



Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo

Stella Regina Taquette,¹ Adriana de Oliveira Rodrigues¹
e Livia Rocha Bortolotti¹

Como citar

Taquette SR, Rodrigues AO, Bortolotti LR. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):324-9.

RESUMO

Objetivo. Conhecer as vulnerabilidades que favoreceram a infecção pelo HIV em adolescentes e jovens do sexo feminino e verificar as dificuldades enfrentadas por essa população após o diagnóstico.

Métodos. Estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas com mulheres adolescentes e jovens soropositivas em tratamento, com diagnóstico feito na adolescência. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e os dados obtidos foram analisados através de leitura intensiva, classificação por temas e interpretação na perspectiva hermenêutica-dialética em diálogo com a literatura.

Resultados. Foram entrevistadas 23 mulheres cujo diagnóstico ocorreu entre 11 e 19 anos e que, em sua maioria, foram infectadas através do contato sexual, exceto em dois casos (um com via de transmissão sanguínea e outro desconhecida). Evidenciaram-se como situações de vulnerabilidade a descrença na possibilidade de contaminação, a baixa idade da iniciação sexual (menor que a média brasileira), o não uso de preservativo, parceiros promíscuos ou usuários de drogas injetáveis e submissão a situações de violência. Os principais problemas enfrentados após o diagnóstico foram o preconceito, a discriminação, a necessidade de tomar medicamentos diariamente e as preocupações relacionadas ao desejo de ser mãe.

Conclusões. Reduzir a feminização da Aids implica em ampliar e aprofundar o debate em torno da sexualidade e dos dilemas vivenciados por adolescentes a respeito desse assunto, de forma aberta, não preconceituosa e não normatizadora, nas escolas e cenários de convivência de jovens, além de fornecer orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis, com distribuição gratuita e desburocratizada de preservativos.

Palavras-chave

Saúde da mulher; HIV; AIDS; adolescência; gênero e saúde; violência; Brasil.

A dinâmica atual da epidemia de Aids no Brasil mostra aumento da incidência em mulheres e elevação do número de casos por transmissão heterossexual, assim como maior acometimento da população menos favorecida socioeconomicamente e com menor escolaridade (1, 2). A faixa etária adolescente apre-

senta peculiaridades em relação ao percurso da infecção: observa-se uma inversão da proporção homem/mulher entre 13 e 19 anos. Assim, desde 1997, todos os anos, o número de casos diagnosticados em mulheres dessa faixa etária tem sido maior do que o dos homens (1, 2).

No Brasil, não há informações precisas sobre a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) entre adolescentes. Além disso, o uso de preservativo ainda é baixo (1). Entretanto, as adolescentes são as principais vítimas

de violência sexual e têm pouco poder de negociação quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais, além de, em geral, envolverem-se com parceiros mais velhos (3).

A atividade sexual e o risco a ela associado estão relacionados ao sistema de gênero que confere ao homem maior poder na relação, impedindo a mulher de ter maior controle sobre o ritmo e a segurança dos intercursos sexuais (4). Esse modelo de dominação de gênero masculino é um dos principais geradores

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Interna, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Correspondência: Stella Regina Taquette, stella.taquette@gmail.com

de violência e risco de DST, fatores potencializados nas mulheres jovens, mais vulneráveis biológica e socialmente (5, 6). Além disso, a presença de infecções genitais assintomáticas, a fragilidade do conhecimento sobre o HIV, a adoção de práticas sexuais inseguras e a anatomia feminina receptora no ato sexual são fatores que também contribuem para o aumento do risco de infecção pelo HIV (7). Na dimensão social, a pobreza, aliada à baixa escolaridade, contribui para o aumento do risco desse grupo social (8). Ressalta-se que as políticas públicas nesse campo não privilegiam as mulheres adolescentes, não reconhecendo seus direitos sexuais e reprodutivos (9). Diante do exposto, objetivamos conhecer as vulnerabilidades que favoreceram a infecção pelo HIV em adolescentes e jovens do sexo feminino soropositivas e verificar as dificuldades enfrentadas por essa população após o diagnóstico.

