

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Iniciação sexual de mulheres jovens vivendo com
HIV/Aids no município de São Paulo**

RAQUEL ZANELATTO ALVES DA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristiane da Silva Cabral.

**SÃO PAULO
2017**

Iniciação sexual de mulheres jovens vivendo com HIV/Aids no município de São Paulo

RAQUEL ZANELATTO ALVES DA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristiane da Silva Cabral.

**São Paulo
2017**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Zanelatto, Raquel

- Iniciação sexual de mulheres jovens vivendo com HIV/Aids no município de São Paulo / Raquel Zanelatto; orientadora Cristiane da Silva Cabral. -- São Paulo, 2017.

110 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

1. Sexualidade. 2. HIV. 3. Juventude. 4. Transmissão Vertical. I. Cabral, Cristiane da Silva, orient. II. Título.

ZANELATTO, R. *Iniciação sexual de mulheres jovens vivendo com HIV/Aids no município de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Daniela Riva Knauth

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Medicina - Departamento de Medicina Social.

Julgamento: _____

Prof. Dr. Ivan França Junior

Instituição: Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública - Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Julgamento: _____

Prof^a. Dr^a. Regina Maria Barbosa

Instituição: Universidade Estadual de Campinas - Núcleo de Estudos de População

Julgamento: _____

*Às mulheres da minha vida:
sustento, inspiração e sentido,
desde sempre e até aqui.*

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Cristiane da Silva Cabral, professora e pesquisadora ética, acolhedora e extremamente dedicada ao seu trabalho, que com a humildade daqueles que possuem sabedoria, orientou-me na execução deste estudo, compartilhando comigo seus conhecimentos e experiências.

Aos professores que compõem a banca de avaliação desta dissertação, Prof. Dr. Ivan França Jr., Prof^a. Dr^a. Regina Maria Barbosa e Prof^a. Dr^a. Daniela Riva Knauth que me orientaram na execução da versão final de meu manuscrito. A leitura atenta de cada um e os apontamentos que fizeram foram fundamentais para a construção deste trabalho.

Aos professores das disciplinas que cursei durante o Mestrado. Em especial, à Prof^a. Dr^a. Tatiana Natasha Toporcov, que me encantou com seu jeito inovador de ensinar Epidemiologia e me fez refletir sobre minha atuação como professora.

Aos funcionários do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade (Carmem e Lígia) e do Departamento de Pós-Graduação, pela disponibilidade e por todas as informações e orientações fornecidas.

Aos orientandos e orientandas da Prof^a. Cristiane: Raquel Siqueira, Francine, Jefferson, Aline, Paula Galdino, Paula Morena, Isabella, Ananda e Helena, por terem compartilhado comigo nessa trajetória de construção de conhecimentos, não só as dúvidas e angústias, que são próprias do processo de aprender, mas também as conquistas e vitórias, nossas fontes de motivação.

À Deborah Rachel Aubert Delage e a Denise Niy, por terem me motivado a inscrever-me no processo seletivo para o Mestrado e terem me orientado durante essa etapa tão importante.

À Stela Verzinhasse Peres que me auxiliou nas análises estatísticas, sempre muito gentil e disponível.

À minha família, em especial, ao meu esposo, Rodrigo, aos meus pais, Neide e Odorico, à minha irmã, Ester, e à minha tia, Maria Elisa, que me deram apoio durante todo o meu percurso acadêmico e, especialmente, neste último ano, compartilhando comigo os cuidados com a minha filha, Laís.

Por fim, faço um agradecimento especial às mulheres vivendo ou não vivendo com HIV/Aids que participaram do estudo GENIH e se dispuseram a compartilhar com as entrevistadoras suas experiências e percepções, permitindo que trabalhos com este viessem a ser desenvolvidos.

*“Se podes olhar, vê,
se podes ver, repara.”*

(José Saramago)

RESUMO

ZANELATTO, R. *Iniciação sexual de mulheres jovens vivendo com HIV/Aids no município de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Esta dissertação teve como objetivo examinar especificidades no processo de iniciação sexual de jovens mulheres vivendo com HIV. Utilizaram-se dados do estudo transversal “GENIH: gênero e infecção pelo HIV”, com amostra probabilística, que entrevistou mulheres de 18 a 49 anos, usuárias dos serviços públicos de saúde no município de São Paulo. Analisaram-se variáveis referentes às características sociodemográficas, à primeira relação sexual e às trajetórias reprodutivas das jovens de 18 a 24 anos: 130 mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA) e 257 mulheres não vivendo com HIV/Aids (MNVHA). As MVHA foram estratificadas em infectadas por transmissão vertical (TV) e infectadas por outras vias (OV). Observou-se associação ($p < 0,05$) entre iniciação sexual tardia e ser infectada por TV, possuir religião, ter cursado ensino médio completo ou mais e não ter feito uso de drogas na vida. As jovens infectadas por outras vias iniciaram-se mais cedo do que as demais, com parceiros bem mais velhos e relataram menor uso de preservativo na primeira relação sexual. Há diferenças significativas entre os grupos com relação ao tempo de vida sexual ativa, conjugalidade, número de gestações e aborto. Apesar de mais tardias, jovens infectadas por transmissão vertical (TV) apresentaram menor intervalo entre a primeira relação sexual e a primeira gravidez do que as demais, logo o adiamento do início da vida sexual não implica na postergação da trajetória reprodutiva. A multiplicidade de trajetórias sexuais e reprodutivas evidencia a diversidade de intercâmbios entre as experiências de socialização que se dão no âmbito da escola, família, trabalho e demais instituições a que as jovens pertencem. O processo de iniciação sexual das jovens vivendo com HIV carrega marcas das hierarquias de gênero que modulam a socialização juvenil.

Palavras-chave: Sexualidade. HIV. Juventude. Transmissão vertical.

ABSTRACT

ZANELATTO, R. *Sexual Initiation of young women living with HIV/Aids in the city of São Paulo*. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – School of Public Health– University of São Paulo, 2017.

The present dissertation aimed at examining the specificities of the sexual initiation process of young women living with HIV. Data from the cross-sectional study called “GENIH: Gender and HIV infection” were used. A probabilistic sample included interviewing women aged 18-49, who were users of the public health services in the city of São Paulo. Variables relating to sociodemographic characteristics, first sexual intercourse, and reproductive trajectories of young women aged 18-24 – 130 women living with HIV (WLHIV) and 257 not living with HIV (WNLHIV) – were analysed. The WLHIV were stratified either by vertical transmission infection (VT) or by other routes infection (OR). Association ($p < 0,05$) between late sexual initiation and getting infected by (VT), having a religion, having attended high school or college, not having used drugs was noticed. Young women who got infected by other routes had an earlier initiation than the others, with significantly older partners, and reported less frequent use of condoms in the first sexual intercourse. There are significant differences between the groups concerning active sexual life length, conjugality, number of pregnancies and abortions. Though having a later initiation, young women infected by VT reported shorter time span between the first sexual intercourse and the first pregnancy than the others. Therefore the postponement of the sexual initiation does not imply in postponing the reproductive trajectory. The multiplicity of sexual and reproductive trajectories shows the diversity of interchanges among socializing experiences that take place in the context of school, family, work place and other institutions to which the young women belong. The process of sexual initiation of young women living with HIV is marked by the gender hierarchy that shapes the youth socialization.

Key words: Sexuality. HIV. Youth. Vertical transmission.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figura 1. Fluxograma da população em cada etapa do estudo.....	44
Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da população do estudo de acordo com a condição sorológica e a via de infecção pelo HIV.....	52
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da população do estudo de acordo com a condição sorológica e a via de infecção pelo HIV (continuação).....	53
Tabela 3. Idade da primeira relação sexual segundo variáveis da jovem de acordo com a condição sorológica e a via de infecção pelo HIV.....	55
Tabela 4. Idade da primeira relação sexual segundo variáveis da família de acordo com a condição sorológica e a via de infecção pelo HIV.....	56
Tabela 5. Idade da primeira relação sexual segundo variáveis do primeiro parceiro sexual de acordo com a condição sorológica e a via de infecção pelo HIV.....	57
Tabela 6. Fatores associados à iniciação sexual tardia em mulheres jovens vivendo ou não vivendo com HIV – Análise de regressão logística binária univariada e múltipla (variáveis da jovem).....	60
Tabela 7. Fatores associados à iniciação sexual tardia em mulheres jovens vivendo ou não vivendo com HIV – Análise de regressão logística binária univariada e múltipla (variáveis da família)	61
Tabela 8. Fatores associados à iniciação sexual tardia em mulheres jovens vivendo ou não vivendo com HIV – Análise de regressão logística binária univariada e múltipla (variáveis do parceiro da primeira relação sexual).....	62
Tabela 9. Elementos caracterizadores do contexto da primeira relação sexual em função da condição sorológica e da via de infecção pelo HIV.....	67
Quadro 1. Caracterização sociodemográfica das jovens virgens vivendo com HIV/Aids.....	79
Tabela 10. Elementos caracterizadores das trajetórias reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids	82

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome
- ARV - Antiretroviral
- AZT - Azidotimidina
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- DIU - Dispositivo Intrauterino
- DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
- EJ - Estatuto da Juventude
- FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- HIV - Human Immunodeficiency Virus
- HSH - Homens que fazem sexo com homens
- IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MNVHA - Mulheres não vivendo com HIV/Aids
- MVHA - Mulheres vivendo com HIV/Aids
- NEPO/UNICAMP - Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”/Universidade Estadual de Campinas
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- ONU - Organização das Nações Unidas
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
- OR - Odds Ratio
- PEP - Profilaxia Pós-Exposição
- PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
- PrEP - Profilaxia Pré-Exposição
- RRP - Rapid Repeated Pregnancy
- Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SNJ - Secretaria Nacional de Juventude
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TV - Transmissão Vertical
- UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Juventudes: Processos e Trajetórias.....	18
1.2 Juventude e Iniciação Sexual no Brasil.....	21
1.3 Cenários da Epidemia de HIV/Aids: Epidemiologia e Políticas de Enfrentamento.....	29
1.4 Juventude e HIV/Aids.....	34
1.5 Infecção do HIV por Transmissão Vertical no Brasil.....	36
2 OBJETIVOS.....	40
2. Objetivo Geral.....	40
2.2 Objetivos Específicos.....	40
3 METODOLOGIA.....	41
3.1 Desenho do Estudo.....	41
3.2 Local do Estudo	41
3.3 Desenho Amostral.....	41
3.4 Coleta de Dados.....	42
3.5 População do Estudo.....	43
3.6 Variáveis do Estudo.....	45
3.7 Tratamento dos Dados e Análise Estatística.....	49
3.8 Aspectos Éticos.....	50
4 RESULTADOS.....	51
4.1 Caracterização da População Estudada.....	51
4.2 A Entrada na Sexualidade com Parceiro: Idade e Contextos da Primeira Relação Sexual.....	54
4.2.1 Elementos Associados à Idade da Primeira Relação Sexual das Jovens vivendo com HIV/Aids.....	54
4.2.2 Os Contextos da Primeira Relação Sexual.....	66
4.3 As Jovens vivendo com HIV/Aids que não tiveram relações sexuais.....	74
4.4 Trajetórias Reprodutivas das Jovens Infectadas pelo HIV.....	81
5 DISCUSSÃO.....	88
5.1 Adiamento da Iniciação Sexual entre as Jovens Infectadas por Transmissão Vertical	88
5.2 Assimetrias de Gênero nos Cenários de Iniciação Sexual das Jovens Vivendo com HIV/Aids.....	92
5.3 Marca Biográfica Semelhante. Percursos Sexuais e Reprodutivos Distintos.....	95
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
7 REFERÊNCIAS.....	101
ANEXO 1 - Resultado do teste de distribuição normal Shapiro- Wilk.....	110

APRESENTAÇÃO

Ingressei na Universidade de São Paulo, em 2004, como estudante da graduação em Psicologia. Embora meu interesse inicial fosse trabalhar com jovens em conflito com a lei, o acaso me colocou em contato com outro tema: a inclusão escolar de crianças com necessidades especiais. A experiência como orientanda da Prof^a. Marie Claire Sekkel – minha primeira orientadora em pesquisa – durante uma disciplina da graduação, motivou-me a desenvolver meu projeto de Iniciação Científica: “A construção de ambientes inclusivos na Educação Infantil”. Com financiamento da FAPESP, trabalhei diretamente nessa pesquisa e em seus desdobramentos até 2008. Ainda nesse período, fui contemplada com uma bolsa financiada por um convênio entre a USP e o Banco Santander, e realizei um intercâmbio para a Universidade do Porto, em Portugal, onde participei de uma investigação sobre as políticas de inclusão em uma escola modelo do município de Vila das Aves. O envolvimento intenso com esse projeto fez com que durante minha graduação eu tenha feito o movimento contrário ao que, inicialmente, pretendia: aprofundei-me na área da educação, voltando-me pouco para os outros campos de estudo da Psicologia.

Quando retornei ao Brasil, tive a oportunidade de participar da Bandeira Científica, projeto de extensão sediado na Faculdade de Medicina em parceria com outros cursos da USP, supervisionado pela Prof^a. Dr^a. Ianni Scarcelli. Durante a expedição para a cidade de Itaobim (MG), participei de ações de prevenção e promoção de saúde. Essa experiência fez com que eu reconhecesse a importância da interdisciplinaridade nos ambientes de pesquisa e atuação profissional.

Durante todo o curso de Psicologia sempre me incomodou o fato de que uma área que faz interface com tantas outras estivesse “isolada” na universidade, já que o Instituto de Psicologia oferece apenas esse curso de graduação. Ainda que ocorressem diálogos pontuais com outros campos de conhecimento, sentia que as discussões caminhavam mais para a defesa da construção de um saber específico da Psicologia sobre os objetos em questão, do que para a elaboração de saberes compartilhados por diferentes áreas, que permitiriam leituras mais complexas do que se pretendia conhecer. Ao concluir a graduação, comecei a trabalhar como

professora e terapeuta. Especializei-me em Psicopedagogia Clínica e Institucional, o que me instrumentalizou para continuar atuando nesses dois segmentos.

Em 2013, comecei a interessar-me pelos estudos relacionados à Saúde Sexual e à Saúde Reprodutiva. Passei a envolver-me em movimentos de defesa dos direitos das mulheres e a participar de grupos que ofereciam orientações sobre direitos reprodutivos a gestantes e seus familiares. Com frequência, nesses encontros discutiam-se temas relacionados à percepção das mulheres gestantes ou puérperas sobre seu próprio corpo ou sobre o “corpo feminino” como entidade simbólica. Eram comuns falas que definiam o corpo da mulher como “defeituoso”, despreparado para a gestação ou para o parto. Os discursos que essas mulheres construíam sobre o corpo pareciam influenciar a forma como vivenciavam e faziam suas escolhas sobre o parto, aumentando sua vulnerabilidade a determinadas intervenções ou situações de violência a que pudessem estar expostas, ou então, lhes permitindo vivenciar de forma mais autônoma e segura essa experiência.

Esses temas também estavam presentes em minha vivência como professora de Ensino Fundamental e Médio nas falas de minhas alunas sobre o corpo feminino, durante aulas sobre questões relacionadas à sexualidade, e como terapeuta, nas percepções de minhas pacientes sobre suas experiências enquanto mulheres.

Esse percurso despertou meu interesse em aprofundar-me em temas relacionados à saúde da mulher. Inscrevi-me, então, como aluna especial na disciplina *Seminários de Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Gênero* e no processo seletivo para o Mestrado do Programa de Saúde Pública. Minha experiência com aquela disciplina foi extremamente positiva. Conduzida por três professoras, com formações e percursos profissionais distintos, que estavam simultaneamente em sala de aula, senti que se construíam ali discursos interdisciplinares sobre os diversos objetos que eram trazidos como tema para as aulas. A disciplina inseriu-me em um campo teórico completamente novo para mim e ofereceu-me subsídios para a construção de meu pré-projeto de pesquisa. Mais importante do que isso: essa disciplina colocou-me em contato com a Prof^a. Dr^a. Cristiane da Silva Cabral. Eu, que “fugia” dos psicólogos, encontrei em uma ex-psicóloga, sanitarista, com formação em ciências sociais, a orientadora crítica que eu procurava e com quem me identifiquei ao longo daquele semestre.

Após a minha aprovação no Mestrado, optei por não solicitar uma bolsa de estudos e continuar dedicando-me ao trabalho como professora. Ao longo do ano de

2015, dediquei-me à construção de meu projeto de pesquisa, que se configurou a partir do contato com os trabalhos que já vinham sendo desenvolvidos pela professora Cristiane. A certeza que eu tinha era de que queria trabalhar com temas referentes à sexualidade de mulheres jovens. Embora não tivesse qualquer experiência no trabalho com pessoas vivendo com HIV, interessei-me pelo estudo “GENIH – Gênero e infecção pelo HIV: práticas e decisões relativas à saúde sexual e reprodutiva” e pela possibilidade de desenvolver um trabalho a partir de dados quantitativos, o que também seria uma novidade e um desafio para mim. Estabelecemos um recorte temático e elegemos como objeto de estudo o processo de iniciação sexual de mulheres jovens vivendo com HIV/Aids.

Durante aquele ano também cursei disciplinas que permitiram que eu me aprofundasse em temas relacionados epidemiologia – área completamente nova para mim e cujo conhecimento era essencial para o desenvolvimento de meu trabalho –, às ciências sociais, à sexualidade e à formação docente.

Após a qualificação de meu projeto, considerando as observações dos professores presentes na banca – Profa. Dra. Regina Maria Barbosa e Prof. Dr. Ivan França Junior – tive que fazer escolhas com relação à metodologia que empregaria para lidar com o objeto de pesquisa que havia elegido. Considerando questões de ordem prática, como o tempo que teria para desenvolver a pesquisa, optamos por trabalhar com uma metodologia quantitativa. Para isso foi fundamental o apoio e a consultoria estatística oferecidos pela Stela Verzinhasse Peres. Ao longo de todo processo, foi também muito enriquecedora a possibilidade de troca de experiências com o grupo de orientandos da Prof^a. Cristiane. O intercâmbio de informações sobre o processo de trabalho de cada um permitiu que se compartilhassem referências, saberes e reflexões, além de oferecer a possibilidade de conhecermos um pouco mais sobre outros objetos e metodologias de pesquisa.

