

VALÉRIA CHAVES MESQUITA

**CONHECIMENTO DOS ALUNOS DO ENSINO MÉDIO SOBRE HIV/
AIDS NA ESCOLA ESTADUAL PROFESSORA MARIA DO SOCORRO
JACOB, ITAITUBA, PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem.

Orientador: Prof.º Msc. Lincoln José Michalski.

Itaituba, PA

2019

VALÉRIA CHAVES MESQUITA

**CONHECIMENTO DOS ALUNOS DO ENSINO MÉDIO SOBRE HIV/
AIDS NA ESCOLA ESTADUAL PROFESSORA MARIA DO SOCORRO
JACOB, ITAITUBA, PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem.

Orientador: Prof.º Msc. Lincoln José Michalski.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: 100

Prof. Lincoln José Michalski, Mestre.

Avaliador: _____ Nota: 100

Prof. Bruna Soares Santana, Esp.

Avaliador: _____ Nota: 100

Prof. Cleidson Colares Batista, Esp.

Resultado: APROVADA Média: 100

Data: 28 de março de 2019.

*Dedico esse trabalho primeiramente a **Deus**, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia.*

AGRADECIMENTO

A minha avó **Francisca Sousa Chaves** que me criou de forma simples e ensino a nunca desistir dos meus sonhos mesmo quando parecia impossível, me ajudou financeiramente quando precisei.

A minha mãe **Valdeíres Sousa Chaves** por ter me apoiado e passando noites de sono orando para que desse tudo certo na reta final, por ter sido sempre minha luz no fim do túnel, por não ter medido esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

As minhas queridas irmãs **Andreissa Sousa de Araujo** e **Valeissa Jeovana Sousa de Araujo** por serem meu porto seguro e minhas inspirações de vida.

A minha amada filha **Adelle Elouíze Chaves** por me apoiar em tudo que eu faço e sempre ter aquela paciência comigo, por ser a melhor filha que uma mãe de primeira viagem poderia ter.

A minha tia **Vanderlice Chaves de Almeida** que me ajudou sempre com bons conselhos e sempre guiou nos meus projetos de vida.

A meu querido avô **Naldo de Sousa Pereira** que ajudou na minha criação e fez dos meus projetos os dele, foi a minha figura de pai, sempre me dando o devido apoio e a ajuda financeira.

Ao meu segundo pai, meu padrasto **Jair Raimundo Lima de Araujo** que sempre estava lá quando precisei me dando o devido apoio financeiro.

A minhas primas **Laila Jaqueline Chaves** e **Maria Sheila Chaves** que permaneceram sempre ao meu lado, nos bons e maus momentos;

A minha amiga **Marcela Gama** por ter me ajudado financeiramente no meu projeto.

As minhas amigas **Cellyane** e **Vanessa Oliveira** que sempre estavam do meu lado nas minhas pesquisas, sempre me dando forças pra continuar sem desistir e nem descansar.

Agradeço grandemente a minha querida amiga **Francinely** tirando sempre minhas dúvidas quando precisava me dando o devido apoio em meu projeto, não deixando eu desistir. Sempre motivando-me e dizendo que eu sou capaz, meu muito obrigada.

Aos meus queridos professores **Enf.^a Rosangela Aguiar**, **Enf.^o Adriano Coutinho**, **Enf.^a Bruna Santana**, **Enf.^a Bernadeti Coelho**, **Enf.^a Karla**, **Enf.^a**

Nelcilene Mello, Enf.^a Cleidiane, Enf.^a Elaine, Enf.^o Raimison Abreu que sempre ensinaram o certo, tirando sempre as devidas duvidas, vou levar sempre comigo os conhecimentos repassados por eles.

A **Faculdade de Itaituba**, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Ao meu orientador **Msc. Lincoln José Michalski** pela paciência em me repassar o conhecimento necessário para realização desse trabalho, pela atenção que dedicou a mim, pela confiança em meu potencial. Deixo aqui minha eterna gratidão.

*É preciso diminuir a distância entre o que se diz
e o que se faz, até que num dado momento, a
tua fala, seja a tua prática.*

Paulo Freire

RESUMO

Abordar a problemática HIV/AIDS na população adolescente e jovem implica na necessidade de se obter subsídios para desenvolver estratégias voltadas para o cuidado ao portador, bem como no planejamento e execução de novas práticas de prevenção e conscientização. Ante o exposto questiona-se: Qual a percepção dos adolescentes e jovens educandos da Escola Maria do Socorro Jacob acerca do HIV/AIDS? E quais os desafios encontrados por eles na busca pela prevenção? A relevância da pesquisa da-se ao fato de não existir estudo relacionado a abordagem do tema nas escolas, como parte do currículo escolar, no município de Itaituba, bem como da importância da Educação em Saúde. O presente estudo é uma abordagem quali-quantitativa do tipo descritivo, que analisou o conhecimento de alunos da Escola Maria do Socorro Jacob a respeito do HIV/AIDS. A pesquisa foi realizada na Escola Estadual de Ensino Médio Prof.^a Maria do Socorro Jacob, com adolescentes e jovens na faixa etária de 14 a 25 anos, a partir da autorização SEDUC/PA. A coleta de dados primários, foi realizada através de entrevista semiestruturada. Como principais resultados evidenciamos a existência de uma lacuna significativa de conhecimento entre os adolescentes e jovens, principalmente em relação às formas de transmissão. Outro resultado preocupante diz respeito ao número de entrevistados que não usaram preservativos, principal método de prevenção, nas últimas relações sexuais, 20% dos homens e 45% das mulheres. Este estudo teve grande relevância para fazermos um panorama atualizado sobre este tema na escola, a partir deste momento os setores responsáveis têm embasamento para atuar de forma significativa para melhorar a educação em saúde neste ambiente.

Palavras-chave: HIV. Prevenção. Educação Sexual.

ABSTRACT

Addressing the HIV / AIDS problem in the adolescent and young population implies the need to obtain subsidies to develop strategies aimed at the care of the bearer, as well as in the planning and execution of new practices of prevention and awareness. In view of the above question, what is the perception of adolescents and young learners at the School Maria do Socorro Jacob about HIV / AIDS? And what challenges did they encounter in their quest for prevention? The relevance of the research is due to the fact that there is no study related to the approach of the theme in schools, as part of the school curriculum in the municipality of Itaituba, as well as the importance of Health Education. The present study is a qualitative-quantitative approach of the descriptive type, that will analyze the knowledge of students of the School of the Maria Jacob Socorro on HIV / AIDS. The research will be carried out at the State School of High School Prof. Maria do Socorro Jacob, with adolescents and young people in the age group from 14 to 25 years, from the authorization SEDUC / PA. The primary data collection will be performed through a semi-structured interview. As main results we evidenced the existence of a knowledge gap between adolescents and young people, mainly in relation to the forms of transmission. Another is worrying about the number of respondents who did not use condoms, the main method of prevention, in the last sex, 20% of men and 45% of women. This study had great relevance to make an updated picture on this topic in school, from that moment the responsible sectors have a foundation to act in a significant way to improve health education in this environment.

Keywords: HIV. Prevention. Sex Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Estrutura do vírus do HIV.....	21
Figura 02 - Ciclo de vida simplificado do HIV.....	24

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Fatores que dificultam a aceitação do adolescente a sua condição clínica.....	26
Quadro 02 - Principais sinais e sintomas associados a infecção aguda pelo HIV e a Frequência (%).....	35
Quadro 03 - Exames solicitados aos pacientes com diagnóstico de HIV para avaliação das comorbidades.....	37
Quadro 04 - Resposta dos alunos da E. M ^a do Socorro Jacob em relação a pergunta 01: O que é DST?.....	48
Quadro 05 - Resposta dos alunos da E. M ^a do Socorro Jacob em relação a pergunta 02: O que é HIV e AIDS?.....	49
Quadro 06 - Resposta dos alunos da E. M ^a do Socorro Jacob em relação a pergunta 03: Como se pega HIV?.....	51
Quadro 07 - Resposta dos alunos da E. M ^a do Socorro Jacob em relação a pergunta 04: Quais as formas de diagnóstico do HIV?.....	54
Quadro 08 - Resposta dos alunos da E. M ^a do Socorro Jacob em relação a pergunta 05: Se sim, quantas vezes?.....	55
Quadro 09 - Resposta dos alunos da E. M ^a do Socorro Jacob em relação a pergunta 06: Você teve alguma relação sexual nos últimos 6 meses?.....	56
Quadro 10 - Resposta dos alunos da E. M ^a do Socorro Jacob em relação a pergunta 06: Usou preservativo?.....	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Identificação do estado civil dos participantes da pesquisa.....	45
Gráfico 02 - Faixa etária dos participantes da pesquisa.....	46
Gráfico 03 - Escolaridade (série que estão cursando) dos alunos entrevistados na Escola Estadual Prof. ^a M ^a do Socorro Jacob.....	47
Gráfico 04 - Resposta dos alunos da E. M ^a do Socorro Jacob em relação a pergunta 05: Você já participou de palestra ou debates sobre HIV/AIDS na escola?.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência adquirida

DNA – Ácido Dexorribonucléico

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EJA – Educação de Jovens e Adultos

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

LBD – Leis de Diretrizes e Bases

MEC – Ministério da Saúde e Cultura

MS – Ministério da saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCR – Proteína C Reativa

TRVA – Terapia Antirretroviral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADOLESCENTES E JOVENS.....	16
2.2 FISIOPATOLOGIA DO HIV.....	18
2.3 ADOLESCENTES CONVIVENDO COM HIV/ AIDS.....	24
2.3.1 Adolescência.....	24
2.3.2 Desenvolvimento puberal.....	25
2.3.3 Ser adolescente vivendo com HIV/AIDS.....	25
2.3.4 Avaliação Clínica do adolescente vivendo com HIV/ AIDS.....	28
2.4 SER JOVEM CONVIVENDO COM HIV/AIDS.....	28
2.5 TRANSIÇÃO DA PEDIATRIA PARA CLÍNICA DE ADULTOS.....	30
2.6 TRANSMISSÃO.....	31
2.7 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INFECÇÃO PELO HIV.....	33
2.8 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV.....	36
2.9 ADESAO AO TRATAMENTO.....	37
2.10 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO PELO VÍRUS HIV.....	39
2.10.1 Programa Saúde na Escola (PSE).....	41
3 METODOLOGIA.....	42
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	42
3.2 CONTEXTO DE ESTUDO.....	42
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	43
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	43
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
3.6 ANÁLISE DE RISCOS.....	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
5 CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE A.....	69
APÊNDICE B.....	71

1 INTRODUÇÃO

A adolescência caracteriza-se com um período de mudanças e transição dos aspectos emocionais, físicos, cognitivos e sexuais. É uma fase de reorganização emocional, de turbulência e instabilidade integrantes do processo de mutação biopsíquico que os adolescentes estão destinados (CABRAL *et al.*, 2016).

A corrente da identificação da adolescência como uma fase de “tempestade e estresse” e dos adolescentes como “conflituosos e conturbados” ainda perdura na sociedade, embora hoje se perceba que esta concepção foi exagerada (CABRAL *et al.*, 2016).

Nas últimas décadas, a atenção à saúde do adolescente vem se tornando uma prioridade em muitos países, inclusive para instituições internacionais de fomento à pesquisa. Isto se deve à constatação de que a formação do estilo de vida do adolescente é crucial, não somente para ele, como também para as gerações futuras (BRASIL, 2008).

Desde o primeiro caso de HIV por volta da década de 1980, até junho de 2012, o Brasil registrou 656.701 casos de AIDS (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o último Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2017). Abordar a problemática HIV/AIDS na população adolescente e jovem implica na necessidade de se obter subsídios para desenvolver estratégias voltadas para o cuidado ao portador, bem como no planejamento e execução de novas práticas de prevenção e conscientização.

A investigação da vulnerabilidade dos jovens à infecção, considerando-se a relação entre os aspectos individuais, sociais e programáticos nos quais estes indivíduos estão inseridos, reconhece a determinação social da doença e busca identificar suas verdadeiras causas (CABRAL *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

As vulnerabilidades dos jovens à epidemia são diversas, envolvendo aspectos como a iniciação sexual precoce, necessidade de aceitação e inserção em grupos sociais, aumento do consumo de álcool e outras drogas e questões de gênero, e muitos deles consideram-se suficientemente informados, a ponto de não perceberem o risco de adquirir o vírus (BORGES; PINTO; RICAS, 2015; MIZIARA, 2017).

Este estudo teve como objetivo analisar a compreensão de adolescentes e jovens da Escola Estadual Prof.^a Maria do Socorro Jacob a respeito do HIV/ AIDS. Bem como, conhecer o perfil sexual dos jovens e adolescentes; Apontar as principais

dificuldades na adoção de um método de educação em saúde para os adolescentes e jovens.

Desta forma questiona-se: Qual a percepção dos adolescentes e jovens educandos da Escola Estadual Prof.^a Maria do Socorro Jacob acerca do HIV/ AIDS? E quais os desafios encontrados por eles na busca pela prevenção?

A relevância da pesquisa está no fato de que não existe estudo relacionado a abordagem do tema nas escolas do município, assim os resultados são de grande relevância para servir de subsídio para gestores traçarem metas para Educação em Saúde, trazendo para discussão no âmbito escolar, a problemática das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Este trabalho estruturou-se em cinco capítulos, o primeiro discorre há cerca da apresentação do tema; sucedido pela fundamentação teórica, relacionada a publicações e estudos da área; o terceiro trata-se da metodologia da pesquisa; seguido dos resultados e discussão, obtida por meio da coleta e análise de dados; o quinto expõe a conclusão, ressaltando as relevâncias do trabalho, com foco nos alcance dos presentes objetivos, encerrando-se com as referências, apêndices e anexo, para auxílio metodológico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADOLESCENTES E JOVENS

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) antes conhecidas como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. Transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de preservativo masculino ou feminino, com uma pessoa que esteja infectada (BRASIL, 2015b).

Dentre as IST conhecidas a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é considerada a mais grave e um dos maiores problemas de saúde de toda a história, sobretudo em razão do seu caráter pandêmico e de incríveis proporções econômicas e sociais (WAIDMAN; BESSA; SILVA, 2011; BRASIL, 2015b).

Segundo Brasil (2006) a AIDS foi reconhecida em 1981, nos Estados Unidos da América (EUA), a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino com comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença. Posteriormente, alguns casos, ocorridos nos últimos anos da década de 70, foram identificados como tendo sido AIDS.

A AIDS foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1982, desde então as taxas de infecção subiram exponencialmente ao longo das décadas de 80 e 90, o Banco Mundial previu 1.200.000 casos até o ano de 2000, aproximadamente o dobro do número real que mais tarde foi comunicado pelo Ministério da Saúde e pela maioria das organizações internacionais (BRASIL, 2017).

Assim, no Brasil, no início da década de 1980, ela atingia principalmente os usuários de drogas injetáveis, homossexuais masculinos, assim como os indivíduos que receberam transfusão de sangue. Já a partir dos anos 90 a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de contágio do HIV, acompanhada da expressiva participação das mulheres na dinâmica da epidemia (NEVES *et al.*, 2011; BRASIL, 2006; BRASIL, 2013; CABRAL *et al.*, 2016; FAVERO *et al.*, 2016).

Inicialmente, acreditava-se que o HIV se restringia a “grupos de risco” (homens homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas), com o passar dos anos, constatou-se a sua relação com a vulnerabilidade de cada indivíduo e seus aspectos sociais, culturais e econômicos (BRASIL, 2007; WAIDMAN; BESSA; SILVA, 2011).

Nesse contexto, identifica-se, por exemplo, a maior suscetibilidade de mulheres à contaminação com o vírus, devido as suas reduzidas condições de negociação de práticas sexuais sem proteção com seus parceiros (BRASIL, 2007; FAVERO *et al.*, 2016). Estando a vulnerabilidade feminina ao HIV ligada ao modo como homens e mulheres se relacionam na sociedade brasileira, à dinâmica de poder que acompanha tais relações e às representações sociais sobre papéis de gênero, aspectos que, seguramente, constituem importantes variáveis na configuração do perfil da epidemia (RODRIGUES *et al.*, 2012; BRASIL, 2013; SILVA *et al.*, 2016).

A experiência brasileira é frequentemente citada como um modelo para outros países em desenvolvimento que enfrentam a epidemia da AIDS, incluindo a controversa política internacional do governo brasileiro, tais como o fornecimento universal de medicamentos antirretrovirais (ARVs), políticas sociais para grupos de risco e a colaboração com organizações não-governamentais (BORGES; PINTO; RICAS, 2015; FAVERO *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

Desde sua descoberta na década de 1980, até junho de 2012, o Brasil registrou 656.701 casos de AIDS (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o Boletim Epidemiológico do ano de 2012. Em 2011, foram notificados 38.776 casos da doença e a taxa de incidência no país foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes (CABRAL *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

Por região em um período de 10 anos, de 2001 a 2011, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 22,9 para 21,0 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, cresceu: 27,1 para 30,9 no Sul; 9,1 para 20,8 no Norte; 14,3 para 17,5 no Centro-Oeste; e 7,5 para 13,9 no Nordeste. No entanto, em números absolutos o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%), por ser a região mais populosa do país (LEVANDOWISKI *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

A faixa etária em que a AIDS é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 25 a 49 anos de idade. Entre jovens de 13 a 19 anos, no entanto, o número de casos é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998. Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV (WAIDMAN; BESSA; SILVA, 2011; ZANON; PAULA; PADOIN, 2016).