MATERIAIS E MÉTODOS

O público alvo do estudo foram mulheres soropositivas cujo diagnóstico ocorreu na adolescência e que estavam em tratamento no município do Rio de Janeiro. Escolhemos o método qualitativo, dada a natureza subjetiva do objeto em questão. As informações foram colhidas em ambiente de intersubjetividade, por meio de entrevistas semiestruturadas. A entrevista permite conhecer, através da fala dos interlocutores, o sistema de valores de seu grupo social; além disso, é reveladora das condições estruturais do grupo e transmite as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (10). A amostra foi intencional e composta por mulheres soropositivas em tratamento.

O Ministério da Saúde do Brasil oferece acesso gratuito e universal ao tratamento com antirretrovirais para pacientes com Aids. O município do Rio de Janeiro conta com 43 serviços públicos de saúde para atendimento a essas pessoas, inclusive hospitais gerais que prestam assistência a um volume maior e variado de pacientes, advindos de diversos bairros. Por essa pluralidade de pacientes, optamos por recrutar as possíveis participantes da pesquisa nas seguintes unidades hospitalares: Hospital Universitário Pedro Ernesto (bairro de Vila Isabel), Hospital Gaffrée Guinle (bairro da Tijuca), Hospital Universitário

Clementino Fraga Filho (Ilha do Fundão) e Hospital Federal dos Servidores do Estado (bairro da Saúde). Esses estabelecimentos de saúde são públicos e atendem uma população de variadas classes sociais, porém majoritariamente de nível socioeconômico inferior. Os serviços foram contatados pela equipe de pesquisadores e, após aprovação do comitê de ética e anuência dos responsáveis, foi iniciada a coleta de dados.

Os critérios de inclusão foram: diagnóstico entre 10 e 19 anos de idade e há não mais que 5 anos, para garantir certa homogeneidade no grupo quanto ao tempo de adoecimento e evitar vieses na lembrança dos fatos por ocasião da contaminação pelo HIV. As pacientes que preenchem esse perfil eram encaminhadas às entrevistadoras pelos profissionais de saúde que as atenderam nos serviços. As pacientes recrutadas eram informadas sobre o conteúdo da pesquisa e, estando de acordo, eram entrevistadas em ambiente com garantia de privacidade. Para compor a amostra, a equipe frequentou os hospitais no mínimo duas vezes por semana durante 18 meses. Encerramos a coleta de dados quando avaliamos ter ocorrido saturação das informações colhidas.

As entrevistas realizadas obedeceram a um roteiro com questões sobre informações demográficas, familiares, histórico sexual e da infecção/diagnóstico da doença. As autoras gravaram em áudio e transcreveram na íntegra as entrevistas. Desde o início, e no decorrer do estudo, procedemos à análise dos dados textuais oriundos das transcrições. Essa análise compreendeu os seguintes passos: leitura e releitura dos textos para produzir uma visão singular de cada entrevista; e leitura transversal de todas as entrevistas para identificação das semelhanças e divergências nas narrativas, para compreensão dos conteúdos mais relevantes. Em seguida, buscamos identificar os sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas, procurando entender a lógica interna desse grupo através de um diálogo comparativo com a literatura. Ao final, elaboramos uma síntese interpretativa que respondesse aos questionamentos do estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 2009 (parecer 262A). Todas as entrevistadas ou, quando elas eram menores de 18 anos, os seus responsáveis, assina-

ram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Caracterização do grupo

Coletamos os dados entre julho de 2010 e dezembro de 2011. A amostra foi composta por 23 pacientes. A tabela 1 resume as características demográficas das entrevistadas.

Foi feita uma entrevista com cada paciente. A duração média das entrevistas foi de 51 minutos. Destacamos as seguintes características das entrevistadas: baixo nível socioeconômico, com renda familiar média de 3 salários mínimos (variação de 1 a 10 salários e moda de 2 salários); via de exposição heterossexual, exceto em dois casos (em um a via de exposição foi sanguínea e em outro, desconhecida); raça autorreferida como não branca pela maioria das interlocutoras; e atraso escolar maior que

TABELA 1. Características de 23 mulheres adolescentes e jovens em tratamento de Aids com diagnóstico feito na adolescência, Rio de Janeiro, Brasil, 2010 a 2011