Embora esse percurso pareça um tanto quanto incerto, creio que minhas escolhas apresentem um aspecto que as unifica: o interesse pela afirmação dos direitos humanos, em especial, os direitos das crianças, adolescentes e jovens que se encontram em situação de marginalização e de vulnerabilidade.

Foi nessa perspectiva que desenvolvi o trabalho que aqui apresento. O primeiro capítulo traz uma revisão da literatura sobre juventude, sexualidade e HIV/Aids no Brasil. Os capítulos segundo e terceiro descrevem os objetivos do estudo e a metodologia adotada para o seu desenvolvimento. O capítulo seguinte

apresenta os resultados e está dividido em quatro seções. A primeira visa caracterizar a população do estudo de acordo com indicadores sociodemográficos. Essa seção já traz as jovens divididas em três segmentos: aquelas que não vivem com HIV, as que vivem com HIV infectadas por transmissão vertical e as que vivem com HIV infectadas por outras vias. Na revisão da literatura, não foram encontrados estudos que abordassem o tema da idade da primeira relação sexual de jovens vivendo com HIV/Aids de acordo com a via de infecção, por isso julgamos que seria interessante identificar as especificidades do processo de iniciação sexual em trajetórias marcadas distintamente pelo HIV. A segunda seção apresenta dados referentes à idade da primeira relação sexual consentida das jovens de cada um desses segmentos, relacionando a via de infecção com alguns indicadores sociodemográficos, bem como com elementos que caracterizam o contexto da primeira relação sexual. A terceira seção apresenta uma descrição sobre as jovens que declararam não ter se iniciado sexualmente. Esse grupo compreende apenas jovens vivendo com HIV, uma vez que não ter tido relações sexuais era um critério de exclusão do estudo original para aquelas que não viviam com HIV. Ao argumentar que a iniciação sexual é um processo e que não se reduz a primeira relação sexual, consideramos importante conhecer os principais eventos reprodutivos presentes nas trajetórias dessas jovens, uma vez que eles também modulam o processo de socialização para a sexualidade na juventude. Assim, a última seção apresenta os resultados referentes às trajetórias reprodutivas das jovens vivendo com HIV.

Ainda que cada uma das seções traga reflexões sobre os dados apresentados em cada etapa do estudo, fazendo referências à literatura, o quinto capítulo apresenta a discussão final, que articula dados produzidos ao longo de toda a pesquisa e explora resultados que podem ser considerados mais relevantes para a construção do conhecimento científico e para os serviços que oferecem tratamento para pessoas vivendo com HIV/Aids. Por fim, o último capítulo traz algumas considerações sobre limitações e possíveis desdobramentos do estudo.

Raquel Zanelatto Alves da Silva

Dezembro de 2017

1 INTRODUÇÃO

Em 1981, nos Estados Unidos, foram notificados os primeiros casos de Aids, uma doença sexualmente transmissível, associada, na época, a grupos sociais específicos. O prognóstico era bastante negativo, uma vez que a probabilidade de morte ainda no primeiro ano após o diagnóstico era alta.

Desde então, especialistas de diversos campos do saber iniciaram estudos sobre o vírus da imunodeficiência humana (HIV), a síndrome e seus desfechos. Nesse contexto, diferentes discursos sobre a Aids passaram a ser construídos tanto pela medicina e por outras ciências da saúde, como pelo senso comum, a partir da divulgação do tema na grande mídia e das experiências vivenciadas pelos indivíduos em seu meio social.

Por tratar-se de uma doença transmissível por via sexual e devido ao contexto social em que se deu a notificação dos primeiros casos¹, os sentidos produzidos socialmente sobre a Aids construíram-se a partir de representações sobre a sexualidade já presentes nas culturas que entravam em contato com a epidemia. Ainda na década de 80, mas mais intensamente na década seguinte, houve um aumento no número de diagnósticos entre mulheres e menores de 15 anos (BARBOSA; VILLELA, 1996). Desde então, a construção social do tema passou a estar permeada também pelas representações sociais sobre a mulher heterossexual, público que inicialmente parecia protegido de uma potencial infecção pelo HIV, produzindo uma rede complexa de significações sobre as mulheres e a Aids.

Quando um tema se torna objeto de estudo das ciências sociais, o pesquisador deve reconhecer-se frente a representações preestabelecidas desse objeto que tendem a ser naturalizadas pelas práticas sociais e que o induzirão a uma determinada forma de apreensão do tema. Cabe, então, ao pesquisador, cuidar para que não reproduza em seu estudo essas pré-noções que instituem determinado objeto como um “problema social” (LENOIR, 1996). Ao contrário, esse deve

¹ Os primeiros casos de pneumonia rara em pessoas saudáveis e de sarcomas de Kaposi em indivíduos jovens foram detectados, em 1981, entre pacientes homossexuais do médico americano Joel Weissman. Percebeu-se que esses sinais estariam associados a uma nova síndrome, inicialmente chamada de *gay compromise syndrome*. Apenas no ano seguinte, com o aumento de casos identificados em pessoas heterossexuais, o Centro de Controle de Doenças americano, descreveria a doença como Aids e sugeriria uma possível etiologia viral (CAMARGO Jr, 1994).

considerar que seu objeto de pesquisa consiste, primeiramente, em uma análise do “processo pelo qual se constrói e se institucionaliza o que, em determinado momento do tempo, é constituído como tal” (LENOIR, 1996, p. 73).

O foco do presente trabalho é o processo de iniciação sexual de mulheres jovens vivendo com HIV/Aids. Trata-se de um desdobramento temático de um estudo maior intitulado “GENIH – Gênero e infecção pelo HIV: práticas e decisões relativas à saúde sexual e reprodutiva”². Portanto, antes de qualquer descrição metodológica sobre o tratamento dado ao tema, cabe apresentar o processo de construção da *Aids entre mulheres jovens* como um problema social, considerando que as representações sobre Aids, sobre a sexualidade feminina e sobre a sexualidade juvenil constituem-se como temas que perpassam as representações sociais sobre o objeto eleito como tema desta pesquisa.

1.1 JUVENTUDES: PROCESSOS E TRAJETÓRIAS

Certas fases da vida, como a infância, a adolescência, a meia-idade ou a velhice são reconhecidas em determinadas circunstâncias econômicas políticas e sociais, e desconsideradas em outros contextos, em que não emergem como problema social (PAIS, 1990; LENOIR, 1996; ARIÈS, 1981). Ao considerar como objeto de estudo as mulheres jovens, é necessário primeiramente problematizar o conceito de juventude, visto que se trata de um objeto socialmente construído e não de uma etapa da vida que se dá de forma natural e objetiva como prega o senso comum (PAIS, 1990; BOURDIEU, 1983).

Cada instituição delimita e nomeia de modo diferente o que entende por adolescência ou juventude. O Ministério da Saúde brasileiro se utiliza da classificação etária estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera como adolescentes os indivíduos com idade entre 10 e 19 anos e como jovens os de 15 a 24 anos (BRASIL, 2013a). Para fins legais, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990) descreve como criança o indivíduo com idade até 12 anos e como adolescente aquele com idade entre 12 e 18 anos. Desde

² Sob coordenação geral de Regina Maria Barbosa, do NEPO/UNICAMP, o GENIH é o primeiro estudo no Brasil que aporta dados comparativos entre amostras representativas de mulheres vivendo (MVHA) e não vivendo com HIV/Aids (MNVHA), usuárias de serviços públicos de saúde do município de São Paulo.

2006, a Secretaria Nacional de Juventude (SNJ) estabeleceu três grupos etários distintos que comporiam a população jovem: “adolescentes-jovens” (15 a 17 anos), “jovens-jovens” (18 a 24 anos) e “jovens adultos” (25 a 29 anos) (NOVAES et. al., 2006). O Estatuto da Juventude (EJ) (BRASIL, 2013a), publicado em 2013, contempla essas três faixas, considerando os jovens de 15 a 29 anos como um grupo de cidadãos que goza de direitos específicos, em especial no que se refere a aspectos ocupacionais e de convivência social que devem ser contemplados pelas políticas públicas.

Embora esses organismos definam limites cronológicos para a adolescência e a juventude, essas demarcações etárias são arbitrárias, e estão inseridas em um contexto de disputa de poder. Quando uma sociedade determina em que momento se inicia uma nova fase da vida, estabelece limites e definições hierárquicas que demarcam lugares sociais (ARIÈS, 1981). Essa organização favorece uma percepção de homogeneidade entre aqueles que são classificados como pertencentes a uma mesma geração. Por essa estratégia, submete-se à categoria adolescentes ou jovens universos sociais que possuem, às vezes, mais distinções do que semelhanças (BOURDIEU, 1983).

Não é possível negar que existem marcadores biológicos que diferenciam indivíduos de idades distintas. A puberdade, por exemplo, é caracterizada por transformações hormonais e físicas interpretadas como marcadores da entrada na adolescência. Contudo, pode-se pensar a adolescência ou a juventude como “um dado biológico socialmente manipulado e manipulável” (BOURDIEU, 1983, p. 113). Cada cultura destaca determinados elementos fisiológicos ou anatômicos e os significa de modo a organizar grupos etários, aparentemente homogêneos. Isso faz com que os jovens sejam considerados como pertencentes a uma única cultura juvenil (PAIS, 1990) e não como:

um conjunto social necessariamente diversificado, perfilando-se diferentes culturas juvenis, em função de diferentes pertencas de classe, diferentes situações econômicas, diferentes parcelas de poder, diferentes interesses, diferentes oportunidades ocupacionais, etc. (PAIS, 1990, p. 140).

Entre os séculos XIX e XX, a interpretação do conceito de juventude passou por profundas transformações. Em especial, devido ao discurso divulgado pela psicologia e pela psicanálise, e reproduzido pelos meios de comunicação, as

representações contemporâneas sobre a adolescência a caracterizam como um período de crise e problemas, que seria natural, universal e atemporal. No entanto, já na década de 1930, uma leitura sócio-histórica apontava para a construção social desse fenômeno (PAIS, 1990).

Na segunda metade do século XIX, observou-se um aumento da expectativa de vida nos países desenvolvidos e entre as camadas mais altas dos países em desenvolvimento (BOCK, 2004). Isso gerou a necessidade de retardar a entrada dos indivíduos no mercado de trabalho- criando-se um prolongamento entre a infância e a vida adulta -, o que garantiria maior especialização e diminuiria o desemprego estrutural naquele modelo econômico (PAIS, 1990; BOCK, 2004). Com isso, os jovens das classes mais abastadas passaram a permanecer mais tempo sob tutela de seus pais, frequentando a escola, o que favoreceu a criação de grupos de convivência entre jovens, e conseqüentemente de uma “cultura adolescente”, vista como fonte de problemas sociais pelos educadores da época, pois parecia conectada com marginalidade social e delinquência (PAIS, 1990). Embora esse fenômeno tenha estado por muito tempo circunscrito às altas classes sociais, ao instituir-se como uma “fase da vida”, a adolescência/juventude passou a ser naturalizada como uma categoria ou um *estado* e identificada a um padrão de comportamento interpretado como universal e homogêneo.

Vista como “fase de transição” entre a infância/mundo privado e a vida adulta/mundo público (GROPPO, 2017), a adolescência/juventude fica associada a um “período de latência social” (BOCK, 2004, p.41) e o adolescente ou jovem passa a ser colocado simbolicamente “fora do jogo” social (BOURDIEU, 1983). Essa leitura da juventude dificulta uma visão dos jovens como sujeitos de direitos e tende a desvalidar suas experiências, tidas, muitas vezes, como transitórias, passageiras e que, portanto, não devem ser “levadas a sério”.

A partir dos estudos culturais desenvolvidos inicialmente em Birmingham (JEFFERSON, 1982 apud GROPPPO, 2017), certa produção das ciências sociais propõe uma crítica à universalização do conceito de juventude, expondo a diversidade de experiências vivenciadas pelos jovens de diferentes classes, gêneros e raças, e elabora a noção de “juventudes”. Essa vertente considera a juventude como um *processo*, ou seja, “uma sequência de trajetórias biográficas entre a infância e a vida adulta” (Pais, 1990, p. 149) marcada tanto por acontecimentos históricos (e comuns a todo o grupo etário), quando por acontecimentos individuais,

inseridos em determinados contextos socioculturais que diversificam essas trajetórias (PAIS, 1990). Existiriam, portanto, diferentes processos de transição para a vida adulta e “quanto maior a heterogeneidade de combinações dos status escolar, laboral e familiar realizáveis, maior a complexidade do curso da vida e mais difícil se torna vislumbrar um padrão etário rígido para cada uma das transições” (DIAS, 2016, p. 19).

Estudos desenvolvidos com jovens no Brasil e na Europa sugerem que não existe mais um rito de passagem formal que caracterize a entrada na vida adulta (BOZON, 2002). O que se observa é uma diluição desse processo. A entrada na juventude e a transição para a vida adulta se manifestariam pela multiplicidade e acumulação de “primeiras vezes” experienciadas pelo sujeito, tais como a primeira viagem sem a supervisão dos pais, o primeiro trabalho, a primeira habilitação de motorista (CALVÈS et al., 2006). A cada uma dessas experiências inaugurais o jovem adquiriria atributos sociais de maturidade. A primeira experiência sexual com parceiro teria grande importância nesse cenário de autonomização social do adolescente e poderia representar um limite social decisivo para a entrada simbólica na juventude (LAGRANGE; LHOMOND, 1997 apud CALVÈS et al., 2006).

A opção por olhar para o fenômeno da juventude a partir de uma perspectiva biográfica, considerando o conceito de trajetórias, “implica reconstruir a sequência dos eventos vividos pelo indivíduo inscritos em seu contexto” (HEILBORN, 2006, p. 43). Compreendendo a juventude dessa forma é possível fazer distinção entre eventos que tenham acontecido de modo simultâneo no percurso de vida do indivíduo e identificar conexões possíveis entre eles (HEILBORN, 2006).

1.2 JUVENTUDE E INICIAÇÃO SEXUAL NO BRASIL

Conforme descrito pelo sociólogo alemão Norbert Elias (1897-1990), durante o processo civilizatório, observou-se a transição de um mundo social em que as emoções são explícitas, para uma sociedade em que os indivíduos são chamados a dissimular e controlar impulsos, descrevendo-se normas um tanto quanto rígidas sobre hábitos alimentares, excreções e sexualidade. Nesse processo, construiu-se a distinção entre público e privado, elaborando-se a noção de “espaço íntimo” (BOZON, 2004).

A partir do século XIX, esse processo de normatização ganha força, com o desenvolvimento do conceito de sexualidade e das ciências destinadas a estudá-la. Essas manifestaram uma vontade de saber sobre os comportamentos sexuais individuais no intuito de regular condutas e estabelecer normas para as relações. Se antes a Igreja Católica tinha como alvo a sexualidade dos casais, esse novo esforço regulador passa a dirigir-se especialmente às crianças e às mulheres, promovendo uma medicalização da sexualidade, marcada pelo desenvolvimento da psicanálise freudiana (FOUCAULT, 1999).

Enquanto o contexto social comunitário tradicional permitia maior intercâmbio de experiências entre gerações diferentes, promovendo um aprendizado da sexualidade de modo direto, nesse novo cenário a sexualidade passou a ser significada como uma experiência crucial para a elaboração da subjetividade, afastando-se da ideia de reprodução, a qual estava anteriormente vinculada (BOZON, 2004). Nesse contexto de valorização da intimidade

a socialização sexual dos indivíduos já não pode mais ser vista como transmissão unilateral de um conjunto de normas e valores hegemônicos, adquiridos de maneira definitiva. O comportamento sexual é uma elaboração cada vez mais progressiva que recebe interpretações e reinterpretações ao longo de todo o curso da vida (BOZON, 2004, p. 98).

Pesquisas sobre a sexualidade da população realizadas no contexto francês (BOZON, 2004) indicam um enfraquecimento da regulamentação sexual por meio de princípios absolutos, o que levaria a uma maior diversidade de trajetórias sexuais e afetivas individuais. Se os princípios absolutos perdem força, as situações e os contextos relacionais passam a ter maior influência sobre a forma que os sujeitos interpretam seus comportamentos sexuais.

Embora esse processo se evidencie na França, aparentemente não é possível transpor essa perspectiva para a realidade brasileira, ao menos, quando se considera o contexto de iniciação sexual da juventude. Uma investigação sobre a sexualidade e reprodução de jovens brasileiros, com idades entre 18 e 24 anos, residentes nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador (Pesquisa GRAVAD) constatou que “a iniciação sexual [...] continua a se realizar em um contexto bastante estruturado, por vezes rígido, sobretudo no que diz respeito às relações entre homens e mulheres” (BOZON; HEILBORN, 2006, p. 155). Isso não significa dizer que a experiência de iniciação sexual se dá da mesma forma entre

todos os jovens: o modo como cada um vivencia essa etapa da vida variará muito de acordo com sua inscrição social, ou seja, haverá grande variabilidade na maneira como indivíduos de uma mesma geração, no Brasil contemporâneo, por exemplo, vivenciarão a entrada na sexualidade, mantendo-se, no entanto, uma estrutura mais rígida no que se refere às relações de gênero (HEILBORN, 2006).

É importante ressaltar que a iniciação sexual não se reduz à primeira relação sexual, mas constitui-se como um processo gradual de aprendizagem, “experimentação social e de impregnação pela cultura sexual do grupo, (...) na familiarização de representações, valores e papéis de gênero, rituais de interação e de práticas, presentes na noção de cultura sexual” (HEILBORN, 2006, p.35). Disso deriva que as condutas sexuais não são atemporais ou universais e somente é possível atribuir significados aos comportamentos sexuais levando-se em consideração os contextos históricos e culturais em que esses ocorrem (BOZON; GIAMI, 1999; GAGNON, 2006).

