



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARIANA SOUZA DE LIMA

**CONHECER PARA ATUAR: PROPOSTAS PARA AÇÕES MAIS
EFICAZES NA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM ADOLESCENTES NO
MUNICÍPIO DE BELÉM DO PARÁ.**

BELÉM-PA

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARIANA SOUZA DE LIMA

**CONHECER PARA ATUAR: PROPOSTAS PARA AÇÕES MAIS
EFICAZES NA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM ADOLESCENTES NO
MUNICÍPIO DE BELÉM DO PARÁ.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Educação, Formação e Gestão para a práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico.

Orientador: Prof^o. Dr^o Eliã Pinheiro Botelho.

BELÉM-PA

2017

MARIANA SOUZA DE LIMA

**CONHECER PARA ATUAR: PROPOSTAS PARA AÇÕES MAIS
EFICAZES NA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM ADOLESCENTES NO
MUNICÍPIO DE BELÉM DO PARÁ.**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial à Qualificação de Dissertação de Mestrado.

Linha de Pesquisa: Educação, Formação e Gestão para a práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico.

Orientador: Prof^o. Dr^o Eliã Pinheiro Botelho.

Aprovado em: 31/05/2017.

BANCA EXAMINADORA

_____ - Presidente da Banca

Prof.^a Dr^o. Eliã Pinheiro Botelho.

Doutor em Ciências Biológicas – Fisiologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
Universidade Federal do Pará.

_____ - Membro Examinador Interno

Prof.^a Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves.

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFCS.
Universidade Federal do Pará.

_____ - Membro Examinador Interno

Prof.^a Dra. Eliete Da Cunha Araujo

Doutora em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz
Universidade Federal do Pará.

BELÉM-PA

2017

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma arte, e como já dizia um autor desconhecido, só a faz, verdadeiramente, quem vê, sente e vive a vida como um presente; e realmente acredito que tudo foi um presente, diga-se de passagem, repentino.

Senhor, eu te agradeço por ter me sustentado e lembrado de mim e o quanto TU me fizeste crescer como pessoa, enfermeira, professora.

Mamãe por acreditar que tudo daria certo, até mesmo quando eu não acreditava.

Família, que nos funda em raízes profundas e faz com que não tenhamos o vento forte (provérbio Chinês).

Ao namorado e seu companheirismo, dedicação e ajuda em cada página deste projeto.

À Enfermagem e sua arte por agregar o mais belo ato: o cuidar, e nos proporcionar alegria e gratidão. A ela que, algumas vezes questionei, e em muitas vezes, me firmei.

Ao professor Eliã e toda sua sabedoria e ensinamentos compartilhados, e todos os puxões de orelha que foram dados para que eu pudesse crescer e evoluir cada vez mais.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como segunda morada, que sempre me recebeu de braços aberto e que nos preparou para a Arte do Cuidar.

À cada acadêmico da Faculdade de Enfermagem, alunos do professor Eliã, que ajudou na coleta e análise dos dados.

E aos adolescentes que se dispuseram à responder aos questionários e contribuíram para o enriquecimento do saber científico.

Se cheguei até aqui foi porque me apoiei no ombro dos gigantes.

Isaac Newton

RESUMO

O Estado do Pará e Belém ocupam a décima e sexta posição entre as Unidades Federativas e as capitais brasileiras, respectivamente, na taxa de detecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV). A infecção pelo HIV tem crescido entre os jovens-adolescentes, mesmo mediante as campanhas midiáticas governamentais para a prevenção contra o HIV. Do ano de 1980 ao ano 2013, a Região Norte apresentou um aumento de 111% na taxa de detecção entre sujeitos na faixa etária de 15 a 24 anos. Com o objetivo de traçar campanhas educativas em saúde mais eficazes e pontuais contra a infecção pelo HIV em jovens-adolescentes no município de Belém, neste trabalho FOI PROPOSTO em primeiro plano traçar o perfil epidemiológico para a infecção pelo o HIV ou a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) em jovens-adolescentes na faixa etária de 15 a 24 anos para cada uma das regiões distrital administrativa de Belém e, em segundo plano, avaliar o conhecimento sobre o HIV/Aids de discentes do ensino médio de escolas estaduais nestas regiões administrativas. O levantamento do perfil epidemiológico será feito no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA) utilizando questionários preenchidos de usuários, na faixa etária de 15 a 24 anos, cujos testes foram positivos para o HIV no período do ano de 2010 ao ano de 2015. Os dados foram agrupados por localidade da residência do usuário. Para avaliarmos o nível de conhecimento sobre o HIV/AIDS em discentes do ensino médio, foram utilizados questionários semi-estruturados com questões fechadas aonde o discente teve opções de concordar com a questão, não concordar ou marcar “não sei”. Espera-se que os resultados por este estudo obtido, ofereçam mais subsídios as políticas públicas de saúde ao combate ao HIV/Aids. Esperamos que os nossos resultados sejam fontes para novos estudos e que sirvam de alerta para que se levantem ações eficazes na luta contra o HIV em estudantes de ensino público por órgãos municipais, estaduais e até mesmo federais.

Descritores: Adolescente, HIV, Prevenção de Doenças Transmissíveis.

ABSTRACT

The State of Pará and Belém occupy the tenth and sixth position between the Federative Units and the Brazilian capitals, respectively, in the detection rate of human immunodeficiency virus (HIV). HIV infection has grown among young adolescents, even though the government media campaigns for HIV prevention. From the year 1980 to the year 2013, the Northern Region presented a 111% increase in the detection rate among subjects aged 15 to 24 years. With the objective of designing more effective and timely health education campaigns against HIV infection in young adolescents in the city of Belém, in this work I was PROPOSED in the foreground to outline the epidemiological profile for HIV infection or Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) among adolescents between the ages of 15 and 24 years for each of the administrative district of Belém, and secondly to evaluate the knowledge about HIV / AIDS among high school students of state schools in these administrative regions. The survey of the epidemiological profile will be done at the Center for Testing and Counseling (CTA) of the Municipal Health Department of Belém (SESMA) using questionnaires filled by users, aged 15 to 24 years, whose tests were positive for HIV in the period between 2010 and 2015. The data were grouped by location of the user's residence. In order to assess the level of knowledge about HIV/Aids in high school students, semi-structured questionnaires with closed questions were used where the student has options to agree to the question, do not agree or mark "I do not know". It is hoped that the results provided by this study will provide further subsidies to public health policies to combat HIV/Aids. We hope that our findings will be sources for further studies and that they alert us to effective action in the fight against HIV in public school students by municipal, state and even federal agencies.

Descriptors: Adolescent, HIV, Prevention of Communicable Diseases.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Taxa de detecção de HIV/Aids de acordo com o gênero nos diferentes distritos administrativo de Belém, PA, no período de 2010 a 2015.	36
Figura 2 Nível de conhecimento dos adolescentes sobre epidemiologia de HIV/Aids, separados por sexo e região distrital. Belém, PA. 2016.	57
Figura 3 Nível de conhecimento dos adolescentes sobre transmissão e prevenção de HIV/Aids, separados por sexo e região distrital. Belém, PA. 2016.	59
Figura 04 Nível de conhecimento dos adolescentes sobre tratamento de HIV/Aids, separados por sexo e região distrital. Belém, PA. 2016.	61
Figura 05 Comparação entre as questões acertadas, referentes ao Tratamento de HIV/Aids, de acordo com o sexo e a série. Belém, PA. 2016.	65
Figura 06 Comparação entre as questões acertadas, referentes à Epidemiologia de HIV/Aids, de acordo com o sexo e a série. Belém, PA. 2016.	67
Figura 07 Comparação entre as questões acertadas, referentes à Transmissão e Prevenção de HIV/Aids, de acordo com o sexo e a série. Belém, PA. 2016.	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Número de portadores de HIV/Aids, atendidos na Casa Dia no período de 2010 a 2015, de acordo com o grau de escolaridade e região distrital. Belém, PA.	39
Tabela 2 Perfil sócio-demográfico, em porcentagem, dos adolescentes, estudantes de escola pública, dos distritos administrativos de Belém, PA. 2016.	46
Tabela 3 Comportamento de risco dos adolescentes (em porcentagem), estudantes de escola pública, que nunca tiveram relação sexual, organizados por região distrital. Belém, PA. 2016.	50
Tabela 4 Comportamento de risco de adolescentes, estudantes de escola pública, que já tiveram relação sexual, organizados por região distrital. Belém, PA. 2016.	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Taxa de detecção de HIV/Aids em mulheres grávidas de acordo com o distrito administrativo de Belém (PA), atendidas na Casa Dia no período de 2010 a 2015.	38
Gráfico 2 Número de jovens-adolescentes atendidos anualmente pela Casa DIA entre os anos de 2010 e 2015.	41
Gráfico 3 Incidência anual de HIV/Aids em jovens-adolescentes de acordo com os distritos administrativos de Belém, PA, de 2010 a 2015.	43

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
CD4	Cluster of Differentiation 4 (Grupamento de diferenciação 4)
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DABEL	Distrito Administrativo de Belém
DABEN	Distrito Administrativo do Bengui
DAENT	Distrito Administrativo do Entroncamento
DAGUA	Distrito Administrativo do Guamá
DAICO	Distrito Administrativo de Icoaraci
DAMOS	Distrito Administrativo de Mosqueiro
DAOUT	Distrito Administrativo de Outeiro
DASAC	Distrito Administrativo da Sacramenta
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HBI	Homens bissexuais
HHET	Homens heterossexuais
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NIF	Não informado

OMS	Organização Mundial da Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNAIDS	United Nations Joint Programme on HIV/AIDS (Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA	17
2- PROBLEMÁTICA	18
3- HIPÓTESES	20
4- OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5- REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	21
5.1 AIDS NA REGIÃO NORTE E NO ESTADO DO PARÁ	21
5.2 A AIDS NA ADOLESCÊNCIA E O COMPORTAMENTO DE RISCO	23
5.3 O ASSUNTO HIV/AIDS NO AMBIENTE ESCOLAR	25
5.4 AVALIANDO O NÍVEL DE CONHECIMENTO E PROPONDO AÇÕES MAIS EFICAZES PARA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM ADOLESCENTES.....	26
6- METODOLOGIA	27
6.1 – O MUNICÍPIO DE BELÉM	27
6.2 - TIPO DE ESTUDO	28
6.2.1 – ESTUDO RETROSPECTIVO DOCUMENTAL.....	28
6.2.2 - ESTUDO ANALÍTICO DO TIPO TRASNVERSAL	29
6.3 - LOCAIS DE ESTUDO	29
6.3.1 – CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO	29
6.3.2 – ESCOLAS ESTADUAIS.....	29
6.4 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INFECÇÃO DO HIV/AIDS EM JOVENS-ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE BELÉM	30

6.5 – AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE O HIV/AIDS DE DISCENTES DO ENSINO MÉDIO DO MUNICÍPIO DE BELÉM.	30
6.6 – APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O HIV/AIDS.....	31
6.7 – A ESCOLHA DA ESCOLA	31
6.8 - ANÁLISE DOS DADOS	32
6.9 - ASPECTOS ÉTICOS	32
6.10 - RISCOS E BENEFÍCIOS	33
7- RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
7.1 – PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE JOVENS-ADOLESCENTES ATENDIDOS NA CASA DIA	34
7.1.1 – NÚMERO DE JOVENS-ADOLESCENTES ATENDIDOS NA CASA DIA, POR REGIÃO DISTRITAL, NO PERÍODO DE 2010 A 2016.	34
7.1.2 – NÍVEL ESCOLAR	39
7.1.3 – FORMA DE TRANSMISSÃO	40
7.1.4 – NÚMERO DE JOVENS-ADOLESCENTES DO GÊNERO FEMININO E MASCULINO ATENDIDOS ANUALMENTE PELA CASA DIA NO PERÍODO DE 2010 A 2015	40
7.1.5 – INCIDÊNCIA DO HIV/AIDS EM JOVENS ADOLESCENTES NAS DIFERENTES REGIÕES DISTRITAIS DE BELÉM	42
7.2 – CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DE ESCOLAS PÚBLICAS SOBRE O HIV/AIDS	45
7.2.1 – PERFIL SÓCIO ECONÔMICO DOS ESTUDANTES DA REDE PÚBLICA	45
7.2.2 – COMPORTAMENTO DE RISCO	48
7.2.2.1 – ESTUDANTES SEM VIDA SEXUAL ATIVA	48

7.2.2.2 – ESTUDANTES COM VIDA SEXUAL ATIVA	51
7.3 – NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS	56
7.3.1 – CONHECIMENTO EPIDEMIOLÓGICO	56
7.3.2 – CONHECIMENTO TRANSMISSÃO/PREVENÇÃO	58
7.3.3 – CONHECIMENTO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	60
7.3.4 – NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE O HIV/AIDS POR NÍVEL ESCOLAR	64
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES	71
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	72
10- APÊNDICES	80

1 - INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, ou Aids, é provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que promove perda progressiva da imunidade celular e, conseqüentemente, o favorecimento de infecções oportunistas (FAUCI, 2003).

Segundo UNAIDS (2013), são aproximadamente 718.000 pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil, onde a Região Norte possui 5% destes casos, mas, em contrapartida, com uma taxa de detecção do HIV acima da média nacional (taxa média nacional de detecção do HIV: 21 x 100.000 habitantes (hab); taxa média paraense de detecção do HIV: 26 x 100.000 hab).

De acordo com o Boletim Epidemiológico em HIV/Aids de 2013, divulgado pelo Ministério da Saúde, entre 2003 e 2012 a incidência de casos de Aids na Região Norte brasileira apresentou um aumento de 92,7%. Adicionalmente a Região Norte é a que possui a progressão mais rápida em taxa de detecção do HIV entre as demais regiões do Brasil. Em 2003 a taxa de detecção do HIV na Região Norte era de 10 (x100.000 hab) casos, enquanto em 2012 a taxa foi de 26 (x100.000 hab) casos, ocupando o segundo lugar em nível nacional entre todas as regiões brasileiras (BRASIL, 2013; UNAIDS 2013).

Olhando exclusivamente para a Região Norte, o Estado do Pará ocupa o quinto lugar em taxa de detecção do HIV entre as unidades federativas que compõem a Região. Todavia, olhando a nível nacional, o Pará é o décimo Estado entre todas as unidades federativas brasileiras na taxa de detecção do HIV/AIDS, com Belém ocupando a sexta na taxa de detecção entre todas as capitais brasileiras (UNAIDS, 2013).

Atualmente, no Brasil, o perfil de pessoas que vivem com HIV/Aids é marcado pela heterossexualização, feminização, interiorização, juvenilização e pauperização (CHAVES *et al.*, 2014). As mudanças no perfil do HIV/Aids no Brasil são justificadas pela difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte, ao aumento da transmissão entre heterossexuais e ao crescimento dos casos entre usuários de drogas injetáveis (BRITO *et al.*, 2007).

No que concerne a juvenilização, o HIV/Aids vem se apresentando como uma das principais causas de mortalidade no mundo entre indivíduos na faixa etária entre 10 e 24 anos (LAW-DAVIES, 2009). Oliveira *et al.* (2009) sugerem que o HIV/Aids nos jovens-adolescentes pode se disseminar já por meio das primeiras experiências sexuais, atingindo jovens desinformados, psicologicamente despreparados ou precocemente iniciados na vida sexual (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Do ano de 1980 a 2013, a Região Norte apresentou um aumento de 111% na taxa de detecção entre jovens-adolescentes de 15 a 24 anos (BRASIL, 2013). Todavia, se considerarmos que a AIDS demora, em torno, de 7 a 10 anos para se manifestar após a infecção pelo HIV, o percentual de adolescentes infectados torna-se mais significativo (TAQUETTE *et al.*, 2011). Supõe-se que uma grande parte das notificações da faixa etária de 25 a 29 anos corresponda a indivíduos que se infectaram na adolescência ou no início da juventude (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2006).

Os adolescentes constituem uma população vulnerável à infecção pelo HIV, seja nos países subdesenvolvidos ou nos desenvolvidos, o que pode ser percebido por diversos fatores, entre eles: biológicos, psíquicos, sociais e econômicos (MURAKAMI *et al.*, 2007). Em termos psíquicos, a adolescência é uma fase de busca e definição da identidade sexual, para tal, busca-se experimentação e variabilidade de parceiros. O pensamento abstrato ainda incipiente nos adolescentes faz com que se sintam invulneráveis, se expondo a riscos sem prever suas consequências (MURPHY *et al.*, 2015).

Baseados na crescente taxa de detecção do HIV entre os jovens-adolescentes e visando traçar métodos de prevenção ao HIV/Aids mais eficazes e focais, neste projeto propõe-se traçar o perfil epidemiológico para a infecção do HIV/Aids em sujeitos na faixa etária de 15 a 24 anos para as oito regiões distritais administrativas do município de Belém e também avaliar o nível de conhecimento sobre o HIV/Aids em discentes do ensino médio de escolas estaduais localizadas nessas regiões.

1.1 Justificativa

O presente trabalho surge da necessidade de se traçar ações educativas em saúde mais eficazes na prevenção do HIV/Aids com jovens-adolescentes no município de Belém visando à modificação de comportamentos de riscos e, conseqüentemente, a diminuição da transmissão do HIV/Aids neste grupo. É notório que, mediante a taxa crescente de detecção do HIV nesse grupo etário (BRASIL, 2013), as campanhas em massa do Ministério da Saúde do Brasil de prevenção do HIV não estão alcançando o objetivo proposto. Desde de 2009 um estudo realizado por Oliveira *et al.* já mostrava que mesmo com as campanhas de divulgação em massa visando a prevenção ao HIV/Aids feitas pelo Ministério da Saúde do Brasil, a incidência continuava a se expandir rapidamente, principalmente entre os jovens de 15 a 19 anos.

Uma campanha midiática eficaz é aquela que promove a comunicação, ou seja, quando há percepção do significado real do conteúdo passado do transmissor para o receptor

(BOWDITCH & BUONO, 1992), quando isso não acontece há somente difusão de informação (BIZ, 2012). Em um país de dimensões continentais e de vasta diversidade cultural, como o Brasil, é de extrema importância levar em consideração as características regionais e locais para o estabelecimento de campanhas de saúde mais eficazes. Adicionalmente, Coelho et al. (2011) sugerem que para se traçar estratégias de campanhas mais eficazes na luta contra a infecção do HIV/Aids deveria-se, primeiramente, identificar o nível de conhecimento dos jovens-adolescentes sobre as formas de transmissão e prevenção da infecção.

Dessa forma, visando traçar ações educativas para a prevenção da transmissão do HIV/Aids em jovens-adolescentes, neste estudo propomos verificar o nível de conhecimento sobre o HIV/Aids em discentes do ensino médio de escolas estaduais nas oito diferentes regiões distritais administrativas do município de Belém, comparando os resultados entre elas e correlacionando os resultados também com aspectos sócio-econômicos e de facilidade ao acesso a informação para cada uma das regiões distritais.

Além disso, para ações mais eficazes em saúde faz-se necessário conhecer a realidade de onde habitamos (ROCHA *et al.*, 2010). Por isso, aqui também propomos traçar o perfil epidemiológico da infecção do HIV/Aids para cada uma das regiões administrativas distritais de Belém. Para isso, faremos um estudo histórico no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Belém, buscando levantar a taxa de detecção do HIV e o perfil epidemiológico dos usuários do CTA, na faixa etária de 15 a 24 anos, cujo teste foi positivo para o vírus no período de 2010 a 2015. Os dados serão agrupados pela localidade distrital de cada um dos usuários.

2- PROBLEMÁTICA

A Aids é um problema de saúde pública, a nível global, e cada vez mais prevalente em jovens-adolescentes (ANGELIN *et al.*, 2015). Alguns comportamentos nesta população de jovens-adolescentes contribuem para aumentar a sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), tais como: desagregação familiar, exposição à violência, baixa autoestima, limites culturais próprios para a fixação simbólica das informações, necessidade de transgredir e experimentar riscos, falha no uso de preservativos, sistema educacional desestimulante e concepções errôneas sobre a infecção (COELHO *et al.*, 2011).

Segundo Theobald et al. (2012) a adolescência é a fase das dúvidas, curiosidades e descobertas em relação ao sexo, sendo, portanto, a época de maior necessidade da educação

em saúde. Segundo os mesmos autores, a prevenção das ISTs/AIDS neste grupo só pode ser feita a partir do conhecimento que os mesmos possuem sobre elas. No Brasil as campanhas em massa para a prevenção do HIV pelo Ministério da Saúde se dão principalmente por meios televisivos e de forma ampla. Todavia, Irffi et al. (2010) sugerem que as campanhas educativas em saúde para o HIV/Aids devem ser apontadas para grupos específicos e não generalizadas como as que acontecem ainda hoje.

Romero et al. (2007) mostraram que as principais fontes de conhecimentos e informações dos adolescentes em relação à saúde sexual geralmente são os pais, amigos e parentes próximos. Todavia, segundo os mesmos autores, os diálogos com familiares e amigos transitam apenas na superficialidade, deixando falhas em informações essenciais para a saúde sexual adequada.