Característica	No.	%
Raça		
Branca	10	43,5
Não branca	13	56,5
Atraso escolar > 2 anos		
Sim	14	60,9
Não	9	39,1
Idade na sexarca (anos)		
10 a 14	13	56,5
15 a 19	10	43,5
Idade no diagnóstico (anos)		
10 a 14 anos	1	4,4
15 a 19 anos	22	95,6
Via de exposição		
Heterossexual	21	91,3
Sanguínea	1	4,4
Desconhecida	1	4,4
Identidade sexual		
Heterossexual	23	100
Homo/bissexual	0	0
Contaminante		
Com vínculo afetivo	16	69,6
Sem vínculo afetivo	7	30,4
Sexo do contaminante		
Masculino	21	91,3
Feminino	0	0
Desconhecido	2	8,7
Número de parceiros		
Quatro ou menos	15	65,2
Mais de quatro	7	30,4
Desconhecido	1	4,4
Prostituição		
Sim	0	0
Não	23	100

2 anos na maior parte dos casos. A idade da primeira relação sexual da maioria foi de 14 anos ou menos e aconteceu de 2 a 3 meses após o início do relacionamento com o parceiro. As parcerias sexuais foram, em 70% das entrevistadas, de relacionamentos que envolvem afetividade (namorados ou maridos). O número de parceiros sexuais foi maior do que quatro em 34,8% dos casos. Quase 10% não sabiam quem as havia contaminado. Outras contraíram a doença de parceiro promíscuo ou usuário de drogas. A maioria dos parceiros era adulta. Em seus relatos sobre a vida sexual, as entrevistadas externaram situações de submissão, com pouca margem de negociação quanto ao uso do preservativo nas relações. O cuidado com a saúde relatado foi precário. Algumas nunca tinham se submetido a exame ginecológico antes do diagnóstico.

As famílias das nossas interlocutoras eram monoparentais em sua maioria. Os relatos de conflitos e violência familiar foram frequentes, assim como a desestruturação por dificuldades socioeconômicas e família fragmentada, com seus membros morando com outros parentes, avós, tios, primos. O diálogo intrafamiliar sobre sexualidade foi ausente para a maior parte das entrevistadas. Quando havia, se restringia a conselhos sobre como se cuidar para não engravidar.

A partir da análise das entrevistas, as experiências relatadas pelas adolescentes e jovens foram classificadas em duas categorias: contextos de vulnerabilidade vivenciados e dificuldades após o diagnóstico da doença.

Contextos de vulnerabilidade vivenciados

Evidenciamos como principais situações de vulnerabilidade: a descrença na possibilidade de contaminação, a baixa idade da iniciação sexual (menor que a média brasileira) (11), o não uso de preservativo, parceiros promíscuos ou usuários de drogas e a submissão a situações de violência.

As narrativas de nossas interlocutoras evidenciaram que não acreditavam que pudessem se contaminar, apesar da falta de autocuidado e de segurança nas relações sexuais, como mostram as falas a seguir:

Eu achava que nada ia acontecer, só isso.

Assim, que eu me lembre, poucos namorados eu usei camisinha. Em nenhum momento a gente para pra pensar.

Com 15 anos eu tinha começado a minha vida sexual e achava, como sempre, que não ia acontecer nada comigo. Foi sem camisinha.

Nunca, nunca imaginei que teria. A gente sempre acha que vai acontecer com o vizinho, mas com a gente nunca.

A média de idade da primeira relação sexual entre as entrevistadas que se contaminaram por via sexual foi de 13,9 anos (entre 11 e 17 anos), sendo a moda de 13 anos. Ou seja, esse grupo iniciou a atividade sexual precocemente se comparado à população geral do país, cuja média de idade da sexarca gira em torno dos 15 anos para o sexo feminino e de 14,5 anos para o sexo masculino (11–13).

Quanto aos papéis sociais do homem e da mulher, os dados do nosso estudo revelam vivências que expressam a desigualdade de gênero e situações de violência/submissão por parte da mulher aos seus parceiros sexuais:

Um dia fiquei só eu e ele, ele disse que queria, eu disse que não, ele me segurou e disse que queria, aí foi assim que aconteceu.

Não era namorado, é que, como vou dizer, abusou, entendeu? Eu tinha 15 anos.

A sujeição ao sexo, por influência do grupo de iguais ou do próprio parceiro, pode ser percebida nas falas das adolescentes e jovens entrevistadas ao relatar a primeira experiência sexual. Para elas, parece tratar-se de experiência dolorosa, de submissão/passividade. O não uso do preservativo em todos os relacionamentos sexuais mantidos por nossas entrevistadas, apesar do conhecimento sobre o risco de infecção pelo HIV e sobre a doença, é representativo dessa desigualdade de poder e sujeição ao sexo:

Ele falava que era ruim, que incomodava, ele ficava assim, e eu sempre burra cedia, mas sempre pedia pra ele usar. É difícil.

