dos filhos, sendo assim percebeu-se uma tendência positivista de credibilidade em relação aos pais e liberdade, favorecendo com que eles não omitam suas dúvidas sobre o assunto. Foi observado na fala dos entrevistados referências sobre o papel positivo e de contribuição dos pais em relação à sua sexualidade. Os pais deste mesmo estudo quando questionados sobre de quem seria a responsabilidade da educação sexual dos filhos, elegeram a escola (93,8) mas também afirmaram que a educação sexual era complementada em ambiente familiar (93,8%). Os resultados mostraram ainda, que tanto para os adolescentes (56,7%), como para os professores (93,8%), a família era também

uma Instituição que completava o papel da escola, isto é, a educação sexual dos adolescentes deveria ser partilhada pelas duas Instituições (VILELAS, 2008).

Em outro estudo, que retrata os fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em IST/Aids (CAP) foi verificado que ter os pais e os profissionais de saúde como principal fonte de educação sexual e ter o professor (a) como principal pessoa de referência contribuem significativamente para níveis mais elevados de CAP. Independentemente da etnia, gênero, idade, renda e escolaridade (FONTES et al., 2017).

Em pesquisa realizada por Almeida e Centa (2009) foi verificado que alguns pais, revelaram o quanto sentem-se constrangidos em falar sobre sexualidade com seus filhos. Relatam que ao sentirem dificuldade para abordar este assunto com os filhos, várias lembranças vieram à tona e eles não conseguiram esconder que a maneira como tinham sido educados, principalmente em relação à sexualidade teria deixado marcas que estavam presentes até hoje, o que dificulta a comunicação e a transmissão de conhecimentos e valores relacionados à sexualidade.

A falta de diálogo e proximidade dos pais foi revelado em pesquisa que identificou que após os adolescentes responderem em quais meios tinham mais liberdade para tratar do tema sexualidade, apenas 33% se sentiam à vontade com os pais; 58,7% com os amigos; 45,9% na escola; e 30,3% no Centro de Saúde. Em concordância com o resultado obtido nas perguntas fechadas, a resposta “com os amigos” foi a mais frequente quando se fez a pergunta aberta “Com quem mais se informam sobre sexualidade” (BAUMFELD, 2012).

Esta informação tem sua importância uma vez que os jovens preferem conversar com os amigos que possuem experiência equivalente do que com os seus pais que podem repassar informações mais consistentes sobre educação sexual.

Ao realizarmos a análise do estudo nos deparamos com todas essas situações citadas de falta de preparo dos pais para a discussão e ensino da educação sexual, aliada à dificuldade em falar sobre o assunto. Diversos estudos comprovaram o quanto é eficaz para o conhecimento dos adolescentes a participação dos pais como principal instrumento facilitador do aprendizado sobre sexualidade.

4.5.2 Participação da escola na educação sexual

Em virtude de acesso à informação teremos que analisar também como ocorre o papel da escola na educação sexual, promoção e prevenção da saúde desses jovens. Lembrando que a escola é a continuação do processo educacional que se inicia nas famílias. Discutiremos as

fragilidades detectadas por falhas nas escolas em garantir o conhecimento de prevenção de ISTs aos jovens.

A participação da escola na educação sexual é de extrema importância, significa a continuidade da educação oferecida pelos pais, verificamos durante a pesquisa que o conhecimento adquirido na escola é de baixa qualidade e em alguns casos relatados como inexistente, verificamos que falar sobre sexualidade e ISTs não é uma prioridade nas escolas e na maioria das vezes acaba sendo realizado sob responsabilidade das instituições de saúde, como podemos verificar nos relatos abaixo:

Assim nunca ninguém chegou a conversar comigo, nem escola nem família, nada nada nada. . . nem na escola, depois dos 15 anos, 16 anos eu comecei a ouvi a falar, mas com 17 anos eu já tinha pegado esse vírus, eu já sabia que tinha com 17 anos (R1).

Na escola, os professores que falavam, a professora de biologia sempre era a que mais falava. . . A verdade eles só falavam cuidados com as doenças, usar o preservativo, só fala o básico do básico (W1).

Falava na escola, mas falava pouco, falava só pra pessoa se prevenir, usar camisinha, era palestra com gente de fora (T1)

A gente estava tipo assim 7 série, 6 série, ensinava como usar o preservativo, ensinava sobre as doenças, só que tipo o HIV nunca foi assim muito profundo, sempre falava que tinha tratamento essas coisas. No meu ensino médio nunca teve, teve mais no fundamental, as palestras foram do posto de saúde, quando tinha o posto de saúde vinha dar. Em sala de aula você teve? Não, sempre que tinha era no posto de saúde (R1).

Algum professor deu em alguma disciplina esse assunto?

Eles só falaram e não ensinaram, tipo assim a gente estudava um assunto de doenças que era transmitida, ae só que eles num explicavam direitinho para entender bem, eles não explicavam muito bem assim pra gente aprender direitinho (L1).