A educação em saúde visando à prevenção das ISTs/Aids em adolescentes tem o objetivo de aumentar o nível de conhecimento sobre o assunto e promover mudança nos comportamentos de riscos da população alvo (FAWOLE *et al.*, 2009). Estudos apontam que programas de educação em saúde sexual nas escolas promovem mudanças em comportamento de riscos, tais como aumento do uso de preservativo (KIRBY *et al.*, 2009), redução no número de parceiros e uso de outros métodos contraceptivos (KIRBY *et al.*, 2010). Adicionalmente, Irffi et al. (2010) mostraram que a educação em saúde tem um papel fundamental na assimilação de campanhas informativas e na propensão a mudanças de hábitos e comportamentos sociais. A Escola, sendo na atualidade um espaço privilegiado para a educação, é orientada a divulgar, a produzir conhecimentos e a conscientizar os alunos sobre os métodos de prevenção, cabendo aos professores a tarefa de orientação sexual em ISTs/AIDS (SUPLICY *et al.*, 2000).

Rocha et al. (2010) mostraram que é importante desenvolver ações educativas em saúde a partir da realidade local e dos conhecimentos prévios do público alvo. Pelos os dados epidemiológicos da infecção do HIV no município de Belém divulgados pelo Ministério da Saúde se darem de forma generalista, para desenvolver ações educativas visando a diminuição da transmissão do HIV, temos a necessidade de buscar conhecer o perfil epidemiológico da infecção de portadores do HIV/Aids mais detalhadamente no município de Belém do Pará.

Ainda baseados em Rocha et al. (2010), para ações educativas em saúde mais eficazes temos que verificar os conhecimentos prévios sobre HIV/Aids de jovens-adolescentes para sanarmos os problemas encontrados. Por este grupo etário se encontrar na fase escolar, particularmente a nível no ensino médio, surge questões tais como: 1) Qual o conhecimento que estes jovens do ensino médio possuem sobre o HIV/Aids?; 2) Qual fonte de informação

que utilizam para obter o conhecimento?; 3) Quais os comportamentos de riscos que possuem de forma a aumentar a vulnerabilidade a infecção?; 4) Existe diferença no nível de conhecimento entre os gêneros e entre as regiões distritais?

3- HIPÓTESES

Baseados em estudos mostrando a pauperização do HIV (PARKER & CAMARGO JR, 2000; CHAVES *et al.*, 2014), no estudo histórico com usuários do CTA cujos testes foram positivos para o vírus, esperamos encontrar uma maior taxa de detecção do HIV em jovens-adolescentes com renda salarial familiar baixa, baixo nível de escolaridade e residentes em regiões distritais mais pobres no município de Belém.

Um estudo realizado por Nader et al. (2009) mostrou não haver diferença significativa entre o gênero masculino e o feminino no que diz respeito ao conhecimento sobre prevenção/transmissão do HIV de forma geral, porém o gênero masculino tinha um maior conhecimento do que o feminino em tópicos mais específicos, tais como a transmissão do HIV através do aleitamento materno. Outro estudo realizado por Charles et al., (2014) observou-se também que os homens faziam menor uso do preservativo do que as mulheres alegando que este reduzia o prazer sexual, que o uso do preservativo geraria desconfiança da parceira e que este também inibiria o desempenho sexual. Baseados nestes estudos, esperamos encontrar um maior grau de conhecimento sobre o HIV/Aids no gênero masculino, mas um comportamento de risco menor para a transmissão do HIV/Aids no gênero feminino.

4- OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Conhecer o perfil epidemiológico e o conhecimento para o HIV/Aids em jovens-adolescentes no município de Belém do Pará.

4.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil epidemiológico para a infecção do HIV/Aids no município de Belém em relação a incidência do HIV/Aids em jovens-adolescentes na faixa etária de 15 a 24 anos no período de 2010 a 2015 nas diferentes regiões administrativas de Belém;

- Correlacionar a taxa de detecção nas diferentes regiões distritais administrativas do município de Belém com a categoria de exposição (homens que fazem sexo com homens, heterossexual, usuários de drogas injetáveis, hemofílico, transfusão sanguínea e transmissão vertical), gênero, orientação sexual, escolaridade, renda salarial familiar, se gestante e idade gestacional, situação conjugal;
- Avaliar o nível de conhecimento do HIV/Aids em discentes do ensino médio de escolas estaduais nas diferentes regiões administrativas de Belém, correlacionando com o perfil socioeconômico e com o comportamento de risco (o uso inconstante do preservativo nas relações sexuais, uso de aplicativos de relacionamentos, múltiplas parcerias sexuais e compartilhamento de seringas para drogas injetáveis);
- Comparar o nível de conhecimento e comportamentos de riscos (o uso inconstante do preservativo nas relações sexuais, uso de aplicativos de relacionamentos, múltiplas parcerias sexuais e compartilhamento de seringas para drogas injetáveis) entre o gênero feminino e masculino para cada uma das escolas estudada;
- Comparar o nível de conhecimento do HIV/ Aids em discentes do ensino médio das de escolas estaduais entre as diferentes regiões administrativas de Belém.

5- REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

5.1 AIDS na Região Norte e no Estado do Pará.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2015, o Brasil teve 798.366 casos registrados de HIV/Aids. A taxa de detecção do HIV/AIDS no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos (x100 mil habitantes) em 2015 (Brasil, 2015). Todavia, Teixeira et al. (2014) apontam que essa tendência ao declínio e estabilização da epidemia de AIDS no Brasil deve ser analisada de forma criteriosa, uma vez que, num país de grande extensão territorial e diversidade, dados agregados podem mascarar desigualdades regionais ou locais (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

Corroborando com esse argumento, a taxa de detecção do HIV no Brasil nos últimos 10 anos apresentou uma estabilização na Região Sul (2003: 33,4; 2014: 28,7; x 100.000 hab), diminuição na Região Sudeste (2003: 27,4; 2014: 18,6; x 100.000 hab) e na Região Centro-oeste oeste (2003: 20,9; 2014: 18,4; x 100.000 hab), e um aumento no Nordeste (2003: 9,3; 2014: 15,2; x 100.000 hab) e no Norte (2003: 11,6; 2014: 25,7; x 100.000 hab), sendo a Região Norte com maior velocidade de crescimento da taxa de detecção do HIV. Entretanto,

somente recentemente foi que a dispersão da infecção pelo HIV/Aids na Região Norte foi identificada como um problema de saúde pública (ABATI & SEGURADO, 2015).

Buscando explicações para este fato, Veras et al. (2011) sugerem que transformações ocorridas no cenário socioeconômico da Região Norte nas últimas décadas, tais como a abertura de novas fronteiras agrícolas relacionadas à produção de soja, pecuária extensiva e indústria madeireira proporcionaram um aumento significativo de afluxo migratório que contribuiu para a disseminação de doenças como HIV/Aids dentro da Amazônia Brasileira.

Considerando a taxa de detecção do HIV somente na Região Norte, o Estado do Pará se encontra em quinto lugar (23,2 x 100.000 hab), sendo os primeiros lugares ocupados, em ordem decrescentes, pelos Estados do Amazonas (39,2 x 100.000 hab, Roraima (29,2 x 100.000 hab, Amapá (24,9 x 100.000 hab) e Rondônia (23,4 x 100.000 hab). Todavia, quando considerado o Índice Composto dos indicadores (taxa de detecção + mortalidade + primeira contagem de CD4) as capitais com maiores posições são: Porto Alegre (6,48 x 100.000hab), São Luís (5,86 x 100.000 hab), Belém (5,80 x 100.000hab), Manaus (5,69 x 100.000) e Macapá (5,63 x 100.000) (BRASIL, 2015).

A razão entre os gêneros para a infecção do HIV/Aids apresenta também diferenças regionais brasileiras importantes. Especificamente, na região Norte a razão masculino/feminino é de 1,9/1 na faixa etária de 13 anos ou mais. Todavia, quando olhamos para a faixa etária de 13 a 19 anos, essa razão é de 1,3/1 (BRASIL, 2015). Ainda segundo Brasil (2015) a principal via sexual é a principal via de transmissão do HIV na faixa etária de 13 anos ou mais e também na de 13 a 19 anos, tanto em homens como em mulheres.

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), olhando somente entre os homens no Brasil e por categoria de exposição, nos indivíduos com 13 anos de idade ou mais, na Região Norte a categoria de exposição mais afetada foi a heterossexuais (54,76%) tendo em segundo lugar a categoria de homens que fazem sexo com homens (26,2%). Todavia ainda na Região Norte, de acordo com Brasil (2010), em 2010 nos homens na faixa etária de 15 a 24 anos, a categoria de exposição mais afetada foi a de homens que fazem sexo com homens (45%) seguida pela categoria heterossexual (30%).

O estado do Pará é responsável por 60% a 86% dos casos de gestantes HIV positivas na Região Norte do Brasil (MENEZES, 2012). O número total de gestantes infectadas pelo vírus HIV no período de 2000 a 2015 é de 2614 mulheres, com um aumento na taxa de detecção de 237,5% nos últimos dez anos (2005: 0,8 x 1000 hab; 2015: 2,7 x 1000 hab) (BRASIL, 2015). A mesma tendência de aumento também acontece na taxa de detecção do

HIV em crianças menores de cinco anos de idade nos últimos dez anos (66.67%) (2005: 2,7 x 1000 hab; 2015: 4,5 x 1000 hab).

No que concerne a mortalidade por Aids, esta aumentou até 1995 em todo o Brasil, passando a apresentar, a partir de então, tendência de decréscimo. Porém, no Norte e no Nordeste do Brasil a tendência da mortalidade ainda hoje é de crescimento (LUNA & SILVA JUNIOR, 2013). No Estado do Pará, do ano 2004 ao ano de 2014, o coeficiente de mortalidade padronizado variou de 4,4 (x 100.000 hab) a 8,1 (x 100.000 hab), respectivamente, um aumento de 84.09% (BRASIL, 2015). Ainda segundo Brasil (2015), no ano de 2014, o Estado do Pará ocupava o quarto lugar entre todas as UFs brasileiras no coeficiente de mortalidade padronizado (8,1 x 100.000 hab) e Belém a segunda capital (16,4 x 100.000 hab) entre todas as capitais brasileiras, sendo ambos os coeficientes localizados bem acima da taxa média brasileira (5,7 x 100.000 mil hab) (BRASIL, 2015).

Veras et al. (2011) sugerem que o diagnóstico tardio e o abandono do tratamento são os principais fatores preditores de óbito que contribuem para o alto índice de mortalidade. Souza Jr et al. (2007), mostraram que um terço dos infectados que iniciam o tratamento antiretroviral está em uma fase avançada da doença e com níveis de linfócitos T CD4 (LT CD4) menor que 200 céls./mm³, sendo as Regiões Norte, Centro-oeste e Nordeste as que apresentam as maiores proporções de indivíduos nessa situação (40%, 38% e 36%, respectivamente), valores maiores que a média nacional (33%).

5.2 A AIDS na adolescência e o comportamento de risco.

A adolescência é um período de profundas mudanças, marcado por transições entre a puberdade e a vida adulta e é nesta fase que ocorre a perda do papel infantil, gerando inquietação, ansiedade (MOREIRA *et al.*, 2008). De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência vai dos 12 aos 18 anos, porém o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece este período entre 10 e 20 anos incompleto (BRASIL, 2014). Aproximadamente um/ terço da população mundial encontra-se na faixa etária entre 10 e 24 anos e, segundo a OMS, é aqui que se concentra metade das infecções por HIV (UNAIDS, 2008).

O levantamento feito entre jovens, de 17 a 20 anos, de ambos os gêneros, indica que, em cinco anos, a prevalência da infecção pelo o HIV nessa população passou de 0,09% para 0,12% (BRASIL, 2013). Dados do Ministério da Saúde brasileiro (2013) mostram que o grau de escolaridade está inversamente correlacionado com a prevalência do HIV/Aids. Segundo os mesmos, a prevalência da infecção pelo o HIV entre adolescentes do gênero masculino que

possuíam ensino fundamental incompleto era de 0,17%, enquanto que entre aqueles com ensino fundamental completo era de 0,10% (BRASIL, 2013).

Segundo Brasil (2006) muitos jovens, na busca pelo exercício da sua sexualidade, iniciam sua vida sexual prematuramente: em média aos 14 anos para o sexo feminino e aos 13 anos para o sexo masculino. 29% dos adolescentes, na faixa etária de 13 a 15 anos, entrevistados pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), já tiveram relação sexual (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Segundo Philbin et al. (2014), a maioria dos adolescentes que adquirem o HIV são infectados através de comportamentos sexuais de risco, aonde muitos desconhecem a infecção (PHILBIN *et al.*, 2014).

O início precoce da atividade sexual é influenciado culturalmente pelos meios de comunicação em massa (MELLO *et al.*, 2005). Um estudo realizado pela Organização Pan Americana da Saúde realizado com jovens de 18 a 29 anos, em 15 estados do Brasil (Rondônia, Amazonas, Pará, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Goiás) mostrou que, em diversas situações, marcada por representações de si, os adolescentes não usam proteção contra gestações não planejadas e ISTs/AIDS; quatro em cada dez jovens-adolescentes brasileiros acham que não precisam usar camisinha em um relacionamento estável; além disso, três em cada dez ficariam desconfiados da fidelidade do parceiro caso ele propusesse sexo com uso do preservativo (OPAS, 2012). Segundo Toledo et al. (2011), tais comportamentos de riscos contribuem para aumentar o percentual de ISTs/AIDS na adolescência.

Adicionalmente, por ser a fase aonde enfrentam as mudanças biopsicossociais, como influências psicológicas e sociais do meio de convivência e pela necessidade de experimentarem o novo, muitas vezes os adolescentes buscam o álcool e outras drogas que os tornam mais vulneráveis ao HIV/Aids (AZEVEDO *et al.*, 2006; VIEIRA *et al.*, 2004). O consumo de álcool é um fator de risco para a transmissão das ISTs/AIDS, pois a desinibição comportamental provocada pelo uso do álcool pode levar ao não uso do preservativo (KALICHMAN *et al.*, 2007; STONER *et al.*, 2007; CARDOSO et al., 2009).

Recentemente, o uso de aplicativos de relacionamentos tem também sido apontado como um fator facilitador a infecção do HIV/Aids em jovens-adolescentes, como mostra um estudo realizado entre sujeitos na faixa etária de 15 a 19 anos pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2015). Segundo os resultados deste estudo, o uso de aplicativos de relacionamentos no sistema de telefonia móvel por estes jovens-adolescentes

poderia favorecer a transmissão do HIV grupo etário por facilitar práticas sexuais em escala sem precedentes, levando a multiplas parcerias sexuais. Ainda segundo UNICEF (2015) o uso de tais aplicativos era mais frequente entre homossexuais.

5.3 O assunto HIV/AIDS no ambiente escolar

O setor da educação é o que tem maior aproximação com jovens-adolescentes pela maioria estar frequentando a escola e é neste ambiente que se deve buscar intervenções para mudar a realidade deste grupo populacional mais vulnerável à infecção pelo HIV/Aids (MALOA, 2009). O ambiente escolar não é somente o local para processos educacionais e de ensino, mas também aonde se promovem relações interpessoais importantes para facilitar o desenvolvimento pessoal e social do discente, que acabam por refletir em processos comportamentais que podem interferir na qualidade da saúde do estudante (RUINI *et al.*, 2009).

O envolvimento do adolescente com o ambiente escolar pode afetar significativamente diversos fatores na vida dos discentes tais como tabagismo e alcoolismo, rendimento acadêmico, bem-estar, saúde e prevenção de agravos, atividade física e adoção de comportamentos saudáveis (SELLSTROM & BREMBERG, 2006). Segundo Camacho et al. (2010) por este envolvimento do adolescente com o ambiente escolar, a escola torna-se um ambiente privilegiado para ações que visem a modificação de comportamentos de riscos a saúde.

Um estudo realizado por Brêtas et al. (2009), com adolescentes, entre 10 e 19 anos, estudantes de escolas públicas, mostrou que a principal fonte para obtenção de informações sobre ISTs/Aids é o professor. Ainda segundo estes autores, o resultado confirma a importância da escola como cenário privilegiado de acolhimento contínuo de adolescentes e jovens e também para o compartilhamento de decisões e responsabilidades com as demais instâncias sociais buscando a educação em saúde para este grupo.

A educação em saúde tem papel significativo na formação de valores e atitudes que, trazidos em comportamentos, contribuem para a construção do exercício da sexualidade saudável e responsável, sendo fundamental em políticas públicas de prevenção (LOPES *et al.*, 2006). Atualmente, as práticas sexuais na adolecência acontecem cada vez mais cedo e isso faz com que temas como educação sexual estejam na agenda de órgãos governamentais de saúde e educação em diversos países (TOLEDO, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro e a Organização Mundial da Saúde (2011), a Aids é uma das três causas principais de morte entre jovens-adolescentes. Desde de

2007, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, lançou o projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”. O Projeto apresenta uma estratégia de formação continuada que pretende contribuir para uma aprendizagem compartilhada por trabalhadores da educação, da saúde, de outras instituições públicas e de organizações da sociedade civil cujas ações repercutem na redução da vulnerabilidade de adolescentes e jovens às ISTs/ Aids (BRASIL, 2007).

5.4 Avaliando o nível de conhecimento e propondo ações mais eficazes para prevenção do HIV/Aids em adolescentes.

Avaliar o conhecimento para propor ações mais eficazes na prevenção ao HIV/Aids permeia pelo campo da educação em saúde que se constitui como um espaço importante de construção, veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável, assim como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais (MEYER *et al.*, 2006).

A intervenção educacional em saúde, na maioria das vezes, apóia-se na idéia de que se pode educar para saúde, a julgar pela forma como os projetos na área de educação em saúde são concebidos, geralmente voltados para populações de baixa renda e desfavorecidas sócio-econômico-culturalmente (GAZZINELLI, 2005). O princípio de se educar para saúde e para o ambiente parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas "corretivas" e/ou educativas que mudem a realidade (GAZZINELLI, 2005).

Em um estudo realizado por Oliveira *et al.* (2009) verificou que o conhecimento sobre HIV/Aids nem sempre se expressa em práticas de prevenção. Estes autores verificaram o nível de conhecimento de jovens-adolescentes sobre o a transmissão/prevenção do HIV/Aids em duas escolas do Rio de Janeiro e embora a maioria dos adolescentes dissessem que conheciam o preservativo masculino como método eficaz contra ISTs/Aids, 10,8% deles considerava que a pílula anticoncepcional e relações sexuais monogâmicas eram também métodos de prevenção eficazes.

Outro estudo realizado por Martins *et al.* (2006), que buscou associar o uso de preservativos masculinos ao conhecimento sobre ISTs/Aids em adolescentes de escolas públicas e privadas, corrobora com os resultados de Oliveira *et al.* (2009), aonde os adolescentes apresentavam um nível de conhecimento adequado sobre prevenção de ISTs/Aids, entretanto esse conhecimento não determinava adoção de comportamentos sexuais saudáveis.

Todavia, Val et al. (2013) dizem que a vulnerabilidade individual as ISTs/AIDS está correlacionada diretamente ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre o tema. Segundo Pererira *et al.*, (2014) é fundamental a sensibilização de jovens-adolescentes para a mudança de comportamentos de riscos perante à epidemia da AIDS. Porém, temos que considerar que embora comportamentos de riscos possam ser modificados pelo saber científico, é necessário que este seja capaz de dialogar com o saber prático dos adolescentes de diferentes grupos sociais e culturais (DICENSO & GRIFFITH, 2002 e FONSECA, 2002). Mesmo que os jovens-adolescentes apresentem informações elementares sobre ISTs/Aids, eles ainda carecem de uma educação em saúde efetiva e permanente afim de adquirir conhecimentos e habilidades que modifiquem os comportamentos sexuais de riscos que possuem (CHAVES *et al.*, 2014). A base do processo educacional deve permitir ao jovem-adolescente uma ação transformadora de seu conhecimento visando a adoção de comportamentos sexuais seguros com a finalidade de reduzir a taxa de incidência do HIV/Aids neste grupo etário (FERREIRA & LOPES, 2013).

6- METODOLOGIA

6.1 – O Município de Belém

O município de Belém é a capital do Estado do Pará e um dos componentes da Mesorregião Metropolitana de Belém que é composta por 5 municípios (Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara) e 71 bairros (PREFEITURA DE BELÉM, 2015). Segundo último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014), Belém apresenta uma população estimada de 1.439.561 habitantes. De acordo com o último anuário publicado com as estatísticas de Belém (2012), 17,37% da população são jovens-adolescentes na faixa etária de 15 a 24 anos.

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos, este último é usado principalmente para fins estatísticos e políticos (SILVA & SILVA, 2011).

O último levantamento publicado pelo IBGE sobre a dimensão demográfica da população jovem no Brasil (1996), mostrou que Belém apresenta uma elevada taxa de crescimento da população entre 15 e 24 anos (12,5%), o que está acima da média nacional da época, que era de 11,8%.

Em sua divisão político-administrativa, o Município de Belém está dividido em 8 Distritos Administrativos conforme a Lei nº 7.682, como publicado no Diário Oficial do Município em 05 de janeiro de 1994, são estes:

1. Distrito Administrativo Mosqueiro (DAMOS);
2. Distrito Administrativo Outeiro (DAOOUT);
3. Distrito Administrativo Icoaraci (DAICO);
4. Distrito Administrativo Benguí (DABEN);
5. Distrito Administrativo Sacramenta (DASAC);
6. Distrito Administrativo Entroncamento (DAENT);
7. Distrito Administrativo Belém (DABEL);
8. Distrito Administrativo Guamá (DAGUA).