Quanto à forma de transmissão entre os maiores de 13 anos de idade, prevalece a sexual. Nas mulheres, 86,8% dos casos registrados em 2012 decorreram

de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens, 43,5% dos casos se deram por relações heterossexuais, 24,5% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical (NEVES *et al.*, 2011; WAIDMAN; BESSA; SILVA, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

Apesar de o número de casos no sexo masculino ainda ser maior entre heterossexuais, a epidemia no país é concentrada (em grupos populacionais que estão expostos a um risco maior de infecção pelo HIV, como homossexuais, prostitutas e usuários de drogas) (BRASIL, 2013).

No Brasil a distribuição de preservativos cresceu mais de 45% entre 2010 para 2011 (de 333 milhões para 493 milhões de unidades). Os jovens são os que mais retiram preservativos no Sistema Único de Saúde (37%) e os que mais se previnem. Em relação à taxa de mortalidade, em 2002, era 6,3 por 100 mil habitantes, passando para 5,6 em 2011 – queda de aproximadamente 12% (ZANON; PAULA; PADOIN, 2016; BRASIL, 2017).

Cerca de 30 mil a 35 mil novos casos da doença são registrados todos os anos no país. Dos 5.564 municípios brasileiros, 87,5% (4.867) registram pelo menos um caso da doença. Já a proporção de casos transmitidos por via sexual vem crescendo, enquanto a parcela relacionada ao uso de droga ilícita injetável vem diminuindo. O número de homens afetados em relação ao número de mulheres também vem caindo: de 1983 a 2007, reduziu de 40:1 para 1, 5:16 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

No que diz respeito à escolaridade das pessoas com AIDS no Brasil, a tendência tem sido um aumento da proporção de indivíduos com menos de 12 anos de estudo: 60,4% antes de 1995 para 70,7% em 2008. Entretanto, essa tendência segue em sentido contrário no Estado de São Paulo, onde a proporção de pessoas nesse extrato de escolaridade se manteve estável em torno de 93% até 2001, sendo que nos casos registrados em 2008 essa proporção foi de 86,5% (BRASIL, 2012).

2.2 FISIOPATOLOGIA DO HIV

O vírus HIV causador da Aids insere seu material genético no DNA de células-alvo hospedeiras, principalmente de linfócitos CD4, células de defesa do sistema imunológico humano (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014). Destruindo-as após ampla replicação em seu interior. Esta replicação do vírus provoca a morte das células-alvo,

causando imunodeficiência e predispondo os indivíduos com HIV/AIDS a inúmeras infecções oportunistas (POLACOW *et al.*, 2004).

A estrutura do vírus HIV está descrita na Figura 01 abaixo:

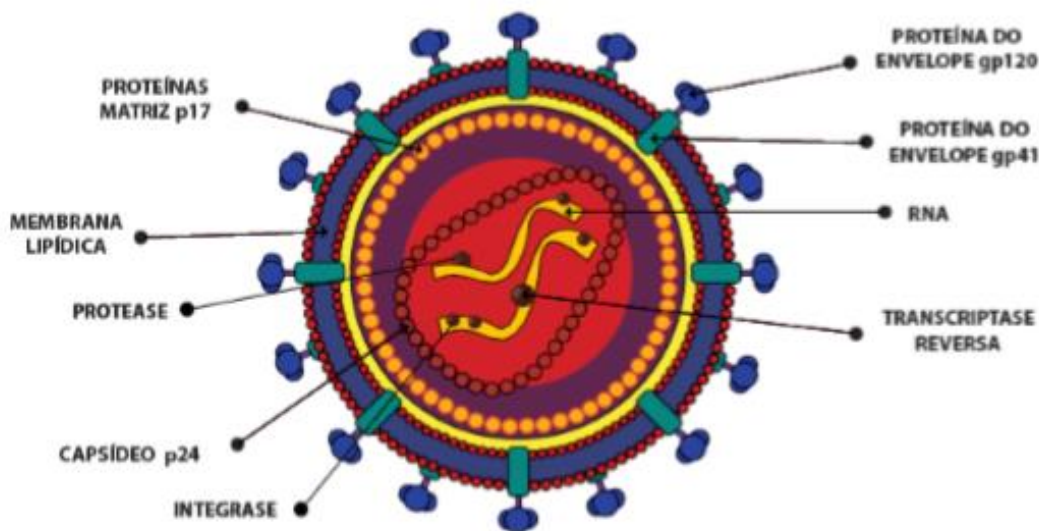


Figura 01 – Estrutura do vírus HIV Fonte: Brasil (2014)

Canini *et al.* (2004) afirmam que o HIV é um retrovírus que causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos CD4, sendo que quanto mais baixo for o índice desses, maior o risco do indivíduo desenvolver AIDS. Segundo Zaina *et al.* (2004), o sistema imunológico abalado provoca o comprometimento das suas principais vias imunológicas, que respondem adaptativamente os elementos exógenos e endógenos.

Sendo desta forma destinado a manter a integridade orgânica através de um mecanismo de reconhecimento do que é "próprio", bem como a identificação de células ou substâncias estranhas (antígenos) que entram em contato com o sistema imunológico, de forma a eliminá-la especificamente, utilizando para isto diversos mecanismos celulares (HAHN *et al.*, 2000).

Os mecanismos de defesa podem ser divididos em dois níveis principais: os **específicos** que incluem o sistema de células B dos anticorpos e o sistema de célula T mediadoras do processo imune, os quais são reações específicas induzidas por prévia exposição ao micro-organismo ou seus antígenos específicos e são muito efetivos em detectar e erradicar a propagação de infecção no organismo (HAHN *et al.*, 2000; ZAINA *et al.*, 2004).

O outro nível são os **não-específicos** que refere-se aos processos inatos naturalmente presentes e não são influenciados por um contato prévio com o agente infeccioso, incluem a pele, membrana mucosa, células fagocitárias, células ciliares produtoras de muco, lisosima, interferon e outros fatores tumorais. Atuando como primeira linha de proteção, retardando o estabelecimento da infecção (HAHN *et al.*, 2000; ZAINA *et al.*, 2004).

A ineficiência das respostas imunes na defesa do hospedeiro pode ser atribuída em partes a interações de cooperação com defesas naturais mais simples e menos adaptáveis. O que facilita o aparecimento de infecções ocasionando um aumento da morbimortalidade em pacientes com o sistema imune comprometido incluindo então os doentes de AIDS (ZAINA *et al.*, 2004; BRASIL, 2006).

Desta forma as predisposições do indivíduos soropositivos/doentes de AIDS, é caracterizada por inúmeras infecções oportunistas que são causadas por diferentes tipos de patógenos (vírus, fungos, bactérias e protozoários) que afetam diversos sistemas orgânicos. Dentre eles os que afetam os sistemas: pulmonar, hepático, sistema nervoso central, trato gastrointestinal, afecções de pele e mucosas, visão, sistema cardíaco, dentre outros (POLACOW *et al.*, 2004).

A contagem de linfócitos T CD4⁺ é um importante marcador dessa imunodeficiência, sendo utilizada tanto para estimar o prognóstico e avaliar a indicação de início de terapia antirretroviral, quanto para definição de casos de AIDS, com fins epidemiológicos (BRASIL, 2010).

Brasil (2010) define a imunidade como a capacidade do corpo em se proteger contra agentes estranhos específicos, tais como determinadas bactérias, vírus, toxinas ou células de tecidos estranhos. Existem dois tipos de sistemas imunes, cada um deles dependendo da função dos linfócitos, ou seja, o sistema dos linfócitos ou células “B” e o sistema dos linfócitos ou células “T” (TCD4⁺⁺, TCD8⁺).

As células TCD4⁺ e TCD8⁺ são chamadas assim por serem produzidas pelo Timo e também por possuírem em sua constituição proteína CD4 e CD8 respectivamente. Já as células B são assim denominadas por serem produzidas na medula óssea, que em inglês significa Bone marrow. Os agentes invasores ou estranhos que entram no organismo humano e as substâncias produzidas por eles são denominados de antígenos (Ag), as células que compõem o sistema imune humano têm a responsabilidade de defender o organismo por meio da destruição dos antígenos (BRASIL, 2010).

Ao ingressar no organismo humano o antígeno mantém contato com diferentes tipos de células, algumas destas células chamadas células apresentadoras de antígenos (APC) possuem a capacidade de prender partes dos fragmentos do antígeno à sua membrana (BRASIL, 2006). E, quando as células APC entram em contato com a TCD4 o sistema imune inicia sua ação a partir da ativação das células TCD4 (sinal de alerta que possui antígeno no organismo). Após a ativação, as células TCD4 começam a produzir e liberar uma substância chamada citosina.

O Sistema das células “B” são os responsáveis pela formação de anticorpos para a destruição dos agentes invasores. Na exposição à citosina liberada pelas células TCD4, linfócitos B reagem nos gânglios linfáticos; nessas condições formam os plasmócitos que se multiplicam e produzem os anticorpos (HAHN *et al.*, 2000; ZAINA *et al.*, 2004).

Os anticorpos têm capacidade específica de reagir com o tipo exato de antígeno que originou sua formação, sem que, em situações usuais reajam com outras substâncias dos tecidos corporais, como resultado o anticorpo destrói somente o invasor. Essa destruição é realizada a partir das seguintes fases: Aglutinação (que significa ajuntamento, formar grumos); Lise (ruptura da membrana celular do agente); Neutralização (bloqueio dos efeitos tóxicos); Opsonização (fazer com que o agente invasor fique susceptível à fagocitose por neutrófilos ou macrófagos) (HAHN *et al.*, 2000; ZAINA *et al.*, 2004; BRASIL, 2006).

No sistema dos Linfócitos “T” as células T reagem com o antígeno do mesmo modo como as células do sistema B, porém ao invés de formar anticorpos esse sistema produz as células T sensibilizadas. Quando a citosina entra em contato com as células TCD8, esta é ativada e então passa a atacar e destruir as células já infectadas pelo antígeno. Desta forma, é possível identificar duas respostas imunológicas contra os antígenos: **Resposta Imunecelular**: ativação das células TCD8 a partir das citosinas e **Resposta Humoral**: ativação das células B a partir das citosinas e consequente produção de anticorpos (BRASIL, 2010).

Ambas as respostas imunológicas estão ligadas à atuação da TCD4, que possui um papel fundamental no acionamento do sistema imunológico, uma vez que, é a partir da ativação destas células e consequente produção de citosina que se inicia a defesa do organismo ao antígeno (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

Normalmente, embora todos os tecidos do corpo humano possuam proteínas, nosso sistema de imunidade está adaptado para não formar anticorpos ou linfócitos

sensibilizados que possam atacar os tecidos do corpo. Isto é chamado de tolerância imune. No entanto, conforme Zaina *et al.* (2004) os retrovírus fazem parte da família dos Retroviridae e sua principal característica é possuir no genoma (informação hereditária de um organismo) RNA simples. Como não possuem DNA os retrovírus realizam uma etapa na invasão celular descrita como retrotranscrição por meio da enzima transcriptase reversa (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

As etapas do ciclo de vida do vírus HIV estão descritos na Figura 01 abaixo:

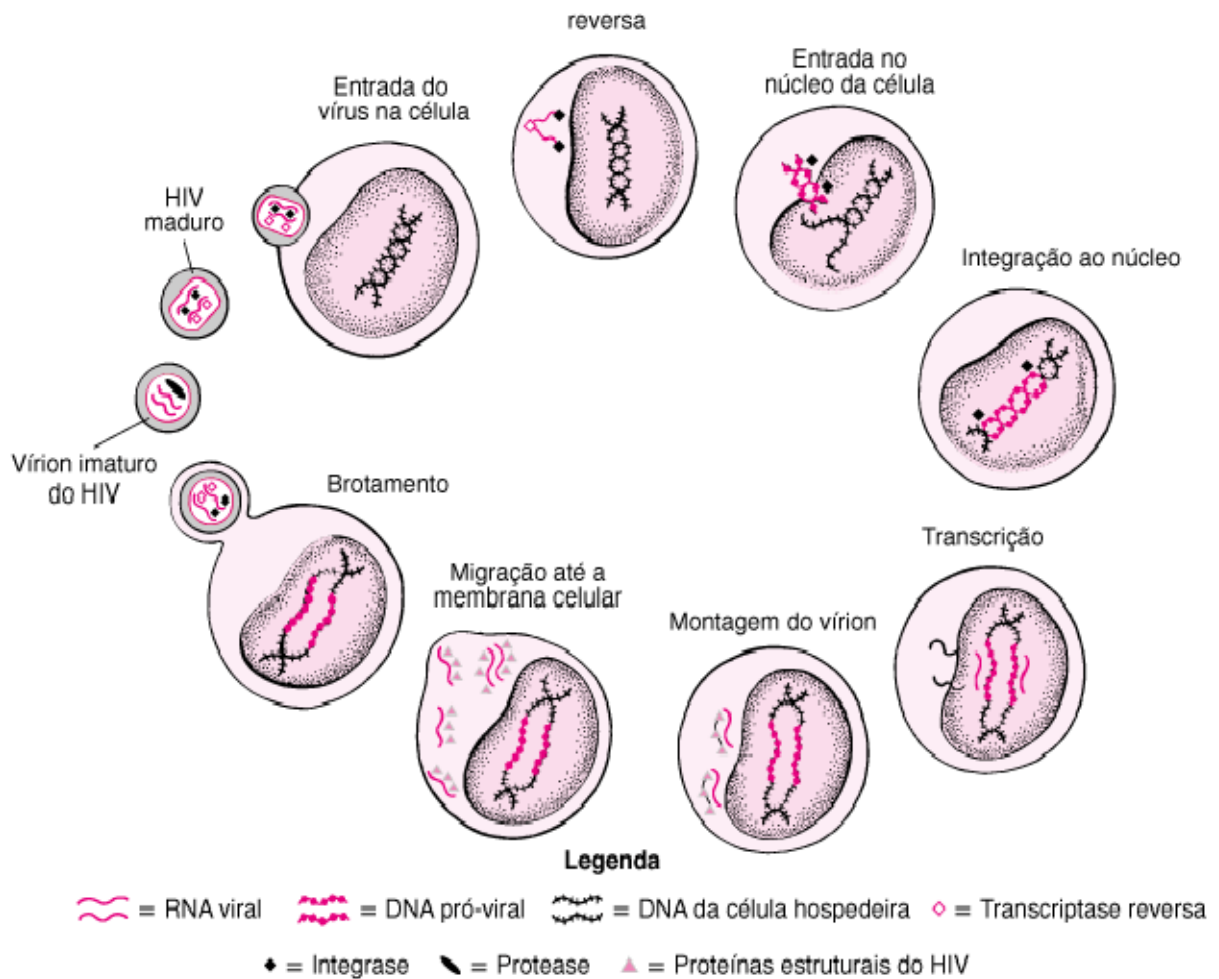


Figura 02 – Ciclo de vida simplificado do HIV

Fonte: Brasil (2006)

1. Ligação de glicoproteínas virais (gp120) ao receptor específico da superfície celular (principalmente linfócitos T-CD4);
2. Fusão do envelope do vírus com a membrana da célula hospedeira;
3. Liberação do "core" do vírus para o citoplasma da célula hospedeira;

4. Transcrição do RNA viral em DNA complementar, dependente da enzima transcriptase reversa;
5. Transporte do DNA complementar para o núcleo da célula, onde pode haver integração no genoma celular (provírus), dependente da enzima integrase, ou a permanência em forma circular, isoladamente;
6. O provírus é reativado, e produz na mensageiro viral, indo para o citoplasma da célula;
7. Proteínas virais são produzidas e quebradas em subunidades, por intermédio da enzima protease;
8. As proteínas virais produzidas regulam a síntese de novos genomas virais, e formam a estrutura externa de outros vírus que serão liberados pela célula hospedeira; e
9. O vírion recém-formado é liberado para o meio circundante da célula hospedeira, podendo permanecer no fluído extracelular, ou infectar novas células.
10. A interferência em qualquer um destes passos do ciclo vital do vírus impediria a multiplicação e/ou a liberação de novos vírus. Atualmente estão disponíveis comercialmente drogas que interferem em duas fases deste ciclo: a fase 4 (inibidores da transcriptase reversa) e a fase 7 (inibidores da protease).