Por outro lado, há evidências de que quanto menor a escolaridade e a renda, mais precoce tende a ser a iniciação sexual (14). Os relatos de nossas interlocutoras sobre a atividade sexual evidenciam, além disso, que seus parceiros tinham múltiplas parceiras sexuais e o

consumo de drogas era frequente. Nesses casos, quase sempre, não há margem para negociação do sexo seguro.

Olha, todos os tipo de drogas que ele usava, cocaína, pó, maconha, essas coisas assim, e eu fui descobrir que foi ele, quando ele foi preso, e lá ele morreu na cadeia, e a família dele depois de um tempo que foi falar que ele tinha HIV.

Acho que foi por sexo mesmo (a contaminação). Não usa nenhuma droga nem a injetável, nada disso, não fez transfusão de sangue, nada disso. Ele tinha 16 para 17 anos. Ele pega tudo quanto é mulher.

Dificuldades no enfrentamento da doença

Os relatos mostram que, ao receberem o diagnóstico, a primeira reação de nossas entrevistadas foi variável. Algumas não acreditaram, ficaram estupefatas, negaram, afirmando que sempre haviam sido saudáveis, que não era possível estarem doentes. Outras reagiram com coragem, pensando em como seria a vida dali para frente, os problemas que teriam de encarar. Muitas relataram um momento de grande tristeza, sentimentos depressivos e até pensamentos de que a vida estava acabando ali. Contudo, a vida continua após o impacto inicial do diagnóstico, com uma nova rotina obrigatória de ingestão de medicamentos e ida ao serviço de saúde. Como principais problemas enfrentados após o diagnóstico, nossas interlocutoras destacaram o preconceito, a discriminação, a necessidade de tomar medicamentos diariamente e as impossibilidades relacionadas ao desejo de ser mãe.

Na vida cotidiana das adolescentes, diversas situações vivenciadas podem denunciar a soropositividade e sujeitá-las ao julgamento e preconceito de outras pessoas. A mais usual é o uso do cartão de gratuidade no ônibus, que gera grande constrangimento, pois as expõe à curiosidade alheia e ao sofrimento. A necessidade de tomar os medicamentos em horários certos também as obriga a revelar sua condição de saúde em determinadas situações e pode até levar à interrupção do tratamento. Vejamos alguns depoimentos:

Uma vez o motorista quis olhar meu cartão e eu morri de vergonha de mostrar. Não dá pra evitar das pessoas ficarem olhando no ônibus.

Trabalhei como vendedora e na hora de tomar o remédio às vezes estava atendendo algum cliente e não podia tomar.

A obrigatoriedade de tomar remédios todos os dias e de ir ao médico regularmente impõe limitações. O consumo diário do medicamento faz com que a paciente se lembre cotidianamente de que tem uma doença e, muitas vezes, de que cometeu um erro, levando à autocensura pelo sexo sem proteção. Por sua vez, a necessidade de ir com frequência ao médico provoca dificuldades profissionais, com discriminação no ambiente de trabalho e até perda do emprego, como já relatado em outros estudos (15):

A minha maior dificuldade é ter a doença.

Falto muito ao trabalho por causa de ter que ir ao hospital.

O medo da discriminação foi destaque em estudo realizado com mulheres soropositivas de 23 a 55 anos (16). Soma-se a isso a sensação de estar num beco sem saída, de que o mundo acabou.

Outra preocupação evidenciada nas narrativas das entrevistadas foi a impossibilidade de realizar o desejo de maternidade, de construir uma família, por causa da doença. Para algumas, essa é a grande dificuldade a ser enfrentada após o diagnóstico: o medo de ser rejeitada pelos possíveis parceiros em função da doença e as incertezas em relação à possibilidade de ter filhos.

A gente pensa no futuro, pensa em casar, em ter filhos e a gente não sabe como é que vai ser.

Não sei dizer como me sinto, a única coisa que às vezes fico triste é tipo assim tenho que ser mãe, porque eu quero ser mãe.