No contexto brasileiro, a cultura sexual “é marcada fortemente por uma categorização de gênero que reserva contrastivamente atitudes e qualidades para cada um dos sexos” (HEILBORN, 2006, p.36). Tradicionalmente, o gênero feminino é tido como passivo e emocional, em oposição ao masculino, compreendido como ativo e racional. Essa assimetria social entre os gêneros ainda se mantém e é reforçada socialmente por meio de teorias que propagam a estabilidade das diferenças entre homens e mulheres. Essa visão contribui para a naturalização e, conseqüentemente, para a manutenção das relações de gênero fundamentadas em representações muito antigas (MEAD, 1945; BOZON, 2004). Ainda que, no contexto atual, a passividade feminina tenha passado a ser questionada, possibilitando à mulher tomar mais iniciativa sexual e experimentar maior prazer e satisfação em suas experiências sexuais, essas transformações na forma de significar a sexualidade não estiveram acompanhadas por uma mudança significativa nas relações entre os sexos. Ainda é exercida forte vigilância sobre o homem para que manifeste sua masculinidade, por meio da explicitação de sua heterossexualidade. Em contraposição, exige-se da mulher uma manifestação de “virgindade moral” (HEILBORN, 2006).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS (BRASIL, 2009), em 1996, 26,7% das mulheres solteiras de 15 a 49 anos declararam-se como sexualmente ativas nos doze meses anteriores à

entrevista, em 2006 essa proporção cresceu para 45,7% das mulheres entrevistadas na mesma faixa etária. No entanto, ainda que se observe uma tendência de aumento da prática de relações sexuais antes do casamento, é esperado que as mulheres ajam com recato e demonstrem certa ingenuidade com relação à sexualidade, o que as coloca em posição de desvantagem ao negociar com o parceiro, por exemplo, o uso de contracepção, preservativo ou a realização de determinadas práticas sexuais que lhes confeririam maior prazer ou satisfação (HEILBORN, 2006; TAQUETTE, 2008).

Outro aspecto que denota essa assimetria está associado diretamente ao processo de iniciação sexual. Os rapazes tendem a iniciar com parceiras com quem possuem pouco vínculo afetivo, em geral com amigas/ficantes, ou, ainda que em menor frequência, em contextos de prostituição (TRONCO; DELL'AGLIO, 2012; BOZON; HEILBORN, 2006; TAQUETTE, 2004). Já para as moças, estar em um contexto de namoro parece ser importante para que a primeira relação aconteça. Esse desejo da existência de vínculo afetivo-amoroso com o parceiro da primeira prática sexual reforça que “o tradicional papel atribuído à sexualidade feminina, pelas relações de gênero, ainda forma a base do comportamento sexual dessas garotas” (BORGES, 2007, p.597).

Considerando a forma como se constrói a representação social da primeira relação sexual para homens e mulheres, percebem-se diferenças na forma como cada um dos gêneros significa esse acontecimento (BOZON; HEILBORN, 2006; CÁLVES et al., 2006). Enquanto para os homens a primeira relação sexual representa “a aquisição de um atributo viril impacientemente esperado, para as mulheres ela significa uma das primeiras passagens à conjugalidade” (p. 184). Em suma, enquanto as mulheres ainda são valorizadas pela passividade e “parcimônia com que elas se entregam” (BOZON, 2004, p. 95), os homens permanecem sendo valorizados devido ao “número de ‘objetos’ conquistados” (BOZON, 2004, p. 95). Dado esse contexto, a primeira experiência sexual tende a ser vivida em um ambiente de desequilíbrio e desigualdade entre os parceiros (BOZON; HEILBORN, 2006; CHONGO, 2007), o que interfere na forma como cada um significa sua própria sexualidade e em futuras estratégias de contracepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) (SPENCER, 1996; BAJOS; BOZON, 2008).

A manutenção dessa disparidade entre os sexos também se reflete na permanência da violência sexual contra as mulheres, que se manifesta com maior

frequência no âmbito das relações privadas do que no âmbito público, mas, em geral, não é reconhecida como tal nesse contexto (MATHIEU, 1985). As relações construídas entre os gêneros levam as mulheres a estabelecer uma oposição entre prazeres e perigos relacionados à sexualidade, desconsiderando que essas duas dimensões estão presentes no exercício da sexualidade (VANCE, 1984). A representação de uma cultura que caracteriza a sexualidade masculina como naturalmente agressiva faria supor que existem práticas sexuais completamente seguras e prazerosas, em oposição a condutas sexuais perigosas às mulheres. A mulher seria educada desde a infância para controlar a expressão pública de sua sexualidade, uma vez que essa expressão desencadearia o “instinto” sexual masculino dado como incontrolável. Quando a mulher não exerce esse controle sobre si está expondo-se ao risco de ser assediada ou violentada sexualmente, e caso isso ocorra arcará com a culpabilização pela inconsequência de seus atos. Nesse sistema de gêneros, aquele que age com violência é desresponsabilizado, enquanto a vítima passa a carregar a culpa por não ter se prevenido dos perigos considerados como “naturalmente” relacionados à uma determinada expressão da sexualidade (VANCE, 1984).

A representação da sexualidade como impulso que deve ser controlado é bastante associada à adolescência, tida por diversos autores (SCHALET, 2004) como fase em que esses impulsos afloram e momento ideal para que sejam domesticados. No senso comum, difunde-se comumente a ideia de uma adolescência precocemente erotizada e hiperssexualizada, o que seria estimulado pela cultura musical e televisiva produzida para esse público. Um exemplo é o artigo intitulado “Mães-crianças” (SERRA, 1999), em que o então Ministro da Saúde, José Serra, atribuía à mídia, a responsabilidade por influenciar a iniciação sexual precoce e com isso um aumento no número de gestantes com idade entre 10 e 19 anos, no final da década de 90. O mesmo discurso está presente nos dias de hoje nas discussões sobre como movimentos como o *funk* ou projetos voltados para a educação sexual na escola influenciariam o jovem a ter atividades sexuais antes do momento estabelecido como ideal por determinados setores da sociedade (TAQUETTE, 2008; MACEDO, 2015). Também alimenta a imagem do jovem como promíscuo, a consolidação da prática do *ficar*, que corresponde a estabelecer uma relação que inclui contato corporal íntimo, sem garantia de compromisso ou exclusividade entre os envolvidos. Muitas dessas relações iniciais evoluem para

namoros, enquanto outras não incluem, sequer, a expectativa de que os parceiros se reencontrem futuramente (SCHUCH, 1998, apud HEILBORN, 2006).

Ao contrário do que supõem esses discursos, de acordo com estudos recentes, a primeira relação sexual “não se dá de forma tão precoce” (KNAUTH et. al, 2006, p.400) entre os jovens brasileiros. O estudo GRAVAD não identificou uma tendência à precocidade da primeira relação sexual entre os jovens de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, capitais que participaram do estudo. Entre os jovens de 18 a 24 anos entrevistados no ano de 2002, a idade mediana para a primeira relação sexual foi de 16,2 anos para os meninos e 17,9 anos para as meninas (BOZON; HEILBORN, 2006). Ainda que os jovens se engajem em relacionamentos com parceiros já no início da adolescência, a socialização dos jovens à sexualidade com um parceiro vai preparando-se de modo progressivo a partir das relações estruturadas entre os sexos até que ocorra o ato sexual (HEILBORN, 2006). Evidenciou-se, no entanto, uma tendência a que os relacionamentos afetivos travados pelos jovens na atualidade desemboquem em relações sexuais em menor intervalo de tempo. Tradicionalmente, um casal podia manter um namoro sem a prática de relações sexuais durante um longo tempo: abster-se do sexo durante esse período provava que a relação era séria (HEILBORN, 1984). No entanto, esse modelo de relacionamento sofreu modificações, e na atualidade há uma tendência a que ocorra o contrário: as relações sexuais marcam a formação inicial do casal (BOZON, 2004; SCHALET, 2004; LE GALL; LE VAN, 2007). Sendo assim, atualmente, tornou-se mais aceito – e até esperado, em determinados contextos – que os parceiros tenham contatos sexuais já no início da relação (BOZON; HEILBORN, 2006).

Dado esse contexto, namoros mais precoces tendem a desembocar em relações sexuais com menor frequência do que aqueles em cujos parceiros já apresentam mais idade, revelando uma experimentação progressiva de contatos afetivos/sexuais. Desse deslocamento resultou o “desaparecimento das primeiras experiências sexuais tardias (após os 20 anos), sem que a proporção das experiências muito precoces (15 anos ou menos) tenha aumentado sensivelmente” (BOZON, 2004, p.65). A literatura sobre o tema (PAIVA et. al, 2008; BOZON; HEILBORN, 2006) aponta para uma tendência à estabilização da primeira relação

sexual entre 15 e 19 anos não apenas no Brasil, mas também em diversos outros países desde a década de 90 (BOZON, 1993, 2003, 2005³).

A partir de meados da década de 80, com o início da epidemia de Aids, o comportamento sexual passou a estar associado diretamente ao risco de infecção por uma doença altamente letal e, na época, sem qualquer perspectiva de cura (BOZON; LERIDON, 1996; GONÇALVES et al., 2009). A atividade sexual, que até então era pensada apenas pela lógica da reprodução e do prazer, passa a ocorrer em um contexto de proteção à saúde (BARBOSA; VILLELA; UZIEL, 1995). Ainda que esse novo elemento se vincule às representações sociais sobre a sexualidade já presentes nas culturas e a elas permaneça subordinado, ele repercute nas práticas sexuais dos indivíduos, em especial, dos jovens que se iniciaram sexualmente em um mundo que já conhecia e temia o vírus HIV.

Uma das principais mudanças que se observa nesse novo contexto diz respeito ao uso de preservativos durante as relações sexuais. O preservativo já era produzido industrialmente desde o final do século XIX. Ainda que tenha tido seu uso disseminado como método contraceptivo na primeira metade do século XX, passou a ser substituído a partir da década de 60, sobretudo em função da criação, disseminação e forte aceitação da pílula anticoncepcional (FONTANELL; WOLFROMM, 2010).

Com a possibilidade da infecção pelo HIV, o uso do preservativo passou a ser recomendado fortemente como estratégia de controle da epidemia. Inquéritos brasileiros realizados entre os anos de 1998 e 2005⁴ (PAIVA et al., 2008) indicaram um aumento significativo do uso da camisinha masculina na primeira relação sexual no período. Enquanto em 1998, 51% das mulheres indicaram uso de preservativo na primeira relação sexual, em 2005 esse índice foi de 62,5% (PAIVA et. al, 2008). Observou-se aumento de uso do preservativo independentemente da primeira relação ter ocorrido no contexto de um relacionamento estável ou com um parceiro

³ Não foram encontrados estudos quantitativos desenvolvidos com populações abrangentes que apresentassem dados sobre a idade e contextos de iniciação sexual dos jovens brasileiros após a disseminação do acesso à internet e, por consequência, às redes sociais e aos aplicativos que promovem o encontro de pessoas interessadas em relacionamentos afetivos. As mudanças na esfera dos comportamentos sexuais e reprodutivos tendem a se processar de forma bastante lenta (BOZON, 1996) No entanto, é bastante provável que os novos contextos de socialização que esses espaços de comunicação e informação proporcionam, em especial aos jovens, venham a interferir no processo de iniciação sexual das novas gerações.

⁴ Os inquéritos foram conduzidos nas duas edições do estudo “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids”, que contemplou uma amostra nacional domiciliar da população urbana (PAIVA et. al, 2008).

casual. Esses dados reforçam o papel do preservativo no controle da epidemia de HIV/Aids, para além de sua função como método contraceptivo.

Dados mais recentes indicam uma estabilização nesse índice: em 2013, 64,2% dos jovens sexualmente ativos entre 15 e 24 anos relataram ter utilizado preservativo em sua primeira relação sexual (BRASIL, 2016a). Ainda assim, o brasileiro continua apresentando níveis de uso do preservativo inferiores aos de populações de outros países, apesar de contar com a distribuição gratuita dos mesmos pelos serviços de saúde desde 1994 (UNAIDS, 2016; MARQUES, 2003; LAGO, 2016).

Embora as escolhas com relação à prevenção aparentemente estejam baseadas nas informações “técnicas” difundidas pela medicina a respeito da Aids, os contextos, os modelos de relacionamento em que está inserido, o tipo de relação que estabelece com o parceiro e as representações do indivíduo sobre doença, sexualidade e afetividade – muitas dessas divulgadas pelo próprio saber produzido pelas ciências da saúde - vão influenciar diretamente nas práticas de prevenção (SPENCER, 1996; BAJOS; MARQUET, 2000). Assim, não se pode ignorar que outros elementos importantes da sexualidade de ordem sociocultural, como a representação do casal sobre fidelidade e exclusividade, por exemplo, poderiam entrar em conflito com a esperada “racionalidade” dos indivíduos expostos a potenciais situações de contato com o vírus HIV (BOZON; LERIDON, 1996).

No início de 2014, entrou em vigor o Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013a), com o objetivo de estabelecer os direitos dos jovens com idade entre 15 e 29 anos, reconhecendo especificidades da população com idade entre 19 e 29 anos, que não estava contemplada pelo ECA, mas que apresentava necessidades diferentes do restante da população adulta. Esse documento (BRASIL, 2013a) prevê a “inclusão, nos conteúdos curriculares, de temas relacionados à sexualidade, respeitando a diversidade de valores e crenças” (p.24) e a inserção de temas relacionados “à saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e dos direitos sexuais” (p.25) nos projetos pedagógicos das instituições de ensino de diferentes níveis. Essas medidas demonstram concordância com o que já se previa desde 1998, nos Parâmetros Curriculares Nacionais, que apresentam o tema “orientação sexual” como transversal ao currículo no Ensino Fundamental e Médio.

O EJ também prevê a inclusão de temas como orientação sexual, gênero e violência doméstica e sexual praticada contra a mulher “na formação dos

profissionais de educação, de saúde e de segurança pública e dos operadores do direito” (BRASIL, 2013a, p.23). O documento ainda reforça, no caso dos profissionais de saúde, a importância de que sejam também capacitados “em uma perspectiva multiprofissional, para lidar com temas relativos à saúde sexual e reprodutiva dos jovens” (Idem, p. 25).

Apesar das orientações dispostas no EJ, o Plano Nacional para a Educação, aprovado em junho de 2014, que estará vigente pelos próximos dez anos, não trata sobre questões relacionadas à sexualidade ou mesmo sobre discriminação motivada por gênero dentro do ambiente escolar. Embora em seu texto original houvesse menção a esses aspectos, devido à pressão da ala mais conservadora do Congresso, o termo “gênero” foi retirado da redação do plano aprovado. Em 2015, observou-se o mesmo processo em diversas câmaras municipais nas votações dos Planos Municipais de Educação, inclusive na cidade de São Paulo.

A aprovação desses últimos documentos representa um retrocesso no que concerne às conquistas dos jovens com relação a uma educação que contemple os aspectos relacionados à sexualidade (CORRÊA, 2016). Embora os documentos oficiais tragam propostas que consideram os direitos sexuais dos jovens no Brasil, há um distanciamento entre as formulações propostas e sua operacionalização: as ações ainda são fragmentadas, desarticuladas e com problemas de implantação. Na prática, as ações de educação sexual ainda têm caráter conservador, pouco questionam os estereótipos de gênero, classe, etnia e diversidade sexual e predominantemente voltam-se exclusivamente para a prevenção de IST/Aids; logo, aborto, planejamento reprodutivo e contracepção - temas que impactam indicadores de saúde pública e interferem também na prática dos jovens com relação ao uso do preservativo, por exemplo - não têm recebido atenção (CABRAL; HEILBORN, 2010).

1.3 CENÁRIOS DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS: EPIDEMIOLOGIA E POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO

A partir da década de 60 do século XX, embora muitos identifiquem um movimento de liberação sexual nas sociedades ocidentais, o que se deu foi “uma aceleração do processo de substituição de controles e disciplinas externos aos indivíduos, por meios de controles e disciplinas internos, que aprofundam as exigências sociais” (BOZON, 2004, p. 152). A epidemia de Aids parece ter tido

importante papel nesse cenário, uma vez que, nesse contexto, a preocupação médica com a sexualidade dos indivíduos - que já ocorria por meio de um esforço de normatização das condutas e do funcionamento sexual - passou a expressar-se no plano político, por meio das recomendações de substituição de práticas sexuais consideradas “de risco” por outras que, supostamente, envolvessem menor probabilidade de contato com o vírus (BOZON, 2004; CAMARGO Jr., 1994).

As primeiras hipóteses sobre a etiologia da Aids levantadas pela comunidade científica associaram a imunodeficiência percebida nos pacientes – todos homossexuais - à uma exaustão do sistema imunológico causada possivelmente por sucessivas infecções por IST, combinada ao uso de inalantes voláteis à base de nitrito de amilo (*poppers*) (BASTOS, 2006; CAMARGO JR., 1994). No processo de construção do conhecimento sobre a Aids, os “homossexuais” foram descritos pelos estudos como essencialmente “promíscuos”, supondo uma homogeneidade desse grupo. Já com relação à população heterossexual – excluindo-se dela as trabalhadoras do sexo – esperava-se determinada normalidade sexual, ou seja, supunha-se previamente que não apresentavam práticas desviantes e que estariam livres da infecção.

Desse modo, primeiramente, a Aids foi associada como “castigo” por uma liberação sexual (MARQUES, 2003); em segundo lugar, a Aids não estava associada à sexualidade em si, mas a práticas sexuais específicas, desviantes ou perversas. Esses dois fatores combinados ao “discurso normalizador da medicina” (CAMARGO JR., 1994, p. 44) criaram a noção de “vítimas culpadas” e alimentaram o discurso da discriminação contra o infectado pelo vírus HIV (CAMARGO JR., 1994; BASTOS, 2006). Devido a essa forma de significar a doença, a transmissão heterossexual só começou a ser considerada a partir de 1983⁵, quando esposas de homens diagnosticados com Aids começaram a apresentar sintomas (CAMARGO Jr., 1994; MARQUES, 2003).