Deste modo, um único vírus HIV é capaz de produzir várias cópias de si mesmo a partir de uma célula TCD4+. Conforme Abbas (2005) a saída das partículas virais tornam as membranas da célula TCD4 mais permeável, ocorrendo a saída e entrada de grandes quantidades de água e cálcio que tem como consequência a morte celular. O ciclo de replicação do HIV está restrito à ativação da célula infectada; enquanto a célula TCD4 infectada é ativada, a replicação e crescimento do HIV ocorrem e a célula TCD4 é destruída, o HIV formado é liberado no plasma sanguíneo e infecta outras células TCD4+ (HAHN *et al.*, 2000; ZAINA *et al.*, 2004).

O vírus HIV é capaz de atacar as células TCD4 fazendo com que o vírus entre e destrua suas células. Mesmo na ausência de sinais e sintomas um paciente infectado pelo HIV tem bilhões de células TCD4+ destruídas diariamente e produzidas novamente para compensação (HAHN *et al.*, 2000; BRASIL, 2006).

Segundo Nettina (2014), acredita-se que a taxa de produção do HIV esteja associada com o estado de saúde da pessoa infectada. Se a pessoa não está lutando

contra outra infecção, a reprodução do HIV pode proceder lentamente. A reprodução do HIV parece acelerar, contudo, quando a pessoa está combatendo outra infecção ou quando o sistema imune é estimulado (BRASIL, 2017).

Há dois tipos de HIV: HIV-1 e HIV-2; estes dois tipos são diferenciados por intermédio da organização de seus genomas e filogenética relacionada a outros lentivírus. Esses dois tipos estão divididos em subtipos ou classes: o HIV-1 possui A, B, C, D, E, F, G, H e O. Já o HIV-2 possui sete (A-F), sendo o subtipo A o mais prevalecente em todo o mundo (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014).

Em decorrência da focalização na pandemia da AIDS o HIV-1 é o mais estudado por diversos pesquisadores, pois na superioridade dos casos ele é o causador da maioria das síndromes da imunodeficiência adquirida, a AIDS (HAHN *et al.*, 2000). O vírus HIV é altamente mutante, podendo ter diversas variações em seu código genético conforme sua replicação no indivíduo. Esta condição relaciona-se com o fato de não haver ainda uma vacina contra o HIV, devido à sua alta taxa de mutação no organismo humano (CANINI *et al.*, 2004; BRASIL, 2006).

2.3 ADOLESCENTES CONVIVENDO COM HIV/ AIDS

2.3.1 Adolescência

Não existe uma padronização universal da faixa etária que compreende a adolescência. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente a adolescência vai dos 12 aos 18 anos. O Ministério da Saúde segue a Organização Mundial da Saúde (OMS) que demarca o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Restringir a adolescência como uma faixa etária, embora não permita uma compreensão mais abrangente do processo, torna possível delimitar um grupo populacional para a elaboração de políticas de saúde (BRASIL, 2014; GALANO *et al.*, 2015; CABRAL *et al.*, 2016).

A puberdade, componente biológico da adolescência, é universal, e pode se caracterizar por um conjunto de sinais específicos denominados de Síndrome da Adolescência Normal e descritos por Aberastury, como: busca de si mesmo e de sua identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, deslocação temporal, evolução da sexualidade, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, separação progressiva dos pais e constantes flutuações de humor (BRASIL, 2014).

2.3.2 Desenvolvimento puberal

O adolescente cresce em média 8 a 10 cm/ano durante o estirão, sendo que o ganho estatural, em torno de 30 cm, e é responsável por cerca de 20 % da estatura final. O peso também sofre um grande acréscimo na puberdade, quando o adolescente ganha cerca de 50% do peso do adulto (BRASIL, 2014).

Brasil (2014) e Nettina (2014) corroboram que a sequência das transformações corporais que constituem a maturação sexual abrange o desenvolvimento das gônadas, dos órgãos da reprodução e dos caracteres sexuais secundários. Denomina-se: telarca o aparecimento do broto mamário, ginecomastia ao aumento da glândula mamária em meninos, pubarca o aparecimento dos pelos pubianos, menarca a primeira menstruação, se menarca primeira ejaculação e coitarca a primeira relação sexual.

2.3.3 Ser adolescente vivendo com HIV/ AIDS

Algumas diferenças precisam ser consideradas em relação aos adolescentes vivendo com o HIV/AIDS, no que diz respeito à forma e idade em que ocorreu a transmissão, em função das possíveis consequências para suas condições clínicas, imunológicas, psicossociais, culturais e histórico de tratamento. Os adolescentes que se infectaram por transmissão vertical do HIV podem ter diagnóstico na infância ou na adolescência (BRASIL, 2013; GALANO *et al.*, 2015; FAVERO *et al.*, 2016).

Constituem um grupo que apresenta variações no comprometimento imunológico e na exposição aos ARV. Usualmente, encontram-se nos estágios iniciais da puberdade, podendo ocorrer retardo puberal e alterações de desenvolvimento neurocognitivo, o que acarreta importantes repercussões no desenvolvimento somático e emocional (BRASIL, 2014; MIZIARA, 2017).

Os que tiveram diagnóstico durante a infância caracterizam-se por apresentar vínculos sólidos com o serviço de saúde e cuidadores, uma vez que, geralmente, estão em tratamento há muitos anos. As principais dificuldades encontradas no cuidado a esse grupo são: revelação do diagnóstico, orfandade, desestruturação familiar e início da atividade sexual. Parte desse grupo atinge a adolescência exposto a múltiplos regimes ARV, apresentando vários efeitos adversos, com reduzidas opções terapêuticas, necessitando acesso a novas drogas (FAVERO *et al.*, 2016).

Os adolescentes que adquiriram o HIV por transmissão horizontal são mais velhos, usualmente estão nos estágios finais da puberdade e foram recentemente

infectados, com pouca ou nenhuma exposição à ARV; costumam apresentar vínculos frágeis com o serviço de saúde e cuidadores. Os indivíduos desse grupo, frequentemente, apresentam agravos sociais diversos, dificuldade em buscar os serviços de saúde, problemas escolares e de inserção profissional (BRASIL, 2014; FAVERO *et al.*, 2016).

Muitos deles são identificados a partir de exames anti-HIV realizados no pré-natal, agravando a situação da maternidade/paternidade na adolescência. Grupos marginalizados, como a população de rua, os profissionais do sexo e os usuários de drogas tem ainda maiores dificuldades de acesso aos serviços e frequentemente chegam aos mesmos em estados mais avançados da infecção (BRASIL, 2010).

Existe ainda um grupo de adolescentes cuja origem da infecção não é clara, o que pode sinalizar dificuldade especial na abordagem e acompanhamento desses jovens e de seus familiares. Para oferecer uma assistência qualificada ao adolescente vivendo com condições clínicas, imunológicas, psicossociais, culturais e histórico de tratamento (BRASIL, 2017).

Os adolescentes que se infectaram por transmissão vertical do HIV podem ter diagnóstico na infância ou não (BRASIL, 2014). Para oferecer uma assistência qualificada ao adolescente vivendo com HIV/AIDS é importante considerar que este pode ter atraso no desenvolvimento pondero-estatural e na maturação sexual, bem como, a fantasia de invulnerabilidade, própria do adolescente, que pode dificultar a assimilação do viver com HIV/AIDS como: seguir um esquema terapêutico, comparecer ao serviço de saúde, realizar exames laboratoriais, principalmente se ainda não houver sintomas marcantes de doença. Tudo isto, vai de encontro à sua maneira mágica de se relacionar com o tempo e com a ideia de indestrutibilidade e cura (BRASIL, 2006).

Os fatores que dificultam a aceitação por parte dos adolescentes a sua condição clínica estão descritos no Quadro 01 abaixo:

Quadro 01 – Fatores que dificultam a aceitação do adolescente a sua condição clínica **Fonte: Brasil (2014)**

- | |
|---|
| <p>✓ A atitude contestadora e transgressora e a busca de independência podem dificultar ou mesmo impedir uma boa adesão ao tratamento. Depender de médicos, medicamentos, controles rigorosos de saúde estão na contramão</p> |
|---|

de todo o esforço para a conquistada independência e da autonomia; e está sempre deve ser proporcionada conforme as capacidades do adolescente;

- ✓ A necessidade de independência em relação aos pais ou responsáveis pode ser dificultada devido a sua situação de saúde e necessidade de cuidados;
- ✓ O desconhecimento do diagnóstico ou o acordo tácito entre adolescentes e pais de não falar sobre a questão pode prolongar ainda mais a dependência, adiando a autonomia e o autocuidado;
- ✓ A identificação com o grupo de pares, tão importante nesse período de vida, pode ser prejudicada se o adolescente sente-se ou é visto como diferente;
- ✓ O uso de drogas lícitas e ilícitas, inclusive anabolizantes, que podem comprometer à saúde do adolescente;
- ✓ O interesse ou início de vida sexual requer orientação adequada quanto à prática de sexo seguro;
- ✓ A autoestima pode estar fragilizada pela doença, pela imagem corporal, ou pelos efeitos adversos dos antirretrovirais.

Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos e atuem auxiliando os adolescentes a compreenderem e aceitarem seu diagnóstico e o tratamento. O adolescente de acordo com sua faixa etária e entendimento, deve ser esclarecido e informado através de linguagem acessível e apropriada, sobre a infecção pelo HIV, objetivos do tratamento, e de como levar uma vida saudável (FAVERO *et al.*, 2016; ZANON; PAULA; PADOIN, 2016).

Para proporcionar a adesão e o não comprometimento da rotina escolar e social do adolescente, o esquema antirretroviral, na medida do possível, deve ser o mais simples e com menor quantidade vezes de ingestão dos medicamentos ao dia (BRASIL, 2014).

A compreensão do que se passa com o adolescente e o acolhimento das suas dificuldades é extremamente importante para uma atenção integral à sua saúde. Para tanto, é preciso observar se sentimento de solidão, o preconceito, a discriminação e o sofrimento moral não estão interferindo na adesão ao tratamento, no bem-estar emocional e na qualidade de vida do adolescente (BRASIL, 2014; FAVERO *et al.*, 2016; ZANON; PAULA; PADOIN, 2016).

2.3.4 Avaliação Clínica do adolescente vivendo com HIV/ AIDS

No acompanhamento clínico de adolescentes, é necessário considerar as diversidades entre o grupo de aquisição vertical e o de aquisição horizontal do HIV. A consulta pode ocorrer com a presença de acompanhantes/cuidadores. Porém, é importante que seja propiciado momento exclusivo com o adolescente que permita a abordagem de assuntos pessoais como condições sociais, uso de drogas, vida sexual entre outros (GALANO *et al.*, 2016).

Uma vez que a infecção pelo HIV/AIDS pode acometer qualquer órgão, o exame físico deve ser minucioso, com revisão de todos os sistemas e deve incluir: Avaliação de estado nutricional; Exame de pele e anexos, buscando dermatite seborreica, molusco contagioso, verrugas, piodermites, lesões herpéticas ativas ou cicatriciais, psoríase e lesões pápulo-pruriginosas; e Exame de cadeias ganglionares, caracterizando volume, número, sensibilidade e mobilidade, considerando a possibilidade de tuberculose ganglionar e neoplasias (BRASIL, 2014).

2.4 SER JOVEM CONVIVENDO COM HIV/AIDS

Ser jovem diagnosticado como HIV positivo é uma questão delicada. Desde o momento do diagnóstico o paciente precisa ser cercado de cuidado e iniciar o tratamento o mais breve possível, para melhorar sua qualidade de vida (OLIVEIRA; NEGRA; NOGUEIRA-MARTINS, 2012; BRASIL, 2014).

Para Gutierrez e Minayo (2008), a família e a escola se interconectam em um todo integrado e merecem ser tomados em conta e explorados nos estudos psicossociais, pois são pilares que mantêm a estrutura da identidade do sujeito, tendo assim, interferência direta em seu projeto de vida. Quanto à família, é importante ressaltar que ela é mediadora entre o indivíduo e a sociedade; é por meio da família que o indivíduo aprende a perceber o mundo e a se situar nele (REIS, 2001).

É uma instituição criada por meio das relações entre os seres humanos, e se constitui de diferentes formas para responder às necessidades sociais. O grupo familiar exerce também uma função ideológica, pois ensina a seus membros como se comportar fora das relações familiares sendo, pois, formadora do cidadão de acordo com a sociedade na qual está inserida (REIS, 2001).

No que diz respeito às configurações familiares, é importante ressaltar que novos e importantes elementos têm surgido no panorama social contemporâneo. Diante das transformações ocorridas nas sociedades e nas situações de vida

diversificadas e em constante mudança, as escolhas e opções dos homens e mulheres em relação à vida afetivo-sexual passam a ser flexíveis e plurais, assim como o casamento e a noção de família (AMAZONAS; BRAGA, 2006).

No que tange à escola, segundo Sarriera *et al.* (2004), esta exerce um papel determinante na vida do jovem, visto que, por meio das dificuldades que provoca ou pelas contribuições que oferece, estimula a sua inserção na sociedade. Segundo Oliveira; Negra e Nogueira-Martins (2012), a escola deve ir além da construção de conhecimentos, propiciando situações em que os jovens possam participar ativamente e interagir. Para Vygotsky (2007), a possibilidade de se apropriar das conquistas anteriores, assim como de se constituir enquanto sujeito, está, por um lado, condicionada ao desenvolvimento do sistema nervoso e, por outro, à qualidade das trocas que são dadas entre os indivíduos, ou seja, à qualidade do processo educativo do qual fazem parte.

Freire (1987) salienta que a educação não pode servir como simples depositária de conteúdo; deve ser problematizadora do homem em suas relações com o mundo. Segundo este autor, a educação não pode se fundar em uma compreensão dos homens como seres “vazios”, a quem o mundo “enche” de conteúdo; a educação deve, assim, estar a serviço da libertação do indivíduo.

É importante destacar que as perspectivas ligadas à tríade família, escola e trabalho são elementos importantes para a inserção/reinserção social de vários grupos com características especiais, na luta contra a exclusão social (CATÃO, 2001; NASCIMENTO, 2002). Sawaia (1999) aponta que, para esses casos, os três elementos citados podem contribuir para que o jovem se distancie da marginalidade.

Os jovens adultos portadores de HIV, por terem, atualmente, a possibilidade de maior sobrevivência, passam a vivenciar experiências semelhantes às dos jovens não portadores do vírus e se veem diante de questões como: continuidade do estudo; profissionalização; ingresso, permanência e ascensão no mercado de trabalho. Além disso, deparam-se também com as questões que dizem respeito às relações afetivas, à reprodução e à constituição familiar (NASCIMENTO, 2002; BRASIL, 2014).

Por outro lado, vivenciam diversas perdas sociais, que podem acarretar baixa autoestima, repressão da afetividade, medo da discriminação e a não procura por ajuda e tratamento (GUIMARÃES; RAXACH, 2002). No que diz respeito ao trabalho, o indivíduo portador de HIV está amparado pela Constituição Federal contra qualquer

atitude discriminatória com relação à sua sorologia e consequente perda do emprego, tendo garantido o direito a não declarar a sua condição sorológica em momento algum.

O portador de HIV deve, no ambiente de trabalho, ter preservadas sua intimidade e sua dignidade. Ele poderá se negar a fazer o exame e/ou denunciar a empresa junto aos órgãos competentes, quando ela exigir a sorologia como critério para admissão (OIT, 2002). O portador de HIV pode receber o benefício da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que corresponde ao valor de um salário mínimo. Além desse benefício, poderá receber o auxílio doença enquanto estiver trabalhando e, temporariamente, vier a ter a capacidade limitada para a atividade; caso sua incapacidade venha a ser permanente, poderá receber a aposentadoria (OIT, 2002).

2.5 TRANSIÇÃO DA PEDIATRIA PARA CLÍNICA DE ADULTOS

A transição de adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS das clínicas pediátricas para as de adultos deve ser entendida como um processo intencional e planejado pelas equipes dos serviços pediátricos e de adultos, adolescentes e familiares /cuidadores (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014).

Seu objetivo é promover um atendimento à saúde ininterrupto, coordenado e adaptado do ponto de vista do desenvolvimento psicológico e comportamental, antes da transferência para o atendimento de adultos. Uma transição mal planejada pode associar-se ao aumento do risco de não aderência ao tratamento e seguimento nos serviços de saúde. Esse fato pode trazer consequências desastrosas, tais como, aumento das intercorrências clínicas, progressão da doença e consequente aumento da mortalidade, assim como repercussões sociais e educacionais (BRASIL, 2017).