DICUSSÃO

As narrativas de nossas interlocutoras evidenciaram que não acreditavam que pudessem se contaminar, apesar da falta de autocuidado e de segurança nas relações sexuais. Tal fato está de acordo com o que alguns pensadores do campo da psicologia descrevem como características normais no período da adolescência. Na perspectiva do desenvolvimento da inteligência, autores como Piaget (17) sustentam que a capacidade de pensamento abstrato, ou seja, de fazer hipó-

teses, de pensar nas consequências dos atos, se dá a partir da adolescência, visto que a criança, por outro lado, pensa de modo concreto. Em parte, o comportamento de risco de alguns adolescentes poderia ser atribuído à dificuldade do pensamento abstrato, que se manifesta, por exemplo, na crença de que nada vai acontecer como resultado das relações sexuais sem proteção. Essa característica, denominada por alguns de pensamento mágico, faz parte da “síndrome normal” da adolescência, assim como o comportamento impulsivo e a necessidade de fantasiar, recurso utilizado de forma inconsciente para não incorporar conhecimentos da realidade que incomodam, o que contribui para a incapacidade de avaliar as consequências dos próprios atos, entre outros (18). Nas falas de nossas interlocutoras, percebemos essas características consideradas típicas dessa etapa de crescimento e desenvolvimento.

Os sentimentos de onipotência/impotência exemplificados nos relatos transcritos tornam as adolescentes presas fáceis de tudo o que parece vir a preencher suas necessidades imediatas. Como já relatado, elas parecem mais vulneráveis às influências do meio social, assimilando as novidades sem muita reflexão, o que as coloca em maior probabilidade de se envolverem em situações de risco à saúde (19). Há certo esvaziamento das referências simbólicas necessárias ao desenvolvimento em direção à maturidade adulta nessa fase de separação dos pais. Em consequência, os adolescentes agem sem pensar e paradoxalmente se sentem poderosos, fazendo com que se engajem em atividades de risco mais frequentemente que adultos (20). Nossos dados corroboram os resultados de uma pesquisa realizada por Dessunti et al. (21) com estudantes universitários brasileiros da área da saúde. Esses autores identificaram a percepção de invulnerabilidade (avaliada pelo grau de preocupação/ansiedade relacionada ao perigo de adquirir DST/Aids) como fator de risco para as DST/Aids.

Com base nas participantes do nosso estudo, para quem o sexo ocorreu com pouco tempo de relacionamento, com parceiro mais velho e sem preservativo, podemos inferir que, quanto mais precoce a iniciação sexual, maior a probabilidade de ocorrência de sexo inseguro, devido à imaturidade biopsicossocial e, em muitos casos, à sujeição ao sexo,

por violência ou desigualdade de poder entre os gêneros, em uma sociedade marcada pela assimetria entre masculino e feminino. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids que comparou mulheres sem e com diagnóstico de HIV/Aids. Esse estudo não detectou diferença estatisticamente significativa no número de parceiros nos dois grupos, mas as mulheres vivendo com HIV/Aids apresentaram início da vida sexual mais precoce e menor aderência ao preservativo (22).

O diagnóstico de uma doença crônica como a Aids, até pouco tempo atrás fatal, em uma fase da vida de grandes transformações, de conquistas crescentes e aquisição de habilidades, tem forte impacto. É importante conhecer as dificuldades enfrentadas após o diagnóstico, a fim de melhorar a eficácia do tratamento. Oliveira e Gomes, estudando adolescentes com doenças crônicas, chamam a atenção para a qualidade da relação comunicacional do paciente e sua família com a equipe de saúde (23).

Estudo realizado em São Paulo com adolescentes vivendo com HIV (24) revelou que, apesar da vontade de construir família e de ter filhos, os jovens tinham medo de levar adiante esses projetos. Nossos dados mostram que há temor por parte das moças de serem abandonadas ao revelarem o diagnóstico ao namorado e de passar o HIV para seus filhos quando ficarem grávidas, ou até mesmo para seu parceiro sorodiscordante. Essa preocupação com a maternidade é peculiar a essa faixa etária de início da vida reprodutiva, de sonhos para o futuro.

Ao pensarmos a epidemia da Aids avaliando-a sob o parâmetro dos contextos de vulnerabilidade, vemos que o estrato populacional entrevistado evidenciou situações em que as políticas públicas necessitam incidir nas dimensões individual, social e programática, instâncias que são entrelaçadas.