Em 1985, foram reconhecidos os primeiros casos de HIV em crianças, infectadas por transmissão vertical (TV), no Brasil. Na época, havia 20 mulheres brasileiras notificadas com HIV, o que representava uma proporção de 26,7 homens infectados para 1 mulher (BRASIL, 1998). Nos anos seguintes houve um aumento significativo nos casos de mulheres diagnosticadas. Em 1990, essa proporção já era

⁵ Ainda que em 1982, a Aids já fosse considerada uma doença de etiologia infecciosa.

de 5:1 e mais de 3.300 mulheres já haviam sido diagnosticadas com o vírus (BRASIL, 1998). Ainda assim, houve resistência por parte da comunidade médica brasileira em reconhecer que as mulheres estavam sob risco da infecção. Nesse contexto, na década de 90, observou-se um rápido processo de feminização da Aids, atingindo em especial mulheres subempregadas e com baixa escolaridade (BARBOSA; VILLELA, 1996; MARQUES, 2003).

Ao longo das quatro décadas da epidemia, foram dispendidos diferentes esforços na tentativa de combater a propagação do vírus HIV. O primeiro se deu em dezembro de 1986, com o início da implantação, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Aids. Esse programa reconhecia pela primeira vez a Aids como problema emergente de Saúde Pública e buscava prevenir novos casos da doença em indivíduos que pertenciam aos “grupos de risco” (homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas intravenosas). Não havia qualquer política de atenção aos já infectados ou doentes (MARQUES, 2003).

Em 1987, foi divulgada a primeira campanha televisiva visando à prevenção com relação à infecção pelo vírus da Aids, intitulada “Aids: você precisa saber evitar”. No ano seguinte, em paralelo a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), foi desenvolvido o Programa Nacional de Controle a IST e Aids. Em 1990, teve início a distribuição gratuita e universal, pelo SUS, de medicamentos (AZT, ganciclovir e pentamidina) às pessoas diagnosticadas com o vírus HIV (MARQUES, 2003; LÓPEZ, 2011), ação que fez com que o Brasil ganhasse destaque no cenário internacional com relação ao combate à epidemia. Em contrapartida, no ano seguinte o lançamento da campanha “Se você não se cuidar, a Aids vai te pegar”, baseada em causar medo na população com relação à possível contaminação pelo HIV e o risco de morrer, foi bastante criticada, uma vez que a estratégia desconsiderava questões éticas com relação à pessoa diagnosticada com o vírus (CAMARGO JR., 1994).

Ainda no decorrer da década de 90, dois empréstimos para a contenção de Aids e outras IST foram concedidos pelo Banco Mundial ao governo brasileiro (LÓPEZ, 2011; MATTOS; TERTO Jr., 2001). Ao contrário do recomendado pelo Banco Mundial, o Brasil continuou investindo na distribuição gratuita de medicamentos e, a partir de 1994, passou também a distribuir gratuitamente preservativos (MARQUES, 2003).

Em 1997, o Ministério da Saúde, por meio da portaria 874 (BRASIL, 1997), instaurou um *Guia de Condutas Terapêuticas em HIV/IST*, no qual recomendava a oferta do teste para o HIV a toda gestante, visando prevenir a TV. Este documento já questionava a noção de “situações de risco para o HIV”, considerando que qualquer gestante deveria ser testada e aconselhada pré e pós-teste. A mesma portaria recomendava que a partir da 14ª semana de gestação fosse oferecido o AZT às gestantes que viviam com HIV, ainda que tivessem baixa carga viral e não tivessem desenvolvido a Aids.

Dois anos depois, o Ministério da Saúde lança o documento *Política Nacional de IST/Aids: Princípios e Diretrizes* (BRASIL, 1999), em que entre outras medidas descrevia estratégias direcionadas à redução de infecção do HIV em mulheres e a prevenção da transmissão vertical do HIV, destacando o início da oferta da terapia antirretroviral (ARV) com vistas a retardar a progressão da imunodeficiência, aumentando a sobrevida dos pacientes e proporcionando melhor qualidade de vida ao diminuir a incidência de doenças oportunistas. Os medicamentos ARV passam a ser oferecidos gratuitamente às gestantes diagnosticadas com o HIV.

No ano de 2007, a Secretaria de Vigilância em Saúde publicou o *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis* (BRASIL, 2007), atualizando as recomendações sobre práticas preventivas a serem aplicadas durante o pré-natal, no momento do parto e no acompanhamento ao recém-nascido e a puérpera, e buscando padronizar o atendimento em toda a rede de saúde nacional, guardando as especificidades de cada região. Segundo o protocolo, em 25% das gestações de mulheres infectadas pelo HIV ocorre a transmissão vertical do vírus, por isso a necessidade de que fossem realizadas as seguintes intervenções:

o uso de anti-retrovirais a partir da 14ª semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT ou terapia anti-retroviral tríplice; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo eletivo em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade (BRASIL, 2007, p.13).

Tomadas as medidas acima, as chances de TV caem para 1 ou 2% (BRASIL, 2007). As orientações com relação ao tratamento e manejo da infecção pelo HIV em

crianças, adolescentes e adultos foi atualizada em 2008, e novamente no final de 2013. Nessa última revisão, o governo federal implantou um novo *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos* (BRASIL, 2013b) que prevê tratamento com medicamentos antirretrovirais para todos os adultos diagnosticados com HIV, independentemente do número de células CD4 no organismo. De acordo com a OMS, recomenda-se que os países garantam o tratamento para aqueles indivíduos que apresentem menos de 500 CD4/mm³ de sangue. A medida implementada pelo Brasil, reduziria a taxa de transmissão do HIV em 96%, e foi bastante elogiada pela ONU (Organização das Nações Unidas) e pela OMS (ABIA, 2013). No entanto, algumas vertentes da comunidade médica questionam a medicalização de pessoas que não desenvolveram a doença, considerando que há efeitos colaterais e subjetivos do uso da terapia antirretroviral (como, por exemplo, reconhecer-se doente por tomar uma série de medicamentos diários) (CLAM, 2014).

Além da oferta de tratamento, o governo federal, desde 2003, tem incentivado a população a realizar o teste rápido para o HIV e outras IST, por meio de ações de testagem em unidades de saúde e em espaços públicos, que compõem a campanha *Fique Sabendo*, cuja última edição ocorreu no final de 2016. Com o recrudescimento do HIV entre a população jovem (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2016b), o Ministério da Saúde lançou no final de 2014, a campanha *#partiu teste* que buscava, por meio da linguagem das redes sociais, estimular o público jovem a realizar a testagem para o HIV⁶.

A partir de dezembro de 2016, o Ministério da Saúde passou a adotar a estratégia da Prevenção Combinada, divulgando diferentes meios de se prevenir e estimulando a população a fazer uso das estratégias que mais se adequem ao seu perfil. Entre as estratégias estão o uso dos preservativos masculino e feminino, as políticas de redução de danos (com o estímulo ao não compartilhamento de objetos perfuro-cortantes), a testagem regular de HIV, o exame de HIV e outras IST durante o acompanhamento pré-natal, o diagnóstico e tratamento de outras IST que

⁶ As estratégias de testagem e tratamento têm sua eficácia reduzida por ocorrerem sem investimento paralelo em ações estruturais que articulem prevenção à promoção dos direitos de pessoas vivendo com HIV/Aids e/ou por não considerarem as características epidemiológicas da doença nos diferentes contextos brasileiros (GRANGEIRO et al., 2012; FERRAZ; PAIVA, 2015). O controle das taxas de incidência de infecções pelo HIV e de mortalidade pela Aids dependeria necessariamente de estratégias eficazes para a redução do estigma associado a viver com HIV e das dificuldades de inserção social, em especial, das pessoas que compõem os grupos mais atingidos pela epidemia (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015; GRANGEIRO, 2016).

favorecem a infecção HIV, a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição pelo (PrEP).

A PEP já é fornecida pelo SUS desde 2012 para a população geral que tenha sido exposta ao vírus HIV (acidente de trabalho, violência sexual ou relação sexual consentida sem uso de preservativo) (BRASIL, 2015a)⁷. Em maio de 2017, também a PrEP passou a ser oferecida nos serviços de referência ao tratamento para o HIV/Aids a pessoas que estariam em maior risco de infecção pelo HIV (homossexuais masculinos e outros HSH, pessoas que usam drogas, profissionais do sexo e pessoas trans⁸). No entanto, a quantidade de medicamento disponibilizada ainda não abrange toda a população que deveria fazer uso desta via de prevenção para um combate eficaz à epidemia segundo recomendação da OMS, como os casais sorodiscordantes, por exemplo (BRASIL, 2017; COLUCCI, 2017).

1.4 JUVENTUDE E HIV/AIDS

O primeiro caso de Aids em jovens, no Brasil, foi notificado em 1982. Desde então, identificaram-se 91.578 casos, entre jovens de 15 a 24 anos, até junho de 2016 (BRASIL, 2016b). No cenário global, entre a população adulta que vive com HIV, 51% são mulheres; no entanto, quando se considera apenas a população entre 15 e 24 anos, a proporção de mulheres sobe para 58% (UNAIDS, 2014; UNAIDS, 2017). A cada quatro minutos, três jovens mulheres são infectadas pelo HIV, o que se configura como a terceira principal causa de morte entre mulheres jovens de 15 a 29 anos globalmente (UNAIDS, 2017).

Na realidade brasileira observa-se um fenômeno parecido, embora a taxa de detecção da infecção por HIV seja maior entre homens do que entre mulheres em todas as faixas etárias, com exceção dos menores de nove anos. Enquanto na população geral vivendo com HIV/Aids a razão homem/mulher é de 1,8; quando considerados apenas aqueles com idade entre 13 e 19 anos, essa razão diminui para 1,3 (BRASIL, 2014a).

⁷ Antes disso a PEP era destinada exclusivamente a profissionais da saúde, e desde 2011 a vítimas de violência sexual.

⁸ Enquanto a prevalência de pessoas vivendo com HIV/Aids na população brasileira é estimada 0,4%, entre HSH, profissionais do sexo, travestis, transexuais ou pessoas que usam drogas essa estimativa varia de 5 a 10,5% (BRASIL, 2014a).

O Ministério da Saúde estima que em 2014⁹, 734 mil brasileiros viviam com HIV/Aids, contudo cerca de 20% desconheciam sua condição (BRASIL, 2014a). Entre os jovens sexualmente ativos, de 15 a 24 anos, um terço já realizou o teste para detecção do HIV ao menos uma vez na vida. Por serem testadas durante a gestação, a proporção de mulheres jovens que já realizou o teste é maior que a de homens, sendo respectivamente 45,7% e 16,1% (BRASIL, 2013b).

Até o ano de 1995, a taxa de detecção de casos de Aids em jovens de 15 a 24 anos apresentava aumento progressivo, mantendo-se estabilizada após 1996 (BRASIL, 2013b). No entanto, de 2006 para 2015, observou-se um aumento dessa taxa nessa população, em especial, quando considerados apenas os jovens entre 15 e 19 anos, cujo aumento na detecção mais que triplicou (de 2,4 para 6,9 casos/100 mil hab.). Se considerados apenas os jovens com idade entre 20 e 24 anos observa-se aumento de 15,9 para 33,1 casos/100 mil hab. (BRASIL, 2016b).

Esse aumento indica que apenas o estímulo à testagem e a promessa de oferta de tratamento a população com diagnóstico positivo não previnem a transmissão do vírus, em especial entre os mais jovens. São fundamentais políticas que considerem não apenas os aspectos epidemiológicos e médicos conhecidos sobre o vírus HIV e sobre o desenvolvimento e tratamento da Aids, mas que levem em conta também as representações que os diferentes grupos sociais constroem sobre a Aids, a sexualidade e as relações entre os gêneros. Além disso, é importante que nas práticas de prevenção e tratamento da doença estejam assegurados os direitos civis, sexuais e reprodutivos àqueles que vivem com o vírus e àqueles que necessitam prevenir-se da infecção.

Nesse sentido, em 2013, o Ministério da Saúde publicou as *Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids* (BRASIL, 2013c). O documento visa esclarecer os profissionais a respeito das especificidades do atendimento em saúde a essa população. O texto, bastante completo, traz orientações referentes à epidemiologia do HIV/Aids em jovens, adolescência, adesão ao tratamento, revelação diagnóstica, saúde sexual e saúde reprodutiva na juventude, avaliação nutricional e como fazer a transição desses jovens para serviços de atendimento ao adulto. O documento traz em suas seções trechos de

⁹ Apenas em 2014, a notificação do HIV passou a ser compulsória, até então havia apenas o registro dos casos de Aids, sem que se conseguisse identificar a magnitude da epidemia, pois não havia informação precisa sobre infectados, apenas sobre aqueles que haviam desenvolvido a síndrome (BRASIL, 2014b).

depoimentos de jovens a respeito dos aspectos abordados no texto, o que visa auxiliar os profissionais de saúde a considerarem os sentimentos, as demandas específicas e os aspectos éticos envolvidos no atendimento a esses jovens.

1.5 INFECÇÃO DO HIV POR TRANSMISSÃO VERTICAL NO BRASIL

No universo dos jovens que vivem com HIV/Aids, merece especial atenção o conjunto daqueles infectados por transmissão vertical. No ano de 1985, foi identificado o primeiro caso de TV no Brasil, e desde então mais de 14.536 casos foram notificados ao Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Considerados todos os casos notificados de janeiro de 1980 a junho de 2016, tem-se que 93% dos menores de 13 anos foram infectados por TV. Entre aqueles com 13 anos ou mais, 0,4% das mulheres e 0,3% dos homens infectaram-se por TV, sendo a via sexual a principal categoria de exposição ao HIV para essa parte da população, seguida do uso de drogas injetáveis (BRASIL, 2016b).

Sabe-se atualmente que a transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação, o trabalho de parto, o parto ou a amamentação. A combinação de diversos fatores pode estar associada a um aumento da probabilidade de transmissão entre mãe e filho, tais como: carga viral plasmática materna elevada, prematuridade gestacional e modalidade do parto (BRASIL, 2007; BRASIL, 2015b). Desde 2000, os casos de HIV identificados em gestantes e recém-nascidos são de notificação compulsória ao Ministério da Saúde. Segundo dados desse órgão, entre 2000 e junho de 2016 foram notificadas 99.804 gestantes vivendo com HIV/Aids no país (BRASIL, 2016b). Desde o ano 2000, tem-se observado maior concentração das gestantes infectadas com HIV na faixa de 20 a 24 anos. Essas correspondem a 28,6% de todas as gestantes soropositivas no Brasil (BRASIL, 2016b).

Entre 2006 e 2015, observou-se queda de 42,7% nos casos de transmissão vertical do HIV, no país. Embora haja diferenças importantes entre as regiões com relação a esse indicativo, no período, apenas a região Nordeste não apresentou uma tendência de queda (BRASIL, 2016b). No ano de 2015, a taxa de detecção de HIV em menores de 5 anos, que é o indicador utilizado para mensurar a transmissão vertical no país foi de 2,5 casos/100 mil hab. (BRASIL, 2016b).

Mesmo quando o diagnóstico do HIV é feito precocemente, a revelação dessa informação para crianças e jovens ainda é uma questão delicada entre muitas

famílias e alguns serviços de saúde (MARQUES et al., 2006; MONTENEGRO, 2009). Embora as recomendações da literatura sobre o tema sejam para que se estabeleça “um diálogo contínuo entre equipe de saúde, criança e família, de modo a aproximá-los progressivamente do momento da revelação” (MARQUES et al., 2006, p.619), muitos têm chegado a adolescência sem informações claras sobre sua história ou recebido a informação sobre seu diagnóstico de modo conturbado, solitário, experimentando a sensação de terem sido enganados por pessoas próximas em quem depositavam confiança, como familiares, cuidadores e profissionais de saúde. Com relação a importância da revelação do diagnóstico aos jovens, Marques et. al. (2006) destaca que:

Para os jovens, a revelação de seu diagnóstico possibilita-lhes recolocar-se frente a uma nova realidade, fazendo escolhas e tomando decisões dentro de alternativas reais, com a autonomia e controle possíveis. A adesão ao tratamento e atitudes responsáveis em relação a si mesmos e seus parceiros estão diretamente relacionadas à comunicação adequada entre os pacientes, suas famílias e cuidadores e os profissionais de saúde (p.627).

O modo como se dá a revelação do diagnóstico do HIV ao jovem pode ter impacto negativo sobre sua adesão ao tratamento, o que se agrava quando esse não se sente acolhido pela equipe de saúde que o acompanha (MONTENEGRO, 2009).

Os jovens infectados por transmissão vertical tendem a ser considerados vítimas inocentes da doença e a eles não se associa a noção de desvio moral, ainda presente no imaginário social a respeito daqueles que se infectam por via sexual. No entanto, em estudo recente com jovens infectados verticalmente pelo HIV (MONTENEGRO, 2009), todos os entrevistados decidiram não revelar seu diagnóstico para colegas ou professores, restringido a revelação dessa informação, na maioria das vezes, apenas a parentes mais próximos, por medo de serem discriminados por sua condição.

A exposição de seu diagnóstico torna-se mais delicada no contexto de relacionamentos afetivos ou sexuais:

A revelação da infecção pelo HIV a pessoas com as quais os adolescentes flertam e/ou mantém relações sexuais é motivo de grande ansiedade e preocupação para os participantes da pesquisa. Alguns dos participantes preferem não revelar seu diagnóstico a todos os namorados(as) e, em alguns casos, preferem não discutir questões relativas ao uso de

preservativos com seus(suas) parceiros(as) sexuais (MONTENEGRO, 2009, p. 96).