Por isso, o momento da transição deve ser planejado de maneira individualizada, levando em consideração as particularidades de cada adolescente e sua família estendida, não determinado apenas pela idade cronológica. Depende de fatores como a “prontidão” ou preparo dos adolescentes, da dinâmica familiar, e pode ser mais complexo naqueles com condições de saúde menos favoráveis (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Alguns aspectos devem ser avaliados para uma transição adequada, destacando-se a capacidade de o jovem assumir a responsabilidade sobre seu próprio tratamento, o envolvimento prévio no manejo de sua doença, demonstração de responsabilidade e independência. É importante avaliar e discutir com o jovem se ele

está vivenciando sua sexualidade de maneira segura, se tem planos de estudo e trabalho futuros, e se tem apoio financeiro familiar (BRASIL, 2014).

2.6 TRANSMISSÃO

Conforme Brasil (2014) existem diversas formas de transmissão do vírus do HIV, dentre elas estão a sexual, sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis), vertical (da mãe para o filho, durante a gestação, parto ou por aleitamento). Além dessas formas, mais frequentes, também pode ocorrer a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV (NETTINA, 2014; HALLAL *et al.*, 2015; BRASIL, 2017).

A principal forma de exposição em todo o mundo é a sexual, sendo que a transmissão heterossexual, nas relações sem o uso de preservativo é considerada pela OMS como a mais frequente (BRASIL, 2006). Na África Subsaariana, é a principal forma de transmissão. Nos países desenvolvidos, a exposição ao HIV por relações homossexuais ainda é a responsável pelo maior número de casos, embora as relações heterossexuais estejam aumentando proporcionalmente como uma tendência na dinâmica da epidemia (PINHEIRO; MEDEIROS, 2013).

Os fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV em uma relação heterossexual são: alta viremia, imunodeficiência avançada, relação anal receptiva, relação sexual durante a menstruação e presença de outra DST, principalmente as ulcerativas. Sabe-se hoje que as úlceras resultantes de infecções sexualmente transmissíveis como cancro mole, sífilis e herpes genital, aumentam muito o risco de transmissão do HIV (BRASIL, 2014; PEREIRA; MONTEIRO, 2015).

A transmissão sanguínea associada ao uso de drogas injetáveis é um meio muito eficaz de transmissão do HIV, devido ao uso compartilhado de seringas e agulhas. Já a transmissão mediante transfusão de sangue e derivados é cada vez menos relevante nos países industrializados e naqueles que adotaram medidas de controle da qualidade do sangue utilizado, como é o caso do Brasil (PINHEIRO; MEDEIROS, 2013; BRASIL, 2014; HALLAL *et al.*, 2015).

Para Brasil (2006) a transmissão vertical, decorrente da exposição da criança durante a gestação, parto ou aleitamento materno, vem aumentando devido à maior transmissão heterossexual. Na África, são encontradas as maiores taxas desta forma

de infecção pelo HIV, da ordem de 30 a 40%; entretanto, em outras partes do mundo, como na América do Norte e Europa, situam-se em torno de 15 a 29%. Os principais motivos dessa diferença devem-se ao fato de que, na África, a transmissão heterossexual é mais intensa, e que neste continente, o aleitamento materno é muito mais frequente do que nos países industrializados (WHO, 2017).

A transmissão intrauterina é possível em qualquer fase da gravidez; porém é menos frequente no primeiro trimestre. As infecções ocorridas nesse período não têm sido associadas a malformações fetais. O risco de transmissão do HIV da mãe para o filho pode ser reduzido em até 67% com o uso de AZT durante a gravidez e no momento do parto, associado à administração da mesma droga ao recém-nascido por seis semanas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014). A transmissão pelo leite materno é evitada com o uso de leite artificial ou de leite humano processado em bancos de leite, que fazem aconselhamento e triagem das doadoras (WHO, 2017).

Brasil (2013) aponta que a transmissão ocupacional ocorre quando profissionais da área da saúde sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes portadores do HIV. Estima-se que o risco médio de contrair o HIV após uma exposição percutânea a sangue contaminado seja de aproximadamente 0,3%. Nos casos de exposição de mucosas, esse risco é de aproximadamente 0,1% (BRASIL, 2014; WHO, 2017).

Os fatores de risco já identificados como favorecedores deste tipo de contaminação são: a profundidade e extensão do ferimento, a presença de sangue visível no instrumento que produziu o ferimento, o procedimento que resultou na exposição e que envolveu a colocação da agulha diretamente na veia ou artéria de paciente portador de HIV e, finalmente, o paciente fonte da infecção mostrar evidências de imunodeficiência avançada, ser terminal ou apresentar carga viral elevada (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014; WHO, 2017).

Embora essas sejam as formas mais conhecidas de transmissão existem outras formas possíveis, dentre elas o contato com fluidos corporais, como saliva, urina, lágrimas, somente o contato com sangue, sêmen, secreções genitais e leite materno têm sido implicados como fontes de infecção (BRASIL, 2006). O risco da transmissão do HIV por saliva foi avaliado em vários estudos laboratoriais e epidemiológicos. No entanto, estudos recentes demonstraram que a concentração e a infectividade dos vírus da saliva de indivíduos portadores do HIV é extremamente baixa (WHO, 2017).

Até o momento, não foi possível evidenciar, com segurança, nenhum caso de infecção por HIV adquirido por qualquer das seguintes vias teóricas de transmissão: contato interpessoal não-sexual e não-percutâneo (contato casual), vetores artrópodes (picadas de insetos), fontes ambientais (aerossóis, por exemplo) e objetos inanimados (fômites), além de instalações sanitárias. Há raros relatos anedóticos de hipotética transmissão horizontal do HIV; porém, estes não resistem a uma análise mais cuidadosa, e as evidências são insuficientes para caracterizar formas não-tradicionais de transmissão (BRASIL, 2014; PEREIRA; MONTEIRO, 2015; WHO, 2017).

Tanto Nettina (2014) quanto Pereira e Monteiro (2015) ressaltam que as formas alternativas de transmissão são altamente improváveis, e que a experiência cumulativa é suficientemente ampla para se assegurar enfaticamente que não há qualquer justificativa para restringir a participação de indivíduos infectados nos seus ambientes domésticos, escolares, sociais ou profissionais.

Desta forma, o tratamento precoce e oportuno das pessoas com HIV melhora a qualidade de vida e interrompe a cadeia de transmissão da infecção. Estando o atendimento e o tratamento ofertados gratuitos nos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

2.7 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INFECÇÃO PELO HIV

HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana causador da AIDS que ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção (BRASIL, 2010; NETTINA, 2014; BORGES; PINTO; RICAS, 2015).

Ter o HIV não é a mesma coisa que ter AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas podem transmitir o vírus a outras pessoas pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação, quando não tomam as devidas medidas de prevenção. Por isso, é sempre importante fazer o teste e se proteger em todas as situações (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Segundo Rio de Janeiro (2015), a infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases clínicas: Infecção Aguda; Fase Assintomática, também conhecida como latência clínica; Fase Sintomática inicial ou precoce; e AIDS.

A infecção aguda, também chamada de síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária, ocorre em cerca de 50% a 90% dos pacientes. Seu diagnóstico é pouco realizado devido ao baixo índice de suspeição, sendo, em sua maioria, retrospectivo. O tempo entre a exposição e os sintomas é de cinco a trinta dias. A história natural da infecção aguda caracteriza-se tanto por viremia elevada, como por resposta imune intensa. Durante o pico de viremia, ocorre diminuição rápida dos linfócitos T CD4+, que posteriormente aumentam, mas geralmente não retornam aos níveis prévios à Infecção (RIO DE JANEIRO, 2015).

Pode ser observado também, o aumento do número absoluto de linfócitos T CD8+ circulantes, com a inversão da relação CD4+/CD8+, que se torna menor que um. Este aumento de células T CD8+, provavelmente, reflete uma resposta T citotóxica potente, que é detectada antes do aparecimento de anticorpos neutralizantes. Existem evidências de que a imunidade celular desempenha papel fundamental no controle da viremia na infecção primária (NETTINA, 2014; BORGES; PINTO; RICAS, 2015; BRASIL, 2017).

Os sintomas aparecem durante o pico da viremia e da atividade imunológica. As manifestações clínicas podem variar, desde quadro gripal até **uma síndrome mononucleose-like**. Além de sintomas de infecção viral, como febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, *rash* cutâneo maculopapular eritematoso, ulcerações mucocutâneas envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália, hiporexia, adinamia, cefaléia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos; os pacientes podem apresentar candidíase oral, neuropatia periférica, meningoencefalite asséptica e síndrome de Guillain-Barré (NETTINA, 2014; BORGES; PINTO; RICAS, 2015).

Os achados laboratoriais inespecíficos são transitórios, e incluem: linfopenia seguida de linfocitose, presença de linfócitos atípicos, plaquetopenia e elevação sérica das enzimas hepáticas. Os sintomas duram, em média, 14 dias, sendo o quadro clínico autolimitado. A ocorrência da síndrome de infecção retroviral aguda clinicamente importante ou a persistência dos sintomas por mais de 14 dias parecem estar relacionadas com a evolução mais rápida para AIDS. O quadro abaixo mostra

os sinais e sintomas frequentemente associados à síndrome viral aguda causada pelo HIV (NETTINA, 2014).

Quadro 02 – Principais sinais e sintomas associados a infecção aguda pelo HIV e a Frequência (%)
Fonte: Nettina (2014)

Sinais e Sintomas	Frequência (%)
Febre	80-90
Fadiga	70-90
Exantema	40-80
Cefaleia	32-70
Linfadenopatia	40-70
Faringite	50-70
Mialgia e/ou Artralgia	50-70
Náuseas, vômitos e/ou diarreia	30-60
Suores Noturnos	50
Meningite Asséptica	24
Úlceras Orais	10-20
Úlceras Genitais	5-15
Trombocitopenia	45
Linfopenia	40
Elevação dos níveis séricos de enzimas hepáticas	21

Após a resolução da fase aguda, ocorre a estabilização da viremia em níveis variáveis (*set points*), definidos pela velocidade da replicação e clareamento viral. O *set point* é fator prognóstico de evolução da doença. A queda da contagem de linfócitos T CD4+, de 30 a 90 células por ano, está diretamente relacionada à velocidade da replicação viral e progressão para a AIDS (NETTINA, 2014).

Na infecção precoce pelo HIV, também conhecida como fase assintomática, o estado clínico básico é mínimo ou inexistente (BRASIL, 2006). Alguns pacientes podem apresentar uma linfadenopatia generalizada persistente, "flutuante" e indolor. Portanto, a abordagem clínica nestes indivíduos no início de seu seguimento prende-se a uma história clínica prévia, investigando condições de base como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, DPOC, doenças hepáticas, renais, pulmonares, intestinais, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose e outras doenças endêmicas, doenças psiquiátricas, uso prévio ou atual de medicamentos, enfim, situações que podem complicar ou serem agravantes em alguma fase de desenvolvimento da doença pelo HIV (BRASIL, 2014; NETTINA, 2014).

A história familiar, hábitos de vida, como também uma avaliação do perfil emocional e psicossocial do paciente, seu nível de entendimento e orientação sobre

a doença são extremamente importantes. No que diz respeito à avaliação laboratorial nesta fase, uma ampla variedade de alterações podem estar presentes (BRASIL, 2014; NETTINA, 2014).

2.8 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

Para Brasil (2010) a doença pode ou não ter expressão clínica logo após a infecção, sendo importante que o profissional saiba conduzir a investigação laboratorial após a suspeita de risco de infecção pelo HIV. A revelação diagnóstica é um momento de especial importância no cuidado das crianças e adolescentes vivendo com HIV e requer o envolvimento de todos, cuidadores e profissionais, que participam de seu cuidado (BRASIL, 2018).

A comunicação do diagnóstico deve ser individualizada, considerando as particularidades de cada usuário, como também do cuidador, incluindo nível de compreensão, estágio de desenvolvimento, contexto social e familiar. É importante ressaltar que se considera como cuidador qualquer pessoa que se responsabilize pela criança ou adolescente, levando-a as consultas e auxiliando-a na tomada de medicamentos, sendo parente ou não, tutor, profissional de abrigo onde mora a criança, amigo etc. (RIO GRANDE DO SUL, 2016; BRASIL, 2018).

O processo de revelação diagnóstica deve ser iniciado o mais precocemente possível e guiado a partir das primeiras manifestações de curiosidade da criança. Cada pergunta deve ser respondida de forma simples e objetiva, com emprego de vocabulário que possa ser facilmente compreendido (BRASIL, 2018). A nomeação da doença é um momento crítico, especialmente na primeira infância, quando as crianças ainda não tem discernimento para guardar segredos. Nesses casos, explicações parciais que contemplem informações sobre a importância da tomada das medicações e os mecanismos de ação dos vírus no organismo também são benéficas (BRASIL, 2009; RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Dentre os exames solicitados para confirmação diagnóstica da infecção pelo HIV estão: Testes Rápido para detecção dos anticorpos anti HIV-1, anti HIV-2, bem como das Sorologias que detectam o próprio vírus (BRASIL, 2014).

O PCR não é utilizado rotineiramente como teste diagnóstico para a infecção pelo HIV. No entanto, há casos especiais nos quais esta é a única metodologia possível para confirmar tal infecção. O princípio do teste é detectar o material genético do vírus HIV e a carga viral (NETTINA, 2014; RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Os exames descritos no Quadro 03 ajudam a avaliar comorbidades e indicação de TARV e devem ser solicitados na primeira consulta (RIO GRANDE DO SUL, 2016):

Quadro 03 – Exames solicitados aos pacientes com diagnósticos de HIV para avaliação das comorbidades **Fonte: Brasil, 2014**

- ✓ Contagem de LT-CD4+ e carga viral do HIV;
- ✓ Hemograma e plaquetas;
- ✓ Glicemia em jejum;
- ✓ Perfil lipídico (colesterol total, HDL, triglicerídeos);
- ✓ Avaliação hepática (TGO, TGP);
- ✓ Avaliação renal (creatinina, ureia, exame qualitativo de urina);
- ✓ Eletrólitos (sódio, potássio);
- ✓ Exame parasitológico de fezes;
- ✓ Teste para hepatites virais: Anti-HCV, HbsAg, Anti-Hbs, Anti-HAV;
- ✓ Toxoplasmose IgG;
- ✓ Anti-HTLV I e II e sorologia para Chagas (considerar triagem na rotina para indivíduos oriundos de áreas endêmicas);
- ✓ Teste não-treponêmico (VDRL OU RPR);
- ✓ Radiografia de tórax;
- ✓ Prova tuberculínica intradérmica (PT ou Reação de Mantoux).

2.9 ADESÃO AO TRATAMENTO

A abordagem clínica-terapêutica do HIV tem se tornado cada vez mais complexa, em virtude da velocidade do conhecimento acerca deste agente. Os objetivos do tratamento são: prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida do paciente, pela redução da carga viral e reconstituição do sistema imunológico (BRASIL, 2010; NETTINA, 2014).

Desde 1996, segundo a Lei nº 9.313/96, o governo brasileiro garante a distribuição de medicamentos antirretrovirais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso à Terapia Antirretroviral, conhecida como TARV (BRASIL, 2010). Em 2013, como nova abordagem para frear a epidemia de Aids, iniciou-se tratamento a todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente de seu estado imunológico, avaliado pela contagem de CD4, e a atenção primária assumiu o tratamento

antirretroviral aumentando a cobertura de testagem de HIV em populações-chave (BRASIL, 2018).

Foi o acesso à TARV, garantido pelo governo brasileiro e por outras iniciativas internacionais, que possibilitou maior sobrevivência e qualidade de vida a esses sujeitos, dando, assim, um caráter de doença crônica à AIDS. Mas, o uso dos Antirretrovirais (ARVs) também trouxe efeitos colaterais importantes, tornando-se um problema de adesão. Nesse contexto, as questões relativas ao desenvolvimento de medidas de adesão aos serviços e à TARV, além de prioritárias, precisam não só ser incrementadas como objeto de ações contínuas e duradouras (BRASIL, 2008).

À medida que o paciente HIV positivo abandona o tratamento medicamentoso ou o faz de modo incorreto, pode abrir portas para as doenças oportunistas, de modo que a adesão ao tratamento acaba assumindo contornos sociais e políticos muito evidentes, tanto pelo investimento feito pelo governo brasileiro como pelo controle da epidemia (BRASIL, 2008). Estudos recentes reforçam a necessidade de que políticas de enfrentamento à epidemia aprimorem a qualidade da atenção, promovendo melhoria na adesão à terapia (BRASIL, 2010).

Na perspectiva da saúde pública, a não adesão é uma ameaça individual e coletiva (BRASIL, 2010). A combinação de dois ou mais métodos de adesão é necessária para seu monitoramento, mas nenhum apresenta acurácia suficiente para definir a real situação de uso dos medicamentos (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Ainda que se saiba que a carga viral está sujeita à influência de intercorrências clínicas, vacinas e interações medicamentosas (GÜNTWARD *et al.*, 2016), a única medida que efetivamente garante que o ARV foi ingerido pelo paciente é a mensuração sanguínea do medicamento (LIABRE *et al.*, 2006). Por isso, a quantificação do vírus HIV na corrente sanguínea, ou Carga Viral (CV) é utilizada para o monitoramento da resposta ao tratamento antirretroviral e detecção precoce da falha virológica (BRASIL, 2015).