De acordo com o Anuário Estatístico do Município de Belém (2012), existem aproximadamente 250.114 jovens adolescentes, entre 15 e 24 anos, residindo no município de Belém, aonde DAMOS apresenta 2,45% dessa população, DAOOUT 3%, DABEL 5,28%, DAENT 9%, DAICO 13,18%, DASAC 18,8%, DABEN 22,48% e DAGUA com 25,9%.

Existem 93 escolas públicas estaduais de ensino médio localizadas no Município de Belém (IBGE, 2012) e 46,8 mil estudantes de ensino médio em período parcial (CENSO ESCOLAR, 2013).

6.2 - Tipos de estudos

6.2.1 – Estudo Retrospectivo Documental

Este projeto é dividido em dois momentos distintos. O primeiro foi desenhado para explorar fatos do passado, por isso foi caracterizado com Retrospectivo Documental. Segundo Sucigan et al. (2012), nos estudos retrospectivos os indivíduos são seguidos do “efeito” para a “causa”, ou seja, para trás, o processo a ser pesquisado já ocorreu.

Baseado em informações de períodos passados, o perfil epidemiológico de jovens-adolescentes com HIV/Aids foi estabelecido a partir dos dados dispostos no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA). Estes dados foram obtidos a partir do ano de 2010 até o ano de 2015.

6.2.2 – Estudo Analítico do Tipo Transversal

A segunda parte do projeto consiste de um estudo analítico observacional do tipo transversal. O estudo analítico observacional do tipo transversal permite a observação da realidade ou condição de saúde em um determinado momento como um instantâneo e o levantamento de hipóteses através de correlações entre diferentes fatores que podem estar associados à causa em diferentes graus (ARAGÃO, 2011).

Segundo Gordis (2004), para ser executado, um estudo transversal deve ser dividido em etapas: 1 - definição de uma população a ser estudada; 2 - estudo da população por meio de censo ou amostragem de uma parte dela; 3 - presença, ou não, do desfecho e da exposição para os indivíduos estudados.

Esta parte do estudo foi desenvolvida nas escolas públicas da capital paraense descritas mais adiante.

6.3 - Locais de estudo

6.3.1 Centro de Testagem e Aconselhamento

Em primeiro plano, visou-se traçar o perfil epidemiológico para a infecção de jovens-adolescentes no município de Belém. Para isso, utilizamos os dados de sujeitos, na faixa etária de 15 a 24 anos, que foram testados para o HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA) e que cujos resultados dos testes foram positivos para o vírus no período do ano de 2010 ao ano de 2015.

De acordo com a SESMA, o CTA trabalha com demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento médico. Todos que desejam realizar exames para algum tipo de IST pode comparecer no local, que oferece serviços como teste laboratorial de HIV e teste rápido de HIV e conta com uma equipe multiprofissional composta de biomédicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros.

6.3.2 Escolas Estaduais

Em segundo plano foi verificado o nível de conhecimento sobre o HIV/Aids de discentes do ensino médio de escolas estaduais do município de Belém para cada uma das regiões distritais administrativas; em cada região foi escolhida a escola com maior número de estudantes.

6.4 - Perfil epidemiológico da infecção do HIV/Aids em jovens-adolescentes no município de Belém.

Para o levantamento do perfil epidemiológico da infecção do HIV/Aids em jovens-adolescentes, na faixa etária de 15 a 24 anos, no município de Belém, foram empregados os documentos preenchidos, no período de 2010 a 2015, de usuários do CTA durante as entrevistas realizadas no dia da testagem para o HIV e de quem somente os testes foram positivos para o vírus.

Aqui visou-se traçar um perfil epidemiológico para cada região distrital administrativa de Belém para verificar aonde a incidência é maior e também para verificarmos se o perfil muda nas diferentes regiões administrativas distritais. Para isso, os dados levantados foram agrupados pelas regiões de residência dos sujeitos. Dos protocolos dos usuários testados para o HIV foram levantadas as seguintes informações: 1) categoria de exposição (homens que fazem sexo com homens, heterossexual, usuários de drogas injetáveis, hemofílico, transfusão sanguínea e transmissão vertical), 2) gênero, 3) orientação sexual, 4) escolaridade, 5) Situação civil, 6) renda salarial familiar, 7) se gestante e idade gestacional.

6.5 – Avaliação do nível de Conhecimento sobre o HIV/Aids de discentes do Ensino Médio do Município de Belém.

Para verificar o nível de conhecimento sobre o HIV/Aids dos discentes do ensino médio de escolas estaduais, neste estudo foi empregado um questionário semi-estruturado com questões fechadas e baseado nos modelos já aplicado em estudos prévios (SEIDL et al., 2005; CÂMARA, 2012; CHAVES et al., 2014). Os questionários continham questões avaliando o conhecimento sobre formas de transmissão/prevenção, conhecimentos epidemiológicos e conhecimentos de tratamento anti-retroviral. Para cada questão de mensuração da informação sobre o HIV/Aids, os alunos responderam ‘sim’, caso concordassem com a sentença, ‘não’, se discordassem da sentença, ou ‘não sei’, caso não soubessem sobre o ponto específico.

Importante salientar que o questionário foi aplicado de forma conjunta, para tal os alunos que o responderam estavam sentados distantes uns dos outros para que não houvesse constrangimento ou qualquer outro tipo de transtorno.

Adicionalmente a verificação do conhecimento sobre o HIV/Aids, também foi levantado o perfil sócio-econômico dos alunos neste estudo e também o comportamento de riscos para a aquisição do HIV, tais como o uso inconstante, ou não uso, do preservativo, múltipla parceria sexual, uso de drogas injetáveis e de aplicativos de relacionamentos.

Somente participaram deste estudo os estudantes, de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 15 anos e inferior a 24 anos, e que tinham o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo responsável legal anteriormente ao preenchimento do questionário.

Foram excluídos deste estudo jovens-adolescentes não estudantes das escolas selecionadas, abaixo de 15 anos, que não estavam matriculados no ensino médio, com o TCLE não assinado ou por não querer participar do estudo.

6.6 – Aplicação do Questionário para Avaliação do conhecimento sobre o HIV/Aids.

Antes de aplicar o questionário, foi explicado ao sujeito voluntário a finalidade da pesquisa, que o questionário não era identificável, que não seriam utilizados dados pessoais dele no estudo e, então, requerida a assinatura do Termo de Consentimento de Livre Esclarecimento (TCLE).

Após a assinatura do TCLE pelos responsáveis legais, os questionários eram então aplicados. Para cada ano do ensino médio foram aplicados 50 questionários, sendo 25 no gênero masculino e 25 no gênero feminino. Os questionários, após preenchidos, foram recolhidos e colocados imediatamente dentro de um envelope e ficaram sob a guarda do pesquisador.

6.7 – A Escolha da Escola

Para avaliar o nível de conhecimento sobre o HIV/Aids de estudantes do ensino médio de escolas estaduais, foi selecionada a escola de cada uma das regiões distritais com maior número de alunos, usando como base os dados da Secretaria Municipal de Educação através do Estado do Pará (<http://www.seduc.pa.gov.br/site/seduc>). Adicionalmente, para uniformizar ainda mais a amostra, empregamos os questionários somente nos estudantes do turno da manhã.

As escolas escolhidas para participar no projeto de cada uma das regiões administrativas de Belém e o número de alunos em cada uma delas (entre parênteses), de acordo com o Censo Estadual de 2014 foram:

1. DAMOS: Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio (E.E.E.F.M.) Honorato Filgueiras (com 1328);
2. DAOUT: E.E.E.F.M. do Outeiro (1301 alunos);
3. DAICO: E.E.E.F.M. Avertano Rocha (2248 alunos);

4. DABEN: E.E.E.F.M. Maria Luiza da Costa Rego (2439 alunos);
5. DASAC: E.E.E.F.M. José Alves Maia (1845 alunos);
6. DAENT: E.E.E.F.M. Antonio Gomes Moreira Junior (1502 alunos);
7. DABEL: E.E.E.F.M. Barão de Igarapé Miri (1812 alunos);
8. DAGUA: E.E.E.F.M. Brigadeiro Fontenelle (1908 alunos).

6.8 - Análise dos dados

Os dados obtidos neste estudo foram processados e analisados estatisticamente através dos softwares Microsoft Office Excel, versão 2010 e *BioEstat*, versão 5.3. Foram empregados o teste *t* de *student* não pareado para comparar duas amostras independentes e o teste de ANOVA para múltiplas comparações. Os testes que obtiveram um valor de *p* menor ou igual a 0.05 foram considerados estatisticamente diferentes significativos.

Os dados foram comparados entre os gêneros, entre os anos escolares do ensino médio e entre as localidades. Além disso, foi correlacionado o nível de conhecimento sobre o HIV/Aids versus comportamentos de riscos para a transmissão do HIV e também o nível de conhecimento versus nível sócio econômico.

6.9 - Aspectos éticos

No Brasil, os aspectos éticos envolvidos em atividades de pesquisa com seres humanos estão regulamentados pelas diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), estabelecida em 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 2007).

A Resolução 196/96 incorpora, sob a ótica individual e coletiva, os quatro referenciais da bioética em relação à pesquisa com seres humanos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica.

No que diz respeito aos dados epidemiológicos do CTA, o projeto foi enviado à SESMA, para que esta redigisse a carta de anuência autorizando a realização do estudo seja realizado. A carta de anuência, então, foi anexada ao projeto e encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos (CEP). O mesmo processo foi realizado para cada uma das escolas estaduais envolvidas no projeto, aonde após apresentação do projeto de pesquisa para os diretores de cada uma das escolas participantes, os mesmos emitiram a carta de anuência que nos autoriza a realizar o estudo em suas escolas. A anuência foi enviada ao CEP. Somente após análise e aprovação do projeto pelo CEP (CAEE 57275316.0.0000.0018 e parecer nº 1.659.887), iniciou-se as coletas de dados.

Além disso, foram assegurados o sigilo total e o anonimato dos sujeitos que compuserem as amostras do estudo. Em nenhuma hipótese foi levantado dados de identificação pessoais nos questionários. O material e os dados coletados na pesquisa foram utilizados exclusivamente para a finalidade já estabelecida ou de acordo com o consentimento da instituição participante e ficaram na responsabilidade dos pesquisadores, sendo que os mesmos ficarão guardados por um período mínimo de 5 anos. Decorrido o prazo, tais documentos serão incinerados, garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos.

6.10 - Riscos e Benefícios

Neste estudo os riscos possíveis que a pesquisa oferece é o constrangimento do adolescente com as questões abordadas. Para minimizar tal problema, o questionário foi aplicado de forma individual na sala de aula do aluno, foi explicado que os questionários não eram identificáveis e após preenchimento, o mesmo foi recolhido e colocado com outros dentro de um envelope que foi lacrado.

Os benefícios que este estudo traz para a sociedade do município de Belém é a contribuição com as políticas públicas no combate ao HIV. Através do resultado deste estudo será possível conhecer a realidade local da infecção do HIV no grupo etário estudado e também identificar o nível de conhecimento que este grupo possui sobre o HIV/Aids. Essas duas informações darão a base necessária para elaboração de ações educativas em saúde mais focais e eficazes visando contribuir com a diminuição da incidência do HIV/Aids nos jovens-adolescentes em Belém.

7- RESULTADO E DISCUSSÃO

Nos resultados, no primeiro tópico será descrito o perfil epidemiológico dos jovens-adolescentes vivendo com HIV/Aids nas oito regiões distritais administrativas de Belém no período de 2010 a 2015. Os resultados foram provenientes dos prontuários de pacientes atendidos na Casa Dia e que se encontravam na faixa etária 15 a 24 anos. Após, está descrito os comportamentos de risco para a aquisição/transmissão do HIV e o nível de conhecimento sobre HIV/Aids de jovens-adolescentes estudantes do ensino médio de oito escolas estaduais, sendo cada uma dessas escolas localizada em uma região distrital específica de Belém.

7.1 - Perfil Clínico-Epidemiológico de jovens-adolescentes atendidos na Casa Dia.

Nós optamos por levantar o perfil epidemiológico dos jovens-adolescentes vivendo com HIV/Aids no município de Belém usando os prontuários dos pacientes atendidos na Casa Dia (SESMA), pois ela é o principal centro de saúde de acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/Aids neste município. A Casa Dia faz parte do Centro de Atenção à Saúde nas Doenças Infecciosas Adquiridas da Secretaria Municipal de Saúde de Belém. Os pacientes são encaminhados dos Centros de Testagens e Acompanhamentos, hospitais credenciados, prontos socorros e redes privadas.

Foram avaliados 539 prontuários de clientes atendidos do ano de 2010 ao ano de 2015, sendo o número de mulheres 147 e o número de homens 362. A média de idade para o gênero feminino foi 20.62 anos ($\pm 2,35$) e para o gênero masculino de 21.18 anos ($\pm 2,17$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$).

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), entre os jovens de 13 a 19 anos, observa-se uma tendência de aumento da taxa de detecção dos homens; foram registrados, em 2015, 62% de casos a mais em homens do que em mulheres. Entre os jovens de 15 a 24 anos observa-se um aumento, de 2006 para 2015 a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,4 para 6,9 casos/100 mil hab.) e, entre os de 20 a 24, dobrou (de 15,9 para 33,1 casos/100 mil hab.).

Entre as mulheres, observa-se tendência de queda da taxa de detecção de HIV/Aids nos últimos dez anos, que passou de 15,8 casos/100 mil hab., em 2006, para 12,7 em 2015, representando uma redução de 19,6% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Segundo dados do Governo Federal, até final de 2012, do total das notificações de HIV/Aids, 2.478 casos concentravam-se na faixa etária entre 10 a 14 anos, 12.246, no grupo de 15 a 19 anos e 94.519, entre 20 a 24 anos, totalizando 109.243 casos nas faixas compreendidas entre 10 a 24 anos, correspondendo a 16,6% da população geral acometida pelo vírus (PEREIRA et al., 2014).

7.1.1 - Número de jovens-adolescentes atendidos na Casa Dia, por região distrital, no período de 2010 a 2016.

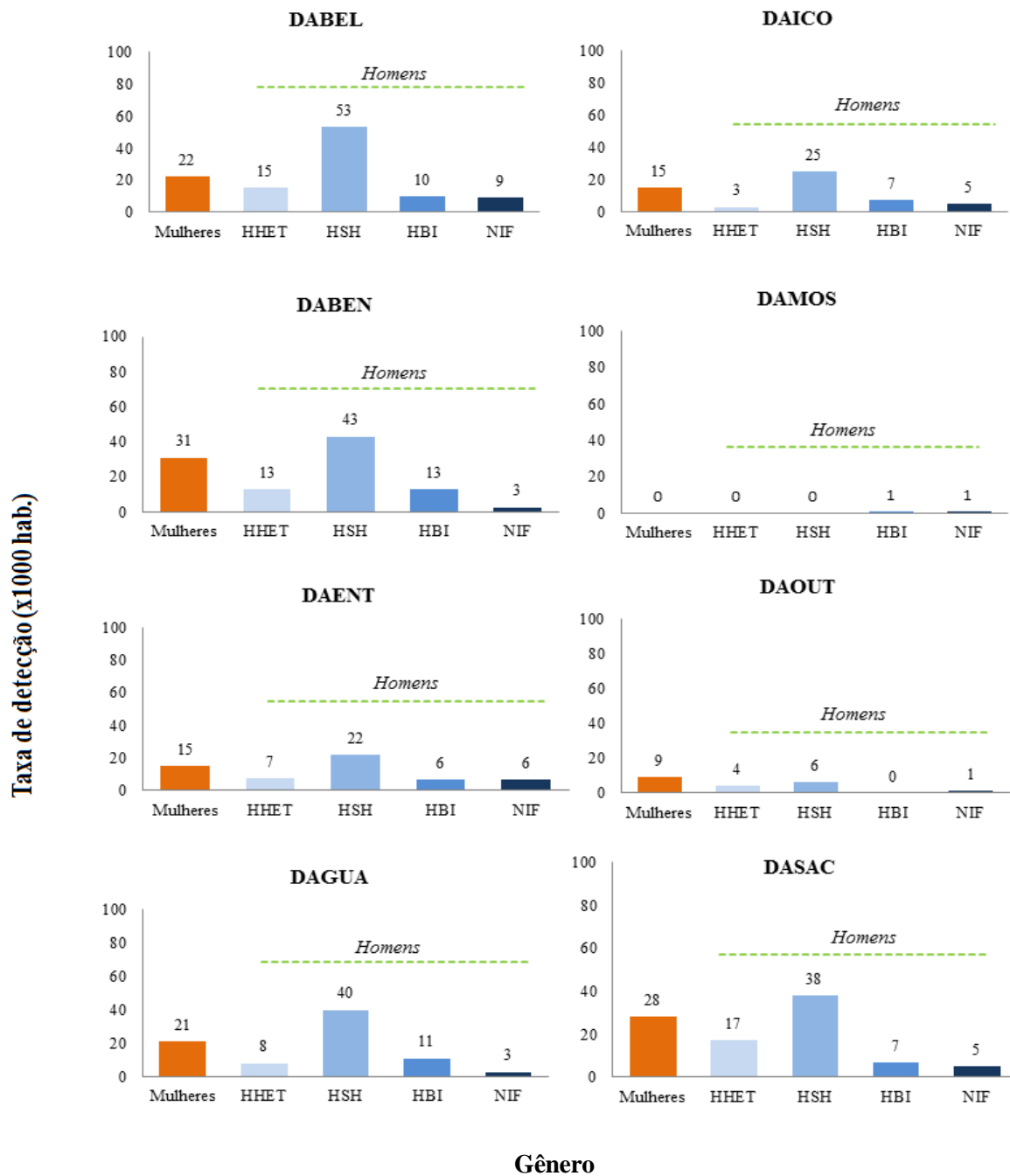
O número de jovens adolescentes atendidos na Casa Dia no período de 2010 a 201, por região distrital, foi de 109 para o DABEL, 103 para DABEN, 56 DAENT, 83 DAGUA, 55 DAICO, 2 DAMOS, 20 DAOUT, 95 DASAC e 16 jovens cujo distrito não foi informado. O menor quantitativo de pacientes de Outeiro e Mosqueiro pode se dar pela distância dessas

localidades a região central de Belém e, dessa forma, os indivíduos desses distritos optarem por ser acompanhados em agências de saúde mais próximas de seus endereços. Além disso, essas duas regiões são as que possuem os menores quantitativos de jovens e adolescentes na faixa etária analisada: 7525 e 6129, respectivamente (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM, 2012).

Foi observado que o gênero masculino compôs o maior número de pacientes, com idades entre 15 e 24 anos, atendidas na Casa Dia no período de 2010 a 2015 em todas as regiões distritais de Belém: DABEL (22 mulheres. 87 homens); DABEN (31 mulheres. 72 homens); DAENT (15 mulheres. 41 homens); DAGUA (21 mulheres. 62 homens); DAICO (15 mulheres. 40 homens); DAMOS (0 mulheres. 2 homens); DAOUT (9 mulheres. 11 homens) e DASAC (28 mulheres. 57 homens). A região com maior número de pacientes foi DABEL (n=109) (Figura 1).

Ainda na Figura 1, comparando somente homens heterossexuais (HHET) versus mulheres, observou-se que as mulheres eram em maior número em todas as regiões distritais. Já quando comparado somente o gênero masculino nas diferentes orientações sexuais, os homens que fazem sexo com homens (HSH) foram os mais afetados pelo HIV/AIDS. O número de mulheres com HIV/Aids inferior ao número de HSH poderia ser justificada pela multiplicidade de parceiros que é superior entre os HSH do gênero masculino e o não uso de preservativo no durante o sexo anal, como sugerem CUNHA & GOMES (2015) e a UNICEF (2016).

FIGURA 1 – Taxa de detecção de HIV/Aids de acordo com o gênero nos diferentes distritos administrativo de Belém, PA, no período de 2010 a 2015.



De acordo com o Ministério da Saúde (2016), as taxas de detecção de Aids em homens nos últimos dez anos tem apresentado tendência de crescimento; em 2007 a taxa foi de 30,8 casos para cada 100 mil habitantes, a qual passou para 50,2 em 2016. Entretanto, esta taxa masculina engloba HHET, HSH e HBI. Quando analisadas separadamente, a prevalência de exposição, entre os homens, é a de homens que fazem sexo com homens e entre as mulheres, a heterossexual; isso corrobora com os dados nacionais.