Uma pesquisa com jovens infectados por transmissão vertical, desenvolvida na cidade de Brasília (NEVES, 2008) indicou que a maior parte dos jovens entrevistados, seja por desconhecer o próprio diagnóstico, seja por não receber orientações e informações adequadas por parte de seus cuidadores, familiares, educadores ou profissionais de saúde, não fez uso ou fez uso inconsistente do preservativo em suas primeiras relações sexuais.

Outro estudo recente (PAIVA et. al., 2011) entrevistou em profundidade 21 jovens vivendo com HIV/Aids e seus cuidadores, a respeito de suas experiências e expectativas relacionadas a relações afetivas e sexualidade. Em especial entre os jovens infectados por transmissão vertical, evidenciou-se a dificuldade em revelar seu diagnóstico para os parceiros com quem namoraram, “ficaram” ou tiveram relações sexuais. Percebeu-se que “administrar a condição de soropositividade em seus relacionamentos afetivos é uma atividade que mobilizava o cotidiano dos entrevistados” (p. 4204). As entrevistas indicaram ainda que esses jovens e seus cuidadores, muitas vezes, não possuíam informações sobre prevenção sexual ou vertical do HIV, e necessitariam de maior preparo e apoio dos profissionais de saúde, por exemplo, para lidar com a situação, além de vivenciarem experiências marcadas pela discriminação e pelo estigma (PAIVA et. al., 2011).

Um estudo mais recente que investigou adolescentes na Tanzânia com idades entre 15 e 19 anos infectados via TV e seus cuidadores, identificou o desconforto desses jovens em relação à sua sexualidade, pois associavam sexo a perigo ou inadequação devido à condição sorológica. Assim como nos estudos desenvolvidos no Brasil, observaram-se também dificuldades na revelação do diagnóstico e medo de infectar o parceiro, o que levou muitos jovens a adiarem a iniciação sexual (BUSZA et al., 2013).

Embora muito tenha se produzido sobre HIV/Aids ao longo das quatro décadas da epidemia, no Brasil, ainda há pouco conhecimento na literatura científica a respeito dos contextos de iniciação sexual, considerando a primeira relação sexual e trajetórias reprodutivas das jovens que vivem com HIV/Aids adquirido por TV. O interesse em conhecer essa realidade se deve às especificidades presentes na vivência da primeira experiência sexual com parceiro e das primeiras experiências reprodutivas em um contexto marcado pela presença do HIV.

A entrada na sexualidade com parceiro de sexo oposto implica na gestão da vida contraceptiva e reprodutiva. Os estudos sobre juventude têm particular interesse nos desdobramentos que podem ocorrer a partir do início e da manutenção de relações sexuais. É por esse prisma que esta dissertação aborda, ainda que de modo sucinto e descritivo, os primeiros eventos reprodutivos que ocorreram nas trajetórias das jovens vivendo com HIV/Aids. Cabe ressaltar que essas jovens estão inseridas em um contexto de lutas e conquistas com relação à possibilidade de reprodução. Considerando que os primeiros casos de transmissão vertical foram identificados na segunda metade da década de 80, as entrevistadas correspondem à primeira geração composta por jovens infectadas por TV que conseguiram chegar à juventude e a vida adulta - e conseqüentemente à vivência da sexualidade com parceiro. A possibilidade de viver com HIV/Aids enseja um cenário social e cultural em que a reprodução biológica por pessoas vivendo com HIV/Aids passou a ser um evento possível. A cronificação da epidemia, as novas tecnologias de tratamento e os baixos índices de transmissão vertical trouxeram uma nova configuração para os direitos reprodutivos das pessoas vivendo com HIV/Aids. Se no início da epidemia, a possibilidade de engravidamento era rechaçada, atualmente há certo consenso e legitimidade do desejo reprodutivo, mas com a condição de que a gravidez seja planejada (CABRAL, 2017).

Ainda que a Aids entre jovens seja vista como um problema social ou uma emergência da saúde pública, muitas vezes não se considera a diversidade de experiências relacionadas à vivência da Aids pelas mulheres jovens brasileiras, criando uma falsa sensação de homogeneidade. Perdem-se de vista aspectos importantes que interferem nas trajetórias individuais e nas relações que essas mulheres estabelecem entre si e com seus parceiros. É, portanto, fundamental conhecer as especificidades das trajetórias afetivo-sexuais das jovens que vivem com HIV/Aids, seja por transmissão vertical ou por outras formas de infecção, e os possíveis reflexos dessa condição nas práticas e decisões relacionadas à sexualidade e à reprodução durante a juventude (PAIVA et. al, 2011; MONTENEGRO, 2009; NEVES, 2008).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo teve como objetivo analisar as especificidades do processo de iniciação sexual de jovens mulheres infectadas pelo HIV, atendidas em serviços públicos de saúde do município de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a idade da primeira relação sexual para jovens vivendo com HIV/Aids infectadas por transmissão vertical, jovens vivendo com HIV/Aids infectadas por outras vias, bem como para jovens não vivendo com HIV/Aids;
- Avaliar os elementos associados à iniciação sexual tardia em jovens vivendo e não vivendo com HIV/Aids;
- Descrever o contexto da primeira relação sexual de jovens vivendo com HIV/Aids, bem como de jovens não vivendo com HIV/Aids;
- Descrever a ocorrência de eventos reprodutivos nas trajetórias de mulheres jovens vivendo com HIV/Aids;
- Discutir as especificidades do processo de iniciação sexual das jovens vivendo com HIV/Aids de acordo com a via de infecção (transmissão vertical X outras vias).

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo realizado a partir de dados provenientes de um estudo transversal, com amostragem probabilística, denominado “Estudo GENIH – Gênero e infecção pelo HIV: práticas e decisões relativas à saúde sexual e reprodutiva”. Essa investigação teve como principal objetivo comparar aspectos das trajetórias afetivas, sexuais e reprodutivas de mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA) e mulheres não vivendo com HIV/Aids (MNVHA), a fim de compreender as implicações desse diagnóstico em decisões referentes à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres.

O GENIH foi conduzido entre 2013 e 2014, sob coordenação da Prof. Dra. Regina Maria Barbosa, do NEPO/UNICAMP. A pesquisa obteve financiamento da FAPESP (processo 2012/25239-3), do CNPq (processo 471892/2011-4), da OPAS e do UNFPA.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de São Paulo. Este apresenta extensão territorial de 1521 km² e população estimada de 12 milhões de habitantes (IBGE, 2016). Do início da epidemia até 2015, o município registrou 91.733 casos de Aids, distribuídos na razão de 3 homens para cada mulher desde 2011 (PMSP, 2015).

O estudo GENIH foi conduzido em duas etapas. A primeira teve lugar nas 18 unidades públicas de referência ao tratamento de HIV/Aids, que prestam assistência a mais de 90% da população vivendo com HIV/Aids no município de São Paulo. A segunda etapa foi realizada em outras 38 unidades básicas de saúde, eleitas por sorteio, pertencentes às mesmas coordenadorias de saúde das primeiras, para a realização das entrevistas com MNVHA.

3.3 DESENHO AMOSTRAL

Selecionaram-se duas amostras probabilísticas de mulheres com idades entre 18 e 49 anos, uma vivendo e outra não vivendo com HIV/Aids. A seleção das

mulheres, após o sorteio das unidades de saúde, para ambos os grupos, foi realizada de modo sistemático, de forma a garantir a representatividade da amostra. Foi estimada uma amostragem de 1000 mulheres em cada segmento. O trabalho de campo se desenvolveu entre os meses de fevereiro de 2013 e maio de 2014, e ao final desse período haviam sido entrevistadas 975 MVHA e 1003 MNVHA.

O grupo de mulheres jovens de 18 a 24 anos vivendo com HIV/Aids foi sobrerrepresentado, tendo em vista o recente recrudescimento da epidemia junto a este subgrupo populacional, e estimado em 300 mulheres a serem entrevistadas. No entanto, o trabalho de campo com o segmento juvenil apresentou algumas especificidades, tal como o grande absenteísmo às consultas agendadas, e o volume menor do que o inicialmente previsto de jovens matriculadas nos serviços de saúde especializados para a assistência ao HIV/Aids. Esse contexto fez com que a coordenação do estudo decidisse ampliar o tempo previsto para a realização do trabalho de campo, tendo em vista a necessidade de obtenção de um número o mais próximo possível daquele inicialmente estimado para jovens infectadas.

Assim, o trabalho de campo específico para o segmento jovem foi estendido até março de 2016, concentrando-se nas três unidades de saúde que apresentaram maior número de atendimentos a mulheres jovens vivendo com HIV/Aids durante a realização da primeira etapa, a saber: Centro de Referência DST/Aids Penha, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP e Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Permaneceu-se com a estratégia de convidar toda mulher com idade entre 18 e 24 anos, que estivesse agendada para atendimento em alguma especialidade médica, para participar do estudo. Esses elementos nos autorizam a dizer que foram mantidas as estratégias que garantem a representatividade da composição desta sub-amostra de jovens do estudo GENIH. Nesse período entrevistaram-se mais 34 jovens, que passaram a compor a amostra de mulheres vivendo com HIV/Aids.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita por meio de questionário eletrônico sociocomportamental aplicado nas dependências das unidades de saúde, antes ou após a consulta da usuária, por uma entrevistadora treinada, com auxílio de um *netbook*. O questionário foi estruturado a fim de que se reconstituíssem as trajetórias afetivo-sexuais, contraceptivas e reprodutivas das mulheres, elegendo-se alguns

eventos marcadores para aprofundamento, e sua inter-relação com o diagnóstico de HIV no caso de MVHA. Além dos dados sociodemográficos da participante, o questionário explorava características do primeiro relacionamento afetivo-sexual e do último ou atual e comportamento sexual, reprodutivo, contraceptivo e preventivo a IST/Aids, à época da entrevista e ao longo da vida - com detalhamento de relações e momentos específicos dessas trajetórias. O instrumento também permitia que se acessassem dados relacionados a violência, testagem, uso de drogas, diagnóstico e tratamento para o HIV/Aids, bem como a relação estabelecida entre a participante e os serviços e profissionais de saúde.

3.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Esta dissertação faz uma análise do processo de iniciação sexual (primeira relação sexual e primeiros eventos reprodutivos na juventude) das mulheres vivendo com HIV/Aids, com idade entre 18 e 24 anos, entrevistadas no estudo GENIH. Este é o grupo que concentra a maior parte das jovens infectadas por transmissão vertical¹⁰, cujas especificidades com relação à iniciação sexual pretendem-se conhecer. Acredita-se que, por haver certa proximidade temporal com relação ao momento da iniciação sexual, foi possível a rememoração com mais facilidade dos eventos de interesse. Alguns elementos dos contextos de iniciação sexual das MNVHA nesta mesma faixa de idade foram também examinados para fins comparativos e enriquecimento das discussões ulteriores.

Assim, a população deste estudo está composta por 130 MVHA e 257 MNVHA, com idade entre 18 e 24 anos. As jovens vivendo com HIV/Aids foram estratificadas de acordo com a via de infecção pelo HIV: 83 jovens adquiriram o HIV por transmissão vertical (TV), enquanto 47 o adquiriram por outras vias (OV). As jovens que desconheciam o modo como foram infectadas foram classificadas entre as infectadas por OV, já que as respostas a outras questões sugeriam que a infecção não estivesse presente desde a infância.

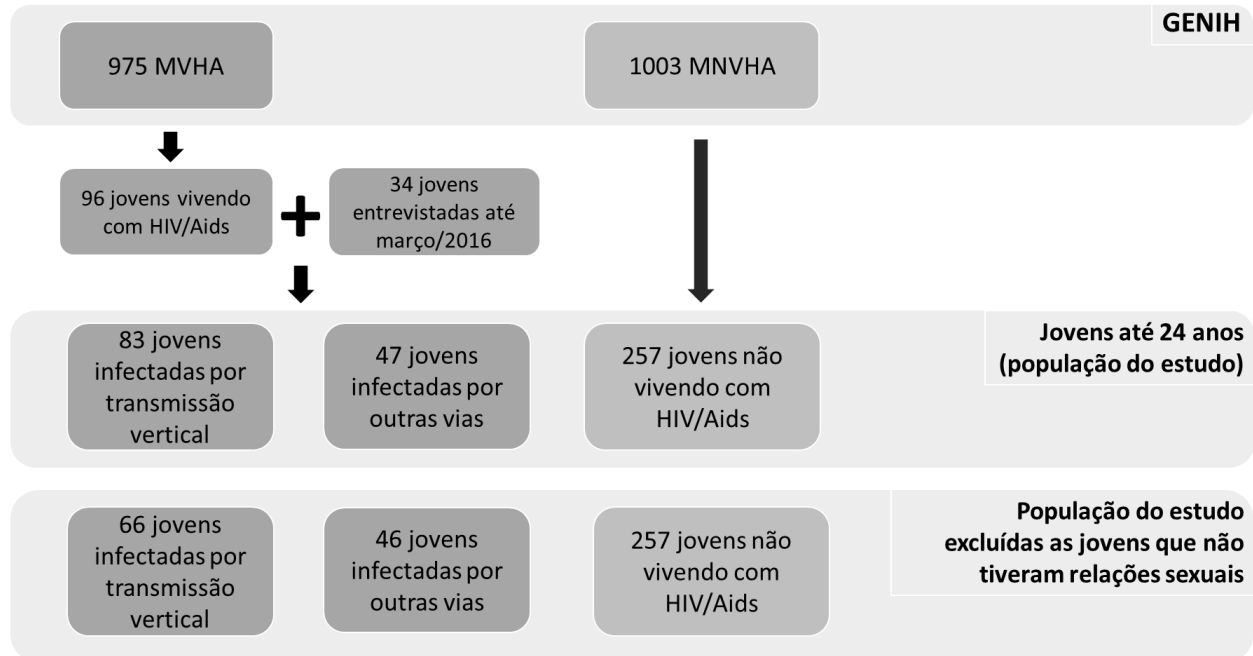
O estudo GENIH não entrevistou, entre as MNVHA, aquelas que declararam não ter tido relações sexuais. Já entre as MVHA foram entrevistadas moças que

¹⁰ Entre todas as jovens infectadas por transmissão vertical que participaram do Estudo GENIH, apenas 5 não estavam inseridas nessa faixa etária, pois tinham 25 anos. Esse fato foi uma das justificativas para a opção de eleger as jovens de 18 a 24 anos como população deste estudo, não estendendo a análise às jovens até 29 anos.

ainda não haviam iniciado a vida sexual, a fim de se investigar se a condição sorológica teria alguma relação com esse aspecto da sexualidade. Para permitir a análise comparativa dos dados, para o cálculo das médias e medianas da idade da primeira relação sexual foram excluídas da amostra as jovens vivendo com HIV/Aids que ainda não haviam se iniciado sexualmente (como se vê na Figura 1). As questões referentes ao contexto da primeira relação sexual e aos eventos reprodutivos presentes nas trajetórias das jovens, devido à sua natureza, apenas foram respondidas por quem já havia se iniciado sexualmente. Cabe destacar que algumas questões sobre o contexto da primeira relação sexual foram feitas somente para as jovens vivendo com HIV/Aids.

Considerou-se importante caracterizar qualitativamente em uma seção específica o grupo de moças que ainda não haviam se iniciado sexualmente à época da entrevista e compreender de que modo a infecção pelo HIV pode estar relacionada a esse comportamento.

Figura 1 - Fluxograma da população do estudo



3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A população estudada foi caracterizada de acordo com as seguintes variáveis sociodemográficas:

1. Idade da jovem, categorizada em “18 a 19 anos” e “20 a 24 anos”. Optou-se por uma classificação das amostras em função da idade considerando o critério de classificação etária utilizado pela OMS, que estabelece a idade de 19 anos como limite para a definição de adolescência (EISENSTEIN, 2005);
2. Cor/raça da jovem, categorizada em “preta” ou “não preta”. A escolha por agrupar brancas, pardas, amarelas e indígenas deu-se por se considerar que a população parda não estaria submetida ao mesmo tipo de experiência social que a população preta, com relação, especialmente, a situações de discriminação, estando em uma posição intermediária entre pretos e brancos (TELLES & LIM, 1998). Considerando essa questão, “a dicotomia racial importante seria entre pretos e não pretos, em vez de entre brancos e não brancos” (OSORIO, 2003);
3. Religião da jovem, categorizada de acordo com a religião declarada: “católica”, “outras religiões” e “não tem religião”. A categoria “outras religiões” reuniu aquelas que se declararam como praticantes de religiões evangélicas, protestantes, pentecostais, de matriz africana, espíritas ou que não especificaram a que religião pertenciam;
4. Escolaridade da jovem, categorizada em “até médio incompleto” e “médio completo ou mais”;
5. Interrupção da trajetória escolar, categorizada como “sim” e “não”;
6. Idade do 1º trabalho, categorizada em “nunca trabalhou”; “até os 15 anos” e “16 anos ou mais”. Optou-se por esse corte etário, uma vez que segundo a legislação trabalhista brasileira (BRASIL, 2000) é proibido que o jovem com menos de 16 anos trabalhe, a não ser na condição de aprendiz. Logo, o grupo de jovens que se iniciou no mercado de trabalho com idade inferior aos 16 anos corresponderia a uma parcela da população que começou a trabalhar antes do sugerido pela legislação.
7. Situação ocupacional da jovem, categorizada em “trabalha e/ou estuda” e “não estuda, nem trabalha”;
8. Mãe viva, categorizada em “sim” e “não”;

9. Escolaridade materna, categorizada em “até médio incompleto”, “médio completo ou mais” e “não sabe/não lembra”;
10. Situação do domicílio, categorizada em “próprio” ou “alugado, cedido ou emprestado/outros/instituições”;
11. Renda familiar mensal per capita, categorizada em “até ½ salário mínimo”, “acima de ½ salário mínimo” e “não sabe”;
12. Idade do diagnóstico, considerando-se a média e mediana dessa variável em cada um dos grupos de jovens vivendo com HIV/Aids¹¹.