Dentre as variáveis que interferem na adesão à TARV, a depressão é reconhecida por sua capacidade de prever desfechos clínicos negativos, tais como redução da adesão à medicação, qualidade de vida e, possivelmente, agravamento da progressão da doença e mortalidade (NANNI *et al.*, 2015). A depressão é o transtorno psiquiátrico prevalente na maioria dos indivíduos infectados pelo HIV (GONZALEZ *et al.*, 2011).

Ainda que estudos considerem uma variação da prevalência da depressão em Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) entre 0 e 42%, há consenso de que ela incide duas vezes mais nessas pessoas do que na população em geral, podendo-se observar uma porcentagem de 11 a 30% nos portadores da infecção (GONZALEZ *et al.*, 2011). A instituição da terapia antirretroviral (TARV) tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade das PVHA, melhorando a qualidade e a expectativa de vida, e não erradicar a infecção pelo HIV. Seu foco principal sempre foi a redução de risco de infecções oportunistas, evolução para aids e óbito (BRASIL, 2015).

Entretanto, atualmente há evidências de que, mesmo em indivíduos assintomáticos com contagens elevadas de CD4, a replicação viral e a ativação imune crônica estão associadas ao desenvolvimento de doenças não tradicionalmente relacionadas à infecção pelo HIV, tais como eventos cardiovasculares. De fato, estudos observacionais têm demonstrado redução da morbimortalidade com o início mais precoce de TARV (BRASIL, 2015).

É muito importante que o usuário conheça as características da doença e entenda o objetivo da terapia antirretroviral e participe da decisão de iniciá-la, compreendendo a importância da tomada continuada e correta do medicamento com o objetivo de atingir supressão da replicação virológica. Nesse momento também se deve abordar sobre as formas de transmissão, o acompanhamento e o significado dos exames laboratoriais (como contagem de Carga Viral e CD4) e possíveis eventos adversos em curto e longo prazo relacionados à TARV (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Além disso, vários estudos demonstram que o uso de antirretrovirais representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV.

A partir das evidências de benefícios clínicos e de prevenção da transmissão do HIV com o tratamento precoce, algumas recomendações para o início da terapia antirretroviral foram estabelecidas.

2.10 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO PELO VÍRUS HIV

A evolução da disseminação da AIDS vem mostrando que a transmissão do HIV faz-se, primordialmente, por comportamentos de risco relacionados a práticas sexuais e uso de drogas injetáveis, sendo o principal modo de transmissão do HIV a conduta sexual, podendo atingir qualquer indivíduo, independente de características pessoais ou sociais.

Essa questão de mudança de hábitos, particularmente nos campos diretamente implicados na transmissão do HIV, está bem longe de ser simples e transcende, sem dúvida, o aspecto informativo, demanda o constante aprofundamento do debate e da reflexão em torno de práticas educativas, de modo a aumentar sua eficácia e apontar caminhos que respondam aos diversos desafios a elas relacionadas.

Deste modo o papel do enfermeiro frente a essa problemática se efetiva nas práticas de Educação em Saúde no Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2018). Uma vez que dentro das competências do enfermeiro da atenção básica estão: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2012).

Assim, a eficácia da educação dependerá do nível de abrangência e contextualização com que for planejada e desenvolvida. Todavia, para que o enfermeiro possa orientar seus clientes/comunidade, necessita possuir conhecimentos e habilidades técnicas, pedagógicas e de planejamento sobre as práticas educativas em HIV/AIDS, a fim de desenvolver e administrar tal processo educativo (TORRES; RUFINO, 2001).

A preocupação com a atuação do enfermeiro na prevenção do HIV/AIDS nas UBS, motivou-nos a estudar a competência técnica desse profissional no desenvolvimento das atividades educativas no combate a disseminação desta enfermidade. Portanto, o objetivo deste estudo foi construir e testar a fidedignidade do instrumento para mensurar o nível de competência técnica do enfermeiro na prevenção do HIV/AIDS, nas UBS (TORRES; RUFINO, 2001).

Competência está sendo entendida como capacidade de encontrar problemas e de resolvê-los, fazer determinada coisa, ter habilidade e aptidão. A competência do enfermeiro neste contexto refere-se ao conjunto de conhecimentos no tocante aos aspectos relativos ao HIV/AIDS e ações de prevenção, no âmbito das UBS (TORRES; RUFINO, 2001).

2.10.1 Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral (BRASIL, 2018).

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. Implica colocar em questão: como esses serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nesses serviços?

A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é à base do Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. Sua sustentabilidade e qualidade dependem de todos os entes envolvidos (BRASIL, 2018).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo teórico- empírico, de abordagem quali-quantitativa, do tipo descritivo que descreveu o conhecimento dos adolescentes e jovens alunos da Escola Estadual Prof.^a Maria do Socorro Jacob sobre HIV/AIDS. O estudo teórico-empírico é aquele que além de estudar teorias ainda se dedica a codificar o lado mensurável da realidade, ou seja, ocupa-se daquilo que é medido (PRESTES, 2012).

Segundo Augusto *et al.* (2014), a pesquisa qualitativa é aquela que não se preocupa com a mensuração dos fatos, voltando apenas para a qualidade da pesquisa. Já, a abordagem quantitativa busca descrever significados que são considerados como inerentes aos objetos e atos, por isso é definida como objetiva, tendo como característica permitir uma abordagem focalizada e pontual e estruturada, utilizando-se de dados quantitativos; quanto as técnicas de análise, são dedutivas (isto é, partem do geral para o particular) e orientadas pelos resultados, sendo estes generalizáveis (TANAKA; MELO, 2001).

A pesquisa de um modo geral é uma atividade voltada para a solução de problemas teóricos ou práticos com o emprego de processos científicos. Partindo de uma dúvida ou problema, e com o uso do método científico, busca uma resposta ou solução (CERVO; BERVIAN, 2002).

Para Ribas e Fonseca (2008), a pesquisa descritiva responde algumas questões como: o que ocorre? Devendo ser relatados os fatos tais como são, assim o pesquisador deve conhecer e interpretar os fenômenos e interpreta-los por meio da observação, registro e análise das variáveis.

Gil (2008) descreve a pesquisa descritiva como aquela que narra de maneira detalhada as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Escola Estadual Prof.^a Maria do Socorro Jacob, localizada na 3^a Rua S/N, Bairro Floresta, em Itaituba-PA. Funciona nas modalidades regular do Ensino Médio e Educação de Jovens e Adultos (EJA). Quanto a estrutura física, a escola possui 15 salas de aula ativas, uma quadra coberta e uma descoberta,

uma sala de diretoria, uma secretaria, uma sala dos professores, uma cozinha, uma cantina e uma biblioteca.

Quanto aos recursos humanos atuais, a escola conta com 30 colaboradores entre professores, diretores, secretário, serviços gerais, vigias, técnicos educacionais, assistentes administrativos.

Funciona nos três turnos, com seis turmas pela manhã, das quais duas são de 1º ano, duas de 2º e três de 3º ano, não havendo EJA neste turno. No turno vespertino tem cinco turmas, sendo uma de 1º ano, uma de 2º, uma de 3º e duas da modalidade EJA. Já no noturno existem três turmas, destas uma é de 1º ano, uma de 3º e uma da 2º etapa do EJA.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo foram os adolescentes e jovens alunos da Escola Estadual Prof.^a Maria do Socorro Jacob. Foram utilizados na pesquisa 172 alunos matriculados nos três turnos, e como critério de inclusão todos os alunos das turmas do 1º, 2º, 3º ano e 1º EJA do ensino médio, levando em consideração que pertencem a uma faixa etária que passa pela descoberta da sexualidade podendo ser considerada sexualmente ativa. Como critério de exclusão todos os alunos pertencentes a outras séries.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o levantamento dos dados foi aplicado um questionário semiestruturado (Apêndice A), com perguntas objetivas e subjetivas, totalizando oito perguntas, além dos dados sócio demográficos, no período de outubro a novembro de 2018.

Para coleta de dados os estudantes primeiramente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e em seguida foram orientados a preencherem o questionário elaborado para a pesquisa, com o intuito de explorar o conhecimento dos adolescentes e jovens sobre as DST's e o HIV. O estudo se deu através de coleta de dados primários, onde os alunos responderam os questionários individual em grupos de cinco alunos, de forma orientada pela pesquisadora.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Aos participantes da pesquisa foram asseguradas as condições da pesquisa, as informações dos dados obtidos, e explicado sobre o risco mínimo possível, sendo confiada somente a pesquisadora. Devendo as identidades dos pesquisados preservadas, toda e qualquer informação sobre sua participação mantida sob sigilo. Garantido que não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

A cada participante foram relatados sobre todos os passos deste estudo, mostrando que os mesmos têm o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação na pesquisa, não podendo sua recusa implicar em qualquer prejuízo. E garantindo a manutenção de sua privacidade e confidencialidade.

3.6 ANÁLISE DE RISCOS

Com base no Artigo V da Resolução nº 466/96 toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados, devendo ser avaliados os riscos e benefícios, sendo que o último deve superar o primeiro (BRASIL, 2012b).

Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, ao indivíduo ou a coletividade. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética (BRASIL, 2012b).

Portanto, com base no que foi citado, este estudo apresenta os menores riscos aos participantes, levando em conta que o instrumento de pesquisa é o questionário respondido em local fechado, onde apenas o pesquisador e os participantes tiveram consciência do que foi relatado, e seu resultado será explanado apenas para comunidade acadêmica sem mencionar nomes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aqui apresentamos os resultados dos dados coletados através da aplicação do instrumento de pesquisa (Apêndice A), dos 172 alunos participantes. Nos gráficos 1 a 3 na sequência a seguir, estão dispostos a situação sócio demográfica dos participantes.

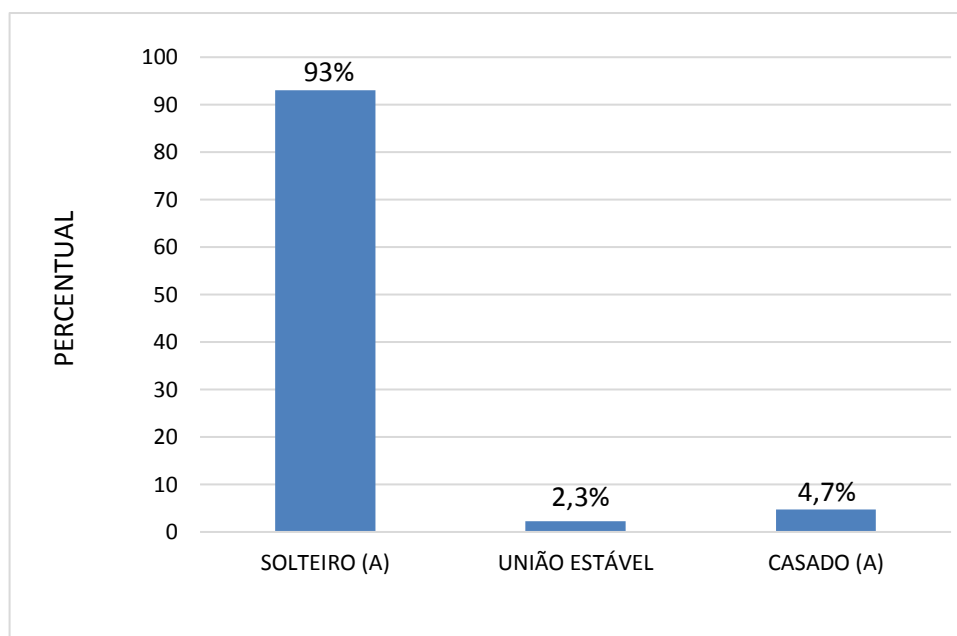


Gráfico 01- Identificação do estado civil dos participantes da pesquisa
Fonte: Mesquita (2019)

Dentre os 172 alunos participantes, a maioria (107, 62,2%) são do sexo feminino e apenas 65 (37,8%) do sexo masculino. Quando analisado pelo estado civil a maioria (160, 93%) declarou-se solteiro, 08 (4,7%) casado e 04 (2,3%) em união estável.

Em uma pesquisa realizada por Angelim *et al.* (2015) com alunos da EJA de duas Escolas Públicas (A e B) situadas na cidade do Recife no período de Setembro a Outubro de 2012. Participaram do estudo 79 alunos da escola A e 90 alunos da escola B, totalizando em 169 estudantes inseridos no Programa Educação de Jovens e Adultos (EJA). De acordo com a caracterização dos participantes que responderam ao questionário, 84 (49,7%) eram do sexo masculino e 85 (50,3%) são do sexo feminino.

Diante do perfil dos sujeitos da Escola Maria do Socorro Jacob, discorda com a pesquisa do autor acima citado, visto que, nela o gêneros apresentam-se equiparados e na pesquisa em questão houve uma disparidade entre os dados.

Quanto ao estado civil, Batista; Lambert e Ost (2011) em estudo com 93 estudantes da EJA em duas escolas na periferia do município de Uruguaiana – RS, identificaram que a maioria, 60,9% eram de solteiros, porém com parceiro fixo e 33,7% de casados. Corroborando com a pesquisa que também identificou mais solteiros entre os estudantes, seguido dos casados e união estável, os dois últimos com percentual mínimo, não chegando a 10%.

Nos gráficos 02 e 03, estão expressados os dados da amostra em relação a faixa etária e escolaridade (o ano que estão cursando) dos sujeitos da pesquisa.

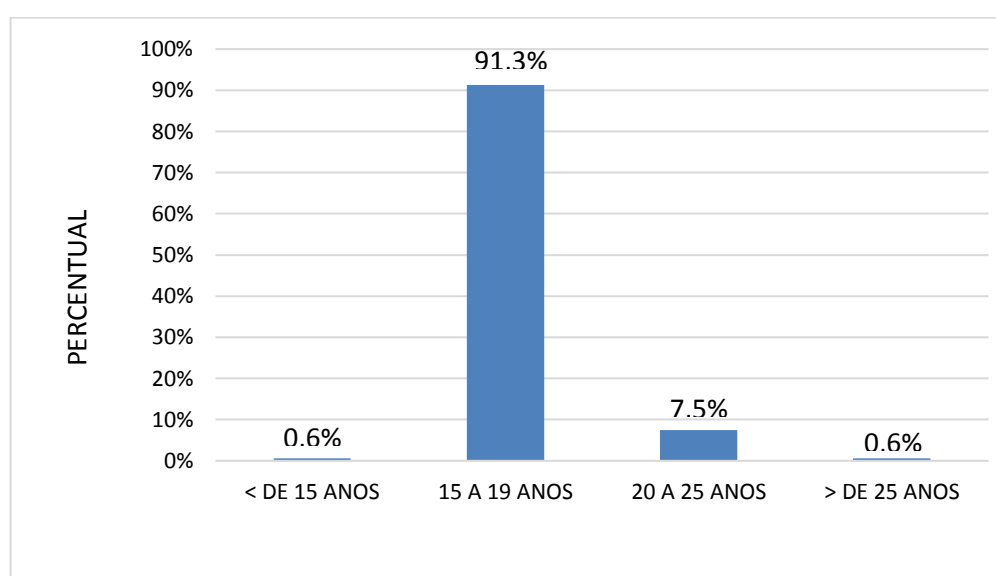


Gráfico 02 – Faixa etária dos participantes da pesquisa

Fonte: Mesquita (2019)

Em relação a idade, o estudo variou de 14 a 37 anos, e a faixa etária que teve maior prevalência foi entre 15 a 19 anos com 157 (91,3%), sendo a idade 17 anos mais frequente (58), seguido da faixa etária de 20 a 25 anos (7,5%), e apenas um registro tanto para menores de 15 anos, quanto para maiores de 25 anos.

Um estudo realizado por Val *et al.* (2013) a partir de dados de 1999 e 2010 (estudantes matriculados em duas escolas estaduais públicas em Peruíbe, SP, Brasil), onde foram narrados a relação dos achados da pesquisa “Estudo dos fatores relacionados à AIDS entre estudantes do ensino médio”, realizada em 1999 e comparados com a pesquisa “Vulnerabilidade ao HIV/aids de jovens do ensino médio: o que mudou em dez anos”, realizada em 2010. A média de idade dos pesquisados foi de 18,7 anos em 1999, (mínima de 15 anos e máxima de 48 anos) e no estudo de 2010, 16,8 anos, (mínima de 13,2 anos e máxima de 30,3 anos).

Dados do Ministério da Educação e Cultura (MEC) mostram que a taxa de frequência escolar no Ensino Médio da população de 15 a 17 anos apresentou variações da ordem de 4,1 pontos percentuais, e que no período de 12 anos teve um crescimento de 3,8%, passando de 81,1% em 2001 para 84,2%, em 2012 (BRASIL, 2014).