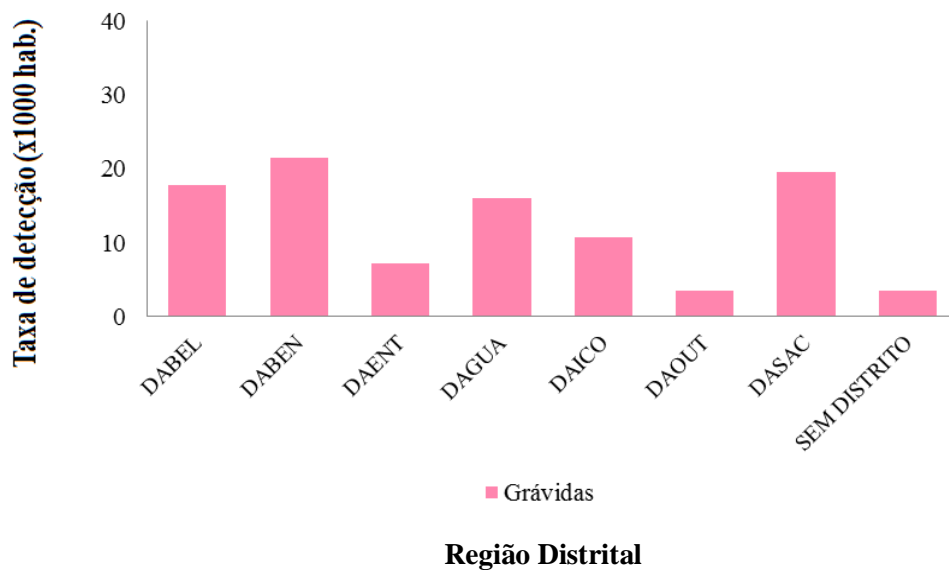
Em 2013, uma pesquisa de revisão de literatura realizada nos Estados Unidos por Adimora et al., sobre prevenção de HIV em mulheres heterossexuais, evidenciou que o maior risco para a infecção pelo HIV está entre as mulheres de 15 a 24 anos, pois é nesta faixa etária que se encontram no pico da fase reprodutiva e há um aumento no número de relações sexuais com homens. Ainda de acordo com este artigo, existem características que afetam o risco de transmissão de HIV/Aids para mulheres (quando comparado com homens HHTe), que são: características do parceiro como circuncisão e concentração da carga viral do HIV; infecções sexualmente transmissíveis, em especial a herpes; alterações da flora vaginal tais como vaginose bacteriana e relação sexual por via anal (ADIMORA et al., 2013).

O HIV/Aids é impulsionado por desigualdades de gênero; a epidemia impõe particularidades para o sexo feminino, além da sua susceptibilidade fisiológica, as desvantagens sociais, como vulnerabilidade ao estupro e sexo com homens mais velhos (relações com grande diferença de idade gera desigualdade de poder) acesso desigual à educação, desvantagens jurídicas, e econômicas, como oportunidades de emprego e salário diferente dos homens, tornam as mulheres mais propensas a adquirirem a infecção (UNAIDS, 2013).

Fatores culturais e predominância de uma sociedade patriarcal exacerbam a inferioridade das mulheres e seu status de saúde díspar, como: o homem torna-se responsável pela tomada de decisões sexuais, a mulher pode não se sentir permitida a expressar sua sexualidade; o homem, historicamente, é responsável pelo controle, tomada de decisões e provedor de recursos financeiros enquanto que para a mulher é esperado que o respeite e aceite suas decisões (RAMJEE & DANIELS, 2013).

Em relação às mulheres em sua totalidade amostral, foi observado que 38,1% das diagnosticadas com HIV/AIDS eram gestantes. Todavia, quando olhamos separadamente por região amostral o percentual de gestantes infectadas com HIV/AIDS foi de, 17.86% no DABEL, 21.43% no DABEN, 7.14% no DAENT, 16.07% no DAGUA, no 10.71% DAICO, 3.57% no DAOUT, 19.64% no DASAC e 3.57% não informaram o distrito administrativo. (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 – Taxa de detecção de HIV/Aids em mulheres grávidas de acordo com o distrito administrativo de Belém (PA), atendidas na Casa Dia no período de 2010 a 2015.



A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos; em 2006, a taxa foi de 2,1 casos/mil nascidos vivos, a qual passou para 2,7 em 2015, indicando um aumento de 28,6%; na região Norte, em conjunto com o Nordeste, é a que apresenta maior incremento na esta taxa pois, em 2006 era de 1,2 passando para 2,9 em 2015 (aumento de 241,67%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Estimar a porcentagem de HIV em mulheres durante o período gestacional é importante para informar e articular abordagens de prevenção para que a gestante não transmita o vírus para seu parceiro e nem para a criança (DRAKE et al., 2014). Dois terços dos países mundiais referem ter integrado a prevenção de HIV/Aids nos serviços de atenção sexual e reprodutiva como esforço para aumentar o número de aconselhamentos e de testes de HIV, enquanto que para mulheres soropositivas a ampliação da cobertura previne a transmissão vertical do HIV (UNAIDS, 2013).

Apesar do oferecimento do exame sorológico durante o pré-natal e da distribuição gratuita de antiretrovirais, ainda existem muitas dificuldades para se identificar gestantes soropositivas durante o acompanhamento que antecede o parto, fazendo com que cerca de 30% das mulheres grávidas cheguem a ter seus filhos sem conhecer suas condições sorológicas, ou sem prevenção desta transmissão (PATRIOTA & MIRANDA, 2011).

7.1.2 – Nível Escolar.

De acordo com a Tabela 1, a maior parte dos jovens atendidos na Casa Dia, no período específico, possuía Ensino Médio completo ou incompleto, sendo seguido daqueles que diziam possuir o Ensino Fundamental completo ou incompleto e por aqueles com o Terceiro Grau. Houve um grande número de prontuários que não continham essas informações em todas as regiões distritais.

TABELA 1- Número de portadores de HIV/Aids, atendidos na Casa Dia no período de 2010 a 2015, de acordo com o grau de escolaridade e região distrital. Belém, PA.

Nível de escolaridade	DABEL	DABEN	DAENT	DAGUA	DAICO	DAMOS	DAOUT	DASAC	SEM DIST
Analfabeto	1	0	0	0	0	0	0	0	0
E. Fund. Completo	2	0	1	1	2	0	1	2	2
E. Fund. Incompleto	16	18	4	13	8	2	5	8	1
E. Médio Completo	32	32	19	27	18	0	8	28	5
E. Médio Incompleto	22	17	8	9	3	0	1	17	2
E. Superior Completo	6	1	1	4	1	0	1	3	1
E. Superior Incompleto	8	13	13	10	6	0	0	12	0
Não Informou	22	22	10	19	17	0	4	25	5

Um estudo realizado em 2011 pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, com base nos dados do Centro de Referência e Treinamento (CRT) em DST/Aids, apontou que quanto maior o nível de escolaridade, maior é a preocupação em se prevenir contra o HIV/Aids, e as pessoas com nível escolar mais elevado acabam procurando, com maior frequência, por testes gratuitos de HIV na rede pública. Além disso, a identificação de grupos mais expostos a falta de conhecimento é um fator importante para identificar potenciais grupos de risco que possam ser alvo de campanhas de prevenção mais eficazes (IRFFI et al., 2010).

O baixo nível de escolaridade é um dos principais fatores que contribuem com o aumento da incidência de HIV/Aids em jovens e adolescentes tanto em Belém, como no Brasil. Em 2013, foi realizado um estudo sobre a epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França, observou-se que entre os jovens brasileiros, o número de casos é

proporcionalmente 3,5 vezes mais elevado e estes vivem em contextos de maior vulnerabilidade, pois têm iniciação sexual mais precoce, usam menos preservativos e a escolaridade é menor do que os jovens franceses (TAQUETTE, 2013). Além disso, um nível escolar baixo resulta numa relutância em discutir sobre sexualidade e favorece o surgimento de concepções errôneas sobre a doença (MILASZEWSKI et al., 2012).

7.1.3 – Forma de transmissão

Quanto à forma de transmissão, a via sexual foi a principal, exceto para dois sujeitos do DASAC e do DAGUA e para três do DABEL e do DABEN que disseram fazer uso de drogas injetáveis com compartilhamento de seringas/agulhas.

Em relação ao número de parceiros sexuais disseram ser monogâmicos 37 sujeitos do DABEL, 39 do DABEN, 21 do DAENT, 33 do DAGUA, 17 do DAICO, 11 do DAOUT, 35 do DASAC e 6 dos SEM DIST. Já para aqueles que disseram ter dois parceiros sexuais 8 eram do DABEL, 8 do DAGUA, 6 do DAICO e 12 do DASAC. No DAENT, 5 sujeitos disseram possuírem 5 parceiros sexuais.

Pereira et al. (2014) apontam que a transmissão do HIV/AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos se dá principalmente pela via sexual. Isto destaca o papel preponderante da inclusão do tema de sexualidade nas escolas e também a importância da distribuição e uso de preservativos em locais de fácil acesso aos jovens.

Embora a Portaria Nº 2314, de 20 de dezembro de 2002 recomenda a distribuição de Preservativos Masculinos na Prevenção ao HIV/Aids e ISTs no Brasil, a promoção do uso de camisinha articula-se, historicamente, à conceitos operativos da prevenção do HIV/Aids em grupos considerados de risco, como sugerem PINHEIRO et al. (2013).

De acordo com Dourado et al. (2015), o Brasil vive um contexto de aumento da prevalência de HIV entre os jovens, principalmente entre HSH, e também em alguns grupos populacionais em contexto de vulnerabilidade (profissionais do sexo, HSH, usuários de drogas), chamados hoje de população-chave, e tendência de redução no uso regular de preservativo.

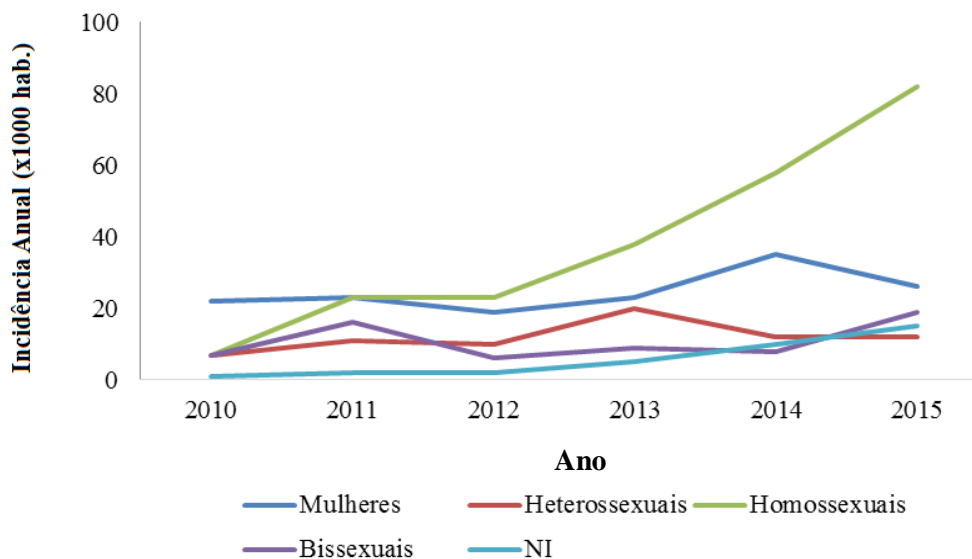
7.1.4 – Número de jovens-adolescentes do gênero feminino e masculino atendidos anualmente pela Casa Dia no período de 2010 a 2015.

O objetivo aqui era verificar a variação do quantitativo geral (município de Belém como um todo) de pacientes atendidos pela Casa Dia, no período de 2010 a 2015, levando em consideração os gêneros masculino e feminino e as orientações sexuais no gênero masculino: HHET, HSH e HBI.

De acordo com o gráfico 2, observa-se um maior quantitativo de mulheres em relação aos HHET, sendo que em 2010, havia 22 mulheres e 7 HHET, enquanto em 2015, 26 mulheres e 12 HHET. A diferença percentual de 2015 para 2010 para ambos os gêneros feminino e masculino foi de 23,81% e 71.43%, respectivamente.

Em relação ao gênero masculino o maior aumento observado foi na orientação sexual daqueles que disseram ser HSH: em 2010 eram 7 casos, enquanto em 2015 foram 82 casos, uma diferença percentual de 1171%. Naqueles que se diziam HBI este aumento foi de, aproximadamente de 271% (2010 – 7 casos; 2015 - 19 casos).

GRÁFICO 2 – Número de jovens-adolescentes atendidos anualmente pela Casa DIA entre os anos de 2010 e 2015.



Nossos resultados não corroboram com o mostrado pelo Ministério da Saúde (2016), em que no Brasil, de 2007 a 2015, entre os homens, verifica-se que 50,04% dos casos tiveram exposição homossexual, 36,8% heterossexual e 9% bissexual; entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, observa-se que 96,4% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual. Em nossos estudos observamos que a categoria HBI foi mais afetada do que a HHET.

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), entre os homens maiores de 13 anos, observa-se um predomínio da categoria de exposição heterossexual, porém, há uma tendência

de aumento na proporção de casos de HSH nos últimos dez anos, a qual passou de 35,3% em 2006 para 45,4% em 2015. Já entre as mulheres, observa-se tendência de queda da taxa de detecção nos últimos dez anos, exceto entre as de 15 a 19 anos, onde teve um aumento de 12,9% na taxa de detecção de 2006 para 2015(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Segundo CAMPOS et al., (2014), em seu estudo sobre a vulnerabilidade ao HIV em adolescente em um centro de testagem e aconselhamento, o perfil de vulnerabilidade evidenciado associa-se a baixa escolaridade com "motivo de não usar preservativo com parceiro fixo", "uso de drogas no último ano", "doença sexualmente transmissível no último ano" e relação sexual como "tipo de exposição".

Um estudo realizado nos EUA, em 2012, por Beyrer et al., sobre a epidemiologia global do HIV de homens que tem relação com homens, foi achado que a alta probabilidade de transmissão por relação sexual anal tem um papel central na explicação da carga de doença desproporcional em HSH, em que o HIV pode ser transmitido em larga escala e grande velocidade. Este mesmo estudo, ainda inclui riscos individuais entre HSH como: alta frequência de parceiros, alto número de parceiros masculinos ao longo da vida, uso de drogas injetáveis, carga viral elevada e uso de drogas não injetáveis como estimulantes tipo anfetamínicos.

7.1.5 – Incidência do HIV/Aids em jovens adolescentes nas diferentes regiões distritais de Belém.

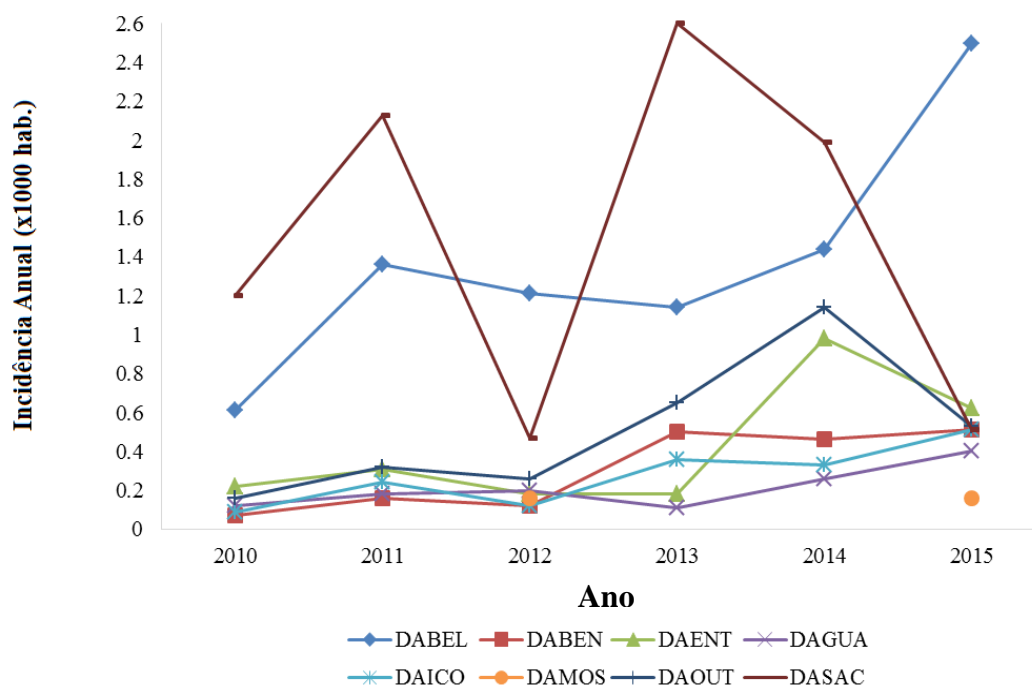
A taxa de casos de HIV/Aids não é um bom parâmetro para comparação entre regiões específicas, pois ela não leva em consideração o número da população alvo das regiões estudadas. Para verificar melhor o crescimento do HIV/Aids entre regiões distritais diferentes, a solução mais adequada é o cálculo da incidência anual. Por exemplo, em um determinado ano a região distrital A possui 1000 jovens e desses 10 são infectados com o HIV, enquanto outra distrital B tem 100 jovens e desses 10 também possuem o HIV. Embora a taxa de detecção seja a mesma para ambas as regiões, a região A tem taxa de incidência de 10 (x1000 hab) enquanto a B de 100 (x 1000 hab).

Por saber que a Casa Dia acompanha 90% dos sujeitos vivendo com HIV/Aids no município de Belém, resolveu-se calcular a taxa de crescimento da incidência de HIV/Aids nas diferentes regiões administrativas de Belém. Para isso, foi calculada a taxa de incidência anual, tomando a taxa de detecção do HIV/Aids para cada ano, no período de 2010 a 2015,

em cada uma das regiões administrativas e o número total de jovens-adolescentes habitantes nessas regiões foi obtido no anuário de Belém do ano de 2012.

Como pode ser observado no gráfico 3, as regiões administrativas comportaram-se diferentemente, aonde o distrito DASAC foi o único que apresentou um decréscimo da incidência (2010 – 1,2; 2015 – 0,51. Diferença de 42,5%). Com exceção de DAMOS em que houve somente dois anos de notificação (2012 e 2015), observamos que as demais regiões apresentaram aumentos diferentes na taxa incidência (x 1000 hab.): DABEL (0,61 em 2010 e 2,5 em 2015; diferença de 309,84%), DAOUT (0,16 em 2010 e 0,53 em 2015; diferença percentual de 231,25%), DAENT (0,22 em 2010 e 0,62 em 2015; diferença percentual de 181,81%), DABEN (0,07 em 2010 e 0,51 em 2015; diferença percentual de 628,57%), DAGUA (0,12 em 2010 e 0,4 em 2015; diferença percentual: 233,33%), DAICO (0,09 em 2010 e 0,51 em 2015; diferença percentual de 466,67%); DASAC (1,2 em 2010 e 0,51 em 2015; diferença percentual de -42,5%).

GRÁFICO 3 – Incidência anual de HIV/Aids em jovens-adolescentes de acordo com os distritos administrativos de Belém, PA, de 2010 a 2015.



O DABEN foi o que teve maior aumento no caso de HIV/Aids no período de 2010 a 2015. Este distrito, dentre os oito da região de Belém, é o segundo maior em número de habitantes (DAGUA é o primeiro); quando analisado o abastecimento de água, esgoto sanitário, lixo, água canalizada e sistema de drenagem, o distrito do Bengui é o mais prejudicado, pois é o que apresenta menor prevalência de água canalizada, possui o menor

índice de ligação de esgoto e água, maior quantidade de casas sem banheiro ou sanitário e é para lá onde é destinado a maioria do lixo produzido (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM, 2012). Além disso, o DABEN é o segundo distrito com maior número de moradores sem instrução escolar ou menos de um ano de estudo (DAGUA ocupa a primeira posição). Somando-se isso tudo, percebe-se que DABEN possui a pior qualidade de vida entre as regiões distritais de Belém.

Nossos resultados corroboram com o processo de pauperização do HIV/AIDS, aonde esta infecção/doença atinge cada vez mais pessoas com menor escolaridade, e com menor poder aquisitivo; isso demonstra a necessidade de educação sexual nas escolas e comunidades carentes, além da conscientização relacionada à quebra de paradigmas que ainda rodeiam a epidemia (SILVA et al., 2013).

A queda no DASAC em 2013 coincide com os esforços liderados pelos países, inclusive o Brasil, sobre as novas metas que foram implantadas no âmbito global: é o 90-90-90, onde, até 2020, 90% de todas as pessoas que vivem com HIV saberão do seu diagnóstico, 90% de todos que possuem o retrovírus receberão a terapia antirretroviral ininterruptamente e 90% de todos os que recebem esta terapia terão supressão viral (UNAIDS 2015). Em 2013, estimava-se que 80% dos brasileiros com HIV estão cientes do seu diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

É no DABEL onde está localizada a grande massa de serviços de saúde da capital paraense; este distrito representa o Centro de Belém e possui facilidade quanto ao acesso à informação e à proximidade do CTA, esse motivo pode justificar o auto índice de HIV/Aids nesta região: a notificação é feita de forma efetiva (PREFEITURA DE BELÉM, 2012).

Não pode-se deixar de excluir a possibilidade de subnotificação no que tange o HIV/Aids nos distritos administrativos de Belém. A subnotificação leva a uma limitação do desempenho do sistema de vigilância e, geralmente, está atrelada à falta de conhecimento, por parte dos profissionais da saúde, quanto à importância e os procedimentos corretos para a notificação; desconhecimento da lista de doenças submetidas à vigilância; preocupação, por parte do profissional da saúde com a quebra de confidencialidade das informações ou ausência de adesão pelo tempo consumido no preenchimento da ficha (WALDMAN & ROSA, 2012).

7.2 – Conhecimento de estudantes do ensino médio de escolas públicas sobre o HIV/Aids.

Por verificarmos que o maior número de jovens infectados pelo HIV atendidos na Casa Dia cursavam o ensino médio, além do que a maioria dos jovens de 15 a 24 anos estarem cursando o ensino médio, decidimos verificar o comportamento de risco e o conhecimento sobre o HIV/Aids em jovens estudantes do ensino médio de escolas estaduais no município de Belém.