A importância da escola foi constatada em pesquisa sobre a educação sexual recebida numa escola onde foi possível verificar que o grupo de alunos que não participou de nenhuma atividade relacionada com a sexualidade apresentou médias inferiores nos conhecimentos quando comparado com adolescentes que tiveram mais de 5 anos de educação sexual. O grupo de adolescentes que teve entre 5 e 6 anos e mais de 7 anos de educação sexual na escola obteve valores mais elevados nos conhecimentos do que o grupo de adolescentes que teve 3 a 4 anos de educação sexual em meio escolar (CARVALHO et al., 2017).

Desta forma observamos que a escola é de fundamental importância na discussão deste tema, os jovens precisam se apropriar do assunto, principalmente no que diz respeito às informações de prevenção de doenças transmitidas pela relação sexual, criando no aluno censo crítico sobre o uso do preservativo. A escola geralmente terceiriza essa responsabilidade e realiza atividades sobre esse assunto de forma esporádica, verificamos que estudos já foram realizados confirmando que o tempo dispensado pela escola na educação sexual é diretamente proporcional ao grau de conhecimento dos mesmos.

Ainda sobre a questão da sexualidade em ambiente escolar, estudo realizado com adolescentes do 1 ano do ensino médio de uma escola pública do município de Fortaleza, através de experiência de uma oficina sobre métodos contraceptivos e prevenção de ISTs com adolescentes, tendo sido uma oportunidade importante de reflexão e discussão, ampliando o campo de conhecimento deles sobre esses temas, os autores observaram, que depois de apenas dois encontros, o tema em questão despertou a atenção dos adolescentes interessados em ouvir e participar das discussões (CARNEIRO, R. F. et al, 2015).

Este exemplo acima citado nos oferece um direcionamento sobre como pode ser realizado essa educação sexual nas escolas, através de oficinas interativas, onde os autores verificaram que após 2 encontros na oficina os alunos despertaram o real interesse sobre o assunto.

Para declarar como relevante a educação sexual temos um estudo que conclui que é dever do professor estar preparado para responder às dúvidas e curiosidades sobre sexualidade a fim de que os alunos não necessitem buscar respostas em outras fontes. Com a ausência da família e algumas falhas da escola, o jovem pode aprender sobre sexualidade de forma a colocar sua saúde sexual em risco, passando por problemas como gravidez indesejada, IST e aborto, por exemplo (RIBEIRO et al., 2017).

A educação sexual na escola neste estudo apresentou muitas falhas, o assunto foi principalmente abordado pelos profissionais de saúde das unidades básicas que utilizavam o espaço da escola para a realização de palestras. Fica claro que boa parte das escolas frequentadas pelos participantes da pesquisa, não possuem em sua organização e planejamento ações envolvendo o assunto da sexualidade com a ênfase necessária.

Participação dos serviços de saúde na educação sexualPodemos verificar nos próximos comentários, 2 realidades distintas em relação ao serviço que oferece atendimento e os acompanha em relação ao HIV. Um dos entrevistados relata que já assistiu palestra no SAE, embora sejam raras de ocorrer e faz um discurso positivo sobre o médico e seu acompanhamento no SAE. O outro cliente atendido no SAE relata que a explicação sobre HIV oferecida a ele, após o seu diagnóstico, foi de baixa qualidade e que suas informações sobre o HIV foram complementadas por interesse próprio através de pesquisas em outros meios de comunicação.

Você já participou de alguma atividade no SAE? Sim, quando tem palestra. Só quando chega alguém aqui pra fazer a palestra, mas é raro ter palestra aqui, meu médico me explica tudo, conversa comigo, só o médico que conversa comigo a enfermagem faz mais a parte da pesagem (R1).

Aqui no SAE eu não peguei muita informação, só me disseram que eu tinha que ter mais cuidado, usar preservativo, mas não aprofundou, eu cheguei em casa eu me aprofundei nas minhas pesquisas (W1).

Na verdade, o que eu fiz muito antes, foi uma palestra, aqui no CTA. Na época quando eu vim, botava a gente na sala, mostrava tudinho, como retirava camisinha, como colocava. . . na primeira vez que eu fiz o teste na minha vida. Mas eu não tinha nada. Mas não faz mais, você chega lá fura teu dedo, te dá um bom dia e pronto. Antigamente tinha isso, agora não tem mais (J1).

La no CTA você assistiu palestra pra fazer HIV? Em nenhum momento teve palestra, eu não lembro (R2).

No exemplo acima o entrevistado relata o antes e o depois do CTA, deixando explícito que o serviço não permaneceu com a mesma qualidade. Demonstrando mais uma falha dentro do que é proposto, este serviço se faz muito importante pelo fato de ser a porta de entrada de muitos casos de HIV, pois o seu funcionamento principal é realizar o exame para detectar o vírus.