Do ponto de vista individual, o autocuidado depende de informação e disponibilidade de insumos de prevenção, entre outros. A informação não se limita aos aspectos relacionados à infecção pelo HIV, mas envolve, principalmente, o aumento da escolaridade. Os insumos de prevenção devem estar disponíveis em larga escala nos diversos ambientes frequentados pelos adolescentes e de forma livre e desburocratizada. A via

educacional tem tido êxito em gerar mudanças positivas no comportamento sexual de adolescentes (25). Na França, onde a prevalência de Aids na faixa etária adolescente é proporcionalmente três vezes menor do que no Brasil, é obrigatória por lei a realização de atividades de educação sexual e a distribuição de preservativos nas escolas (26).

Na dimensão social, vários desafios precisam ser enfrentados para reduzir a Aids entre adolescentes: a desigualdade social, a violência estrutural, a violência de gênero. Esses problemas já vêm sendo alvo de intervenções por diversos setores da sociedade, que devem ser ampliadas e intensificadas. O sucesso das medidas de prevenção da epidemia em mulheres depende da inclusão das questões de gênero (27).

Destacamos outra questão que merece atenção: a erotização precoce, que transforma em vítimas principalmente adolescentes mais jovens. Na ânsia de serem aceitos nos grupos a que pertencem, esses adolescentes acabam por iniciar muito cedo a vida sexual, podendo tornar-se nas relações entre pares, mais objetos do que sujeitos cientes de sua própria sexualidade, com atividade sexual mais frequentemente de forma desprotegida. No Brasil, a idade média

da primeira relação sexual entre adolescentes da zona urbana é em torno de 15 anos (11). Em países desenvolvidos, como a França, essa média situa-se nos 18 anos (28).

Do ponto de vista programático, nosso estudo demonstrou a necessidade de mais investimento na atenção precoce à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, incluindo o cuidado integral e humanizado daqueles vivendo com HIV. Vimos que poucas entrevistadas tinham se submetido a exame ginecológico. A iniciação sexual das moças de nosso estudo, diferente do que se observa na população geral, parece ter-lhes conferido maior vulnerabilidade nas relações desiguais de gênero. Por outro lado, as dificuldades enfrentadas pelas adolescentes após o diagnóstico demonstram a necessidade de dar mais atenção ao tratamento dessas mulheres, que estão numa posição de grande fragilidade social e não raro são culpadas pela própria doença. Muitas foram vítimas de violência perpetrada pelo próprio parceiro e sofrem mais violência após o diagnóstico. Em estudo sobre HIV/Aids no Uruguai, Reihling (29) chama a atenção para o fato de que as mulheres, em especial as mães soropositivas, são vistas pela sociedade como irresponsáveis, não

sendo disponíveis formas de apoio especificamente destinadas a elas.

Por fim, cabe ressaltar que nosso estudo incluiu somente pacientes de classes sociais menos favorecidas do ponto de vista econômico, visto tratar-se da parcela da população que mais utiliza os serviços públicos de saúde e, atualmente, é mais atingida pela Aids, o que limita o alcance dos nossos resultados. Assinalamos a importância, em investigações futuras, de contemplar pacientes de estratos sociais mais abastados, com o intuito de ampliar o entendimento de diferentes contextos de vulnerabilidade.