Para isso, nós selecionamos em cada uma das oito regiões distritais administrativas de Belém a escola pública com maior quantitativo de alunos matriculados no ensino médio de acordo com o site da SEDUC. Após autorização do diretor da escola e do CEP, questionários foram aplicados apenas nos estudantes do ensino médio. Toda coleta de dados foi realizada no turno da manhã para melhor uniformizar a amostra.

Um total de 863 alunos aceitou participar da pesquisa e responderam o questionário após assinatura do TCLE; destes, 472 eram do sexo feminino e 391 do sexo masculino. A média de idade dos estudantes do gênero feminino foi 16.54 anos ($dp = \pm 0,63$) e masculino 16.77 anos ($dp = \pm 0,85$), sem diferença estatística entre as idades ($p = 0,78$).

O bairro mais populoso da capital paraense encontra-se no distrito administrativo de Belém (DABEL), entretanto, a escola com maior quantitativo de alunos participantes foi do distrito administrativo de Icoaraci (DAICO) com 140 alunos. O DABEL foi o terceiro em número de alunos participantes (122 alunos), sendo o segundo DAMOS (127 alunos).

7.2.1 – Perfil sócio econômico dos estudantes da rede pública.

Foi levantado o perfil sociodemográfico dos estudantes de cada região distrital administrativa de Belém para correlacionar com o comportamento de risco e com o nível de conhecimento do HIV/AIDS. Para traçarmos este perfil, nós questionamos a idade, o situação civil, a religião, a escolaridade da mãe e a do pai, além da renda salarial familiar, como pode ser observado na Tabela 2.

Foi verificado que os estudantes com maior média de idade foram os do DABEN (17.62 anos, $dp = \pm 2,22$), enquanto os estudantes mais novos eram do DAICO (14.567 anos, $dp = \pm 0,77$). Quanto a situação civil a opção que prevaleceu foi a de solteiro em todas as regiões administrativas sendo seguida pela opção namorando. Em relação à religião, a maioria dos estudantes de todas os distritos de Belém disseram ser evangélicos, exceto no DAMOS em que a opção 'católico' foi a maior (53%).

Quanto à escolaridade das mães e dos pais dos estudantes, observou-se que a maioria deles possuía o 1º grau completo ou incompleto, exceto no DAICO em que a maior parte dos

pais possuía o terceiro grau completo ou incompleto, com pós graduação. No que concerne a renda salarial familiar dos estudantes deste estudo, em todas as regiões distritais essa se concentrava na faixa até 3 salários mínimos.

TABELA 2 – Perfil sócio-demográfico, em porcentagem, dos adolescentes, estudantes de escola pública, dos distritos administrativos de Belém, PA. 2016.

	DAENT	DAICO	DAMOS	DAOUT	DABEL	DAGUA	DASAC	DABEN
Idade	16,54	14,57	16,88	16,67	16,1	16,72	17,26	17,62
Situação Civil								
Solteiro (a)	74	81	67	73	79	71	70,5	69,5
Casado (a)	1	2	4	8	0,5	4,25	3	2,25
Viúvo (a)	2	0	0	0	0	0	0	0
Divorciado (a)	0	0	1	0	0	0,75	0	1,25
Namorando	22	17	27	19	16,5	23,5	26,5	27
Outros	1	0	1	0	4	0,5	0	0
Religião								
Espírita	1	2	1	0	1,5	6	2	1,25
Católico (a)	24	43	53	35	33	38,5	41	16
Evangélico (a)	66	48	38	59	49,5	45,5	43,5	66,75
Outras	9	7	8	6	16	10	13,5	16
	100	100	100	100	100	100	100	100
Escolaridade da Mãe								
Não possui	14	4	6	9	3,25	7	3,5	11,5
1º Grau Incompleto	13	19	21	34	23,25	18,5	28,25	12,5
1º Grau completo	9	8	7	13	3,5	6	14	18,5
2º Grau Incompleto	4	7	7,5	10	6	8,5	2	6,25
2º Grau completo	23	17	21	9	23	12,5	11,5	10
3º Grau Incompleto	5	9	9	12	7,5	6,5	18,25	5,75
3º Grau completo	12,5	29	19	3	23,5	28	16	20,5
Pós-Graduação completa	5,5	4	3,5	0	3	5	2,5	5
Pós-Graduação Incompleta	14	3	6	10	7	8	4	10
	100	100	100	100	100	100	100	100
Escolaridade do Pai								
Não possui	24	6	11	15,5	2,5	11	15,5	20,75
1º Grau Incompleto	19	19	27	29	23	26	16	14,25
1º Grau completo	7	6	12	12	13	17	8,5	16,25
2º Grau Incompleto	9	8	4	1,5	3	0,5	5	3,5
2º Grau completo	11	19	15	13	21,5	8,5	6,75	9,5

3º Grau Incompleto	8	11	6	11	8	11,5	11,25	6,5
3º Grau completo	6	28	12	8	17	13,5	15	15,5
Pós-Graduação completa	4	1	7	1	3	1	9	4,5
Pós-Graduação Incompleta	12	2	6	9	9	11	13	9,25
	100	100	100	100	100	100	100	100
Renda Salarial familiar								
< 1 salário	27	30	35	39	23	37	32,5	43,75
1 a 3 salários	61	51	52	54	62,25	50	47,5	38
3 a 5 salários	10	13	9	6	11,25	11,5	9,5	16
5 a 10 salários	0	6	4	1	3,5	1,5	8,75	2,25
> 10 salários	2	0	0	0	0	0	1,75	0
	100	100	100	100	100	100	100	100

Ao traçar as características sociodemográficas de adolescentes e adultos jovens, matriculados no CTA de Feira de Santana na Bahia, observou-se que 78,6% dos homens soropositivos eram solteiros, enquanto que 61,9% das mulheres soropositivas eram casadas (PEREIRA et al., 2014). Adolescentes solteiros são mais inclinados para relacionamentos com múltiplos parceiros, aumentando, desta maneira as chances de aquisição de HIV/Aids (COSTA et al., 2013). Esses dois estudos evidenciam o estado civil “solteiro” como risco maior para contração do vírus, em especial entre os homens; e este mesmo estado civil foi o de maior frequência entre os estudantes envolvidos no projeto.

Em 2014, foi realizada uma revisão sistemática da literatura por Shaw e El-Bassel, acerca da influência da religião como fator de risco para contrair HIV. Neste estudo, identificou-se que o aumento da religiosidade está associado a menor exposição sexual; os jovens acabam tardando a coitarca, entretanto, a adesão ao uso de preservativos é baixa. Apesar de, grande parte dos adolescentes que participaram deste questionário seguirem uma religião, o que, por consequência pode retardar o início de práticas sexuais, não o exclui de apresentar comportamentos de risco.

O grau de escolaridade dos pais é fator fundamental que contribuiu e influencia a vulnerabilidade de adquirir HIV/Aids; quanto menor o grau de instrução, menos se fala sobre sexualidade, pois o tabu é maior, principalmente entre as mulheres (RAMJEE & DANIELS, 2013). Além disso, a escolaridade é um dos parâmetros usados para medir a desigualdade social e cultural de uma população em relação à saúde; a baixa escolaridade, associada ou não à baixa renda, e ao início precoce da atividade sexual tem sido descrita com um fator de risco para o HIV (MIRANDA et al., 2013).

Nossos resultados mostraram que além do baixo poder aquisitivo familiar dos estudantes deste estudo, o nível escolar dos pais destes alunos era baixo. Nary et al. (2015) sugerem que a abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e filhos é influenciada por fatores culturais, religiosos e socioeconômicos. Segundo os mesmos autores, os pais com baixo nível socioeconômico deixam de abordar o corpo, o erótico e os sentimentos e fecham-se em uma visão controladora e autoritária, que, se desobedecida pode, ter consequências permanentes para os jovens. Como a família tem dificuldade em cumprir este papel, a responsabilidade é passada para a escola que aborda o tema do ponto de vista da biologia dos corpos, anatomia os órgãos genitais e reprodução humana (NARY et al., 2015). Ainda, segundo RAMJEE e DANIELS (2013), quanto menor o grau de instrução, menos se fala sobre sexualidade, pois o tabu é maior, principalmente entre as mulheres.

Xavier et al., (2013), em seu estudo sobre risco reprodutivo e renda familiar, constatou que a associação entre baixa renda familiar, gravidez na adolescência e HIV é real; renda familiar elevada está associada à prevenção de ISTs e planejamento familiar.

No mundo, mais de 34 milhões de pessoas estão infectadas e a maioria delas vive em países com baixa e média renda econômica (UNAIDS, 2012). Ainda, a renda familiar baixa está atrelada à despreocupação com o seu próprio cuidar em saúde (OKUNO et al., 2014).

7.2.2 – Comportamento de Risco

Para analisar o comportamento de risco para aquisição do HIV/Aids entre os jovens/adolescente, nós os separamos em dois grupos distintos: 1) estudantes sem relação sexual ativa até aquele momento e 2) estudantes com vida sexual ativa. As variáveis analisadas neste quesito foram o conhecimento do uso correto do preservativo masculino e do feminino, número de parceiros sexuais no último ano, frequência do uso do preservativo masculino, uso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, compartilhamento de seringas/agulhas e uso de aplicativos de relacionamentos.

7.2.2.1 – Estudantes sem vida sexual ativa

A tabela 3 apresenta as variáveis relacionadas ao comportamento de risco para a infecção/transmissão do HIV/Aids nos estudantes, de ambos os gêneros, que não tiveram nenhuma relação sexual até a coleta dos dados. O número total de estudantes incluídos neste grupo foi de 430, correspondente a 49,83% da amostra total, sendo 36,05% (n=155) estudantes do gênero masculino e 63,95% (n=275) do gênero feminino. Em relação ao

distrito com maior número de estudantes sem vida sexual ativa, DABEL ocupou o primeiro lugar no gênero masculino (32 alunos; 68%) e feminino (52 alunas; 76%) (TABELA 3).

O sexo feminino é o que possui maior percentual de vida sexual inativa, sendo que as meninas (76,48%) do DABEL são as que possuem maior porcentagem e os meninos (68,09%) do mesmo distrito também; a maioria ainda não se relacionou sexualmente.

O conhecimento quanto ao uso de preservativos masculino foi maior entre os homens, em comparação às mulheres. Os meninos e as meninas do DASAC são os que mais conhecem o seu uso (87% e 40%, respectivamente).

Quanto ao conhecimento do uso do preservativo feminino, as meninas apresentaram maior do que os meninos. O sexo feminino do DAICO obteve maior porcentagem de conhecimento (28%) e o sexo masculino do Entroncamento obteve a maior média (16%); ainda assim, em ambos os sexos, o conhecimento deste método contraceptivo é baixo entre os adolescentes envolvidos no estudo.

Quando comparados ambos os sexos, o consumo de álcool é maior entre as meninas (11,31%) do que entre os meninos (8,07%). O DAENT apresentou maior consumo de bebidas alcóolicas tanto entre os homens como entre as mulheres (15,85% e 14,71%, respectivamente).

O uso de drogas foi relatado em apenas dois distritos: sexo masculino no DABEL (1,66%) e sexo feminino no DAGUA (3,67%). Já o uso de seringa foi descrito apenas entre o sexo masculino do DAMOS (1,38%).

O uso de aplicativos como Tinder e Grindr foi maior entre o sexo masculino (2,91%) do que o feminino (1,41%). Os meninos do DAICO (10,58%) relataram utilizá-lo com maior frequência do que os demais distritos; as meninas do DAOUT também (3,02%).

TABELA 3 – Comportamento de risco dos adolescentes (em porcentagem), estudantes de escola pública, que nunca tiveram relação sexual, organizados por região distrital. Belém, PA. 2016.

Sem relação Sexual									
REGIÕES DISTITRAIS	GÊNERO	Nº	VARIÁVEIS/PORCENTAGEM						
			Sem. Rel. sexual	Pres. Masc	Pres. Fem.	Beb. Alcó.	Drogas	Seringa	Aplicativos
ENTROCAMENTO	M	40	20 (50%)	71	16	15,85	0	0	3,03
	F	44	28 (63,64%)	26	18	14,71	0	0	3
ICOARACI	M	69	26 (37,69%)	85	3	7,57	0	0	10,58
	F	71	48 (67,61%)	22	28	11,75	0	0	1,14
MOSQUEIRO	M	56	10 (17,86%)	51	8	3,5	0	1,38	2,77
	F	71	29 (40,85%)	13	6	9,72	0	0	2,85
OUTEIRO	M	46	11 (23,92%)	76	7	6,63	0	0	1,23
	F	61	36 (59,02%)	22	15	8,05	0	0	3,02
BELÉM	M	47	32 (68,09%)	66	8	10,55	1,66	0	0
	F	68	52 (76,48%)	18	14	13,81	0	0	0
SACRAMENTA	M	24	8 (33,34%)	87	0	7,87	0	0	3,7
	F	23	10 (43,48%)	40	7	8,88	0	0	0
BENGUÍ	M	57	25 (43,86%)	65	13	5,95	0	0	1,96
	F	64	32 (50%)	23	15	9,18	0	0	1,28
GUAMÁ	M	52	23 (44,24%)	78	5	6,61	0	0	0
	F	70	40 (57,15%)	31	17	14,38	3,67	0	0

Na região Norte do Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015, 57.2% dos jovens estudantes de escola pública não tiveram relação sexual nenhuma vez até os 17 anos. Média esta, superior à encontrada neste estudo.

Muitas são as características comportamentais de risco para HIV/Aids entre os adolescentes, destacam-se algumas, como: atividade sexual precoce, o não uso ou uso descontínuo de preservativo nas relações, sendo em algumas situações, a não utilização atrelada ao abuso de álcool e outras drogas (ARAÚJO et al., 2012).

A iniciação sexual é um evento marcante na vida de um adolescente e, ao mesmo tempo em que lhe permite adentrar em um mundo de novas descobertas, pode inseri-lo em um grupo de vulnerabilidade a ISTs e Aids (SILVA et al., 2015). A idade média da primeira relação sexual se mantém em 14,9 anos, além disso, existem diferenças de gênero: é menor a proporção de meninas que iniciaram sua vida sexual e a média da idade de iniciação sexual é menor para os meninos (TRONCO & DELL'AGLIO, 2012).

A vulnerabilidade do adolescente não depende apenas do início ou não da atividade sexual, esta reside em uma série de fatores estruturais que afetam os indivíduos e independem

de sua vontade como a carência de conhecimento ao utilizar o preservativo masculino ou feminino, o uso de álcool e drogas (CAMPOS et al., 2014; MOTTA et al., 2013).

Estudos descrevem uma associação significativa entre o consumo de álcool e o risco de infecção pelo HIV, pois o consumo desta substância aumenta a probabilidade de se desenvolver comportamentos sexuais de risco como sexo desprotegido e multiplicidade de parceiros ou ainda, sexo com desconhecidos (NELSON & BAGBY, 2011).

Uma pesquisa etnográfica realizada por Miskolci (2016), em São Francisco, Estados Unidos, sobre o uso de aplicativos de busca de parceiros sexuais, mostrou que usuários de aplicativos de busca de parceiros se deparam com uma crítica à tecnologia como supostamente facilitadora de sexo rápido e arriscado. Ainda de acordo com este autor, os aplicativos, em especial os geolocalizados, tornam a proximidade e a praticidade dois elementos tensionadores na busca de parceiros e evocam a contaminação pelo HIV, além da marginalidade.

Neste estudo, mesmo na ausência de vida sexual ativa, os adolescentes mostraram comportamentos, de acordo com os autores citados acima, são de risco, como: carência no conhecimento do uso do preservativo feminino e/ou masculino, uso de bebidas alcoólicas e drogas, compartilhamento de seringas e uso de aplicativos na busca de parceiros.

Um ponto importante observado na tabela 3 é que, conhecimento do uso de preservativo masculino é prevalente entre os homens; em todos os distritos, uma média de apenas 24,37% das meninas sabem utilizá-lo. O preservativo feminino se mostrou, ainda, menos popular entre os adolescentes; quando comparado ambos os sexos, há uma prevalência do sexo feminino em conhecê-lo, entretanto, este número é baixo todos os adolescentes do estudo (11%).

7.2.2.2 – Estudantes com vida sexual ativa

A tabela 4 apresenta as variáveis relacionadas ao comportamento de risco para a infecção/transmissão do HIV/Aids nos estudantes, de ambos os gêneros, deste que já tiveram relação sexual até a coleta dos dados. O número total de estudantes incluídos neste grupo foi de 433, correspondente a 50,17% da amostra total, sendo 54,5% (n=236) estudantes do gênero masculino e 45,5% (n=197) do gênero feminino. Em relação ao distrito com maior número de estudantes com vida sexual ativa, DAMOS ocupou o primeiro lugar no gênero masculino (46 alunos; 82,14%) e feminino (42 alunas; 59,15%) (TABELA 4).

A média de parceiros, dentre os oito distritos, entre os meninos se mostrou superior ao das meninas: 3,92 e 2,58, respectivamente. O DASAC foi que teve maior média de parceiros sexuais entre os meninos (8,54) e entre as meninas (7,22).

Quando questionados sobre o conhecimento no uso do preservativo masculino, o mesmo aconteceu com os adolescentes sem vida sexual ativa: as meninas sabem menos do que os meninos. O sexo masculino com maior porcentagem de conhecimento quanto ao uso é do DAMOS (77,97%) e o sexo feminino é o DASAC (41,74%).

Com o preservativo feminino ocorre o contrário: as meninas sabem mais o seu uso do que os meninos. A maior média de meninos do DAOUT, comparando com os outros distritos, possuem conhecimento quanto ao uso do preservativo feminino (12,03%); entre as meninas, o DASAC ocupa a primeira posição com 41,74%.

Ao comparar os conhecimentos dos dois grupos (com relação sexual e sem relação sexual), e calcular a significância, constata-se que o valor de p é superior a 0,05, ou seja, não há diferença estatística tanto para o saber colocar o preservativo feminino quanto para o masculino independente da prática sexual ($p=0,56$ e $p=0,61$, respectivamente).

Quando perguntados sobre a frequência no uso de camisinha, os meninos dominaram em termos de assiduidade (uso constante): o DAOUT apresentou maior adesão a ela (41,23%), já entre as meninas, a maior adesão foi do DAMOS (30,69%). Importante salienta que, entre as oito regiões distritais, o uso constante do preservativo foi evidenciado em apenas 25,68% dos adolescentes estudantes do ensino médio público.

O uso eventual do preservativo (“às vezes”) é superior entre os meninos quando comparado com as meninas. Dentre ambos os sexos, o DAMOS é o que apresentou maior incidência no uso eventual da camisinha: meninos com 28,15% e meninas com 19,22%. O não adesão ao uso do preservativo também é maior entre os meninos – 14,37% dos meninos não o utilizam – do que entre as meninas; os meninos do DABEN e as meninas do DASAC foram os que selecionaram como opção no questionário o seu não uso, apesar de terem vida sexual ativa.

25,18% dos estudantes participantes alegaram ingestão de bebida alcoólica. O consumo masculino de álcool é superior ao feminino em todas as regiões distritais; o DASAC possui o maior consumo de álcool entre os jovens de ambos os sexos.

O consumo de drogas ilícitas entre o sexo feminino é menor do que o sexo masculino (3,14% e 0,98%, respectivamente); DAOUT apresentou maior consumo entre os meninos (10,8) e DABEL entre as meninas (3,67%).

O compartilhamento de seringas foi evidenciado apenas entre os meninos do DAMOS (1,38%) e entre as meninas do DABEN (1,28%).

Por fim, o uso de aplicativos como Gindr e Tinder entre os meninos é mais frequente do que entre as meninas (4,34% e 1,97% respectivamente); o sexo masculino do DAOUT foi o que prevaleceu o uso (9,66%) e, dentre o sexo feminino, a maior prevalência foi do DAENT.

TABELA 4 - Comportamento de risco de adolescentes, estudantes de escola pública, que já tiveram relação sexual, organizados por região distrital. Belém, PA. 2016

REGIÕES DISTITRAIS	GÊNERO	VARIÁVEIS/ MÉDIA	N°	Rel. sexual	USO DO PRESERVATIVO MASCULINO								
					Pres. masc.	Pres. Fem	Uso Constante	Às vezes	Não	Beb. Alcó.	Drogas	Seringa	Aplicat.
ENTRONCAMENTO	M		40	20 (50%)	48,39	2,77	19,7	5,8	22,87	29,75	0	0	0
	F		44	16 (36.36%)	21,42	7,09	16,96	3,5	16,15	17,69	0	0	6,28
ICOARACI	M		69	43 (62.31%)	61,95	10,6	30,63	21,71	9,59	31,64	1,85	0	7,57
	F		71	23 (32.39%)	25,83	11,45	18,67	7,24	5,66	14,02	0	0	1,28
MOSQUEIRO	M		56	46 (82.14%)	77,97	8,84	38,56	28,15	14,4	38,54	2,77	1,38	2,77
	F		71	42 (59.15%)	40,54	25,6	30,69	19,22	8,65	22,79	0	0	2,7
OUTEIRO	M		46	35 (76.08%)	61,52	12,03	41,23	13,46	10,99	32,23	10,8	0	9,66
	F		61	25 (40.98%)	29,94	16,93	23,43	11,49	6,94	16,48	0	0	1,51
BELÉM	M		47	15 (31.91%)	31,11	4,44	14,44	0	19,44	19,44	7,22	0	2,77
	F		68	16 (23.52%)	19,26	10,58	11,87	0	11,52	11,52	1,6	0	0
SACRAMENTA	M		24	16 (66.66%)	63,62	8,46	30,02	33,59	4,76	46,82	0	0	4,16
	F		23	13 (56.52%)	47,3	41,74	28,09	9,52	21,11	35,39	0	0	0
BENGUÍ	M		57	32 (56.14%)	55,25	3,15	27,23	4,34	23,66	34,31	0	0	1,19
	F		64	32 (50%)	45,94	27,37	26,49	1,28	20,72	11,96	2,56	1,28	2,77
GUAMÁ	M		52	29 (55.76%)	45,94	8,02	28,63	19,75	9,25	26,18	2,46	0	6,61
	F		70	30 (42.85%)	32,84	19,66	24,23	10,74	7,13	14,16	3,67	0	1,23

Dentre as meninas com vida sexual ativa, houve baixa prevalência no uso e conhecimento sobre ambos os preservativos. Mesmo diante da quantidade reduzida de parceiros, a vulnerabilidade feminina às IST/Aids, encontra-se nos sentidos atribuídos às relações de gênero na configuração da dificuldade que as adolescentes enfrentam para negociar o uso da camisinha com seus parceiros, além disso, destaca-se a identificação da iniciativa de propor a camisinha como atribuição do homem (SAMPAIO et al., 2011).