4.6 Acesso às medidas de prevenção e promoção da saúde no programa IST/Aids pela Atenção Básica.

Neste tópico vamos discutir as questões que estão intimamente ligadas à proximidade dos jovens com os profissionais de saúde da atenção básica, por serem um dos principais responsáveis pela educação em saúde na estratégia de saúde da família. Identificado através da palavra chave: Posto de saúde.

O que podemos observar é que os jovens não possuem o hábito de frequentar o serviço de saúde, participam na maioria das vezes com familiares que os convidam, os convites para ações de saúde ou palestras voltadas para esse público são raras demonstrando o descompromisso dos postos de saúde com o público desta faixa etária. Quando questionados sobre a frequência nas unidades de saúde, as respostas dos jovens foram de não ter hábito de frequentar o posto de saúde.

Você tinha acesso ao posto de saúde?

Tinha, mas só ia me pesar no bolsa, tinha uns 11 anos, minha avó não me deixava assistir aquelas coisas tinha palestra, mas nunca chamou atenção, eu era pequeno, tinha uns 11 anos(R1)

E o hábito de ir no posto de saúde?

Fui quando estava morrendo, com plasmodium (J1).

A realidade é que os jovens não são incentivados pela família e profissionais da saúde a frequentarem as unidades de saúde, dificultando o acesso à informação, atividades educativas e a procura pelo preservativo nas unidades de saúde. Existindo uma grande fragilidade dentro da

estratégia saúde da família em relação ao estímulo que deve ser dado aos jovens em relação às medidas de prevenção e promoção à saúde.

Esta situação de acesso aos serviços de saúde e suas atividades é destacada em outros estudos, como no caso de estudo feito com homens que fazem sexo com homens (HSH), dentre as variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática, destaca-se a alta proporção de HSH que nunca fez o teste para o HIV (49,5%) e para a sífilis (75%). Com relação aos insumos, 85,1% nunca receberam gel lubrificante nos últimos 12 meses e 44,1% dos HSH relataram nunca ter recebido preservativos gratuitos, e os que receberam informaram que foram insuficientes (GOMES et al., 2017).

De acordo com Gomes et al. (2017) resultados da análise dos fatores indicadores de vulnerabilidade programática indicam potenciais falhas na estratégia das políticas de saúde pública e na participação da sociedade civil (ONGs e demais parcerias) junto à população de HSH. A associação entre não conhecer algum grupo organizado ou ONG, não receber preservativos gratuitamente, receber número insuficiente de preservativos ou não receber gel lubrificante e o baixo conhecimento aponta para a falta de acessibilidade às informações de promoção da prevenção.

De acordo com o estudo, melhor escolaridade estimula a demanda por conhecimentos específicos sobre a doença, e facilita o entendimento dos riscos de contágio quando as informações são providas por meio da mídia, familiares, ONGs e serviços.

Esses resultados indicam urgente avaliação e aprimoramento do acesso e acolhimento dessa população aos serviços básicos e especializados de saúde, e a adequação estrutural das estratégias de prevenção, com abordagens e métodos que considerem contextos mais amplos e equipes multiprofissionais capacitadas, que atuem com as especificidades desse subgrupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho vem contribuir para identificar onde encontram-se as maiores falhas e de que forma podemos melhorar a omissão que ocorre dentro da sociedade em relação aos jovens. Esta conscientização do processo saúde doença e de sua responsabilidade foi favorecida, apenas no momento que estes jovens já estavam fazendo acompanhamento para o HIV, doença pela qual a maioria nem pensava ter que conviver e não sabia informações importantes sobre o tema.

No estudo foram identificadas situações que demonstram que os jovens de Roraima estão vulneráveis em todos os componentes de vulnerabilidade, sejam eles relacionados no aspecto individual, social ou programático.

No aspecto individual é importante dar destaque ao nível de conhecimento dos participantes em relação ao HIV, tendo apenas 1 dos entrevistados afirmado ter maiores informações sobre a doença, a maioria nunca teve acesso às informações inerentes e indispensáveis sobre o HIV para que pudessem proteger-se do contágio pelo vírus. É muito preocupante quando você ouve um jovem afirmar que nunca ficou sabendo nada sobre o HIV. A forma como se dá esse início da atividade sexual muito influencia nos comportamentos e condutas a serem tomadas pelos jovens, podemos também associar que os riscos de contrair o HIV já estão presentes desde o primeiro contato sexual. Desta forma é de extrema importância o maior esclarecimento sobre a doença, forma de contágio e de prevenção. Neste momento verificou-se o quanto estão vulneráveis. Não se pode permitir que esses jovens iniciem sua vida sexual sem o mínimo de conhecimento para a tomada de decisão consciente sobre o uso do preservativo, como principal meio de prevenção das IST.