Agradecimentos. Esta pesquisa recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). As autoras agradecem a Eduardo Pozzobon, do Hospital Universitário Pedro Ernesto, à Norma de Paula Motta Rubini, do Hospital Gaffrée Guinle, a Alberto Chebabo, do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, e à Jacqueline Anita Menezes, do Hospital Federal dos Servidores do Estado, pela colaboração na realização do estudo.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Boletim epidemiológico 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf Acessado em 15 de agosto de 2014.
2. Taquette SR, Matos HJ, Rodrigues AO, Bortolotti LR, Amorim E. A epidemia de Aids em adolescentes de 13 a 19 anos no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011;44(4):467-70.
3. Monteiro DL, Trajano AJ, Silva KS, Russomano FB. Incidence of cervical intraepithelial lesions in a population of adolescents treated in public health services in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(5):1113-22.
4. Taquette SR, Vilhena MM. Sexualidade na adolescência na contemporaneidade. Em: Taquette SR, org. *Violência contra a mulher adolescente e jovens.* Rio de Janeiro: Eduerj; 2007. Pp. 107-14.
5. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica.* 2004;20(1):282-90.
6. Teixeira SAM, Taquette SR. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. *Assoc Med Bras.* 2010;56(4):440-6.
7. Jalil EM, Pinto VM, Benzaken AS, Ribeiro D, de Oliveira EC, Garcia EG, et al. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(12):614-9.
8. Leite IC, Rodrigues RN, Fonseca MC. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2004;20(2):474-81.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Plano integrado de enfrentamento à feminização da Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf Acessado em 21 de abril de 2014.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
11. Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publica.* 2008;42 Suppl 1:45-53.
12. Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-relacionadas-dst-e-aids> Acessado em 11 de agosto de 2014.
13. Abramovay M, Castro MG, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Brasília: UNESCO Brasil; 2004.
14. Gonçalves H, Beháge DP, Gigante DP, Minten GC, Horta BL, Victora CG, et al. Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica.* 2008;15 Suppl 2:267-74.
15. Ferreira RCM, Figueiredo MAC, Souza LB. Trabalho, HIV/Aids: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. *Psicol Estud.* 2011;16(2):259-67.
16. Cechim PL, Selli L. Mulheres com HIV/Aids: fragmentos de sua face oculta. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(2):145-9.
17. Piaget J. Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Dev.* 1972;15(1):1-12.
18. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

19. Borges ALV. Pressão social do grupo de pares na iniciação sexual de adolescentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41:782–6.
20. Quadrel MJ, Fischhoff B, Davis W. Adolescent (in)vulnerability. *Am Psychol*. 1993;48(2):102–16.
21. Dessunti EM, Reis AOA. Fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/AIDS entre estudantes da área de saúde. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007;15(2):267–74.
22. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2009;25 Suppl 2:S321–S333.
23. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estud Psicol*. 2004;9(3):459–69.
24. Paiva V, Aires JRCM, Segurado AC, Lacerda R, da Silva NG, da Silva MH, et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(10):4199–210.
25. Andrade HHSM, de Melo MB, Sousa MH, Makuch MY, Bertoni N, Faúndes A. Mudanças no comportamento sexual de adolescentes de escolas públicas no Brasil após um programa de educação sexual. *Cad Saude Publica*. 2009;25(5):1168–76.
26. Taquette SR. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças. *Saude Soc*. 2013;22(2):618–28.
27. Asinelli-Luz A, Fernandes Júnior N. Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/aids. *Pro-Posições*. 2008;19(2):81–97.
28. Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception stabilisée. Em: *Institut National de Prevention. Saint-Denis: Baromètre Santé 2005; 2007*. Pp. 328–53.
29. Reihling H. Rejeitar ou priorizar a vida? Ambiguidades da biopolítica da aids no Uruguai. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15 Suppl 1:1159–68.

Manuscrito recebido em 16 de agosto de 2014. Aceito em versão revisada em 21 de janeiro de 2015.

ABSTRACT

HIV infection in female adolescents: a qualitative study

Objective. To investigate the vulnerabilities that favor HIV infection by female adolescents and young adults and to determine the difficulties faced by this population following diagnosis.

Methods. For this qualitative study we interviewed HIV-seropositive young or adolescent women diagnosed as adolescents and receiving treatment at the time of the interviews. The interviews were audio recorded and entirely transcribed. The data obtained were analyzed through intensive reading, classification of themes, and hermeneutic dialectic analysis in dialogue with the literature.

Results. Twenty-three women diagnosed between 11 and 19 years of age were interviewed. Twenty-one participants had acquired Aids via sexual transmission and one from blood. Transmission mode was unknown in one case. The interviews revealed the following vulnerability situations: disbelief in the possibility of contamination, young age at sexual initiation (below the Brazilian national average), not using a condom, having promiscuous partners or partners who used injectable drugs, and submitting to violence. The main problems faced after the diagnosis were prejudice, discrimination, need to take medication daily, and concerns associated with the desire of becoming a mother.

Conclusions. Reducing the feminization of Aids entails enhancing the debate regarding sexuality and the dilemmas faced by adolescents to establish an open and unprejudiced dialogue that is not biased by norms, in addition to providing guidance about sexually transmitted diseases, with free and uncomplicated distribution of condoms.

Key words

Women's health; HIV: acquired immunodeficiency syndrome; adolescent; gender and health; violence; Brazil.