Quanto à carência de adesão ao uso de preservativos pelos jovens, Widman et al., (2014), em seu estudo de meta análise sobre a saúde sexual dos adolescentes e o uso de camisinha, descreve que o uso de preservativo é crítico para a saúde dos jovens sexualmente ativos, e, ainda assim, muitos não o usam. Um fator interpessoal que é chave para o uso constante do preservativo é a comunicação entre os parceiros.

Nossos resultados mostraram que as meninas são menos aderentes ao uso do preservativo masculino, a que tem sido a principal estratégia de prevenção contra o HIV/Aids das políticas brasileiras (PINHEIRO et al., 2013). Isso corrobora com os resultados de outro estudo realizado com 1820 adolescentes de escolas públicas de Uberaba (MG) que sugere que o não uso do preservativo pelo gênero feminino está relacionado a acreditar que o preservativo não evita DST, a ser inconveniente e a ter parceiro fixo (VALIM et al., 2015). Adicionalmente, a não aderência ao uso do preservativo masculino pelo gênero feminino se deve ao fato de que este é um método controlado pelos homens e, portanto, dificultando a negociação do seu uso (Silva et al., 2015).

Neste estudo, as meninas são as menos aderente ao uso da camisinha. Segundo Costa et al. (2014), o problema do uso deste preservativo pelo sexo feminino está no fato de que ele é um método controlado pelos homens, sendo difícil à mulher negociar seu uso. Por isso, com o propósito de utilização restrita as mulheres e eliminação ou facilitação da negociação com os parceiros, em 1980 foi criado o protótipo do preservativo feminino na Dinamarca (KALCKMANN, 2013). Todavia, esse método tem tido pouca adesão, o que pode ser pelo fato de que as mulheres ainda apresentam dificuldade para manuseá-lo, além da falta de familiaridade de profissionais de saúde, tanto na utilização como medida de proteção individual, quanto para a discussão de estratégias que facilitem a adaptação das mulheres ao uso rotineiro do método (COSTA et al., 2014).

Atrelado ao uso do preservativo surge à discussão da combinação do consumo de álcool e o sexo desprotegido; já que os dois são comuns entre os adolescentes. Em um estudo

realizado com 1216 adolescentes espanhóis por ESPADA et al. (2013) sobre a associação de bebidas alcoólicas com relação sexual, foi evidenciado que os adolescentes que combinaram sexo e álcool se envolveram mais em relações sexuais desprotegidas e, mesmo tendo conhecimento sobre HIV/Aids, obstáculos para o não uso do preservativo (ESPADA et al., 2013).

Analisando os dados da tabela 4, a média de consumo de álcool entre os jovens participantes foi de 25,18%; esta média é inferior à média da região Norte (IBGE, 2015). No Norte do Brasil, a porcentagem de estudantes de escola pública que já experimentaram bebida alcoólica alguma vez 53,8; quando analisado de acordo com o sexo, a diferença entre os gêneros é pequena: 54.2% entre os meninos e 53.3% entre as meninas (IBGE, 2015).

7.3 – Nível de Conhecimento sobre HIV/Aids.

Foi aplicado um questionário semiestruturado contendo frases afirmativas para verificar o conhecimento dos estudantes sobre o HIV/AIDS concernente aos aspectos epidemiológicos, transmissão/prevenção e tratamento farmacológico. Para cada afirmação, os alunos foram requeridos a marcar ‘certo’, ‘errado’ ou ‘não sei’. Para cada escola participante do estudo, foram analisados os acertos dos questionários para cada série do segundo grau, separando por gênero (feminino e masculino) e por tipo de conhecimento (epidemiologia, transmissão/prevenção e tratamento).

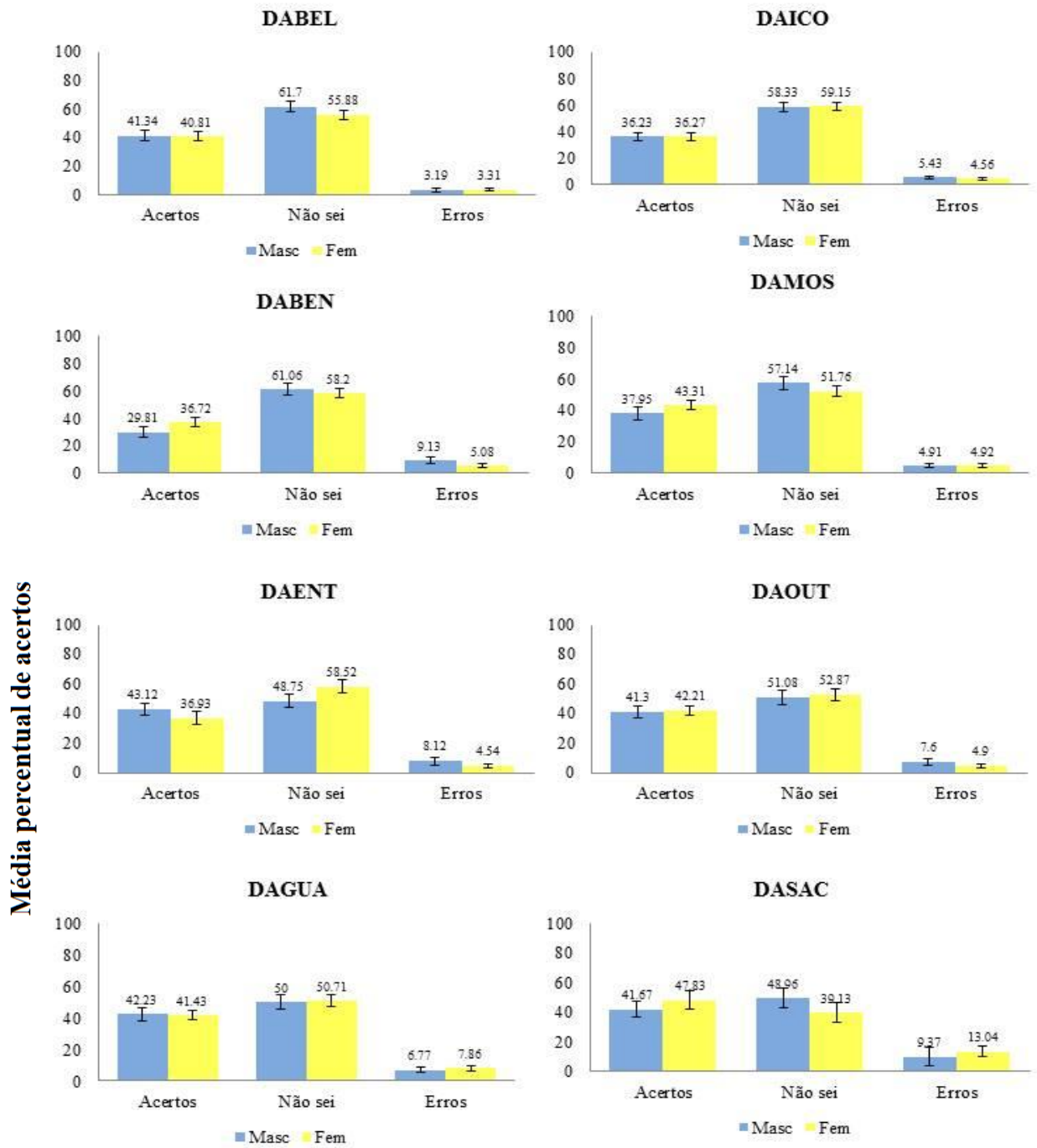
Nós comparamos a média percentual entre os gêneros para as respostas certas, erradas e as respostas ‘não sei’. Em seguida, nós comparamos somente a média percentual de acertos entre os três níveis escolares do ensino médio para verificar se havia uma progressão do nível de conhecimento sobre o HIV/aids do primeiro para o terceiro ano.

7.3.1 – Conhecimento epidemiológico.

A figura 2 mostra a média percentual de acertos dos estudantes envolvidos no estudo concernente ao conhecimento epidemiológico a nível municipal sobre a incidência do HIV/AIDS. Nós verificamos que a escola do DASAC foi o que apresentou maior porcentagem de acertos e erros entre as meninas (47,83% e 13,04%, respectivamente), enquanto entre os meninos a escola da DAENT foi a que teve maior média de acertos e a do DABEN maior média percentual de erros (9,13%). Referente ao “não sei”, a maior frequência de marcação entre o gênero masculino foi 61,05% no DABEN e 58,52% do gênero feminino

no DAENT. Além disso, como podemos observar nos gráficos, o ‘não sei’ teve uma maior prevalência no questionário do que os erros.

FIGURA 2- Nível de conhecimento dos adolescentes sobre epidemiologia de HIV/Aids, separados por sexo e região distrital. Belém, PA. 2016.

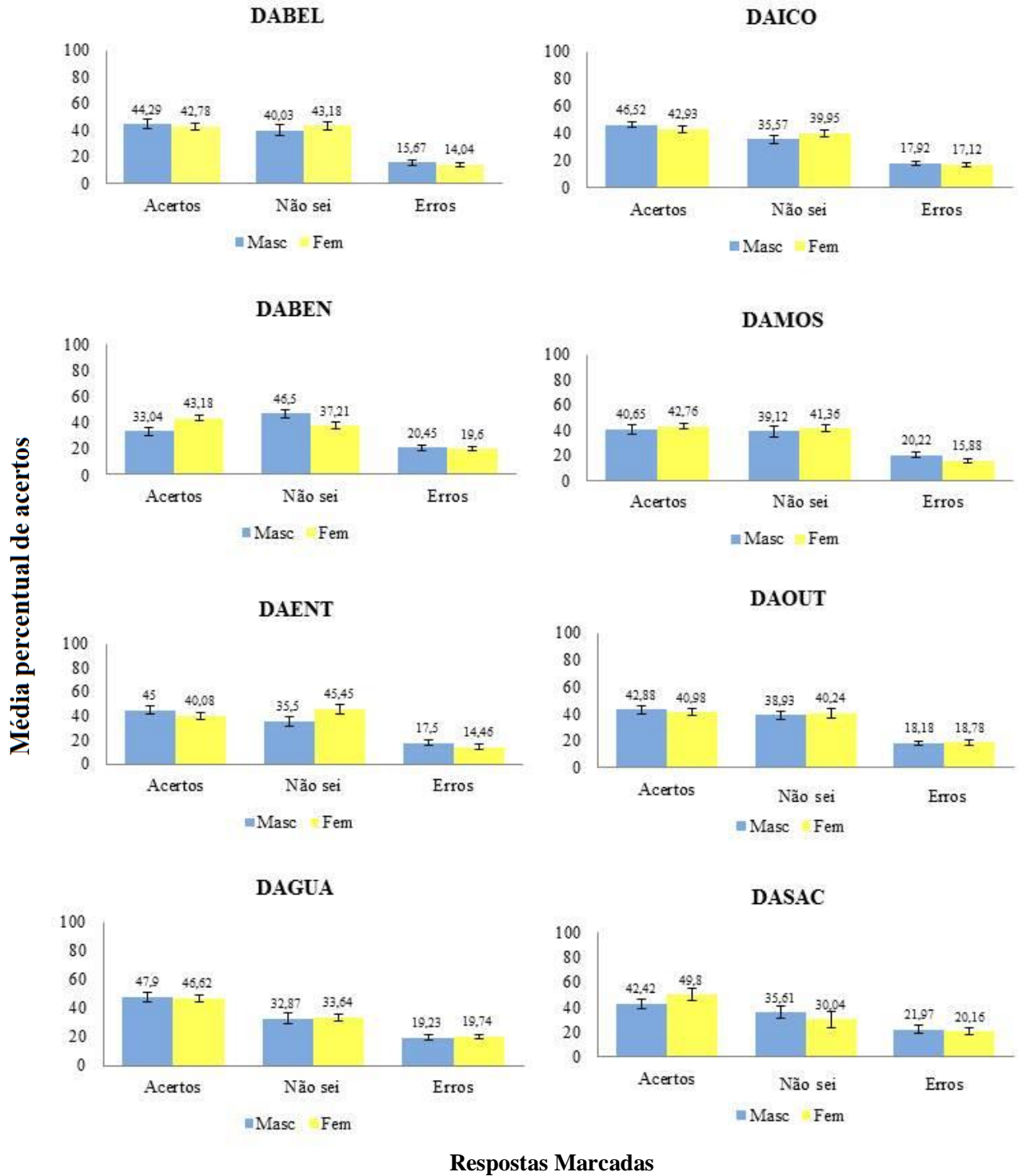


Respostas Marcadas

7.3.2 – Conhecimento transmissão/prevenção.

No que diz respeito ao nível de conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV/Aids (FIGURA 3), a escola com maior média percentual de acertos para meninos e meninas foram a do distrito DAGUA (47,9%) e a do DASAC (49.8%), respectivamente. Quanto aos erros as maiores médias para ambos os gêneros foi a do DASAC (masculino: 21,97%; feminino: 20,16%). E, por último, os distritos com maior percentual de “não sei” foram DABEN (sexo masculino com 46,5%) e DAENT (sexo feminino 45,45%) (FIGURA 3).

FIGURA 3 – Nível de conhecimento dos adolescentes sobre transmissão e prevenção de HIV/Aids, separados por sexo e região distrital. Belém, PA. 2016.

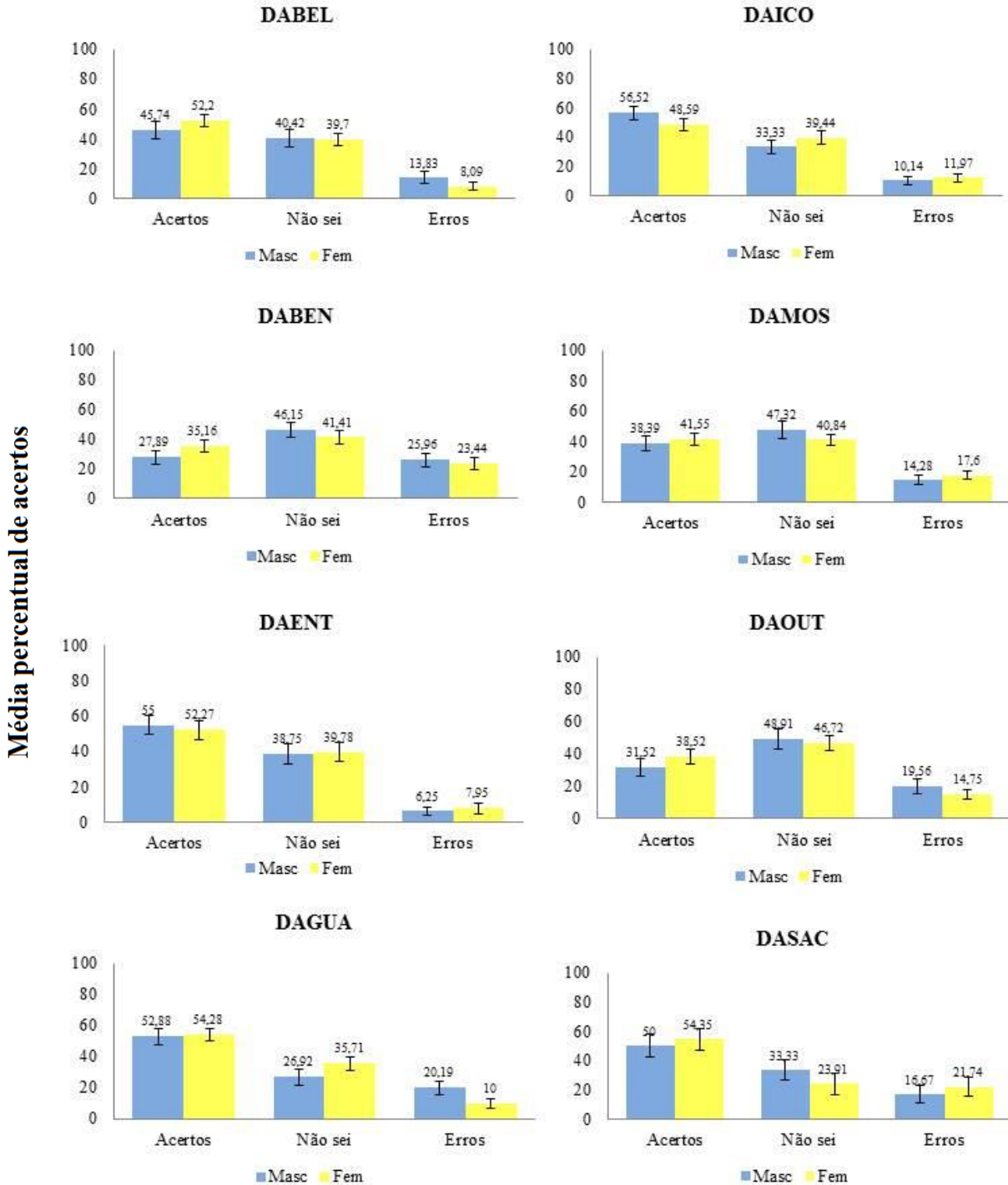


7.3.3 – Conhecimento tratamento farmacológico.

No que diz respeito ao conhecimento de jovens/adolescentes sobre Tratamento de HIV/Aids, as meninas da escola do DAGUA e os meninos da escola do DAENT obtiveram maior porcentagem de acertos (54,28 e 55%, respectivamente), enquanto a média percentual de erros foi maior na escola do DABEN para ambos os gêneros (feminino - 23,44%; masculino - 25,95%); o mesmo aconteceu com o “não sei”, entretanto, no DAOUT (masculino - 48,91%; feminino - 46,72%).

Comparando qualitativamente a média percentual dos erros entre os três tópicos de conhecimentos, foi observado que a menor média foi a do tópico de epidemiologia. Isso demonstra que os alunos se arriscavam mais, por acharem saber, nos tópicos transmissão/prevenção e tratamento farmacológico.

FIGURA 4 – Nível de conhecimento dos adolescentes sobre tratamento de HIV/Aids, separados por sexo e região distrital. Belém, PA. 2016.



Respostas Marcadas

Nos três distintos tipos de conhecimentos relacionados ao HIV/Aids, os adolescentes que responderam ao questionário não possuem saber satisfatório; o nível de conhecimento dos jovens merece atenção foi sua percepção de risco em relação ao HIV/Aids, verificada pelos

acertos, é inferior á 50% em ambos os sexos. Para ser considerado alto, ou bom, nível de conhecimento, os acertos devem ser mais do que 50%; isso é evidenciado em diversos estudos que verificam nível de conhecimento de pessoas sobre um determinado assunto (AKOACHERE & NUBED, 2016; PERERIRA & BORGES, 2010; SILVA et al., 2011).

Nesta avaliação do nível de conhecimento dos adolescentes, unindo todos os tipos de conhecimento, as meninas obtiveram 43,82% de acertos e os meninos 42,26%; o nível de conhecimento é baixo e o comportamento de risco é alto, isso vai de encontro, em partes, a um estudo realizado em Camarão por Nubed & Akoachere (2016), sobre conhecimento, atitude e práticas na prevenção de HIV/Aids com estudantes do ensino médio. Este estudo evidenciou que a maioria dos alunos demonstram compreensão adequada sobre transmissão e prevenção do HIV (o que não aconteceu na pesquisa realizada em algumas escolas de Belém), entretanto, muitos apresentam comportamentos de risco como pensamento equívoco sobre vias de transmissão e a carência na prática de sexo seguro (uso de preservativo).

Ainda que os estudantes do ensino médio das 8 regiões distritais, participantes desta pesquisa, possuam um conhecimento limiar sobre HIV/Aids, nem sempre este é colocado em prática. Isso alerta para uma evidente necessidade de ações que informem, corretamente, os jovens quanto aos meios de transmissão e prevenção do HIV/Aids.

O tripé entre conhecimento, atitude e prática é fundamental para a luta contra o índice de HIV/Aids em adolescentes; como os jovens são mais vulneráveis à infecção, torna-se importante a avaliação deste tripé para elaboração de estratégias de prevenção adequadas (NUBED & AKOACHERE, 2016).