Verificamos que todo processo de mudança se inicia na educação, o baixo nível de escolaridade está diretamente ligado ao aumento da vulnerabilidade dos jovens ao HIV. Sabemos que a vulnerabilidade individual está relacionada ao nível de entendimento e capacidade individual de cada um, associado a isto, conseguimos identificar através desta pesquisa, um grande desconhecimento aos riscos do HIV que tornam essa população jovem vulnerável.

A vulnerabilidade social esteve presente, através de situações pessoais vivenciadas por cada um deles, situações de desestrutura familiar, questões socioeconômicas, baixa escolaridade dos pais e a pouca ou nula participação da família na educação sexual destes jovens. O acesso à escola foi preservado, 2 entrevistados estudaram apenas até o ensino fundamental, motivo este que não foi exposto. As condições econômicas favoreceram que 2 dos participantes procurassem o caminho da prostituição. Sendo assim, vimos que as questões sociais possuem uma enorme relevância, contribuindo para a vulnerabilidade dos jovens.

Adolescência é uma fase de muitas mudanças físicas, sociais e emocionais, os adolescentes não são valorizados em seus ambientes familiares, até porque culturalmente estão numa fase “revoltada da vida”, necessário fazer com que os pais entendam a importância do tema a ser discutido com antecedência, porque poucos são os que se propõem a conversar com seus filhos sobre prevenção e cuidados sobre a sexualidade. É necessária a conscientização de que não está sendo realizada apologia ao sexo e sim a importância de se praticar o sexo seguro.

Foi verificado em vários momentos, na fala dos jovens entrevistados, que a gravidez é o que mais preocupa os familiares, os jovens no seu cotidiano não recebem informações concretas e suficientes sobre a prevenção das ISTs, a família não dá a devida importância ao assunto, acabando utilizando outros motivos para fazer os jovens serem adeptos ao preservativo,

alegam que eles precisam usar camisinha para evitar uma gravidez não planejada e precoce. O medo de engravidar faz com que boa parte preocupe-se utilizar o preservativo como forma de prevenção de gravidez, mas a prevenção ao HIV, mais uma vez é deixada para o segundo plano.

Sendo assim os jovens homossexuais encontram-se ainda mais vulneráveis, visto que neste tipo de relação não existe a possibilidade de engravidar o parceiro, se o conhecimento que os jovens tiverem estiver apenas relacionado a isto, logo não serão adeptos ao preservativo.

E para finalizar temos a discussão acerca da vulnerabilidade programática que envolve a corresponsabilidade de instituições e programas, visando a promoção, prevenção e recuperação de saúde relacionada ao HIV, neste caso. Foi verificado um déficit no acesso desses jovens aos postos de saúde, baixa frequência com a qual os jovens recebem informações ou participam de atividades nas unidades de saúde interferindo no acesso às orientações realizadas por profissionais da área da saúde, que são os mais preparados para abordar o tema, pelo fato de serem detentores do conhecimento, mas nem sempre estão preparados ou incentivados a procurar a participação desta população.

Outro aspecto observado foi a dificuldade do acesso ao preservativo, principalmente relacionado ao interesse dos jovens, pois fica difícil exigir que se interessem sobre o assunto se não são detentores de conhecimento suficiente para uma mudança de comportamento. Foi observado que por não ter sua independência financeira e os pais não oferecerem o preservativo, os jovens afirmaram não ter o preservativo disponível. Outros alegaram ter vergonha em pegar preservativo nos postos de saúde, principalmente quando estão acompanhados dos seus genitores.

Desta forma, pode-se observar que estratégias de distribuição devem ser melhoradas, distribuir preservativos de forma intensificada no carnaval não é o suficiente, é preciso estratégias de interação com esses jovens que favoreçam o conhecimento, assim como acesso ao preservativo. É importante intensificar as atividades dos agentes de saúde fazendo com que eles interajam diretamente com esse jovem e possam colaborar com a distribuição de preservativos durante as visitas domiciliares, assim como todos os outros membros da equipe multidisciplinar que participam da Estratégia de Saúde da Família. E também é necessário que se desenvolvam atividades voltados para o público jovem, afim de facilitar a interação com os mesmos e o conhecimento sobre as IST, realizando atividades de promoção e prevenção de saúde, rodas de conversa, consulta com os adolescentes e palestras. É essencial esta aproximação dos jovens na unidade de saúde, até para que sintam liberdade de buscar o posto de saúde a qualquer momento.

Foi verificado também através das falas, que o CTA (centro de testagem e diagnóstico) assim como o SAE, que são dois serviços que trabalham especificamente com o tema, possuem

suas fragilidades, como identificamos participantes satisfeitos com as informações, mas também alguns que alegaram que a maioria das informações após o diagnóstico foram realizadas por conta própria em outras fontes. Já o CTA, foi relatado que houveram mudanças no atendimento no momento da testagem, segundo o relato, o CTA anteriormente já teve uma política de maior humanização e orientação com palestras pré-teste, o que não acontece atualmente. O entrevistado que mencionou esta situação já frequentou o serviço em 2 momentos diferentes e por este motivo relatou o ocorrido, fruto de sua experiência.