Os estudos de Angelim *et al.* (2015) também evidenciam a faixa etária mais frequente entre 18 e 19 anos (39,6%), seguido de 35,5% entre 20 a 29 anos e 24,9% aos alunos que tinham 30 anos ou mais. Ambos autores concordam com a pesquisa, pois a maioria é de ≤ 19 anos, e a minoria entre os maiores de 25 anos. Este resultado corresponde ao esperado, pelo fato de tratar-se da faixa etária correspondente a este período escolar.

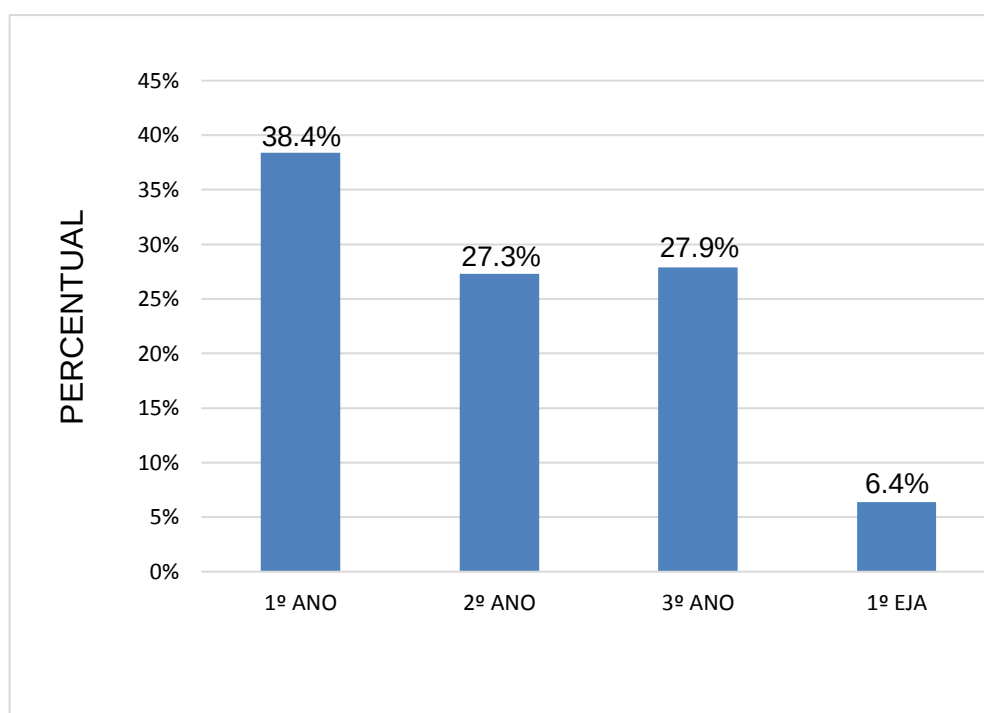


Gráfico 03 – Escolaridade (série que estão cursando) dos alunos entrevistados na Escola Estadual Prof.^a M^a do Socorro Jacob **Fonte: Mesquita (2019)**

Em relação a série que o aluno está cursando, a resposta variou entre cursando 1º ano, 2º, 3º e 1ª etapa da EJA, sendo que a série que teve maior prevalência foi o 1º ano do ensino médio com 66 entrevistados (38,4%), seguido do 3º ano com 48 (27,9%), depois o 2º ano com 47 (27,3%) e por fim, 11 (6,4%) participam do programa de EJA como mostra o Gráfico 03 acima.

Conforme o Artigo 35 da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que é a Lei orgânica da educação brasileira, a etapa final da Educação Básica no Brasil é o Ensino Médio,

com duração mínima de três anos, devendo ser oferecida preferencialmente à população de 15 a 17 anos. No entanto, devido à distorção idade-série nesta etapa, as matrículas abrangem um contingente muito maior, atendendo significativa parcela da população de 18 e 19 anos (BRASIL, 2014).

No Ensino Médio houve um crescimento absoluto da matrícula de 8.192.948 (2000) para 8.312.815 (2013), e esta etapa da educação básica apresenta, ao longo deste período, um comportamento peculiar. Quanto a matrícula na EJA no Brasil passou de 3.410.830, em 2000, para 3.906.977, em 2012 tendo, portanto, crescido em termos absolutos (BRASIL, 2014).

A pesquisa na Escola Maria do Socorro Jacob apresenta uma distorção em relação a base nacional, visto que o número de alunos no EJA é bem pequeno, se comparado aos alunos de 15 a 19 anos que são a prioridade desta modalidade de ensino e que se apresentaram mais evidentes neste estudo.

Brasil (2014) salienta que a educação de jovens e adultos no país é oferecida em estabelecimentos regulares de ensino pela rede pública e privada, mediante iniciativas governamentais e não governamentais, assim como de programas especiais. No âmbito das redes públicas estaduais e municipais de ensino há modelos diferenciados de oferta de EJA: tanto existem turmas de Alfabetização, Ensino Fundamental e Ensino Médio em escolas da rede, como em unidades próprias de EJA, com opções diversificadas e abertas concebidas para este público.

Dando sequência à discussão, no Quadro 04 apresentamos a compilação das quatro principais respostas para a 1ª pergunta feita aos participantes: Para você o que é DST? Vale ressaltar que no questionário utilizou-se a nomenclatura DST, visto que a mesma foi utilizada por mais de três décadas, logo os participantes não teriam conhecimento sobre a mudança para IST, e não podendo o pesquisador influenciar nas respostas.

Quadro 04 – Resposta dos alunos da E. Maria do Socorro Jacob em relação a pergunta 1: O que é DST? **Fonte: Mesquita (2019)**

RESPOSTAS	QUANTIDADE	PERCENTUAL (%)
Doença Sexualmente Transmissível	94	54
Não soube responder	70	41
Doença Perigosa	05	3
Uma doença	03	2

Conforme o Quadro 04, a maioria dos alunos (54%) respondeu “*Doença sexualmente transmissível*”, 41% (70) “*Não souberam responder*”, 3% (5) sabem que é uma “*Doença Perigosa*” e 2% (3) apenas que é “*Uma doença*”. Em relação aos tipos de DST, a maioria 98%, relataram conhecer apenas a AIDS, e 2% conhecem ou já ouviram falar sobre a gonorreia, sífilis e candidíase. Mostrando que os mesmos apenas conhecem superficialmente as Infecções Sexualmente Transmissíveis, ou pelo menos já ouviram falar, por isso não responderam com tanta propriedade.

Em um estudo com 113 alunos de uma escola pública de Goiânia-GO no período de janeiro a outubro de 2003, observou-se que, embora 90,43% dos estudantes tenham relatado informações prévias sobre DST/AIDS, quando interrogados, muitos responderam incorretamente (MARQUES *et al.*, 2006).

Nos estudos de Padilha *et al.* (2014) com 207 adolescentes estudantes de ensino médio de uma escola pública no interior do Paraná, identificaram que 60% dos adolescentes tinham conhecimento sobre doença sexualmente transmissível (DST). Colaborando com estudo atual que teve 40,7% dos educandos com conhecimento apenas superficial das DST's.

As respostas apontadas na 2ª Pergunta: O que você entende por HIV e AIDS? Estão descritas no Quadro 05.

Quadro 05 – Respostas dos alunos da E. Maria do Socorro Jacob da pergunta 02: O que é HIV e AIDS? **Fonte: Mesquita (2019)**

RESPOSTAS	QUANTIDADE	PERCENTUAL (%)
HIV é o vírus que causa a AIDS	65	37,8
HIV é o vírus que danifica as células de defesa da pessoa infectada causando a AIDS	12	7
HIV é o vírus e a AIDS é a doença	21	12,2
O HIV não sei, já a AIDS acredito que é uma doença que pega de várias formas	05	2,9
HIV e AIDS são doenças incuráveis	08	4,6
São doenças horríveis	04	2,3
HIV é uma doença que vem da picada de um mosquito	18	10,5

HIV não sei responder, a AIDS é uma doença que retarda o sistema imunológico	02	1,2
O HIV é um vírus, e a AIDS é uma doença horrível que pode levar a pessoa a morte	06	3,5
HIV é um vírus que pode levar a morte, quando vira AIDS	03	1,7
HIV é um vírus, já a AIDS é quando esse vírus vem à tona no corpo daquele que possui o vírus.	04	2,3
Não souberam responder	24	14

Quando analisado o conhecimento dos alunos sobre HIV e AIDS a maioria 65 alunos (37,8%) sabem que o primeiro é um vírus que causa a segunda, que é uma doença, seguido de 24 (14%) que não souberam responder, 21 (12,2%) entendem que o HIV é o vírus e a AIDS é a doença, 18 (10,5%) acreditam que o HIV é transmitido através da picada de um mosquito, 12 (7%) sabem que o HIV ataca as células de defesa do corpo levando a pessoa a adquirir a AIDS, 8 (4,6%) acham que tanto o HIV e a AIDS são doenças incuráveis, 6 (3,5%) desses estudantes compreendem que o HIV é um vírus e a AIDS uma doença grave, porém a relaciona com o primeiro, lembrando que a doença pode levar a morte, 5 (2,9%) relataram não conhecer o HIV, porém a AIDS pode ser causada de diversas formas, 4 (2,3%) apontam tanto o HIV quanto a AIDS como doenças horríveis, 4 (2,3%) consideram o HIV um vírus e a AIDS quando o vírus se manifesta no organismo do portador do vírus, 3 (1,7%) descrevem o HIV como um vírus que pode levar a morte, quando este se torna a doença AIDS e por fim, 2 (1,2%) não souberam responder sobre o HIV, mas destacaram que a AIDS é uma doença que retarda o sistema imunológico. De acordo com as respostas apresentadas, 75,5 % dos alunos apresentaram respostas relacionadas (mesmo que nem sempre precisas) a descrição do vírus HIV e a AIDS. Já 24,4% mostraram não sabem responder a pergunta.

Veras *et al.* (2017) descrevem a partir de pesquisa desenvolvida em duas instituições de ensino no município de Pesqueira-PE, no período de abril a dezembro de 2016, também através de um questionário semiestruturado, sobre o conhecimento acerca das IST/AIDS onde 92,78% afirmaram conhecer a AIDS; 79,79% as hepatites; 59,79% a gonorreia. Confirmando a pesquisa realizada na Escola Estadual Maria do

Socorro Jacob que mostram que a maioria, com quase 100% (Quadro 05) conhecem ou já ouviram falar sobre a AIDS, e uma minoria dizem conhecer outras IST.

Considerando as proposições deste estudo, Coelho *et al.* (2011) corroboram com a pesquisa, a partir de um estudo realizado com 170 estudantes do ensino público médio e superior da cidade de Salvador, através de visitas a instituições públicas de ensino superior e médio, desta população, 67,6% era do sexo feminino, com idade entre 16 e 57 anos e média de 20,99 anos. Onde os alunos do ensino médio representavam 54,7% deste total. Como resultado foi identificado que uma parcela da população da cidade (35%) de Salvador encontra-se sem informação adequada acerca das DST's, bem como mal orientada sexualmente.

Silva; Jacob e Hirdes (2015) realizaram uma pesquisa com dez alunos de primeiro e segundo anos do Ensino Médio, com idade entre quinze e dezesseis anos, das duas escolas Públicas Estaduais de Charqueadas (Instituto Estadual de Educação Assis Chateaubriand e Escola Estadual Vila Cruz de Malta), no período de 15 dias no mês de maio de 2009, onde ficou evidente que de um modo geral os estudantes mostram ter conhecimento sobre o que é DST.

Outros estudos apontam que esta temática está sendo cada vez mais abordada, e o conhecimento dos adolescentes sobre as DST sendo amplamente questionados em diferentes estudos, dentre os quais Santos (2008) e Schermann *et al.* (2014) destacam resultados favoráveis ao conhecimento dos mesmos sobre esta temática. Já, Elkington; Bauermeister e Zimmerman (2010) mostram-se contrários, apontando desconhecimento dos alunos sobre esse assunto.

Em seu estudo Val *et al.* (2013) encontraram uma diferença estatisticamente significativa quanto ao conhecimento sobre HIV/aids entre os grupos estudados. Verificou-se que, mesmo havendo intervalo de dez anos entre os estudos, os dois grupos de estudantes não se consideravam vulneráveis ao HIV e apresentaram dúvidas quanto ao conhecimento correto sobre o tema, o que indica a necessidade de sua abordagem contínua com adolescentes jovens.

Na pergunta 3 (questão objetiva): Para você como pega HIV? As resposta totalizam mais que 100%, uma vez que, os pesquisados poderiam assinalar mais de um item. Os dados estão dispostos no Quadro 06 abaixo, comparando as resposta com o gênero.

Quadro 06 – Resposta dos alunos da E. Maria do Socorro Jacob quanto a pergunta 03: Como se pega HIV? Fonte: Mesquita (2019)

Resposta/ Sexo	Feminino	Masculino
Beijar na boca	49	26
Picada de mosquito	9	9
Sexo sem camisinha (em todas as práticas sexuais: oral, vaginal e anal)	104	60
Sexo com camisinha (em todas as práticas sexuais: oral, vaginal e anal)	16	9
Pegar na mão de pessoas desconhecidas	0	6
Compartilhar agulhas e seringas	84	47
Da mãe portadora de HIV (ou soro- positiva) para o bebê no parto e na amamentação	62	11
Na masturbação	6	0
Compartilhar toalha e sabonete	31	4
Sentar em poltrona de ônibus	5	3

Quando analisado em comparação ao gênero observa-se que tanto mulheres quanto os homens demonstram conhecimento em relação a transmissão do vírus do HIV, neste item 97% (104) do total de mulheres e 92% (60) do total de homens assinalaram o item “Sexo sem camisinha”. Seguido do “compartilhamento de agulhas e seringas” com 78% (84) e 72% (47) responderam mulheres e homens respectivamente e, por fim, 58% (62) dos pesquisados do sexo feminino e 17% (11) do sexo masculino consideram a transmissão vertical como uma das formas de transmissão do HIV. Apesar da maioria dos entrevistados assinalares respostas corretamente relacionadas a transmissão do vírus HIV, observamos que mesmo em minoria, alguns estudantes assinalaram respostas não relacionadas a transmissão, como picada de mosquito, pegar na mão, compartilhas toalhas, cadeiras, na masturbação, e destaca-se para o grande número de entrevistados que considera o beijo na boca como uma forma de transmissão. Este quadro evidencia, que apesar da maioria dos alunos saberem o que é o vírus HIV, ainda temos uma lacuna no conhecimento em relação as formas de transmissão.

Dentre os fatores relacionados a transmissão do HIV, Brasil (2006) destaca a prática sexual seja ela oral, vaginal ou anal sem o uso do preservativo, masculino ou feminino; o compartilhamento de agulhas e seringas, bem como de perfuro cortantes e materiais não-estéreis; e a transmissão vertical, que pode se dar durante à gestação, durante o trabalho de parto e no parto, e pela amamentação.

Uma pesquisa relacionou os conhecimentos específicos, onde 89,9% dos entrevistados responderam ser possível contrair HIV por meio de transfusão de

sangue, 56,6% disseram que uma mulher infectada pode transmitir o vírus durante a gravidez para o filho e 96,7% disseram que é possível contrair HIV através do uso compartilhado de agulhas e seringas (BATISTA; LAMBERT; OST, 2011).

Schermann *et al.* (2014) demonstram que, de um modo geral os estudantes conhecem o que é uma DST, que a mesma pode ser adquirida através da relação sexual, e a necessidade do uso do preservativo como uma forma de proteção, e que algumas DST não têm cura.

O presente estudo ainda identificou algumas resposta consideradas como incorretas ou incoerentes com os critérios da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, quanto a transmissão do HIV e de outras IST. Quando relacionada as resposta ao gênero feminino 49 alunos (46%) assinalaram o “*Beijo na boca*”, 9 (8%) “*Picada de mosquito*”, 16 (15%) “*Sexo com camisinha*”, 6 (6%) “*Na masturbação*”, 31 (29%) “*Compartilhar toalha e sabonete*”, e 5 (5%) “*Sentar em poltrona de ônibus*”.

E ao relacionar as resposta ao gênero masculino 26 alunos (40%) assinalaram o “*Beijo na boca*”, 9 (14%) “*Picada de mosquito*”, 9 (14%) “*Sexo com camisinha*”, 6 (9%) “*Pegar na mão de pessoas desconhecidas*”, 4 (6%) “*Compartilhar toalha e sabonete*”, e 3 (5%) “*Sentar em poltrona de ônibus*”. Este quadro evidencia que tanto homens quanto mulheres ainda carregam alguns mitos em relação a transmissão do HIV, e apesar da maioria dos alunos saberem o que é o vírus HIV, ainda temos uma lacuna no conhecimento em relação as formas de transmissão.