A mediana da idade da primeira relação sexual consentida foi calculada para cada um dos segmentos da população estudada. Analisou-se a associação entre essa variável segundo os subgrupos das jovens vivendo ou não com HIV.

Considerando a literatura sobre iniciação sexual e juventude, foi examinada a associação entre a média da idade de iniciação sexual, segundo vias de infecção ou não e as variáveis elencadas de 1 a 15, por meio do teste GLM (General Linear Model) univariado tendo como variável dependente a idade da primeira relação sexual consentida, fator fixado a via de infecção e as demais variáveis independentes, considerando o peso amostral. Para as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa foi realizado o teste *post hoc* de Bonferroni:

1. Cor/raça da jovem, categorizada em “preta” ou “não preta”;
2. Religião da jovem, categorizada em “sim” e “não”;
3. Renda familiar mensal per capita, categorizada em “até ½ salário mínimo”, “acima de ½ salário mínimo” e “não sabe”;
4. Escolaridade da jovem, categorizada em “até médio incompleto” e “médio completo ou mais”;
5. Escolaridade materna, categorizada em “até médio incompleto”, “médio completo ou mais” e “não sabe/não lembra”;
6. Mobilidade escolar (da jovem em relação à mãe), categorizada em “mobilidade escolar ascendente”, “mobilidade escolar descendente/sem mobilidade escolar” e “não sabe/não lembra a escolaridade da mãe”. A variável “mobilidade escolar” foi calculada a partir da comparação entre a

¹¹ Foi considerada como idade do diagnóstico a resposta fornecida à questão: “Que idade você tinha quando soube que era HIV positivo?”. Algumas das jovens que foram diagnosticadas durante a infância apenas posteriormente tiveram o diagnóstico revelado a elas pela família ou profissionais de saúde.

escolaridade da mãe e a escolaridade da jovem. Foram considerados em mobilidade escolar ascendente os casos em que a jovem apresentava no momento da entrevista grau de escolaridade superior ao de sua mãe. Já aqueles em que a jovem era menos escolarizada que a mãe no momento da entrevista, ainda que permanecesse estudando, foram considerados como em mobilidade escolar descendente. Foram classificados como sem mobilidade os casos em que houve coincidência entre a escolaridade da jovem e a escolaridade materna. Optou-se por incluir na análise as jovens que não se lembravam da escolaridade da mãe, visto que quase 30% das jovens infectadas por TV estavam nessa condição;

7. Interrupção da trajetória escolar, categorizada como “sim” e “não”;
8. Idade do 1º trabalho, categorizada em “nunca trabalhou”; “até os 15 anos” e “16 anos ou mais”;
9. Institucionalização, categorizada em “sim” e “não”;
10. Mãe viva, categorizada em “sim” e “não”;
11. Por quantos anos viveu junto com a mãe, categorizada em “por até 14 anos” ou “por 15 anos ou mais”, considerando que o segundo grupo corresponde a jovens que viveram com suas mães para além da infância e o início da adolescência.
12. Com quem morou a maior parte do tempo até os 15 anos, categorizada em “pais biológicos ou adotivos” e “instituições/outros parentes/ conhecidos”;
13. Tipo de parceiro na primeira relação sexual, categorizada em “namorado/marido” e “ficante/amigo”;
14. Diferença de idade entre a jovem e o parceiro da primeira relação sexual, categorizada em “parceiro mais novo ou até 2 anos mais velho” e “parceiro mais velho (diferença de 3 anos ou mais)”. A diferença de idade entre a jovem e o parceiro foi calculada a partir da diferença entre essas duas variáveis contínuas. Optou-se por categorizar as respostas reunindo aquelas que se iniciaram com parceiros mais novos ou que eram até dois anos mais velhos, considerando que esses seriam contextos com menor assimetria etária entre a jovem e seu parceiro. Foram excluídas dessa análise as jovens que não sabiam a idade do parceiro da primeira relação sexual.
15. Uso de drogas na vida, categorizada em “sim” ou “não”;

Para caracterizar o contexto da primeira relação sexual foram selecionadas as seguintes variáveis:

1. Queria ter a primeira relação sexual¹², categorizada em “queria” e “não queria, mas consentiu”;
2. Tipo de parceiro na primeira relação sexual, categorizada em “namorado/marido” e “ficante/amigo”;
3. Escolaridade do parceiro¹³, categorizada em “até médio incompleto”, “médio completo ou mais” e “não sabe/não lembra”;
4. Diferença de idade entre a jovem e o parceiro da primeira relação sexual, categorizada em “parceiro mais novo ou até 2 anos mais velho” e “parceiro mais velho (diferença de 3 anos ou mais)”;
5. Parceiro da primeira união é o mesmo da primeira relação sexual, categorizada em “sim” e “não”;
6. Tempo de relacionamento com o parceiro na primeira relação sexual¹⁴, categorizada em “até 3 meses” e “acima de 3 meses”;
7. Uso de contraceptivo, categorizada em “sim” e “não”;
8. Uso de camisinha masculina, categorizada em “sim” e “não”;
9. Uso do outros métodos contraceptivos, categorizada em “apenas camisinha masculina” e “outros métodos”;
10. Conversa com o parceiro sobre formas de evitar gravidez/filhos¹⁵, categorizada em “sim” e “não”;
11. Conversa com o parceiro sobre uso da camisinha¹⁶, categorizada em “sim” e “não”;
12. Continuidade no uso da camisinha masculina, categorizada em “usou na 1ª e na última relação sexual”, “usou na primeira, mas não na última relação sexual” e “outras situações”.

As trajetórias reprodutivas das jovens vivendo com HIV/Aids foram descritas a partir das seguintes variáveis:

¹² Para a análise dessa variável foram excluídas as jovens que responderam que a primeira relação sexual “foi forçada”. As demais respostas se referem à primeira relação sexual consentida.

¹³ Dados referentes apenas às MVHA.

¹⁴ Dados referentes apenas às MVHA.

¹⁵ Dados referentes apenas às MVHA.

¹⁶ Dados referentes apenas às MVHA.

1. Tempo de vida sexual ativa, categorizada em “até 4 anos” ou “5 ou mais anos”;
2. Número de parceiros sexuais ao longo da vida em função do tempo de vida sexual ativa. Foi calculada a média do número de parceiro para as jovens com “até 4 anos” de vida sexual ativa e para aquelas com “5 ou mais anos”.
3. Já foi casada/morou com parceiro, categorizada em “sim” e “não”;
4. Já engravidou, categorizada em “sim” e “não”;
5. Número de gestações, categorizada em “apenas 1 gestação” e “2 ou mais gestações”;
6. Com quantos parceiros teve filhos, classificada em “1 parceiro” e “mais de 1 parceiro”;
7. Idade na 1ª gestação, categorizada em “até 19 anos” ou “20 anos ou mais”;
8. Diferença entre a idade da 1ª relação sexual e da 1ª gestação, classificada em “até 2 anos” ou “3 ou mais anos”;
9. Desejo por filhos biológicos, categorizada em “sim” e “não”;
10. Ser HIV é um motivo importante para não querer filhos, categorizada em “sim” e “não”.

3.7 TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

A fim de verificar se a idade de iniciação sexual apresentava distribuição normal na amostra de jovens selecionadas foi aplicado o teste de normalidade Shapiro-Wilk (Anexo 1). Constatando-se a distribuição normal do desfecho foram produzidos dados referentes à média da idade da primeira relação sexual consentida entre as jovens não vivendo com HIV/Aids e vivendo com HIV/Aids, segmentadas pela via de infecção (infectadas por transmissão vertical e infectadas por outras vias).

Estimou-se também a mediana da idade de iniciação sexual para cada um dos grupos, a fim de garantir a comparabilidade com outros estudos que trabalham com essa estimativa¹⁷.

¹⁷Alguns estudos que analisam a idade da primeira relação apresentam as medianas de idade desse evento, uma vez que esse recurso permite incluir no cálculo aqueles que não tenham tido relações sexuais. A mediana divide o conjunto de dados em partes iguais, indicando a idade em que a metade daquela população (incluindo iniciados e não iniciados) já havia tido sua primeira relação sexual. Assim, a inserção dos indivíduos não iniciados na amostra, faz com que o resultado do cálculo da

Foi realizada a análise descritiva das variáveis de interesse para o estudo, considerando a frequência de cada variável entre cada um dos segmentos da amostra. Em seguida, foi examinada a associação entre as variáveis de interesse e a média da idade de iniciação sexual de cada grupo de jovens, por meio do teste pos-hoc Bonferroni.

Todos os valores que correspondem a percentuais foram ponderados de acordo com o peso amostral. Realizou-se a análise descritiva dos dados por meio das medidas de tendência central e dispersão. Foi utilizada a Análise de Variância Univariada para a comparação entre as variáveis independentes ao desfecho (idade na primeira relação sexual consentida), com o fator de fixação “via de infecção” e ponderadas pelo peso amostral.

Modelos de regressão logística binária univariados e múltiplos para amostras complexas também foram aplicados para identificar fatores associados à iniciação sexual tardia (compreendida como a iniciação sexual após os 17 anos, idade da primeira relação para o último tercil da amostra). As variáveis que apresentaram valor de $p < 20\%$ na análise univariada foram testadas no modelo múltiplo pela técnica *Stepwise*, por meio do método *forward*.

Para a significância estatística, assumiu-se um nível descritivo de 5%. Os dados foram analisados em SPSS versão 22.0 para Windows.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo GENIH foi conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinque e atendeu todos os requisitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996). Por envolver distintas instituições de saúde de diferentes esferas governamentais, o projeto original do estudo GENIH foi submetido a quatro diferentes comitês de ética em pesquisa, a saber: Comitê de Ética em Pesquisa do CRT; Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Infectologia do Emílio Ribas; Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de SP; Comitê de Ética em Pesquisa da

mediana aumente, pois esses informantes compõem a metade superior a idade mediana de iniciação. Como as jovens que não tiveram relações sexuais foram excluídas da amostra, o que já justificou-se anteriormente, as medianas da idade de iniciação sexual apresentadas neste estudo sofreram um rebaixamento.

UNIFESP. Também o projeto de pesquisa deste estudo específico foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo.

Ressalta-se que durante o trabalho de campo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado, discutido e assinado por todas as participantes que aceitaram fazer parte do estudo.

No processo de tratamento dos dados utilizados para a realização desta pesquisa foram tomados todos os cuidados necessários para que se mantivessem preservadas as informações dispensadas sobre cada participante do estudo GENIH. O banco de dados gerado pelo estudo foi mantido em segurança e divulgado exclusivamente para aqueles envolvidos diretamente com a pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

As tabelas 1 e 2 apresentam as características demográficas e socioeconômicas das duas amostras que compõem a população do estudo. A amostra de MVHA foi estratificada de acordo com a via de infecção pelo HIV, a fim de destacar as especificidades do grupo de mulheres infectadas por transmissão vertical. Das 130 jovens que viviam com HIV, 83 foram infectadas por TV e 47 por outras vias (dessas 39 infectaram-se por via sexual, 1 por transfusão de sangue e 17 não sabiam especificar a via de infecção). Entre as mulheres que não viviam com HIV, 257 eram jovens de 18 a 24 anos.

A distribuição etária variou significativamente entre os três grupos. Ainda que em todos eles tenha havido predominância de jovens com 20 anos ou mais, 86,3% entre as infectadas por outras vias correspondiam a essa faixa etária. Cabe destacar que a mediana da idade em que essas jovens foram diagnosticadas como soropositivas para o HIV foi aos 20 anos, o que justificaria a tendência observada. Já entre as infectadas por TV, cuja mediana do diagnóstico foi aos 10 anos, 41,8% das jovens tinham até 19 anos no momento da entrevista, constituindo-se, assim, como “o mais jovem” dos três grupos. Com relação à raça/cor autodeclarada observou-se maior concentração de jovens pretas entre as que vivem com HIV/Aids.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da população segundo condição sorológica e via de infecção pelo HIV

Características Sociodemográficas	MVHA				MNVHA		Total	
	TV		Outras Vias		n	%	n	%
	n	%	N	%				
Idade								
18 ou 19 anos	35	41,8%	7	13,7%	70	28,7%	112	29,8%
20 a 24 anos	48	58,2%	40	86,3%	187	71,3%	275	70,2%
Raça/cor								
Preta	25	29,7%	10	21,4%	28	11,9%	63	17,2%
Não preta	58	70,3%	37	78,6%	229	88,1%	324	82,9%
Religião								
Católica	20	23,6%	10	23,0%	103	39,1%	133	33,6%
Outras religiões	35	41,8%	19	40,6%	76	30,4%	130	34,3%
Não tem religião	28	34,6%	27	37,0%	77	30,4%	122	32,2%
Escolaridade da jovem								
Até médio incompleto	34	41%	26	55,9%	108	42,1%	166	43,6%
Médio completo ou mais	49	59,0%	21	44,1%	148	57,9%	218	56,4%
Interrupção da trajetória escolar								
Sim	32	38,5%	28	58,8%	106	41,8%	166	43,2%
Não	51	61,5%	19	41,2%	151	58,2%	221	56,8%
Condição do domicílio								
Próprio	45	55%	18	39,2%	132	52,3%	195	51,3%
Alugado/cedido/instituições/outros	37	45%	29	60,8%	123	47,7%	189	48,7%
Renda Familiar Mensal per capita¹⁸								
Até ½ salário mínimo	27	32,6%	19	36,3%	82	33,0%	128	33,3%
Acima de ½ salário mínimo	29	34,8%	19	41,2%	130	50,0%	178	45,4%
Não sabe	27	32,6%	9	22,5%	45	17,0%	81	21,2%

População: Jovens de 18 a 24 anos.

Fonte: Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-14.

No que se refere à religião, a categoria “outras religiões” foi composta majoritariamente por outras denominações cristãs (pentecostais, evangélicas e protestantes), o que correspondeu a 30,3% da amostra, bem como pelas que se disseram praticantes do espiritismo, de religiões de matriz africana ou ainda de “outras religiões”. Nenhuma jovem se declarou praticante da religião judaica, embora o questionário oferecesse essa opção. Com relação ao pertencimento a uma

¹⁸ Tendo como base o salário mínimo de R\$810,00, estabelecido para os trabalhadores do Estado de São Paulo para o ano de 2014 (SÃO PAULO, 2013). Esse valor equivalia a aproximadamente US\$336,00, na época.

religião, não houve diferença significativa entre os três grupos. Já no que se refere à religião praticada, observou-se maior concentração de católicas entre as que não vivem com HIV, enquanto entre as demais, independentemente da via de infecção, foi mais frequente o pertencimento a outras religiões.

As jovens infectadas por outras vias constituíram-se como o grupo menos escolarizado, com 55,9% das jovens declarando até o Ensino Médio incompleto como maior grau de escolaridade obtido. Esse também foi o grupo que com maior frequência (58,8%) declarou ter interrompido os estudos em algum momento da trajetória escolar.

Com relação à condição do domicílio, a maior parte das infectadas por TV, bem como das que não vivem com HIV/Aids declararam viver em domicílio próprio. Já entre as infectadas por outras vias a maioria (60,8%) vivia em domicílios alugados ou cedidos.

Cabe destacar que 21,2% da população do estudo não soube informar a renda mensal familiar per capita, o que foi mais frequente entre as jovens infectadas por TV. Entre as que souberam informar, a maioria declarou renda familiar mensal acima de ½ salário mínimo por pessoa, independentemente da infecção pelo HIV.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da população segundo condição sorológica e via de infecção pelo HIV (continuação)

Características Sociodemográficas	MVHA				MNVHA		Total	
	TV		Outras Vias		n	%	n	%
	n	%	n	%				
Idade do 1º trabalho								
Nunca trabalhou	18	22,0%	6	12,7%	21	8,9%	45	12,5%
Até 15 anos	22	26,4%	15	31,7%	81	31,2%	118	30,1%
16 anos ou mais	43	51,6%	25	55,4%	151	59,8%	219	57,4%
Situação Ocupacional								
Trabalha e/ou estuda	50	59,9%	25	53,9%	143	54,2%	218	55,5%
Não trabalha, nem estuda	33	40,1%	22	45,6%	112	45,8%	167	44,5%
Tem mãe viva?								
Sim	36	42,9%	41	87,4%	246	96,5%	323	83,1%
Não	47	57,1%	6	12,6%	10	3,5%	63	16,9%
Escolaridade da mãe								
Até médio incompleto	38	46,1%	31	69%	190	73,8%	259	67%
Médio completo ou mais	24	29,4%	8	18,0%	58	23,1%	90	23,9%
Não sabe/não lembra	20	24,4%	7	13,0%	8	3,1%	35	9,2%

População: Jovens de 18 a 24 anos.

Fonte: Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-14.

Com relação à idade em que tiveram o primeiro trabalho, independentemente da infecção pelo HIV, a maior parte da população do estudo (57,4%) declarou ter começado a trabalhar com 16 anos ou mais. Houve maior frequência de jovens que declararam nunca ter trabalhado (22,0%) entre as infectadas por TV. Embora nos três grupos tenha se observado uma maior frequência de jovens que trabalhavam e/ou estudavam, vale ressaltar que quase metade da população do estudo (44,5%) não possuía ocupação no momento da entrevista.

A maior parte das jovens infectadas por TV (57,1%) declarou não ter mãe viva, condição pouco frequente entre as jovens pertencentes aos demais grupos. Também foi mais frequente entre essas jovens o desconhecimento da escolaridade materna (24,4% não sabiam ou não lembravam a escolaridade da mãe).