Estas fragilidades encontradas nas instituições e serviços necessitam ser o mais rápido possível sanadas, pois refletem diretamente no controle do HIV. Visto que, se temos um paciente bem informado sobre o HIV, teremos como resposta, um paciente com responsabilidade sobre si, evitando também a transmissão do vírus para outras pessoas. E menores índices de abandono de tratamento.

Os centros que realizam teste rápido, sejam postos de saúde ou o próprio CTA, necessitam ter uma qualidade profissional para quem vai realizar a palestra pré-teste, por tratar-se de um importante momento e oportunidade de enriquecer o conhecimento dos pacientes que procuram o exame, pois uma parte deles já estão realizando baseados em desconfianças, medos, desconhecimento do seu estado sorológico ou até mesmo que já estão em tratamento para outras IST. Esta estratégia poderá contribuir de forma significativa nesta necessidade encontrada sobre a falta de conhecimento, necessitando ser resgatada nos serviços onde por ventura não esteja funcionando adequadamente.

A vulnerabilidade em toda a sua abrangência possui situações de difícil alcance, como a situação social que em virtude de vivermos num país subdesenvolvido é algo a ser resolvido a longo prazo, mas existem estratégias que podem estar contribuindo para amenizar todos esses fatores que deixam os jovens mais vulneráveis ao HIV. Dentre elas, o fortalecimento da educação sexual nas escolas, o fortalecimento da atenção básica dos municípios que precisam ter um olhar diferenciado para esta população.

É necessário que seja incluído na educação escolar de forma efetiva, a educação sexual e aulas aprofundadas que abordem esses temas, incentivando adolescentes a partir dos 10/11 anos, que possuem um nível de entendimento e maturidade maior para lidar com esses assuntos.

Fatores como escolaridade, nível socioeconômico e questões culturais são de enorme relevância, mas a solução torna-se a longo prazo, desta forma é necessário investir no que está ao nosso alcance, temos 3 grandes aliados nesse processo a caminho da educação sexual que seria a escola, a família e as instituições de saúde (CRISTINA et al., 2017).

A melhoria do conhecimento dos jovens sobre o HIV e outras IST aumentam as chances de comportamentos sexuais mais seguros e protetivos. Em estudo realizado para saber o impacto de um programa de intervenção educativa, foi verificado que o programa teve efeito preventivo imediato e de longo prazo, melhorando os comportamentos protetores a curto e a longo prazo, nomeadamente o uso do preservativo com parceiro fixo na última relação sexual, na realização do teste VIH em ambos os sexos, ter tido menos parceiros ocasionais nos últimos 12 meses no sexo feminino. Ainda, se deu uma melhoria dos conhecimentos sobre a infeção HIV, uma melhoria da percepção de risco individual (CRISTINA et al., 2017).

Portanto torna-se de extrema necessidade a implantação de estratégias que visem a melhoria da qualidade das informações dos jovens acerca da sexualidade e das consequências de seus comportamentos, tornando-os mais seguros e conscientes em suas tomadas de decisões.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C. C. H. de; CENTA, M. de L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 71 – 76, 2009.
- ALMEIDA, S. A. et al. Concepção de jovens sobre o HIV/Aids e o uso do de preservativos nas relações sexuais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**., v. 35, 2014.
- AYRES, J. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências, Fiocruz Rio de Janeiro, v. 2, p. 121 – 144, 2003.
- AYRES, J. R. D. C. M. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **American Journal of Public Health, American Public Health Association**, v. 96, n. 6, p. 1001 – 1006, 2006.
- BAGLI, D. M. et al. Questões Socioeconômico-familiares associadas à prática sexual de adolescentes: Um estudo da capital de Mato Grosso. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 164, Out/Dez 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648969011>>. Acesso em: 15 maio 2018.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008. ISBN 9789724415062. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=AFpxPgAACAAJ>>. Acesso em: 20 fevereiro 2017.
- BAUMFELD, T. S. et al. Autonomia do cuidado: interlocução afetivo-sexual com adolescentes no PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 71 – 80, 2012. Disponível em: <http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=634>. Acesso em: 21 março 2018.
- BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 16 fevereiro 2017.
- _____. Boletim Epidemiológico. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, 2016. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2016>> Acesso em: 06 abril 2018.
- _____. Boletim Epidemiológico. Secretária de Vigilância em saúde. Ministério da saúde. HIV AIDS 2017, Brasília (DF), 2017. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>> Acesso em: 21 abril 2018
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Parâmetros Curriculares Nacionais. Orientação sexual. Brasília, 1998. Disponível em: <https://www.cpt.com.br/pcn/pcnparametros-curriculares-nacionais-documento-completo-atualizado-e-interativo>. Acesso em: 09 fev. 2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras IST. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf> Acesso em: 13 maio 2017

_____. Política Nacional de IST/AIDS: Princípios e diretrizes. Brasília, 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf> Acesso em: 19 maio 2017

_____. Política Nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf> Acesso em: 19 maio 2017

_____. Política Nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: princípios e diretrizes. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1509.pdf>> Acesso em: 20/03/2018.