Quanto à forma de transmissão do HIV, nos estudos de Angelim *et al.* (2015) também foi relatado pelos pesquisados o “*Beijo na Boca*” com 11,3%. Os resultados do estudo de Coelho *et al.* (2011) mostraram uma grande desinformação entre os entrevistados acerca da AIDS em relação as suas formas de contágio.

Neste mesmo tocante às formas de contágio, 28% dos entrevistados de Coelho *et al.* (2011) acreditam que a AIDS pode ser transmitida pelo beijo, enquanto verdadeiras lendas como a contaminação por compartilhar talheres e banheiros ainda se mostram presentes, ainda que em percentuais pequenos: 8% dos estudantes acreditam que ao usarem garfos, copos e pratos utilizados por soropositivos estariam correndo riscos de se infectarem

Sendo que, entre os estudantes do ensino médio, estas pessoas representam 11,62% e entre os universitários eles representam apenas 1%. Em relação ao compartilhamento de banheiro, a taxa de pessoas que acreditam no risco de

contaminação é de aproximadamente 12%, sem que haja uma discrepância muito grande entre os níveis de escolaridade, com exceção do Colégio Estadual Democrático Professor Rômulo Almeida, que apresentou uma taxa de 18%, o dobro das outras duas instituições (COELHO *et al.*, 2011).

Na 4ª pergunta: Quais as formas de diagnóstico do HIV? Nesta questão os pesquisados também poderiam assinalar mais de um item. Dados descritos no Quadro 07 abaixo.

Quadro 07 – Resposta dos alunos da E. Maria do Socorro Jacob quanto a pergunta 04: Quais as formas de diagnóstico do HIV? Fonte: Mesquita (2019)

Resposta/ Sexo	Feminino	Masculino
Teste rápido (gota de sangue do dedo ou saliva)	89	49
Exame de Fezes	24	19
Ultrassom	0	4
Sorologia para HIV	56	27
Sinais e Sintomas do paciente	48	23
Exame de Urina	36	24
Tomografia Computadorizada	5	4

Quanto ao diagnóstico, a maioria entre homens e mulheres assinalaram o “*Teste Rápido*”, com 75% e 83%, seguido da “*Sorologia para HIV*” 41% e 52%, respectivamente, do total de pesquisados.

Porém, houve algumas respostas incoerentes como “*Sinais e Sintomas do paciente*”, “*Exame de urina*”, “*Exame de fezes*”, e “*Tomografia computadorizada*”.

Brasil (2006) compreende a importância de se acolher o paciente com simpatia e cordialidade, explicando-lhe cada etapa, os procedimentos aos quais o mesmo irá ser submetido, de modo a transmitir-lhe tranquilidade e conquistar a sua colaboração. Em geral, a coleta de amostras de sangue para testes sorológicos deve ser realizada preferencialmente com o paciente em jejum. Entretanto, nos testes sorológicos para o diagnóstico das DST, o fato de o paciente não estar em jejum não impede a coleta, a menos que ele tenha ingerido alimentos gordurosos, nas últimas três horas.

Estima-se que, atualmente, 630.000 pessoas de 15 a 49 anos vivam com HIV/aids no Brasil. Dessas, em torno de 255 mil não sabem sua condição sorológica. A cobertura de teste de HIV na população brasileira passou de 28% em 2004 para 37% em 2008, sendo maior entre as mulheres por causa da oferta de testagem durante o pré-natal. Podendo o diagnóstico ser feito em Unidades Básicas de Saúde (UBS), além dos 515 Centros de Testagem e Aconselhamento para DST e Aids (CTA).

A oferta de teste de HIV pelo SUS passou de 3,3 milhões em 2003 para 5,1 milhões de unidades em 2011 (BRASIL, 2012).

Na 5ª Pergunta: Você já participou de palestras ou debates sobre HIV/AIDS na escola? Os dados estão dispostos no Gráfico 04, distribuídos por gênero.

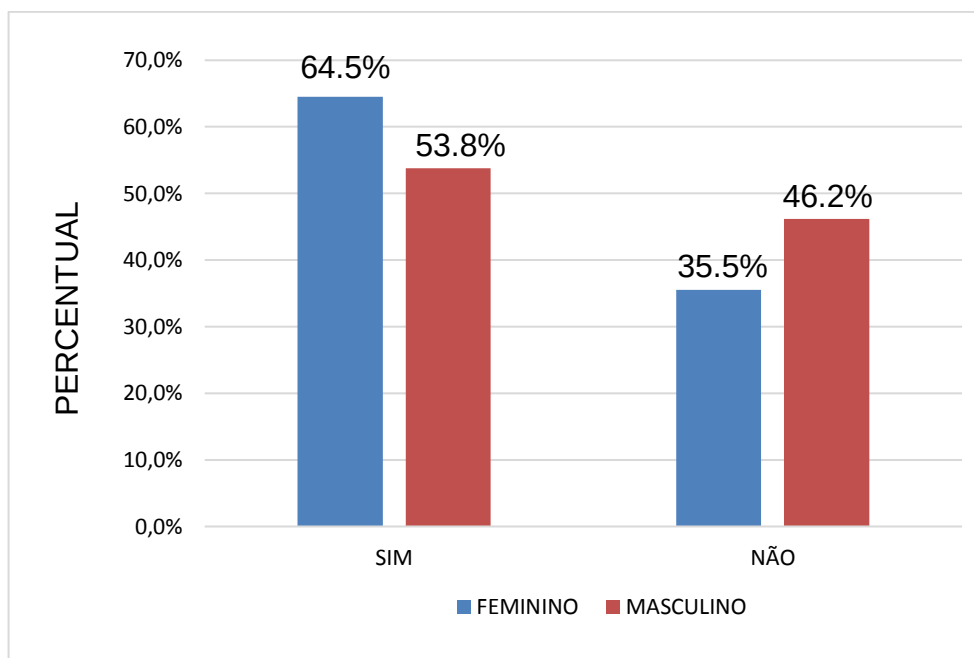


Gráfico 04 – Resposta da pergunta 05: Você já participou de palestras ou debates sobre HIV/AIDS na escola? **Fonte: Mesquita (2019).**

Verifica-se que a maioria tanto homens 35 (53,8%) quanto mulheres 69 (64,5%) já participaram de pelo menos uma ação educativa na escola. É fundamental a implantação de estratégias de promoção e proteção da saúde no que tange a temática do HIV proporcionando informações necessárias às pessoas em geral (ANGELIM *et al.*, 2015). As ações de promoção da saúde foram efetivas segundo o objetivo proposto, sendo realizadas de maneira horizontalizada e com maior dinamização, fazendo com que o adolescente se sinta mais próximo ao corpo de profissionais e acadêmicos que estão inserindo os conhecimentos no âmbito escolar (VERAS *et al.*, ano).

Na 6ª pergunta: Se sim, quantas vezes você já participou? ainda em relação a questão anterior, dados no Quadro 08 abaixo.

Quadro 08 – Resposta dos alunos da E. Maria do Socorro Jacob em relação a pergunta 07
Fonte: Mesquita (2019)

Resposta/ Sexo	Feminino	Masculino
1 vez	33	14
2 vezes	18	10
3 vezes	8	6
mais de 3 vezes	10	5

No estudo em questão é possível verificar que a maioria tanto do sexo masculino 24 (37%) quanto feminino 41 (38%) já participaram de uma ou duas ações de educação em saúde na escola. Observamos uma pequena proporção que participaram de três ou mais ações, como palestras e oficinas.

Vale ressaltar que o uso consciente de estratégias de prevenção utilizados pelos indivíduos são fatores interligados a lógica preventiva de evitar a contaminação pelas IST, e conseqüentemente pelo HIV. Contudo, existe uma lacuna entre o nível de conhecimento e o uso efetivo do preservativo (BENINCASA; REZENDE; CONIARIC, 2008). Portanto, é necessário promover ações que visem elaborar medidas educativas que tornem os jovens mais responsáveis e mais atentos quanto aos cuidados com a sua saúde sexual, sendo estas ações de saúde de suma importância para reduzir o índice destas doenças (VELHO *et al.*, 2011).

Na 7ª Pergunta: Você teve alguma relação sexual nos últimos 6 meses? Se sim, usou camisinha? Dados apresentados no Quadro 09 a seguir.

Quadro 09 –Resposta dos alunos da E. Maria do Socorro Jacob em relação a pergunta 07: Você teve alguma relação sexual nos últimos 6 meses? **Fonte: Mesquita (2019)**

Resposta/ Sexo	Feminino	Masculino
Sim, tive relação nos últimos 6 meses	56	39
Não tive relação nos últimos 6 meses	51	26

Quando questionados sobre a prática sexual nos últimos seis meses, o percentual foi um pouco mais elevado para os homens, dentre eles, 39 (60%) relataram que tiveram relação sexual no período em questão. Em relação as mulheres 56 (52%) relataram que tiveram relação no período e 51 (48%) disseram que não tiveram relação sexual.

Ainda em relação a pergunta anterior, quando questionados quanto ao uso de preservativos, em relação aos homens 80% (31) dos que relataram ter relação sexual nos últimos 6 meses usaram preservativo, dentre as mulheres apenas 55% (31) relataram se proteger durante o ato sexual, porém o estudo não questionou quanto ao tipo de preservativo se feminino ou masculino, o que pode ter contribuído para um número tão alarmante de mulheres que não se protegem. Dados dispostos no Quadro 10 a seguir.

No estudo de Coelho *et al.* (2011) demonstraram que quando perguntados sobre o uso contínuo da camisinha, os dados também são bastante alarmantes, já que apenas 23% dos entrevistados disseram ter se protegido todas as vezes em que tiveram relações sexuais nos últimos 6 meses do ano da pesquisa.

Quadro 10 – Resposta dos alunos da E. Maria do Socorro Jacob em relação a pergunta 07: Usou preservativo? Fonte: Mesquita (2019)

Resposta/ Sexo	Feminino	Masculino
Usei preservativo	31	31
Não usei preservativo	25	8

Os autores afirmam ainda que algumas vezes a informação até chega às pessoas, mas de forma inadequada e não atinge o resultado esperado, como, por exemplo, o de utilização do preservativo. A importância de praticar o sexo com segurança é muito conhecida e difundida na população, através de campanhas e distribuição de camisinhas. No entanto, esta pesquisa mostra que a proteção ainda é feita por uma minoria e sem a assiduidade e frequência necessárias (COELHO *et al.*, 2011).

Evidencia-se em estudo desenvolvido com adolescentes, estudantes de escolas públicas de Aracajú sobre o conhecimento de métodos contraceptivos, sendo a fonte dessas informações, em sua maioria, é a TV, seguida do rádio e por revistas e jornais, apontaram também que a falta de oportunidades de diálogo no meio familiar conduz os adolescentes à procura por informação em outras fontes, na tentativa de esclarecer as dúvidas relacionadas ao tema. Nesse sentido, a mídia parece ser em ambos os casos o meio de informação de maior acesso desses adolescentes.

Angelim *et al.* (2015) confirmaram em sua pesquisa que dos entrevistados, 149 estudantes já tiveram relação sexual, desses, 128 disseram ter utilizado algum método preventivo. Destacaram com fontes para obtenção de informações sobre o HIV, a

televisão. Já nas pesquisas de Coelho *et al.* (2011) ficou clara a falta de prevenção por parte dos mesmos, principalmente se pensarmos no aspecto da utilização de preservativos.

No estudo com os 93 alunos da EJA de duas escolas na periferia do município de Uruguaiana – RS, quando questionados em relação ao uso do preservativo, 87,9% disseram já terem usado, 62,2% falaram que usam atualmente e 25,7% não usam, números relevantes, pois podem significar a diminuição da vulnerabilidade ao HIV, sendo que é o incremento no uso de preservativo na iniciação sexual que evita a contaminação (BATISTA; LAMBERT; OST, 2011).

Na 8ª pergunta: Na sua opinião qual a importância de falar sobre HIV/AIDS na escola?

Quando analisado a opinião dos entrevistados, a maioria considera *“Importante, pois permite aos participantes conhecer e se proteger de doenças que podem ser graves para sua saúde”*, bem como *“Conhecer as formas de prevenção, diagnóstico, tratamento, sinais de alerta.”*

Neste contexto verifica-se que os adolescentes, tem conhecimento sobre o que é uma DST, porém ainda estão vulneráveis, pois tem comportamentos que os expõem, não usando do preservativo regularmente, a ingestão de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas. Nesse sentido, as políticas de educação sexual com intuito de prevenir as IST são fundamentais no âmbito escolar (SILVA; JACOB; HIRDES, 2015). (BRASIL, 2002) (BESERRA *et al.*, 2008).

5 CONCLUSÃO

A adolescência é um processo permeado por mudanças físicas e psicossociais importantes ao desenvolvimento do indivíduo. Desta forma, esses indivíduos estão mais vulneráveis a aquisição de infecções sexualmente transmissíveis.

Nesta área temática evidenciou-se que os adolescentes mesmo tendo o conhecimento de forma generalista sobre o que é uma DST, estão vulneráveis por apresentarem comportamentos que os expõem, como o não uso do preservativo em todas as relações sexuais. Nesse sentido, campanhas que promovam relações sexuais seguras são fundamentais para a prevenção das IST.

Nessa perspectiva, é importante destacar que o setor educacional é um ambiente ideal para que se possam concretizar ações de promoção da saúde, promovendo esclarecimentos acerca das medidas preventivas, influenciando de maneira positiva nas tomadas de decisões de jovens e adultos e consequentemente favorecendo a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Além disso, sendo a temática da sexualidade regida de mitos e tabus, torna-se fundamental a presença de educadores para abordar este tema. Desse modo, a realização de estratégias participativas pode favorecer o processo crítico-reflexivo, corroborando para o fortalecimento de novas atitudes e mudanças de comportamentos.

Como medidas para prevenir a aquisição pelo HIV/AIDS, é fundamental mencionar as mudanças de hábitos que acarretam riscos, assim como a utilização do preservativo/camisinha, pois além de proteger do contágio da AIDS, garante a proteção de tantas outras IST e de gravidez indesejada e não planejada.

O estudo permitiu uma aproximação com o universo de adolescentes e jovens e a problemática do HIV/AIDS. Pode-se evidenciar pelos resultados apresentados, que a falta de conhecimento ainda está presente, pois até hoje permanecem alguns tabus em relação a doença, principalmente relacionados a transmissão, e sobretudo como ponto mais preocupante, muitos adolescentes e jovens não se protegem das IST's no momento do ato sexual. Nota-se uma falha na abordagem clara desses assuntos pela família, pela escola e também pelos serviços de saúde.

Portanto, é necessário melhorar as Políticas de Educação em Saúde em relação a esta temática, bem como, realizar novos estudos, e divulgar os resultados junto a Coordenação do Programa Saúde na Escola (Saúde e Educação) para que este sirva de subsídios para melhoramento do trabalho do enfermeiro nas escolas.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H. **Imunologia Celular e Molecular**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. p. 478-491, 2005.

AMAZONAS, M. C. L. A.; BRAGA, M. G. R. Reflexões acerca das novas formas de parentalidade e suas possíveis vicissitudes culturais e subjetivas. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-191, 2006.

ANGELIM, R. C. M.; ABRÃO, F. M. S.; QUEIROZ, S. B. A.; FREITAS, R. M. M.; CABRAL, L. R. Conhecimento acerca do HIV/AIDS de estudantes do programa de educação de jovens e adultos. **Rev. Enf.** Recife, v. 1, n. 1, p. 47-52, jan.- jun., 2015.

AUGUSTO, A. L. P. **Terapia Nutricional**. São Paulo: Atheneu, 2014.

BATISTA, R. C. F.; LAMBERT, M. P.; OST, E. Conhecimento sobre o HIV/AIDS da Educação de Jovens e Adultos-EJA- do Ensino Fundamental e Médio, de Escolas Públicas, de Uruguaiana-RS. Anais do Salão Internacional de Ensino, **Pesquisa e Extensão**. Uruguaiana, v. 3, n. 2, 2011.

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

BESERRA, E.; PINHEIRO, P. N.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: uma pesquisa documental. DST - **J bras Doenças Sex Transm**. Fortaleza, v. 20, n. 1, p. 32-35, 2008.

BORTOLOTTI, L. R.; SPINDOLA, T.; TAQUETTE, S. R.; FONTE, V. R. F.; PINHEIRO, C. O. P.; FRANCISCO, M. T. R. O significado de viver com HIV / AIDS na adolescência: um estudo descritivo. **Rev Bras Enferm**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 537- 548, 2014.