Angelim et al. (2015), em sua pesquisa com adolescentes estudantes de escola pública, para investigação do conhecimento sobre HIV/Aids através de um questionário, também concordam que ter conhecimento sobre HIV/Aids não implica dizer que os adolescentes adotem práticas sexuais seguras. Neste estudo estes autores caracterizaram os participantes (idade, sexo, escolaridade), investigaram o conhecimento sobre HIV/Aids (forma de transmissão, cura e contaminação), bem como início da atividade sexual, o uso de camisinha e das fontes de informação sobre HIV/Aids.

A diferença do estudo citado acima é que foi feito em apenas duas escolas situadas no nordeste brasileiro e não avaliou, no nível de conhecimento, temas como tratamento e epidemiologia da doença. O saber da epidemiologia da doença é fundamental pra comparação entre populações distintas e fornece características da doença; o saber sobre o tratamento

esclarece a importância de se manter hábitos de vida saudáveis e de prevenção (REGIS & BATISTA, 2015).

Ao analisar separadamente o conhecimento masculino do feminino, uma pesquisa feita no Ceará, com adolescentes estudantes da rede pública, Chaves et al. (2014), mostrou que atitudes favoráveis (como ter ciência de que o preservativo deve ser usado em toda relação sexual e assim o faz, a de que o preservativo não reduz prazer sexual, entre outros), e conhecimento sobre a importância do uso do preservativo para prevenção de HIV/Aids é mais prevalente entre as mulheres; homens apresentam conhecimento e atitudes mais inconsistentes como acreditar que o uso de camisinha é indispensável apenas com pessoas desconhecidas.

Todavia, segundo a UNAIDS (2015), a nível mundial apenas 3 em cada 10 adolescentes, têm conhecimento abrangente e preciso sobre HIV, em que essa falta de informação, principalmente sobre prevenção, mina a capacidade das mulheres de negociar o uso do preservativo nas práticas sexuais.

O quantitativo de alunos que não tiveram resposta para as afirmações e por isso marcou “não sei” chama atenção. A média foi de 42,37 entre os meninos e 42,78 entre as meninas. Segundo Henkel (2012), o “não sei” ou não resposta, pode ser definida como a omissão de informações às perguntas que são feitas. Porém, Mosca (2009), em seu livro sobre gerenciamento emocional para alcance do sucesso, o indivíduo ao declarar que não sabe algo minimiza riscos e não toma decisões que seriam errôneas.

Os adolescentes, ao marcaram “não sei”, podem indicar um comportamento em que preferem assumir sua carência de conhecimento do que tomar uma decisão e errar, entretanto, isso não deixa de salientar a carência de conhecimento destes jovens; quanto maior o conhecimento correto, maior os acertos nas questões, minimizando erros e dúvidas, fazendo com o que jovem adolescentes tome decisões mais seguras quanto à relação sexual, prevenindo doenças como HIV e Aids.

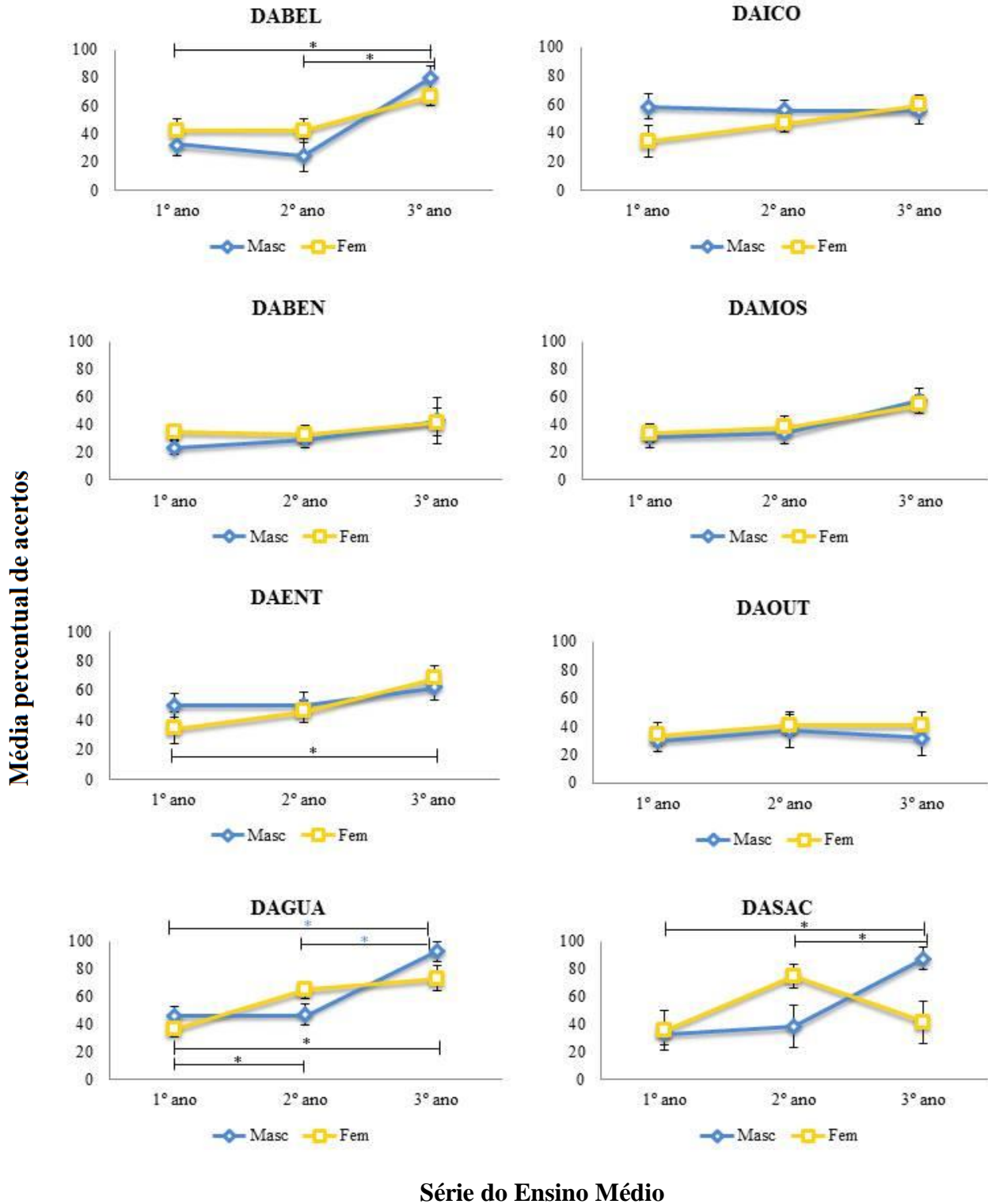
O nível de conhecimento também interfere em questões como preconceito e discriminação ao HIV/Aids; um estudo feito na China por Liao et al., (2015), sobre comportamento bissexual, conhecimento do HIV e atitudes discriminatórias entre homens que fazem sexo com homens evidenciou que o nível de conhecimento, muitas vezes, está atrelado a pensamentos errôneos, discriminação e estigma que existe frente à doença, independente do gênero

7.3.4 – Nível de conhecimento sobre o HIV/AIDS por nível escolar

Aqui, foi analisado se o nível de conhecimento dos deste estudo nos três tópicos avaliados aumentava com a progressão no ensino médio. A comparação foi feita entre os gêneros e entre os níveis escolares pela média percentual de acertos. As figuras foram separadas por tipo de conhecimento e cada gráfico representa uma escola específica.

A FIGURA 5 mostra a média percentual de acertos dos alunos referentes ao conhecimento sobre o Tratamento para o HIV/Aids. Foi observado que para o gênero feminino houve uma progressão significativa do nível de conhecimento entre os anos escolares do segundo grau somente nas escolas do DAENT (1º ano= 34,61; 2º ano= 45,83 e 3º ano= 68,42) e DAGUA (1º ano= 36,67; 2º ano= 64,81 e 3º ano= 73,07), enquanto que para o gênero masculino isso foi observado nas escolas DAGUA (1º ano= 46,29; 2º ano= 47,22 e 3º ano= 92,86) e DASAC (1º ano= 33,33; 2ª ano= 38,57 e 3º ano= 87,5), no DABEL, a progressão significativa foi apenas entre o 2º e 3º ano (1º ano= 32,5; 2ª ano= 25 e 3º ano= 80).

FIGURA 5 – Comparação entre as questões acertadas, referentes ao Tratamento de HIV/Aids, de acordo com o sexo e a série. Belém, PA. 2016.

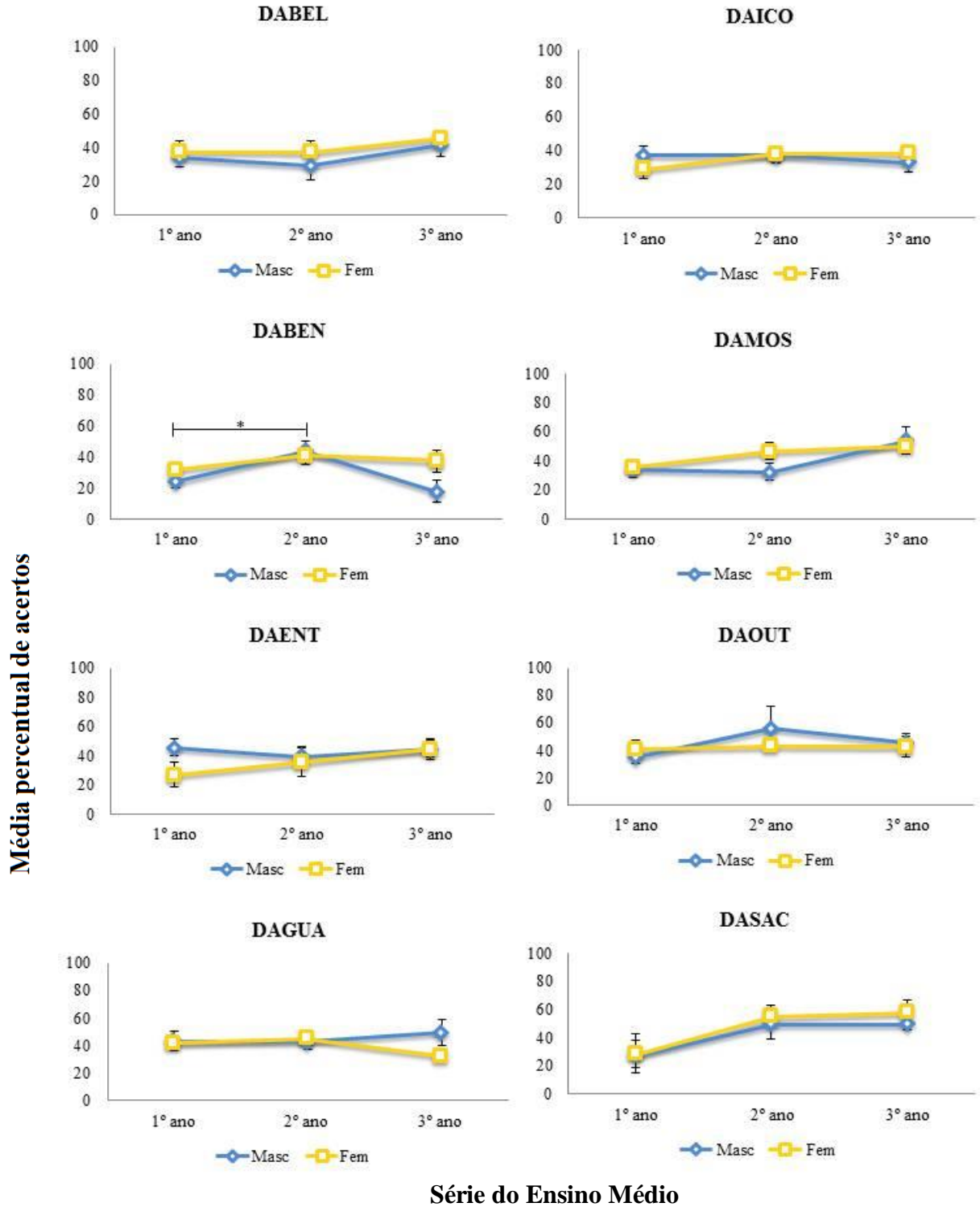


*p ≤ 0,05

Os traçados pretos paralelos às linhas coloridas identificam entre qual série houve significância. Traçados superiores: significância masculina. Traçados inferiores: significância feminina.

Na FIGURA 6, é mostrado a média percentual de acertos dos alunos referentes ao conhecimento sobre o Epidemiologia do HIV/Aids. Foi observado que para o gênero feminino houve progressão significativa do nível de conhecimento entre os anos escolares do segundo grau somente em uma escola, ado DABEN entre o 1º e 2º ano (31,73 e 41,35, respectivamente). No gênero masculino não foi observado progressão significativa em nenhuma das escolas das oito regiões distritais.

FIGURA 6 – Comparação entre as questões acertadas, referentes à Epidemiologia de HIV/Aids, de acordo com o sexo e a série. Belém, PA. 2016.

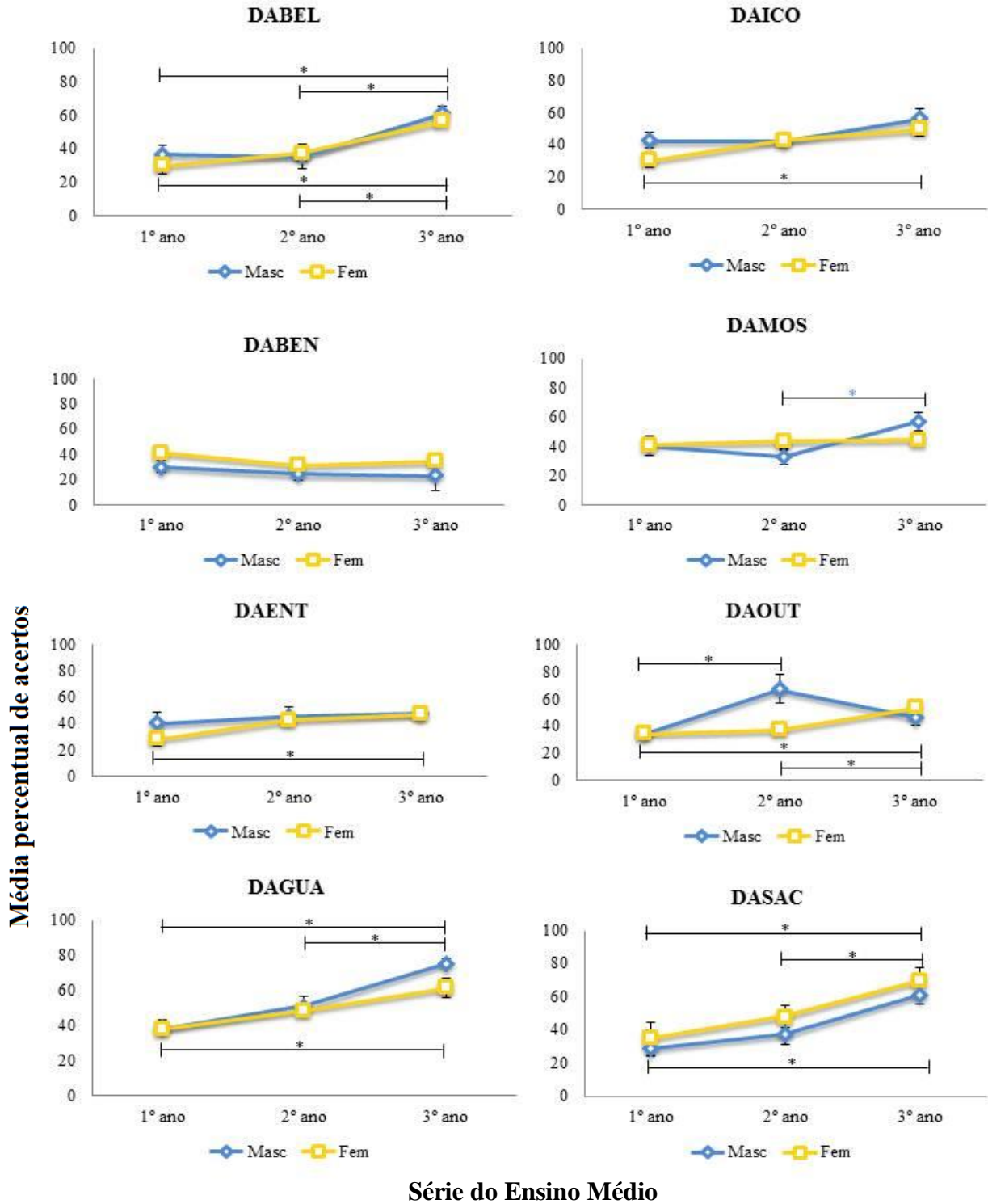


Os traçados pretos paralelos às linhas coloridas identificam entre qual série houve significância. Traçados superiores: significância masculina. Traçados inferiores: significância feminina.

A FIGURA 7 mostra a média percentual de acertos dos estudantes do ensino médio, referentes ao conhecimento sobre Prevenção e Tratamento do HIV/Aids. Foi observado que para o gênero feminino houve uma progressão significativa do nível de conhecimento entre os anos escolares do segundo grau somente nas escolas do DABEL (1º ano= 30,3; 2º ano= 37,28; 3º ano= 56,57), DAENT (1º ano= 27,97; 2º ano= 42,42; 3º ano= 46,89), DAGUA (1º ano= 38,18; 2º ano= 48,82 e 3º ano= 61,53), DAICO (1º ano= 30,68; 2º ano= 43,26 e 3º ano= 50,09), DAOUT (1º ano= 34,71; 2º ano= 37,6 e 3º ano= 53,47) e DASAC (1º ano= 35,06; 2º ano= 48,18 e 3º ano= 69,67), enquanto que para o gênero masculino isso foi observado nas, DAGUA (1º ano= 38,72; 2º ano= 51,01 e 3º ano= 75,32), DAMOS (1º ano= 40,19; 2º ano= 32,35 e 3º ano= 92,86), e DASAC (1º ano= 29,3; 2ª ano= 37,66 e 3º ano= 61,36).

No gênero masculino, escolas dos distritos DABEL (1º ano= 36,82; 2º ano= 35,6 e 3º ano= 61,21) e DAOUT (1º ano= 34,34; 2º ano= 67,04 e 3º ano= 46,28) houve significância, entretanto, não houve progressão no nível de conhecimento entre os anos escolares.

FIGURA 7 – Comparação entre as questões acertadas, referentes à Transmissão e Prevenção de HIV/Aids, de acordo com o sexo e a série. Belém, PA. 2016.



*p ≤ 0,05

Os traçados pretos paralelos às linhas coloridas identificam entre qual série houve significância. Traçados superiores: significância masculina. Traçados inferiores: significância feminina.

Esperava-se que, com o passar dos anos de estudo, o nível de conhecimento dos jovens e adolescentes estudantes de ensino médio aumentasse, em ambos os sexos. Porém, esse nível oscilou, independente do tipo de conhecimento (Transmissão e Prevenção, Tratamento e/ou Epidemiologia); essa oscilação depende da região administrativa.

A literatura brasileira e internacional pouco relata sobre o conhecimento de adolescentes sobre HIV/Aids. Um estudo realizado por Natividade & Camargo (2012), sobre representações sociais, conhecimento científico e fontes de informação sobre Aids, com adolescentes estudantes do ensino médio de uma escola pública no sul do Brasil, foi identificado que, com o passar das séries do ensino médio, houve um aumento do nível de conhecimento, o que confirma a hipótese teórica de que quanto mais anos de estudo, maior o conhecimento científico sobre o retrovírus; o que não foi comprovado na maioria das escolas dos distritos administrativos de Belém.

Todos os países têm uma política de HIV para o setor da educação onde um número crescente de professores são treinados para compartilhar o conhecimento sobre a epidemia. Entretanto, o desenvolvimento de políticas em teoria não se traduz necessariamente em implementação na prática; o tema HIV/Aids ainda é abordado de uma forma marginal e, conseqüentemente, os conhecimentos da população sobre prevenção/transmissão, epidemiologia e tratamento não serem satisfatório (UNAIDS, 2013).

Teixeira e Paula (2011) dizem que o problema da política social tem um grande reflexo na educação e na saúde pública e que esses dois fatores estão diretamente ligados ao número de pessoas vivendo com HIV/Aids. Segundo os mesmos autores, a baixa escolaridade e a qualidade de informações que chegam aos estudantes não são adequadas para a realidade dos mesmos.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES

Este estudo possibilitou uma melhor análise e compreensão do perfil epidemiológico e do nível de conhecimento de adolescentes estudantes do ensino médio de escolas públicas das oito regiões distritais de Belém. Nossos resultados deixaram claro não somente a carência desses estudantes sobre a temática HIV/Aids, mas também da provável falta de políticas públicas que visam a educação sexual de escolares e da qualificação de professores para lidarem com este tema.

A falta de conhecimento sobre o HIV/Aids nas três vertentes (epidemiologia, transmissão/prevenção e tratamento), pode levar a uma maior vulnerabilidade comportamental frente ao HIV, visto que o indivíduo não sabe ao risco que se expõe e nem suas consequências.

A análise do perfil epidemiológico de jovens com HIV acompanhados na Casa Dia, nos permitiu verificar os grupos de exposição mais afetados em Belém, além da Região com maior taxa de detecção ou incidência. Esses resultados são importantes para traçarmos ações focais contra o HIV/Aids voltadas para todo grupo de exposição, com ênfase em HSH e nas regiões distritais.