_____. Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Prática da população brasileira. Brasília, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf> Acesso em: 20 maio 2018

_____. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília, V. único, p. 7 – 704, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>> Acesso em: 20 maio 2018.

_____. Saúde sexual e Saúde reprodutiva. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf> Acesso em: 25 maio 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA CONJUNTA N 1. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2013. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-conjunta-no-1-de-16de-janeiro-de-2013>>. Acesso em 20 de abril de 2018.

BRITO, A. M. D.; CASTILHO, E. A. D; LANDMANN, C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **207.Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207 – 217, Mar/abril. 2001.

CARVALHO, C. P. et al. Conhecimentos sobre sexualidade: Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 30, n. 2, p. 249 – 274, 2017.

CONNEL, R. **Masculinities: knowledge, power and social change**. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000169&pid=S0102-4450200900030001300008&lng=pt> Acesso em: 19 março 2018.

CRISTINA, A. et al. Impacto de um programa de intervenção educativa nos comportamentos sexuais de jovens universitários. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 13, p. 71 – 82, jun. 2017.

CRISTINA, E.; SILVA, K.; LEMOS, F. R. Conhecimento, atitudes e práticas com relação ao uso do preservativo no IEE Professor Annes Dias. **Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 5, n. 1, p. 102 – 111, 2017.

CZERESINA, D.; FREITAS, C. M. D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Scielo Editora, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/m9xn5/02>> Acesso em: 19 março 2017.

FERNANDES, H. et al. Violência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS em jovens homossexuais e bissexuais. **Acta Paulista de Enfermagem**, Universidade Federal de São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390 – 396, 2017.

FERRAZ, D.; PAIVA, V. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro, **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n. 18, p. 89 – 103, Set 2015.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva[online]**, v. 10, n. 1, p. 105 – 109, 2005. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>. Acesso em: 20 maio de 2018.

FONSECA, A. A. da. **Vulnerabilidade à AIDS: um estudo das crenças de adultos jovens em contexto universitário**. 2013. 180 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) — Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

FONTES, M. B. et al. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e Hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** 2017, vol.22, n.4, pp.1343-1352. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.12852015>, no Brasil. 2017. Acesso em: 13 março de 2018.

GARCIA, S.; SOUZA, F. Vulnerabilidades ao HIV/Aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 19, p. 9 – 20, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistemas de Saúde no Brasil. 2ª edição revisada e ampliada, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

GOMES, R. R. F. M. et al. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017001005001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 13 março de 2018.

GUBERT, A. F. et al. Escalas para medida de comportamento preventivo em meninas adolescentes frente às IST/HIV: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Scielo Brasil, v. 31, n. 4, 2010.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília: Autor, 2012. Disponível em:<https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES_POPULA%C3%87%C3%83O_TRANS.pdf?1334065989> Acesso em: 06 de junho de 2017

KNAUTH, D. R. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. **Estudos Feministas**, v. 5, n. 2, p. 291 – 301, 1997.

M., M. J.; TORANTOLA, D.; NETTER, T. W. **A AIDS no mundo**. 1. ed. Rio de Janeiro. 1. ed. [S.l.]: ABIA, 1993.

MEYER, D. E. E.; KLEIN, C.; ANDRADE, S. d. S. Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. **Educação em Revista** (Belo Horizonte), n. 46, p. 219 – 239, dez 2007.

MINAYO, M. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes. 2010.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, SciELO Brasil, v. 16, n. 5, p. 923 – 928, 2008.

OLIVEIRA, L. de Fátima Rodrigues de et al. Adesão de adolescentes à camisinha masculina. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 07, n. 01, p. 1765 – 1773, jan-março 2015.

PAIVA, V. et al. A Vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? **Cuadernos Mujer Salud**, p. 34 – 38, 1998.

PARKER, R. **Cultura, economia política e construção social da sexualidade**. In: O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2000.

PARKER, R. **Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das IST/Aids** In Parker, R.; Terto Junior, V. & Pimenta, M. C. Aprimorando o Debate: respostas sociais frente à Aids: Anais do Seminário: Princípios Possíveis para as Respostas ao HIV/Aids. Rio De Janeiro: ABIA, 31- 36.

RAMOS, J. et al. Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2016. [S.l.], 2016.