BORGES, J. M. C.; PINTO, J. A.; RICAS, J. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/ AIDS: “que doença é essa?”. **Reverso**. Belo Horizonte, v. 37, n. 70, p. 67- 74, out, 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: MS, dez., 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed. 1. reimpr. Brasília: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. **Diagnóstico do HIV**. Florianópolis: MS, 2014a.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura- MEC. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- INEP. **Relatório Educação para todos no Brasil 2000-2015: Versão Preliminar**. Brasília: MEC, jun., 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília: MS, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica - Manual para Profissionais Médicos**. Brasília: MS, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: MS, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: MS, v. 48, n. 1, 2017a.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura- MEC. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- INEP. **Censo Escolar da Educação Básica 2016: Notas estatísticas**. Brasília: MEC, fev., 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília: MS, 2018.

CABRAL, J. V. B.; OLIVEIRA, F. H. P. C.; MESSIAS, D. C. A.; SANTOS, K. L. L. M.; BASTOS, V. A percepção de vulnerabilidade da população adolescente sobre o HIV/Aids. Espaço para a Saúde – **Revista de Saúde Pública do Paraná**. Londrina, v. 17, n. 2 p. 212-219, dez., 2016.

CANINI, S. R. M. S.; REIS, R. B.; PEREIRA, L. A.; GIR, E.; PELÁ, N. T. R. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/aids: uma revisão de literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 12, n. 6, p. 940-5, nov.- dez., 2004.

CATÃO, M. F. **Excluídos sociais em espaço de reclusão: representações sociais na construção do projeto de vida**. 2001. [Tese Doutorado em Psicologia]. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COELHO, R. F. S.; SOUTO, T. G.; SOARES, L. R.; LACERDA, L. C. M. MATÃO, M. E. L. Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região oeste de Goiânia. **Revista de Patologia Tropical**. Goiânia, v. 40, n. 1, p. 56-66, 2011.

ELKINGTON, K. S.; BAUERMEISTER, J. A.; ZIMMERMAN, M. A. Psychological Distress, Substance Use, and HIV/STI Risk Behaviors Among Youth. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 39, n. 5, p. 514-27, 2010.

FAVERO, N. B.; SEHNEM, G. D.; SILVEIRA, A.; STENERT, F. Terapias antirretroviral no cotidiano de adolescentes que vivem com HIV/ AIDS. **Ciência Y Enfermeira XXII**. Uruguaiana, n. 1, p. 23- 33, 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GALANO, E.; TURATO, E. R.; DELMAS, P.; CÔTÉ, J.; GOUVEA, A. F. T. B.; SUCCI, R. C. M.; MACHADO, D. M. Vivências dos adolescentes soropositivos para HIV/AIDS: Estudo qualitativo. **Rev. Paul. Pediatr.** São Paulo, v. 34, n. 2, p. 171-177, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da AIDS no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**. Belo Horizonte, v. 21, n. 5, p. 1553- 1564, 2016.

GONZALEZ, J. S.; BATCHELDER, A. W.; PSAROS, C.; [STEVEN, A. S.](#) Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-Analysis. **J Acquir Immune Defic Syndr [indexed Medline]**. v. 58, n. 2, p. 181-187, out., 2011.

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

GUIMARÃES M. S.; RAXACH J. C. A questão da adesão: os desafios impostos pela aids no Brasil e as respostas do Governo, de pessoas e da sociedade. **Revista Ciências Sociais e Humanas**, Piracicaba, v. 32, n. 13, p. 69-90, 2002.

GÜNTARD, H. F.; SAAG, M. S.; BENSON, C. A.; [DEL RIO, C.](#); [ERON, J. J.](#); [GALLANT, J. E.](#); [HOY, J. F.](#); [MUGAVERO, M. J.](#); [SAX, P. E.](#); [THOMPSON, M. A.](#); [GANDHI, R. T.](#); [LANDOVITZ, R. J.](#); [SMITH, D. M.](#); [JACOBSEN, D. M.](#); [VOLBERDING, P. A.](#) Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV infection in adults. **Publ Med. JAMA [indexed Medline]**. v. 316, n. 2, p. 191-210, 2016.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário. **Fazendo gênero-corpo, violência e poder**. Florianópolis, v. 8, p. 1-8, 2008.

HALLAL, R. C.; RAXACH, J. C.; BARCELLOS, N. T.; MAKSDUD, I. Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais soro discordantes. **Rev Bras Epidemiol**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1 (Supl.), p. 169-182, set., 2015.

HAHN, B. H.; SHAWGM, D. E.; COCK, K. M.; SHARP, P. M. AIDS as a Zoonoses: Scientific and Public Health Implications. **Science**. v. 287, p. 607-614, 2000.

LEVANDOWSKI, D. C.; RITT, G. C.; VESCOVI, G.; BARTH, B. Adolescência e HIV/AIDS: uma análise bibliométrica da produção científica brasileira no período 1980-2013. **Adolesc. Saude**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 74- 83, jan- mar, 2016.

LIABRE, M. M.; WEAVER, K. E.; DURÁN, R. E.; [ANTONI, M. H.](#); [MCPHERSON-BAKER, S.](#); [SCHNEIDERMAN, N.](#) A Measurement Model of Medication Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy and Its Relation to Viral Load in HIV-Positive Adults. **Publ Med. AIDS Patient Care STDS [indexed Medline]**. v. 20, n. 10, p. 701-711, out., 2006.

MARQUES, E. S.; MENDES, D. A.; TORNIS, N. H. M.; LOPES, C. L.R.; BARBOSA, M. A. O conhecimento dos escolares adolescentes sobre doença sexualmente transmissíveis/AIDS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 8, n. 1, p. 58-62, 2006.

MIZIARA, L. A. F.; ANDRADE, S. M. O. O significado do HIV/ AIDS na vida de crianças e adolescentes que vivem com a doença. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**. São Paulo, v. 36, n. 90, p. 16- 30, 2017.

MOREIRA, L. M. A. Dinâmicas de grupo e oficinas. In: Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual [online]. **Scielo Books**. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2011, p. 57-87. Disponível em:<<http://books.scielo.org>>. Acesso em 01/11/2018 as 16h00min.

NANNI, M. G.; CARUSO, R.; MITCHELL, A. J.; [MEGGIOLARO, E.](#); [GRASSI, L.](#) Depression in HIV Infected Patients: A Review. **Publ Med. Curr Psychiatry Rep [indexed Medline]**. v. 17, n. 1, p. 530, jan., 2015.

NASCIMENTO, I. P. **As representações sociais do projeto de vida dos adolescentes: um estudo psicossocial**. [Tese Doutorado em Educação] Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2002.

NETTINA, S. M. **Brunner: Prática de Enfermagem**. MYERS, S. L. [revisão técnica] Paulo, A. F. D. [tradução]. v. 3, reimpr., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

NEVES, L. A. S.; CANINI, S. R. M.; REIS, R. K.; SANTOS, C. B.; GIR, E. Compliance with the treatment by patients with the co-infection HIV/tuberculosis: integrative literature review. **Rev Esc Enferm USP [Online]**. São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1135-41, jan., 2011.

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

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **HIV/AIDS no mundo do trabalho: as ações e a legislação brasileira**. Brasília: OIT, 2002.

PADILHA, A. P.; BORBA, K. P.; CLAPIS, M. J.; BARATIERI, T.; BORBA, E. O conhecimento de adolescentes estudantes de uma escola pública sobre doenças sexualmente transmissíveis. **Convibra**. Guarapuava, 2014.

PEREIRA, C. R.; MONTEIRO, S. S. A criminalização da transmissão do HIV no Brasil: Avanços, retrocessos e lacunas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1185-1205, 2015

PRESTES, M. L. M. **A Pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 4. ed. São Paulo: Rêspel, 2012.

PINHEIRO, C. V. Q.; MEDEIROS, N. M. Práticas de prevenção do HIV/AIDS e modos de subjetivação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 629-646, 2013.

POLACOW, V. O.; SCAGLIUSI, F. B.; FURTADO, L. S. M.; CARRÉ, M. L.; PEREIRA, G. M.; AVILEIS, C. G. Alterações do estado nutricional e dietoterapia na infecção por HIV. **Rev. Bras. Nut. Clín.** v. 19, p. 79-85, 2004.

POLEJACK, L.; COSTA, L. F. Aids e conjugalidade: o desafio de com (viver). **Revista de Ciências Sociais e Humanas**, Piracicaba, v. 13, n. 1, p. 131-139, 2002.

PRESTES, M. L. M. **A Pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 4. ed. São Paulo: Rêspel, 2012.

REIS, J. R. T. Família, emoção e ideologia. In: CODO, W.; LANE, S. T. M. **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2001. p. 99-123.

RIBAS, C. C. C.; FONSECA, R. C. V. **Manual de Metodologia**. Curitiba, 2008.

RIO DE JANEIRO. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Infecção pelo HIV e AIDS: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento na Atenção Primária**. Versão Profissional. 1ª ed. Rio de Janeiro, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Coordenação de DST/AIDS. Universidade Federal do Rio Grande. **Protocolo Clínico para acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde/do Sul**. TelessaúdeRS. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2016.

RODRIGUES, L. S. A.; PAIVA, M. S.; OLIVEIRA, J. F.; NÓBREGA, S. M. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/AIDS: Estudo de representações sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 2, p. 349-355, abr., 2012.

SANTOS, O. T. R. P. F. M. **Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário: ligações com a família, amigos e envolvimento com a escola**. [Dissertação de mestrado não publicada]. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Fernando Pessoa. Porto, Portugal, 2008.

SARRIERA, J. C. et al. Os (des)caminhos dos jovens na sua passagem da escola ao trabalho In: _____. Psicologia comunitária: estudos atuais. São Paulo: Salina, p. 43-105, 2004.

SAWAIA, B. Exclusão ou inclusão perversa? In: SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 7-13.

SEIDL, E. M. F. **Pessoas vivendo com HIV/aids: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida**. [Tese Doutorado em Psicologia]. Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

SCHERMANN, L. B.; BÉRIA, J. U.; JACOB, M. H. V. M.; AROSSI, G.; BENCHAYA, M. C.; BISCH, N. K.; RIETH, S. Estresse em adolescentes: estudo com escolares de uma cidade do sul do Brasil. **Aletheia**. Santa Maria, v. 43, n. 44, p. 160-173, 2014.

SILVA, A. S. N.; SILVA, B. L. C. N.; SILVA- JUNIOR, A. F.; SILVA, M. C. F.; GUERREIRO, J. F.; SOUZA, A. S. C. A. Início da vida sexual em adolescentes

escolares: um estudo transversal sobre o comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan- AmazSaude**. Abaetetuba, v. 6, n. 1, p. 27- 34, 2015.

SILVA, A. T.; JACOB, M. H. V. M.; HIRDES, A. Conhecimento de adolescentes do ensino médio sobre DST/ AIDS no sul do Brasil. **Aletheia**. , v. 46, p.34-49, jan.-abr., 2015.

SILVA, R. B.; ROSA, G. K.; LOPES, J. P.; LORENZONI, R. N.; SOUZA, A. Experiências de estudantes de enfermagem e psicologia em pesquisa clínica com pacientes com HIV/AIDS e dor crônica. **Caderno pedagógico**. Lajeado, v. 13, n. 3, p. 7-16, 2016.

SILVA, C. B.; PAULA, C.C.; LOPES, L. F. D.; HARZHEIM, E.; MAGNAGO, T. S. B. S.; SCHIMITH, M. D. Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços. **RevBrasEnferm**. Santa Maria. v. 69, n. 3, p. 522-531, mai- jun, 2016.

SOUTO, B. G. A.; GOMES, T. L. C. S.; SILVA, K. T.; GRILLO, D. P. Aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV em seus primeiros 20 anos de ocorrência em São Carlos (SP). **Arq Bras Ciên Saúde**. Santo André, v. 34, n. 3, p. 155- 170, set-dez, 2009.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente- um modo de fazer Capítulo IV**. São Paulo: Edusp, 2001.

TAQUETTE, S.R.; RODRIGUES, A. O.; BORTOLOTTI, L. R. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Rev Panam Salud Publica**. Rio de Janeiro. v. 37, n. 4- 5, p. 3, 2015.

TAQUETTE, S.R.; RODRIGUES, A. O.; BORTOLOTTI, L. R. Percepção de pacientes com AIDS diagnosticadas na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós- teste HIV realizado. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 22, n. 1, p. 23- 30, 2017.

TORRES, G. V.; RUFFINO, M. C. Competência técnica na prevenção do HIV/AIDS: validação de um instrumento. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 9, n. 6, p. 7-12, nov.- dez., 2001.

VAL, L. F.; SILVA, J. A. S.; RINCÓN, L. A.; LIMA, R. H. A.; BARBOSA, R. L.; NICHIAITA, L. Y. I. Estudantes do ensino médio e o conhecimento em HIV/AIDS: Que mudou em dez anos? **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 47, n. 3, p. 702-8, 2013.

VELHO, M. T. A. C.; MORAES, A. B.; SANTOS, F. G.; SILVA, L. C.; TONIAL, A. F.; FRANCHINI, F. P.; FRANCO-NETO, N. B.; RIESGO, I. S. **Uso de condom entre estudantes universitários do sul do Brasil**. Saúde (Santa Maria). Santa Maria, v. 37, n. 1, p. 43-54, 2011.

VERAS, S. M. J.; SANTOS, K. R. F. N.; SANTOS, N. M. F. G.; TORRES, D. M. S.; SANTOS, S. C.; CARVALHO, V. P. S. **Conhecimento de adolescentes de escolas públicas frente às IST/AIDS: Uma abordagem preventiva**. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco. Recife, 2017.

VYGOTSKY, L. S. O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. In: VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes. p. 26-54, 2007.

WAIDMAN, M. A. P.; BESSA, J. B.; SILVA, F. L. C. Viver com aids e sofrer psiquicamente. **Rev. Rene**. Fortaleza, 2011.

WHO. World Health Organization. **Systematic Review to Inform the World Health Organization Consolidated Antiretroviral Therapy Guidelines: Systematic Literature Review Report – Which ART regimen to switch to when failing treatment** [Online]. Genebra: WHO, 2017.

ZAINA, F. E.; PAROLIN, M. B.; LOPES, R. W.; COELHO, J. C. Prevalence of mal nutrition in liver transplant candidates. **Transplant Proc**. v. 36, n. 4, p. 923-5, 2004.

ZANON, B. P.; PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M. Revelação do diagnóstico de HIV para crianças e adolescentes: subsídios para prática assistencial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Santa Maria, v. 37, n. esp., 2016.

APÊNDICE A

CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Idade: _____

Escolaridade: _____

Estado Civil: _____

Sexo: M () F ()

1. Para você o que é DST? Cite alguma que você conhece.

2. O que você entende por HIV e AIDS?

3. Para você como pega HIV? **Você pode assinalar mais de um item**

- () Beijar na boca
() Picada de mosquito
() Sexo sem camisinha (em todas as práticas sexuais: oral, vaginal e anal)
() Sexo com camisinha (em todas as práticas sexuais: oral, vaginal e anal)
() Pegar na mão de pessoas desconhecidas
() Compartilhar agulhas e seringas
() Da mãe portadora de HIV (ou soro- positiva) para o bebê no parto e na amamentação
() Na masturbação
() Compartilhar toalha e sabonete
() Sentar em poltrona de ônibus
() Compartilhar de piscinas coletivas

4. Quais as formas de diagnostico do HIV? **Você pode assinalar mais de um item**

() Teste rápido (gota de sangue do dedo ou saliva)

() Exame de Fezes

() Ultrassom

() Sorologia para HIV

() Sinais e Sintomas do paciente

() Exame de Urina

() Tomografia Computadorizada

5. Você já participou de palestras ou debates sobre HIV/ AIDS na escola?

() sim () não

6. Se sim, quantas vezes você participou?

7. Você teve alguma relação sexual nos últimos 6 meses? Se sim, usou preservativo?

8. Na sua opinião qual a importância de falar sobre HIV/ AIDS na escola?

APÊNDICE B



CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo tem por objetivo **Analisar a compreensão de adolescentes e jovens da Escola Profª Maria do Socorro Jacob a respeito do HIV/ AIDS**. E justifica-se o referido estudo devido as vulnerabilidades dos jovens à epidemia são diversas, envolvendo aspectos como a iniciação sexual precoce, necessidade de aceitação e inserção em grupos sociais

A sua participação nesse estudo consiste em responder perguntas através de uma entrevista semiestruturada contendo perguntas do tipo abertas/ fechadas. Não foram identificados riscos ou desconfortos decorrentes de sua participação neste estudo.

No caso de quaisquer dúvidas ou questionamentos você poderá contatar o pesquisador principal desta pesquisa, Valéria Chaves Mesquita pelo telefone (93) 99231- 9625 ou ainda com a Faculdade de Itaituba (FAI).

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo. Será garantida a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins de pesquisa sobre a temática e serão publicados ou apresentados em eventos científicos, sendo que você poderá ser informado sobre os resultados da pesquisa se assim o desejar.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Valéria Chaves Mesquita pelo telefone (93) 99231- 9625 ou ainda com a Secretaria da Faculdade de Itaituba (FAI).

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, _____ de _____ de 20____.

Participante

Pesquisador (a)