4.2 - A ENTRADA NA SEXUALIDADE COM PARCEIRO: IDADE E CONTEXTOS DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

4.2.1 ELEMENTOS ASSOCIADOS À IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL DAS JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS

Ainda que o processo de iniciação sexual não se reduza à primeira relação sexual, esta corresponde a um “bom indicador das maneiras diferenciadas de viver a sexualidade na adolescência” (BOZON; HEILBORN, 2006, p. 156). Sendo assim, esta seção tem como objetivos apresentar os resultados referentes à idade em que ocorreu a primeira relação sexual das jovens vivendo com HIV/Aids no município de São Paulo (tabelas de 3 a 6), e discutir elementos caracterizadores desse evento (tabela 9). Para fins comparativos, também estão descritos os resultados referentes às jovens não vivendo com HIV/Aids.

O primeiro aspecto que merece destaque é a diferença entre a mediana de idade da primeira relação sexual das jovens vivendo com HIV/Aids de acordo com a via de infecção: as que se infectaram por outras vias se iniciaram um ano mais cedo do que as infectadas por TV, cuja idade da primeira relação se aproxima daquela encontrada no grupo das mulheres que não vivem com HIV/Aids.

Também apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) as variáveis referentes à raça/cor, religião, escolaridade da jovem, uso de drogas na vida, tempo que viveu junto com a mãe, tipo de parceiro com quem teve a primeira relação sexual e diferença de idade entre a jovem e esse parceiro.

Tabela 3 - Idade da primeira relação sexual segundo variáveis da jovem de acordo com a condição sorológica e a via de infecção pelo HIV

	MVHA						MNVHA			Total		Valor de p
	TV			Outras vias			n	Média (EP)	Mediana	n	Mediana	
	n	Média (EP)	Mediana	n	Média (EP)	Mediana						
Total	66	16,35 (1,83)	16	46	15,30 (2,05)	15	255	15,95 (2,00)	16	367	16	0,024
Raça/cor												
Preta	23	16,53 (0,40)	17	10	14,61 (0,61)	14,5	28	16,47 (0,36)	16	61	16	0,006*
Não preta	43	16,26 (0,29)	16	36	15,49 (0,32)	15	227	15,88 (0,13)	16	306	16	
Tem religião?												
Sim	44	16,44 (0,29)	16	29	15,73 (0,35)	16	179	16,10 (0,15)	16	252	16	0,022**
Não	22	16,18 (0,40)	16	17	14,55 (0,47)	15	76	15,59 (0,28)	15	115	15	
Escolaridade												
Até médio incompleto	26	15,49 (0,35)	15	26	14,37 (0,34)	15	108	15,21 (0,18)	15	160	15	<0,001¥
Médio completo ou mais	40	16,91 (0,28)	17	20	16,56 (0,41)	17	147	16,49 (0,15)	16	207	16	
Interrupção da trajetória escolar												
Sim	26	16,15 (0,37)	16	28	15,20 (0,36)	15	104	15,31 (0,19)	15	158	15	0,167
Não	40	16,48 (0,24)	17	18	15,44 (0,44)	15,5	151	16,39 (0,16)	16	209	16	
Idade no primeiro trabalho												
Até 15 anos	19	16,26 (0,44)	16	15	15,04 (0,50)	15	81	15,71 (0,22)	16	115	16	0,582
16 anos ou mais	35	16,58 (0,32)	17	25	15,19 (0,38)	15	151	16,10 (0,16)	16	211	16	
Nunca trabalhou	12	15,83 (0,53)	16	5	16,35 (0,87)	16	21	15,99 (0,42)	15	37	16	
Institucionalização												
Sim	15	17,13 (0,49)	18	4	14,06 (0,98)	14	4	14,91 (1,06)	14,5	23	16	0,401
Não	51	16,02 (0,26)	16	42	15,41 (0,29)	15	251	15,96 (0,13)	16	344	16	
Uso de drogas na vida												
Sim	23	15,65 (0,38)	16	20	14,51 (0,41)	15	42	14,84 (0,29)	14,5	85	15	<0,001†
Não	40	16,67 (0,29)	17	21	16,11 (0,40)	16	204	16,19 (0,13)	16	265	16	

**post hoc* TV vs Outras vias para *preta* $p=0.040$; ** TV vs outras para *não tem religião* $p= 0.008$; ¥ diferença observada entre quem apresentou até ensino médio completo e quem apresentou ensino médio completo ou mais ; † diferença observada entre quem apresentou ou não uso de drogas na vida.

Variáveis ajustadas pelo peso. EP = Erro Padrão. População: Jovens de 18 a 24 anos.

Fonte: Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-14.

Tabela 4 - Idade da primeira relação sexual segundo variáveis da família de acordo com a condição sorológica e a via de infecção pelo HIV

	MVHA						MNVHA			Total		Valor de p
	TV			Outras vias			n	Média (EP)	Mediana	n	Mediana	
	n	Média (EP)	Mediana	n	Média (EP)	Mediana						
Renda familiar mensal per capita												
Até ½ salário mínimo	21	16,14 (0,42)	16	19	14,75 (0,46)	15	82	15,60 (0,22)	15	122	15	0,385
>1/2 salário mínimo	24	16,59 (0,39)	16,5	19	16,02 (0,43)	17	130	16,05 (0,17)	16	173	16	
Escolaridade da mãe												
Até médio incompleto	29	16,53 (0,35)	17	30	15 (0,35)	15	190	16,01(0,15)	16	249	16	0,341
Médio completo ou mais	18	16,28 (0,45)	16	8	16,16 (0,68)	17	58	15,87 (0,26)	16	84	16	
Não sabe/não lembra	18	16,05 (0,44)	15,5	7	15,70 (0,78)	16	8	14,89 (0,79)	15	33	15	
Mobilidade escolar												
Mobilidade escolar ascendente	24	16,68 (0,39)	17	21	15,06 (0,40)	15	138	16,34 (0,17)	16	183	16	0,241
Mobilidade escolar descendente/sem mobilidade escolar	23	16,17 (0,40)	16	17	15,49 (0,47)	15	110	15,52 (0,19)	15	150	15	
Não sabe/não lembra a escolaridade da mãe	18	16,05 (0,44)	15,5	7	15,70 (0,77)	16	8	14,89 (0,78)	15	33	15	
Tem mãe viva?												
Sim	28	16,27 (0,36)	16	40	15,39 (0,30)	15	245	15,90 (0,13)	16	313	16	0,142
Não	38	16,33 (0,30)	16	5	14,65 (0,80)	15	10	17,20 (0,67)	17	53	16	
Por quantos anos viveu junto com a mãe?												
Por até 14 anos	39	16,23 (0,30)	16	12	14,07 (0,56)	14,5	33	16,02 (0,36)	15	84	16	0,034*
Por 15 anos ou mais	26	16,48 (0,38)	16,5	33	15,73 (0,33)	15	222	15,94 (0,13)	16	281	16	
Com quem morou a maior parte do tempo até os 15 anos												
Pais biológicos ou adotivos	39	16,24 (0,31)	16	40	15,41 (0,31)	15	232	15,96 (0,13)	16	311	16	0,573
Instituições/outros parentes/conhecidos	26	16,45 (0,37)	16	4	14,29 (0,99)	14,5	22	15,92 (0,43)	15	52	16	

Variáveis ajustadas pelo peso. EP = Erro Padrão. População: Jovens de 18 a 24 anos.

Fonte: Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-14.

**post hoc* TV vs Outras vias para *viveu com a mãe por até 14 anos* p=0.040.

Tabela 5 - Idade da primeira relação sexual segundo variáveis do primeiro parceiro sexual de acordo com a condição sorológica e a via de infecção pelo HIV

	MVHA						MNVHA			Total		Valor de p
	TV			Outras vias			n	Média (EP)	Mediana	n	Mediana	
	n	Média (EP)	Mediana	n	Média (EP)	Mediana						
Tipo de parceiro na primeira relação sexual												0,012*
Namorado/marido	51	16,60 (0,26)	17	35	15,44 (0,32)	15	212	16,08 (0,14)	16	298	16	
Ficante/amigo	14	15,66 (0,52)	15,5	11	14,80 (0,59)	15	43	15,29 (0,30)	15	68	15	
Diferença de idade entre a jovem e o parceiro da primeira relação sexual												0,009†
Parceiro mais novo ou até 2 anos mais velho	32	16,56 (0,32)	17	12	15,84 (0,54)	16	100	16,64 (0,19)	16	144	16	
Parceiro mais velho (3 anos ou mais)	32	16,25 (0,32)	16	30	15,19 (0,34)	15	152	15,49 (0,16)	15	214	15	

Variáveis ajustadas pelo peso. EP = Erro Padrão. População: Jovens de 18 a 24 anos.

Fonte: Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-14.

**post hoc* TV vs Outras vias para quem se iniciou com namorado/marido $p=0.014$.

† diferença observada entre quem se iniciou com parceiro mais novo ou até 2 anos mais velho e quem se iniciou com parceiro mais velho (3 anos ou mais de diferença).

Com relação à raça/cor, a diferença na idade da primeira relação sexual foi observada entre as jovens pretas vivendo com HIV/Aids de acordo com a via de infecção ($p=0.040$): enquanto as jovens pretas infectadas por TV iniciaram-se em média aos 16,53 anos, as jovens pretas infectadas por outras vias iniciaram-se em média aos 14,61 anos. No que se refere a ter ou não uma religião, a diferença também foi observada em função da via de infecção entre as jovens que não tem religião ($p= 0.008$). Já em relação à escolaridade e ao uso ou não de drogas na vida, a diferença observada não se deu entre os diferentes subgrupos de jovens, mas sim, entre aquelas que apresentavam ou não ensino médio completo ou mais e uso de drogas na vida, independentemente da condição sorológica e da via de infecção pelo HIV/Aids (tabela 3).

No que se refere ao tempo que viveram junto com a mãe (tabela 4), observou-se diferença entre as jovens vivendo com HIV de acordo com a via de infecção ($p=0,040$). Entre aquelas que viveram com a mãe por até 14 anos, as infectadas por TV iniciaram-se em média aos 16,23 anos, enquanto as infectadas por outras vias tiveram a primeira relação sexual em média aos 14,07 anos.

As variáveis que se referiam a ter vivido em instituições ao longo da vida (tabela 3) e a ter mãe viva no momento da entrevista (tabela 4) apresentaram um número de casos muito pequeno para os grupos de jovens vivendo com HIV/Aids infectadas por outras vias e para as jovens que não vivem com HIV/Aids, o que impede que se façam associações estatísticas entre esses eventos e a idade da primeira relação sexual. Esses aspectos parecem estar entre os que mais diferenciam as trajetórias das jovens que vivem com HIV/Aids infectadas por TV das demais, uma vez que uma parcela considerável delas perdeu a mãe ainda jovem e viveu em instituições ao longo da vida, enquanto esses eventos ocorreram em frequência muito baixa nos outros grupos.

Ainda assim, cabe destacar que a institucionalização parece estar associada a uma postergação da primeira relação sexual entre as jovens infectadas por TV, uma vez que aquelas que foram institucionalizadas se iniciaram mais tarde do que as demais, correspondendo ao único subgrupo que apresenta a mediana da idade da primeira relação sexual aos 18 anos. Curiosamente, as jovens dos outros grupos que foram institucionalizadas,

ainda que sejam poucas, apresentaram uma tendência a iniciar-se antes dos 15 anos. Tendência que só se repetiu entre as jovens vivendo com HIV/Aids pretas ou que viveram com a mãe por até 14 anos, infectadas por outras vias, e entre as mulheres que não vivem com HIV/Aids que fizeram uso de drogas na vida.

As duas variáveis relacionadas ao tipo de parceiro da primeira relação sexual apresentaram diferença estatisticamente relevante (tabela 5). No que se refere ao tipo de parceiro, a diferença foi observada entre aquelas que se iniciaram com parceiro considerado estável, segundo a via de infecção. Quanto a diferença de idade entre a jovem e esse parceiro, observou-se diferença significativa entre quem se iniciou com parceiro mais novo ou até 2 anos mais velho e quem se iniciou com parceiro mais velho (3 anos ou mais de diferença), independente da condição sorológica ou da via de infecção para o HIV.

A fim de conhecer o impacto de cada fator que se mostrou significativo a partir da análise das médias e medianas de idade, para uma iniciação sexual tardia, foram realizadas análises de regressão logística binária (tabelas 6 a 8). Para esse fim, foram consideradas como tardias aquelas jovens que declararam ter tido a primeira relação com 17 anos ou mais (último tercil da população que apresentou iniciação mais tardia), condição de 36,9% das jovens que compuseram o estudo.

Após a análise de regressão logística binária múltipla observou-se associação ($p < 0.05$) entre iniciação sexual tardia e a infecção por transmissão vertical. Observa-se na tabela 6 que as jovens infectadas via transmissão vertical apresentam chance superior de 2.17 ($OR=2.17$, $p=0.038$) de terem uma iniciação sexual tardia em relação às mulheres que não vivem com HIV. Também foi observada associação entre iniciação sexual tardia e possuir religião, frequentar a escola por mais tempo e não ter feito uso de drogas na vida. Esses fatores atuam de forma independente no aumento da probabilidade de ter a primeira relação com 17 anos ou mais.

Tabela 6 - Fatores associados à iniciação sexual tardia em mulheres jovens vivendo ou não vivendo com HIV – Análise de regressão logística binária univariada e múltipla (variáveis da jovem)

Variáveis da jovem	Análise de regressão logística binária univariada			Análise de regressão logística binária múltipla		
	OR*	IC _{95%}	Tamanho do efeito	OR ajustada*	IC _{95%}	Tamanho do efeito
Infecção pelo HIV/ Via de infecção						
TV	1,56	0,89 – 2,74	2,10	2,17	1,05 – 4,49	2,09
Outras Vias	0,94	0,53 -1,67	1,47	1,47	0,71 - 3,03	1,58
MNVHA	1,0			1,0		
Raça/cor						
Não preta	0,85	0,47 – 1,52	2,15	-----	-----	-----
Preta	1,0					
Tem religião?						
Sim	1,66	1,10 – 2,52	1,48	1,66	1,01 – 2,72	1,53
Não	1,0			1,0		
Escolaridade da jovem						
Médio completo ou mais	3,37	2,10 – 5,45	2,04	2,37	1,36 – 4,12	2,19
Até médio incompleto	1,0			1,0		
Interrupção da trajetória escolar						
Não	1,91	1,17 – 3,12	2,34	-----	-----	-----
Sim	1,0					
Idade do 1º trabalho						
Nunca trabalhou	0,96	0,48 – 1,93	1,93	-----	-----	-----
Até 15 anos	0,85	0,51 – 1,40	2,13	-----	-----	-----
16 anos ou mais	1,0					
Institucionalização						
Não	0,7	0,31 – 1,59	1,81	-----	-----	-----
Sim	1,0					
Uso de drogas na vida						
Não	2,47	1,30 – 7,69	2,50	2,28	1,10 - 4,71	2,48
Sim	1,0			1,0		

*categoria de referência = precoces/medianas. Modelo ajustado pelas variáveis tipo de parceiro na primeira relação sexual e mobilidade escolar. População: Jovens de 18 a 24 anos. Fonte: Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-14.

Conforme se observa na tabela 7, nenhuma das variáveis testadas relacionadas à família da jovem apresentaram associação após a análise de regressão logística binária múltipla.

Com relação às variáveis relacionadas ao parceiro da primeira relação sexual (tabela 8), observou-se associação entre iniciar-se mais tardiamente e a diferença de idade entre a jovem e o parceiro, sendo mais provável que jovens que se iniciam mais tarde, tenham a primeira relação com parceiros mais novos ou até dois anos mais velhos.

Tabela 7 - Fatores associados à iniciação sexual tardia em mulheres jovens vivendo ou não vivendo com HIV – Análise de regressão logística binária univariada e múltipla (variáveis da família)

Variáveis da família	Análise de regressão logística binária univariada			Análise de regressão logística binária múltipla		
	OR*	IC _{95%}	Tamanho do efeito	OR ajustada*	IC _{95%}	Tamanho do efeito
Renda Mensal Familiar per capita						
Até ½ salário mínimo	0,60	0,33 -1,10	2,87	-----	-----	-----
Acima de ½ salário mínimo	1,0					
Escolaridade da mãe						
Até Médio Incompleto	1,02	0,61 – 1,70	1,91	-----	-----	-----
Médio Completo ou mais	1,0					
Mobilidade escolar						
Mobilidade escolar descendente/sem mobilidade	0,61	0,35 – 0,94	1,74	-----	-----	-----
Mobilidade escolar ascendente	1,0					
Tem mãe viva?						
Sim	0,68	0,39 – 1,20	1,87	-----	-----	-----
Não	1,0					
Por quantos anos viveu junto com a mãe?						
Por até 14 anos	0,83	0,51 – 1,35	1,72	-----	-----	-----
Por 15 anos ou mais	1,0					
Com quem morou a maior parte do tempo até os 15 anos?						
Pais biológicos ou adotivos	0,88	0,50 – 1,55	1,74	-----	-----	-----
Instituições/outros parentes/conhecidos	1,0					

*categoria de referência = precoces/medianas. Modelo ajustado pelas variáveis tipo de parceiro na primeira relação sexual e mobilidade escolar.

População: Jovens de 18 a 24 anos.

Fonte: Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-14.

Estudos desenvolvidos com jovens vivendo com HIV/Aids obtiveram resultados sobre a idade da primeira relação sexual que se aproximam dos apresentados no presente estudo. De acordo com a pesquisa *Vulnerabilidade e o Cuidado com as Pessoas Vivendo com HIV-AIDS – Um Estudo sobre a Assistência às Mulheres Vivendo com HIV-AIDS nos Serviços Públicos de Saúde das Cidades de Santos, São Paulo e São José do Rio Preto*, que entrevistou mulheres vivendo com HIV/Aids residentes nessas três cidades entre os anos de 1999 e 2000, a idade média de iniciação sexual das jovens de 18 a 24 anos era de 15,8 anos (PAIVA et al., 2002a). Outro estudo, conduzido em Porto Alegre com público semelhante, observou que entre as jovens de 18 a 24 anos, a mediana da idade de iniciação sexual era de 15 anos (TEIXEIRA et al., 2013).