RIBEIRO, M. et al. “Sexualidade infantil: o que dizem os pais dos alunos acerca dessa temática no livro didático de Ciências da Natureza?”, **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, (abril-jun 2017). <http://www.eumed.net/rev/cccscs/2017/02/sexualidadeinfantil>. Acesso em 12 de jun. 2018.

RODRIGUES, L. S. A. et al. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/AIDS: estudo de representações sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 349 – 355, 2012.

SANTOS, C. P. et al. **Use of male condoms among teenage students**. v. 18, n. 2, p. 60– 70, 2016.

SCHAURICH, D. Dos Grupos de Risco à Vulnerabilidade: Reflexões em Tempos De HIV/Aids. **Revista Contexto & Saúde**, v. 4, n. 6, p. 115 – 127, 2013.

SOARES, L. et al. Avaliação do comportamento sexual entre jovens e adolescentes de escolas públicas. **Adolescência e Saúde**, v. 12, n. 02, p. 76 – 84, abr/jun. 2015.

TERTO JUNIOR, V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horizontes antropológicos**, SciELO. Brasil, v. 8, n. 17, p. 147 – 158, 2002. Disponível em [:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010471832002000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010471832002000100008). Acesso em: 22 de abril de 2017

TOLEDO, M.; TAKAHASHI, R. F.; DE LA TORRE UGARTE GUANILO, M. C. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, SciELO, v. 64, p. 370 – 375, 04 2011. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=pt&pid=S003471672011000200024>> Acesso em: 15 de maio de 2017.

UNAIDS. Disponível em: <https://unaid.org.br/relatorios-e-publicacoes/> Acesso em: 30 de agosto de 2017.

VILELAS, J. Educar sexualmente os adolescentes: uma finalidade da família e da escola? Porto Alegre (RS). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Set 2008.

WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY. Declaração dos direitos sexuais. **Revista Terapia Sexual**, São Paulo, v. 2, n.2, p. 121-122, jul./dez. 1999.

APÊNDICE A- APÊNDICES

A.1 ROTEIRO DE ENTREVISTA

1-Dados pessoais e sociais

1. Número de identificação: _____
2. Data: ____/____/____ 3. Idade: _____ 4. Raça: _____
5. Naturalidade (Estado): _____ 6. Etnia: _____
7. Bairro onde mora: _____
8. Estado civil: _____
9. Escolaridade: _____
- 10- Religião: _____
- 11- Juntando a renda das pessoas que moram na sua casa, qual a renda mensal da família?

<input type="checkbox"/> ate 1.000 (mil) reais	<input type="checkbox"/> entre 1.001 e 3.000 reais
<input type="checkbox"/> entre 3.001 e 6.000 reais	<input type="checkbox"/> entre 6.001 e 8.000 reais
<input type="checkbox"/> entre 8.001 a 10.000 reais	<input type="checkbox"/> mais de 10.000 reais
- 12- Sua família recebe algum benefício governamental?

bolsa família crédito social outro _____ não

2- Dados sobre o processo saúde e doença

- 1-Conte-me sobre sua vida na época que contraiu o HIV.
 - Trabalho (iniciou com quantos anos), estudos, tipo de escola, local de moradia, acesso a lazer.
 - Estrutura familiar
- 2- Conte-me como foi sua infância e adolescência. Início da sexualidade.
 - Recebeu orientações sobre sexualidade e uso do preservativo (serviços de saúde, escola, família ou colegas)
 - Idade da primeira relação sexual
 - Contato com os métodos contraceptivos

- Compartilhamento com outras pessoas de dúvidas sobre sexo

3-Sexualidade:

- Descoberta sobre a infecção do HIV (idade, forma de descoberta)
- Nível das informações sobre HIV.
- Quantidade de parceiros (Parceiro fixo)
- Uso do preservativo (Uso esporádico ou contínuo? Sabe da importância?)
- Acesso ao preservativo

4- Mudanças na vida após infecção pelo HIV e início do tratamento.

- Uso do preservativo após infecção pelo HIV.
- Se faz algo para evitar a transmissão.
- Vida sexual
- Dificuldades para tratamento.
- Relação familiar
- Qualidade das orientações e informações após início do tratamento.
- Participa de atividades nos locais de acompanhamento do HIV (Atenção

básica,
SAE)

APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: JOVENS E VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV NO NORTE DA AMAZÔNIA: UM ESTUDO A PARTIR DE DOS CASOS ACOMPANHADOS NUM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE). ASPECTOS RELEVANTES PRÉ E PÓS-EXPOSIÇÃO.

Pesquisador Responsável: TAMINE CHAVES GOMES

Este projeto tem o objetivo listar e compreender os principais fatores que favorecem à infecção pelo HIV nos jovens em RR.