Por saber que os adolescentes compõem um grupo vulnerável ao HIV/Aids, é imprescindível que haja uma interação dos órgãos de saúde, universidades e escolas públicas na busca de uma melhor educação sexual para os estudantes das escolas públicas, aonde se exclua e que esta seja ausente de *tabus* ou preconceitos. Neste papel, o enfermeiro com o seu conhecimento científico e pelo seu preparo em lidar com essa temática tem o papel fundamental de educador em saúde.

Esperamos que os nossos resultados sejam fontes para novos estudos e que sirvam de alerta para que se levantem ações eficazes na luta contra o HIV em estudantes de ensino público por órgãos municipais, estaduais e até mesmo federais.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABATI, Paulo Afonso Martins; SEGURADO, Aluisio Cotrim. Testagem anti-HIV e estadió clínico na admissão de indivíduos em serviço de saúde especializado. Pará, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 49, p. , 2015.

ADIMORA, Adaora Alise et al. Preventing HIV Infection in Women. **J. acquir. immune defic. syndr.**, New York, v. 63, n. 02, p.168-173, Jul. 2013.

ANGELIM, Rebeca Coelho de Moura et al. Conhecimento de estudantes adolescentes acerca do HIV/AIDS. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 141-150, Jan./Mar. 2015.

ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de et al. Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 02, p. 242-247, abr./jun. 2012.

ARAÚJO, Telma Maria Evangelista. Et al. Fatores de risco para a infecção por HIV em adolescentes. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 242-247 abri/jun 2012

BEYRER, Chris et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. **The Lancet**, Amsterdam, v. 380, n. 9839, p.367-377, Jul. 2012.

BORDALO, Alípio Augusto. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 20, n. 4, dez. 2006 .

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de DST/AIDS. Epidemiologia AIDS. 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em pesquisa. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa, 4ª edição, Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adolescentes Vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Rotinas para Assistência a Adolescentes vivendo com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Marco teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Saúde e Prevenção nas Escolas. Atitude para curtir a vida. Brasília: Ministério da Saúde, Jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. HIV/Aids no Brasil 2012. [apresentação realizada por ocasião do Dia Mundial de Luta contra a Aids, com base nos dados do Boletim Epidemiológico em elaboração]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST – Versão Final – Ano II. n. 1 – até a semana epidemiológica 26a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Adolescentes e Jovens para a educação entre pares. Prevenção das DST, HIV e Aids. Saúde e Prevenção nas escolas V.4. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRETAS, José Roberto da Silva et al . Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 22, n. 6, p. 786-792, Dec. 2009 .

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba , v. 34, n. 2, p. 207-217, Apr. 2007.

CALVERT, Clara; RONSMANS, Carine. The contribution of HIV to pregnancy-related mortality: a systematic review and meta-analysis. **AIDS**, London, v. 27, n. 10, p.1631-1639, Jun. 2013.

CAMACHO, Inês. Et al. A escola e os adolescentes: qual a influência da família e dos amigos? **Rev. De Psicologia da Criança e do Adolesc.** Portugal, v.1, n.1, p. 101-116. 2010.

CAMPOS, César Gustavo Araujo Pacheco de et al. Vulnerability to HIV in adolescents: a retrospective study at a counseling and testing center. **REME Rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p.315-319, abr./jun. 2014.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola; MALBERGIER, André; FIGUEIREDO, Tathiana Fernandes Biscuola. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 35, supl. 1, p. 70-75, 2008 .

CERQUEIRA, MT. A Construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Série Promoção da Saúde; nº 6. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

CHAVES, Ana Clara Patriota et al . Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 1, p. 48-53, Feb. 2014 .

CHAVES, Ana Clara Patriota et al. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 1, p. 48-53, Feb. 2014.

COELHO, Rui Flávio de Souza. Et al. Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/ids entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região oeste de Goiânia. **Rev. Patologia Tropical**. [online]. 2011, vol.40, n.1, pp. 56-66.

COSTA, Ana Cristina Pereira de Jesus et al. Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz - Maranhão. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 179-186, set. 2013.

COSTA, Jaqueline do Espírito Santo et al. Preservativo feminino: dificuldades de adaptação e estratégias para facilitar o uso rotineiro. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 163-168, mar./abr. 2014.

CUNHA, Rosane Berlinski Brito; GOMES, Romeu. Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: uma revisão sistemática. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 57-70, mar. 2015.

DOURADO, Inês et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p.63-88, set. 2015.

ESPADA, José P. et al. Sexual behaviour under the influence of alcohol among Spanish adolescents. **Adicciones**, Palma de Mallorca, v. 25, n. 1, p. 55-62, Mar. 2013.

ESTAVELA, Arune Joao; SEIDL, Eliane Maria Fleury. VULNERABILIDADES DE GÊNERO, PRÁTICAS CULTURAIS E INFECÇÃO PELO HIV EM MAPUTO. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 569-578, dez. 2015.

FAUCI, Anthony S. HIV and AIDS: 20 years of Science. **Nature Medicine**. V.9, n.7, p. 839-842, 2003.

FONSECA, Angélica. Prevention of Sexually Transmitted Diseases and AIDS in the school environment, **Interface - Comunic**, Saúde, Educ, v.6, n.11, p.71-88, 2002.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 9-20, dez. 2010.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al . Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, Feb. 2005 .

GIACOMOZZI, Andréia Isabel. Representações sociais da droga e vulnerabilidade de usuários de CAPSad em relação às DST/HIV/AIDS. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 776-795, dez. 2011.

GODOY, Márcia Regina; SILVA, Everton Nunes da; SOUSA, Tanara Rosangela Vieira. O impacto do status socioeconômico na incidência de casos de AIDS nos municípios brasileiros: um estudo por dados em painel. **Economia & Região**, Londrina, v. 1, n. 1, p.04-25, jan./jul. 2013.

HENKEL, Karl. Análise da não resposta em surveys políticos. **Opin. Publica**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 216-238, Jun. 2012 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

INSTITUTO MILITAR DE ENGENHARIA. **Análise de Variância Simples (One way ANOVA)**. Bioestatística, 2007. Disponível em: <http://www.ime.usp.br/~yambar/MI404-Metodos%20Estatisticos/Aula%205%20ANOVA/1-internet-adicional.pdf>

IRFFI, Guilherme et al. Fatores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais que influenciam no Conhecimento sobre HIV/AIDS. **Rev. Economia**, Brasília, v.11, n. 2, p. 333-356, mai./ago. 2010.

JONES, Tiffany et al. Young People and HIV Prevention in Australian Schools. **AIDS Educ. Prev.**, New York, v. 26, n. 3, p.224-233, Jun. 2014.

LIAO, Meizhen et al. Bisexual Behaviors, HIV Knowledge, and Stigmatizing/Discriminatory Attitudes among Men Who Have Sex with Men. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 10, n. 6, p.1-12, Jun. 2015.

LUNA, Expedito JA., and SILVA JR., Jarbas Barbosa. **Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.[online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 2. p. 123-176. 2013.

MARTINS, Laura B. Motta et al . Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 315-323, Feb. 2006.

MEYER, Dagmar E. Estermann et al . "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1335-1342, June 2006 .

MILASZEWSKI, Dorota et al. A Systematic Review of Education for the Prevention of HIV/AIDS among Older Adults. **J. evid. based soc. work.**, Binghamton, v. 9, n. 3, p.213-230, Jun. 2012.

MIRANDA, Angelica Espinosa et al. Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2017. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 489-497, fev. 2013.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães et al . Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-320, June 2008 .

MOTTA, Maria da Graça Corso da et al. O silêncio no cotidiano do adolescente com HIV/AIDS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 345-350, jun. 2013.

MURPHY DA, et al. No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. **J Adolesc Health**. V. 29, n.1, p.57-63, 2015.

NERY, Inez Sampaio et al. Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p.287-292, jun. 2015.

NUBED, Colins Kingoum et al. Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among senior secondary school students in Fako Division, South West Region, Cameroon. **BMC Public Health (Online)**, London, v. 16, n. 1, p.16-846, Ago. 2016.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al . Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, p. 833-841, Dec. 2009 .

PAGANO M, GAUVREAU K. **Princípios de bioestatística**. Tradução da 2ª ed. Norteamericana. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

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

PEREIRA, Bianca de Souza et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 747-758, mar. 2014.

PESSALACIA, Juliana Dias Reis. **Riscos, Prejuízos e danos em bioética: um estudo sobre os riscos em pesquisas com questionário e/ou entrevista**. Dissertação. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP. 2006.

PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa et al. Relação entre infidelidade e infecção ao hiv/aids na visão de homens heterossexuais. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 18, n. 3, p. 39-48, 2012.

PINHEIRO, Thiago Félix; CALAZANS, Gabriela Junqueira; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 815-836, dez. 2013.

RAMJEE, Gita; DANIELS, Brodie. Women and HIV in Sub-Saharan Africa. **AIDS Res. Ther.**, London, v. 10, n. 1, p.01-09, Dec. 2013.

RUINI, C. Et al. School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 40, n.1, p. 522-532, 2009.

SAMPAIO, Juliana et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 171-181, mar. 2011.

SEIDL, Eliane Maria Fleury et al. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 21, n. 3, p. 279-288, Dec. 2005 .

SELLSTROM, E., & BREMBERG, S. Is there a “school effect” on pupil outcomes? A review of multilevel studies. **Journal of Epidemiological Community Health**. V.60, n.1, p. 149-155, 2006.

SHAW, Stacey A.; EL-BASSEL, Nabila. The Influence of Religion on Sexual HIV Risk. **AIDS Behav.**, New York, v. 18, n. 8, p.1569-1594, Aug. 2014.

SILVA, Aniel de Sarom Negrão et al. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. **Rev. Pan-Amaz. Saude**, Ananindeua, v. 6, n. 3, p. 27-34, set. 2015.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da et al. A epidemia da AIDS no Brasil: Análise do perfil atual. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 10, p. 6039-6046, out. 2013.

SILVA, Roselani Sodr e da; SILVA, Vini Rabassa da. Política Nacional de Juventude: trajetória e desafios. **Cad. CRH**, Salvador , v. 24, n. 63, p. 663-678, Dec. 2011 .

SOUZA-JR, Paulo Roberto Borges; SZWARCOWALD, Celia Landmann; CASTILHO, Euclides Ayres. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. **Clinics**, São Paulo , v. 62, n. 5, p. 579-584, 2007 .

TAQUETTE, S. R. et al. A epidemia de Aids em adolescentes de 13 a 19 anos no município do Rio de Janeiro: descri o espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 467-470, 2011.

TOLEDO, Melina Mafra. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/Aids: revisão integrativa**. Disserta o. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP. 2008.

TRONCO, Cristina Benites; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Caracteriza o do comportamento sexual de adolescentes: inicia o sexual e gênero. **Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora, v. 5, n. 2, p. 254-269, dez. 2012.

TYAGI, Mudit; BUKRINSKY, Michael; SIMON, Gary. Mechanisms of HIV Transcriptional Regulation by Drugs of Abuse. **Curr. HIV Res.**, Sharjah, v. 14, n. 5, p.442-454, Oct. 2016.

UNAIDS. **AIDS epidemic update**: Geneva, UNAIDS, 2007 disponível em <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchIVE/2007/default.asp>. Acesso em 14 de dezembro de 2015.

UNICEF. **Adolescents under the radar: in the Asia-Pacific AIDS response**, 2015. Disponível em: http://www.unicef.org/media/files/REPORT_Adolescents_Under_the_Radar_FINAL.pdf. Acesso em 6 de janeiro de 2016.

VAL, Luciane Ferreira do et al. 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. 702-708, June 2013.

VALIM, Edna Maria Alves et al. Utilização de preservativo masculino entre adolescentes de escolas públicas na cidade de Uberaba (MG), Brasil: conhecimentos e atitudes. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.44-49, mar. 2015.

VERAS, Maria Amelia de Sousa Mascena et al . The "AMA-Brazil" cooperative project: a nation-wide assessment of the clinical and epidemiological profile of AIDS-related deaths in Brazil in the antiretroviral treatment era. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 1, p. s104-s113, 2011 .

VIEIRA, Ana Cristina de Souza et al . A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 196-206, Dec. 2014 .

VIEIRA, Maria A.S et al. Fatores associados ao uso de preservativo em adolescentes do gênero feminino no Município de Goiânia. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.16, n.3, p. 77-83, 2004.

XAVIER, Rozania Bicego et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, abr. 2013.

XAVIER, Rozania Bicego et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, abr. 2013.

APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução N°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado Sr (a):

Este é um convite para seu(sua) filho(a) para participar do projeto de pesquisa sobre: **“Conhecer para atuar: propostas para ações mais eficazes na prevenção do HIV/AIDS em adolescentes no município de Belém do Pará”**. Este projeto terá duração de um ano e será realizado sob a coordenação do Prof. Dr. Eliã Pinheiro Botelho entre alunos do ensino médio das escolas estaduais do município de Belém. Este projeto tem como objetivo, avaliar o conhecimento de alunos do ensino médio em relação à prevenção/transmissão do HIV/AIDS através de questionários objetivos.

A realização deste projeto é verificar o conhecimento que os jovens escolares, na faixa etária de 15 a 18 anos, possuem sobre o HIV/AIDS para que possamos traçar ações educativas em saúde mais eficazes no combate ao HIV. Infelizmente, a Região Norte é a segunda a nível nacional em taxa de detecção do HIV/AIDS entre jovens-adolescentes no Brasil, sendo Belém a décima capital entre todas as capitais brasileiras na taxa de detecção.

Seu filho preencherá um questionário não identificável com questões fechadas, aonde as respostas serão marcadas com um ‘x’. Não será requisitado nenhum dado pessoal e nem identificação pessoal nos questionários. A identidade do seu filho será preservada acima de tudo. Adicionalmente, após preenchidos os questionários serão guardados em um envelope para posterior análises dos dados na UFPA. Os dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Os benefícios decorrentes da participação no Projeto de Pesquisa são de relevância social, tendo em vista que os resultados podem contribuir para o desenvolvimento de ações mais focais e pontuais na prevenção/controle do HIV/AIDS nestes jovens. Queremos também deixar claro que **a participação de seu (sua) filho (a) é de livre-arbítrio, não havendo nenhuma forma de pagamento** pela mesma, podendo se **recusar a responder quaisquer perguntas** do questionário sem que isso resulte em qualquer tipo de prejuízo pessoal.

Após a conclusão da coleta de dados, os mesmos serão analisados e será elaborado um trabalho pelos autores da pesquisa, o qual será divulgado para os envolvidos e para o meio acadêmico-científico.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com o pesquisador responsável no seguinte endereço:

Prof. Dr. Eliã Pinheiro Botelho.

R. Cesário Alvim, 604 – Bl. D2 – APT. 205. CEP: 66023-170 - Belém (PA)

Telefone: (91) 98501-5115; email – ebotelho@ufpa.br

Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa no endereço:

Este documento deve ser impresso e assinado em duas vias, sendo uma delas destinada vossa senhoria.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

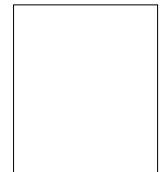
Eu, _____, representante legal do(a) menor _____, autorizo sua participação na pesquisa **“Conhecer para atuar: propostas para ações mais eficazes na prevenção do HIV/AIDS em adolescentes no município de Belém do Pará”**. Esta autorização foi concedida após os esclarecimentos que recebi sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados, por ter entendido os riscos, desconfortos e benefícios que essa pesquisa pode trazer para ele(a) e também por ter compreendido todos os direitos que ele(a) terá como participante e eu como seu(sua) representante legal.

Autorizo, ainda, a publicação das informações fornecidas em congressos e/ou publicações científicas, desde que os dados apresentados não possam identificá-lo (a).

Belém, ___/___/___.

Assinatura do representante legal:

Assinatura do menor:



Impressão
datiloscópica do
representante legal

Pesquisadora: Enf^a Mariana Souza de Lima.

Assinatura: _____

APÊNDICE II



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM



**PROJETO: CONHECER PARA ATUAR: PROPOSTAS PARA AÇÕES MAIS EFICAZES
NA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE BELÉM
DO PARÁ.**

COORDENADOR: PROFº DR. ELIÃ PINHEIRO BOTELHO

- 1- Idade: _____
- 2- Série: () 1º ano () 2º ano () 3º ano
- 3- Gênero: () Masculino () Feminino - Outros: _____
- 4- Tipos de parcerias sexuais: () Homens () Mulheres () Travestis/Transexuais
() Outros: _____
- 5- Situação Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) ()
Divorciado(a)
() Namorando – Outras: _____
- 6- Religião: () Espírita () Catolicismo () Protestantismo [evangélico]
Outras: _____
- 7- Escolaridade da mãe: () Não possui () 1º Grau Incompleto () 1º Grau completo
() 2º Grau Incompleto () 2º Grau completo () 3º Grau Incompleto () Completo
() Pós- Graduação Completa () Incompleta
- 8- Escolaridade do pai: () Não possui () 1º Grau Incompleto () 1º Grau completo ()
2º Grau Incompleto () 2º Grau completo () 3º Grau Incompleto () Completo ()
Pós- Graduação Completa () Incompleta
- 9- Número de parceiros sexual no último ano: () 0 () 1 () 2 () 3 a 5 () 5 a 10
() Mais de
- 10- Renda salarial familiar: () menor que 1 salário mínimo; () 1-3 salários mínimo;
() 3-5 salários mínimos; () 5-10 salários mínimos; () Mais que 10 salários

mínimos;

11- Já teve relação sexual? () Não () Sim

12- Realizou o teste para o HIV: () frequentemente ()
ocasionalmente () nunca

13- Sabe usar preservativo masculino: () Sim. () Não

14- Sabe usar preservativo feminino: () Sim () Não

15- Faz uso constante do preservativo: () Sim () Não () As vezes

16- Se você respondeu 'não' ou 'às vezes' na questão 13, justifique o não uso do preservativo de forma constante:

() não faço parte do grupo de risco para adquirir o HIV () acredito na fidelidade do meu parceiro

() não sei usar () não gosto de utilizar () meu parceiro não gosta de usar

() Outros: _____

17 – Faz uso de bebidas alcoólicas com que frequência? () Nunca. () Somente em festas. () Nos fins de semana () Diariamente

18 – Faz uso de drogas como maconha, cocaína, crack, LSD, entre outros? () Sim () Não

19- Compartilha seringas para uso de drogas injetáveis (ou já compartilhou)?

() Sim () Não () Não uso drogas

20 – Faz uso de aplicativos de relacionamentos (Tinder, Grinder, entre outros) ou salas de bate-papos (tais como salas da UOL, entre outros) para encontros casuais? () Sim

() Não

21- Por ordem de importância classifique as suas fontes de informações sobre HIV/Aids, aonde o número 1 é a fonte mais usada e o número 6 a fonte menos usada. Por exemplo, se você busca mais informações sobre o HIV/AIS em livros, revistas e jornais, escreva 1 entre os parênteses, o número 2 para a sua segunda principal fonte e vá até o número 6 e para a fonte menos usada. Se não busca informações sobre o assunto, marque a opção 'não busco informações'.

() Na internet () Com professores, na escola () Com minha família

() Em livros, revistas e jornais () Com meus amigos () Com meu parceiro

() Não busco informações

Abaixo apresenta uma série de afirmações a respeito da transmissão do HIV.

Responda SIM se você concorda, NÃO se não concorda e NÃO SEI caso não saiba.

Obrigado!

<i>Frases</i>			
1. O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) se transmite por compartilhamento de seringas contaminadas e transfusão de sangue.	Sim	Não	Não sei
2. O sexo oral não transmite o HIV, pois a saliva elimina o vírus.	Sim	Não	Não sei
3. Gozar fora da vagina ou ânus evita a transmissão do HIV.	Sim	Não	Não sei
4. O uso de preservativo é garantia completa de prevenção do HIV.	Sim	Não	Não sei
5. No sexo anal, ou vaginal, quem está sendo penetrado é o único a correr o risco de infecção.	Sim	Não	Não sei
6. O uso de alicates de unha e outros instrumentos perfuro-cortante pode transmitir o HIV.	Sim	Não	Não sei
7. O aleitamento materno transmite o HIV.	Sim	Não	Não sei
8. Um mosquito pode transmitir o HIV após picar uma pessoa portadora do vírus.	Sim	Não	Não sei
9. O HIV pode ser transmitido ao feto durante a gravidez.	Sim	Não	Não sei
10. Uma pessoa portadora do HIV sempre dará sinais clínicos, como emagrecimento, manchas na pele, palidez e queda de cabelo.	Sim	Não	Não sei
11. Beijos e compartilhamento de talheres e copo pode transmitir o HIV.	Sim	Não	Não sei
12. Belém e o Estado do Pará estão em 18º lugar na taxa de detecção do HIV a nível nacional.	Sim	Não	Não sei
13. A faixa etária mais atingida pelo HIV é após 45 anos de idade.	Sim	Não	Não sei
14. Os homossexuais são as pessoas mais afetadas com HIV/Aids.	Sim	Não	Não sei
14. Pessoas acima de 65 anos estão fora de risco de contrair o HIV.	Sim	Não	Não sei
15. O tratamento para o HIV é simples e sem efeito colateral.	Sim	Não	Não sei
16. AIDS tem cura.	Sim	Não	Não sei