Durante a execução do projeto realizaremos entrevista em local reservado que será gravada para posterior análise, as informações ficam sobre sigilo e você não precisa identificar-se com seu nome, usaremos apenas um número, neste estudo não temos riscos previsíveis, teremos como benefício desta pesquisa informações para contribuir no combate ao HIV na população jovem.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

- 1) receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- 2) retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- 3) não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
- 4) procurar esclarecimentos com o Tamine Chaves Gomes, por meio do número de telefone (95) 981254283, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____, declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Acrescentar contato do colaborador, se houver.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Eu, Tamine Chaves Gomes, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa ao participante, de forma apropriada e voluntária.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C– PROPOSTA DE UM AÇÃO DE INTERVENÇÃO NA ESCOLA/ POSTOS DE SAÚDE/PLANO PILOTO DA 1 ESCOLA.

Desta forma, temos a proposta ao final desse estudo de um projeto de intervenção visando a qualidade das informações oferecidas aos adolescentes, afim de produzir impactos importantes na saúde dos adolescentes/jovens. O papel de extrema importância da escola como formadora de opinião e de cidadãos aliada à sensibilização e aumento dos diálogos familiares sobre o HIV, pode nos trazer um enorme impacto/influencia no comportamento sexual dos jovens.

- 1- Apresentação do tema na escola para conscientização dos educadores/professores.
- 2- Apresentação dos resultados da pesquisa com o intuito de sensibilizar quando a importância da informação como amenizadora de comportamentos sexuais de risco.
- 3- Início da programação das atividades/ concomitantemente com a busca da melhor didática/ escolha da faixa etária. Nota: importante lembrar o momento ideal para incluir essas atividades, lembrando que o início da atividade sexual é variada, assumindo que seja necessário o mínimo de conhecimento antes mesmo da 1 experiência de relação sexual.
- 4- Reuniões mensais com os pais para conscientização do papel dos mesmos como principal educador e influenciador dos filhos. E também para explicar sobre o projeto de educação sexual na escola, as reuniões deverão ocorrer pelo menos 2 vezes antes do início das atividades para dar ciência aos pais sobre os assuntos que serão abordados, que farão parte da estratégia da escola e para que consigam assimilar a importância deste trabalho mútuo.
- 5- Elaboração de dinâmicas que retratem sobre anatomia feminina e masculina, pedir apoio para conseguir materiais visuais. As aulas sobre anatomia dos órgãos genitais deverão ser realizadas e abordadas, inicialmente, nas aulas de ciências.
- 6- Introdução do tema sobre sexualidade/prevenção e promoção. Temas que devem ser abordados em sala de aula.
- 7- Rodas de conversa sobre o tema com apoio de profissionais da saúde/professores.

As rodas de conversa devem ocorrer quinzenalmente nas 3 primeiras sessões, para estabelecer o vínculo, confiança e bom relacionamento entre os participantes, incluindo o palestrante, podendo tornarem ser mensais.

- 8- Reunião com os pais após o início das atividades. Solicitar auxílio de um profissional psicopedagogo e/ou psicólogo a fim de oferecer dicas sobre como os

pais devem prosseguir com os ensinamentos em casa. Oferecer a informação aos pais e mostrar a eles, mais uma vez, a importância de proteger seus filhos, quebrando prováveis tabus.

Faze-los entender que não se pode ter controle sobre o momento ideal para que os filhos iniciem suas vidas sexuais, mas pode-se aumentar as chances de um sexo seguro, evitando a gravidez precoce e as ISTs .

Neste segundo momento com os pais, pode ser solicitada a presença do enfermeiro da unidade de saúde mais próxima para explicação e esclarecimento de dúvidas.

OBS: É importante que se consiga a realização de pelo menos 6 rodas de conversa anualmente.

As rodas de conversa devem acontecer com profissionais treinados e atualizados. Importante lembrar de dinâmicas de memorização das informações ao final dos diálogos com os alunos.

Os textos informativos não necessitam ser de forma expositiva todas as vezes, importante introduzir as informações de forma lenta e tranquila. Os textos podem ser distribuídos para debates em grupo com posterior exposição do aprendido e da visão do grupo, neste momento é importante dar liberdade a imaginação para que sejam os mais ilustrativos e claros em seus pensamentos.

Vídeos e áudios também são importantes e valorosos durante o aprendizado.

No final do ano o tema deverá ser debatido na feira de ciências ou na semana de conscientização sobre a AIDS a acontecer todos os anos no mês de dezembro, quando se tem o dia mundial de combate a AIDS dia 01/ 12.

A finalidade do projeto é permitir de forma dinâmica a participação dos alunos, assim como a assimilação do conteúdo.

Medidas urgentes de saúde pública devem ser realizadas no estado de Roraima afim de diminuir e/ou estagnar o quantitativo de pessoas contraindo o HIV. Principalmente no momento atual do ano de 2018, onde temos uma grande imigração de Venezuelanos que chegam ao país e uma parte das mulheres aderindo a prostituição como atividade trabalhista.