Tabela 8 - Fatores associados à iniciação sexual tardia em mulheres jovens vivendo ou não vivendo com HIV – Análise de regressão logística binária univariada e múltipla (variáveis do parceiro da primeira relação sexual)

Variáveis do parceiro da primeira relação sexual	Análise de regressão logística binária univariada			Análise de regressão logística binária múltipla		
	OR*	IC _{95%}	Tamanho do efeito	OR ajustada*	IC _{95%}	Tamanho do efeito
Tipo de parceiro na primeira relação sexual						
Namorado/marido	1,90	1,12 - 3,22	1,51	-----	-----	-----
Ficante/amigo	1,0					
Diferença de idade entre a jovem e o parceiro da primeira relação sexual						
Parceiro mais novo ou até 2 anos mais velho	1,97	1,25 - 3,12	2,08	1,80	1,04 – 3,12	2,35
Parceiro mais velho (3 anos ou mais)	1,0			1,0		

*categoria de referência = precoces/medianas. Modelo ajustado pelas variáveis tipo de parceiro na primeira relação sexual e mobilidade escolar.

População: Jovens de 18 a 24 anos.

Fonte: Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-14.

É importante destacar que, quando considerada a população jovem em geral, parece haver uma grande variabilidade com relação ao momento em que ocorre a primeira relação sexual das moças de acordo com suas características socioeconômicas. Esse foi um dos resultados do estudo GRAVAD¹⁹ que, se por um lado, identificou pouca variação na idade da primeira relação sexual dos rapazes, encontrou que variáveis como região em que vivem, religião da família e escolaridade tendem a antecipar ou retardar a primeira relação sexual das moças (BOZON; HEILBORN, 2006). Esse tipo de resultado aponta para a importância de se investigar a idade da primeira relação sexual de subpopulações específicas de mulheres, uma vez que eventos específicos ou características de suas biografias pessoais parecem ter maior impacto sobre sua sexualidade do que para os homens.

Assim, no estudo do processo de iniciação sexual das mulheres vivendo com HIV/Aids, é importante diferenciar aquelas que se infectaram por transmissão vertical daquelas que se infectaram por outras vias, em especial,

¹⁹ Ainda que o estudo GRAVAD tenha sido desenvolvido há mais de uma década, ele continua sendo o único estudo quantitativo sobre o comportamento sexual e reprodutivo dos jovens brasileiros de 18 a 24 anos. Investigações de abrangência nacional como a PENSE (IBGE, 2015), por exemplo, têm como população jovens de 13 a 17 anos inseridos no contexto escolar, e não foram desenvolvidas com o foco na temática da sexualidade e reprodução; logo, trazem poucas informações sobre essas dimensões da vida dos entrevistados.

pela via sexual. Para esses dois grupos de mulheres, a infecção pelo HIV se insere em momentos distintos de suas trajetórias biográficas. As infectadas por TV vivenciam a experiência de iniciar-se já vivendo com HIV/Aids, enquanto a maior parte das infectadas por outras vias adquirirá o vírus depois de já ter uma vida sexual ativa.

No entanto, ao pensarmos no possível impacto da infecção em um comportamento, não basta que a pessoa tenha o vírus para que seu comportamento possa sofrer algum tipo de mudança. É necessário, ao menos, saber que está infectada²⁰. Sendo assim, é importante atentar para o momento em que ocorre a revelação do diagnóstico para as jovens que vivem com HIV desde a infância. Entre as jovens infectadas por outras vias que participaram do presente estudo, apenas duas declararam conhecer o diagnóstico da infecção pelo HIV antes de se iniciarem sexualmente. Uma delas não havia mantido relações sexuais até o momento da entrevista, por isso não compôs o grupo cujos dados acerca da idade da primeira relação sexual foram investigados. Outra relata ter se infectado na infância devido a uma transfusão de sangue. Entre as jovens infectadas por TV, seis relatam que se iniciaram antes de saber que viviam com HIV. Logo, pode-se afirmar que a maior parte das jovens infectadas por TV sabia de sua condição de soropositividade quando teve a primeira relação sexual.

Viver com HIV parece ter impacto sobre o momento em que ocorrerá a primeira relação sexual, uma vez que além de ter encontrado um calendário com diferentes idades de iniciação sexual para cada grupo de jovens, os resultados apontam para uma associação entre ser infectada por transmissão vertical e iniciar-se mais tardiamente do que as demais jovens da mesma geração.

Outros aspectos que aparecem associados ao adiamento da primeira relação sexual neste estudo são consonantes a resultados apresentados em pesquisas que discutem a idade da primeira relação, ainda que sob a ótica da precocidade.

Não praticar uma religião, por exemplo, aparece associado a iniciar-se precocemente em diferentes populações (HUGO et al., 2011). O estudo

²⁰ Não estou afirmando que saber da infecção seja condição suficiente para a mudança de comportamento em relação ao manejo da vida sexual, por exemplo. Considera-se aqui, no entanto, a demanda quase inescapável de gestão da vida sexual ao se tomar conhecimento da infecção pelo vírus HIV.

GRAVAD destaca ainda a importância da religião da família de origem – o que não foi investigado pelo estudo GENIH – no processo de iniciação sexual: jovens educadas em famílias sem religião ou que mudaram de religião em relação àquela praticada por sua família também tenderiam a iniciar-se mais precocemente do que as demais (HEILBORN; BOZON, 2006).

O mesmo ocorre em relação ao uso de drogas. Está presente na literatura a associação entre esse evento e a iniciação sexual precoce (HUGO et. al, 2011; TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004), geralmente, sendo interpretados como indicadores de maior vulnerabilidade para a infecção por IST (BASSOLS et al., 2010).

A associação entre maior escolaridade e adiamento da primeira relação sexual já foi descrita por outros estudos (HEILBORN; BOZON, 2006; GONÇALVES, 2008). Com relação a esse aspecto, há evidências apontando que também a baixa escolaridade materna e a interrupção da trajetória escolar pela jovem estariam associadas à iniciação sexual precoce (ALMEIDA, 2008; HEILBORN; BOZON, 2006; TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004). No presente estudo, no entanto, essas variáveis não mostraram-se associadas à idade da primeira relação sexual. No que se refere à escolaridade materna, cabe ressaltar que muitas jovens, em especial entre as infectadas por TV, não souberam fornecer essa informação, o que pode ter causado interferência na análise dessa variável, que não apareceu associada diretamente à idade de iniciação sexual.

Ainda que na análise das idades da primeira relação sexual e na regressão univariada o tipo de parceiro tenha aparecido associado à iniciação sexual tardia, esta variável não apresentou associação no modelo de regressão múltipla utilizado no estudo. A única variável referente ao parceiro que apresentou associação à iniciação tardia na regressão múltipla foi a diferença de idade entre a jovem e parceiro: quanto menor essa diferença maior a probabilidade de iniciação tardia.

Outros estudos sugerem que a grande diferença de idade entre os parceiros - o que apareceu predominantemente entre as jovens que se iniciaram mais cedo (infectadas por outras vias) - pode influenciar o processo de negociação do uso do preservativo, uma vez que, tratando-se de contextos menos igualitários para as relações de gênero, o poder de decisão tende a

concentrar-se no parceiro mais velho e mais experiente (PAIVA et al., 2002b; CHONGO, 2007).

A análise do contexto da primeira relação sexual permitirá uma melhor compreensão da associação entre o momento em que essa relação ocorre na trajetória das jovens (em especial daquelas que vivem com HIV/Aids) e as características relacionais entre elas e seus parceiros.

Cabe destacar que as jovens infectadas por TV também apresentaram maior frequência de outros elementos que estão associados à iniciação sexual tardia: são mais escolarizadas que as demais jovens e iniciam-se com maior frequência com parceiros mais novos ou com idade próxima às suas.

Ainda que não tenham sido encontrados outros estudos que investigaram a idade da primeira relação de jovens infectadas por transmissão vertical, cabe destacar que um estudo realizado com jovens órfãos por Aids no município de São Paulo, considerando apenas aqueles que já haviam se iniciado sexualmente (204 jovens), encontrou como mediana da idade da primeira relação sexual 15 anos para os rapazes e 16 anos para as moças, dado coincidente com o encontrado no presente estudo (CHONGO, 2007). A comparação dos resultados do referido estudo com outros realizados com a população geral permitiu que se levantasse a hipótese de que a orfandade pela Aids impactaria “as moças órfãs, de modo a retardar o início da vida sexual” (CHONGO, 2007, p.77)²¹.

A associação entre orfandade por Aids e retardamento do início da vida sexual (além do maior uso de preservativo entre essas jovens), se explicaria pela atribuição do cuidado a mulher na divisão sexual do trabalho, sugerindo que essas moças talvez tenham se responsabilizado pelos cuidados com seus pais que faleceram devido a Aids e isso tenha provocado nelas um sentimento de autoproteção (CHONGO, 2007).

O estudo GENIH não perguntou às jovens a causa da morte de suas mães, mas é muito provável que a quase totalidade das infectadas por TV que relataram não ter mãe viva tenham perdido a mãe em decorrência da Aids. Colabora para essa hipótese a informação de que a Aids foi a primeira causa na hierarquização dos APVP (Anos potenciais de vida perdidos) para as mulheres no ano de 1995, no município de São Paulo (UNAIDS, 1998), o que

²¹ Entre os jovens entrevistados no referido estudo, apenas um vivia com HIV/Aids.

sugere o impacto da Aids na mortalidade de mulheres na cidade na década de 90.

Considerando que por meio da descrição dos contextos de iniciação sexual é possível identificar diferentes formas de vivenciar a sexualidade ao longo da juventude (CABRAL, 2011), os resultados a respeito desse contexto, apresentados a seguir, permitirão um aprofundamento na discussão a respeito das especificidades do processo de iniciação sexual das jovens vivendo com HIV/Aids.

4.2.2 OS CONTEXTOS DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

O estudo GENIH permitiu que se conhecessem dados referentes à primeira relação sexual das jovens entrevistadas. A tabela 9 apresenta as frequências de cada uma das variáveis que se referiam a esse evento para as jovens vivendo com HIV/Aids de acordo com a via de infecção, bem como para aquelas que não vivem com HIV/Aids.

Entre todas as entrevistadas, cinco jovens, sendo 2 MVHA e 3 MNVHA, relataram que sua primeira experiência sexual foi forçada. Elas informaram que esse evento ocorreu entre os 13 e 21 anos de idade.²²

As jovens vivendo com HIV/Aids infectadas por TV, em sua maioria, declararam que a primeira relação foi desejada e ocorreu com parceiro estável (namorado ou marido) após três meses ou mais de relacionamento. A maior parte delas não estabeleceu relação de conjugalidade com esse parceiro, que em cerca de metade dos casos possuía ensino médio completo ou mais e era mais novo ou apresentava idade próxima a da jovem (até dois anos mais velho). A mediana da idade do parceiro na primeira relação sexual foi de 19 anos, correspondendo a uma diferença de três anos em relação à mediana da idade da jovem naquele momento.

Com relação à contracepção, a maior parte das jovens infectadas por TV declarou ter usado algum método contraceptivo durante a primeira relação sexual. O método utilizado pela totalidade de jovens que declarou algum uso foi

²² Foi perguntado a essas jovens quando ocorreu a primeira relação sexual com que consentiram e essa idade foi considerada no cálculo da idade média e mediana de iniciação sexual, apresentadas na seção anterior. As informações sobre o contexto da primeira relação sexual também se referiram à experiência com consentimento (a situação de violência sofrida por essas jovens guarda especificidades que o estudo GENIH não pretendeu abarcar).

Tabela 9 - Elementos caracterizadores do contexto da primeira relação sexual em função da condição sorológica e da via de infecção pelo HIV

Elementos caracterizadores do contexto da primeira relação sexual	MVHA				MNVHA		Total		Valor de p
	TV		Outras Vias		n	%	N	%	
	n	%	n	%					
Queria ter essa relação?*									
Queria	54	83,8	39	85,7	217	85,4	310	85,2	0,878
Não queria, mas consentiu	11	16,2	6	14,3	35	14,6	52	14,8	
Tipo de parceria									
Namorado/marido	51	79,6	35	78,0	212	82,7	298	81,5	0,448
Ficante/amigo	14	20,4	11	22,0	43	17,3	68	18,5	
Escolaridade do parceiro									
Até Médio Incompleto	27	40,8	12	27	---	---	39	35,1	0,011
Médio Completo ou mais	31	48,6	23	50	---	---	54	49,2	
Não sabe/não lembra	7	10,6	11	23	---	---	18	15,7	
Diferença de idade entre a jovem e o parceiro da primeira relação sexual									
Parceiro mais novo ou até 2 anos mais velho	32	50,4	12	28,6	100	41,5	144	41,6	0,005
Parceiro mais velho (3 anos ou mais)	32	49,6	30	71,4	152	58,5	214	58,4	
Parceiro da 1ª união é o mesmo da primeira relação sexual?									
Sim	13	37,5	9	25	62	40,1	84	37,2	0,051
Não	23	72,5	26	75	94	59,9	143	62,8	
Tempo de relacionamento transcorrido até a 1ª relação sexual									
Até 3 meses	24	37,1	20	45,7	---	---	44	40,4	0,019
3 meses ou mais	41	62,9	22	54,3	---	---	63	59,6	
Usou algum tipo de contraceptivo									
Sim	57	88	39	84	210	82,7	306	83,8	0,305
Não	8	12	7	16	45	17,3	60	16,2	
Usou camisinha masculina na 1ª relação sexual									
Sim	57	88	32	70	198	77,8	287	78,7	0,002
Não	8	12	14	30	57	22,2	79	21,3	
Uso de outros métodos contraceptivos									
Apenas camisinha masculina	50	88,0	25	66,7	183	88,2	258	85,3	0,000
Outros métodos	7	12	14	33,3	27	11,8	48	14,7	
Conversou com parceiro sobre evitar filhos									
Sim	37	55,9	18	42	---	---	55	50,2	0,032
Não	28	44,1	28	58	---	---	56	49,8	
Conversou com parceiro sobre uso da camisinha									
Sim	48	73,9	26	59,2	---	---	74	67,9	0,016
Não	17	26,1	19	40,8	---	---	36	32,1	
Continuidade do uso da camisinha									
Usou na primeira e na última relação sexual	47	72,5	19	42,0	50	20,0	116	32,9	<0,001
Usou na primeira, mas não na última relação sexual	10	15,5	13	28,0	146	57,6	169	45,7	
Outras situações	8	12	14	30	57	22,4	79	21,4	

*Foram excluídas 5 jovens que declararam que a primeira relação "foi forçada". As demais informações fornecidas por essas jovens foram acerca de sua primeira relação sexual consentida. **Questões foram feitas exclusivamente às jovens vivendo com HIV/Aids.

População: Jovens de 18 a 24 anos. Fonte: Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-14.

a camisinha masculina, em alguns casos combinada a métodos hormonais. Vale destacar que é o único grupo em que, embora em muito baixa frequência, ocorreu o uso de contracepção de emergência após a primeira relação sexual. Também na comparação com as demais, são as únicas que não referem o uso do coito interrompido como estratégia de contracepção. A maior parte declara ter conversado sobre o uso da camisinha com o parceiro antes da relação, bem como, ainda que em menor proporção, sobre evitar filhos.

A maior parte das jovens que se infectaram por outras vias informou que quis ter a primeira relação sexual, que ocorreu com parceiro estável (namorado) após três meses ou mais de relacionamento. A maioria dessas jovens não estabeleceu relação de conjugalidade com o parceiro da primeira relação, sendo esse o grupo em que menos se observou esse desfecho. Vale destacar que quase 1/4 delas declarou não saber ou não lembrar a escolaridade do parceiro. Em quase 3/4 dos casos o parceiro era ao menos três anos mais velho do que a jovem. A mediana da idade do parceiro na primeira relação sexual foi de 20 anos, o que corresponde a uma diferença de cinco anos da mediana da idade da jovem nesse cenário.

No que se refere à contracepção, a maioria das jovens infectadas por outras vias declarou ter usado contracepção durante a primeira relação sexual. A maior parte referiu o uso da camisinha, no entanto, em menor frequência do que os outros grupos. Em contraposição, elas compõem o conjunto em que mais ocorreu o uso de outros métodos: coito interrompido e pílula anticoncepcional, em alguns casos combinados ao uso da camisinha. A maioria declara não ter conversado com o parceiro antes da relação sobre evitar filhos, embora a maior parte delas - ainda que em frequência menor do que as infectadas por TV - tenha conversado sobre o uso da camisinha.

Assim como as jovens vivendo com HIV/Aids, as demais também declararam em sua maioria ter desejado a primeira relação sexual, que ocorreu com parceiro fixo (namorado ou marido). A maior parte se iniciou com parceiro no mínimo três anos mais velho. Assim como entre as infectadas por TV, a mediana da idade do parceiro na primeira relação sexual foi de 19 anos, observando-se a mesma diferença entre as medianas de idade de iniciação sexual da jovem e do parceiro nesses dois grupos. Ainda que a maioria não tenha se casado/ ido morar junto com o parceiro da primeira relação sexual,

esse evento foi mais comum entre essas jovens do que entre as vivendo com HIV/Aids.

A maior parte das jovens não vivendo com HIV/Aids declarou ter usado contracepção na primeira relação, sendo mais frequente o uso apenas da camisinha masculina. As que relataram o uso de outros métodos citaram a pílula ou injeção anticoncepcional e o coito interrompido.

Embora o questionário oferecesse essas opções, nenhuma jovem, independente de viver ou não com HIV/Aids, relatou uso de camisinha feminina, implante/anel/adesivo hormonal, tabelinha ou DIU. Também não referiram intervenções cirúrgicas como laqueadura ou vasectomia do parceiro.

Foi calculada uma variável para examinar a possível continuidade do uso da camisinha, observando se aquelas que declararam ter utilizado esse método na primeira relação sexual, o fizeram na última relação. Houve diferença significativa entre o comportamento dos três grupos: as jovens infectadas por TV são as que mantiveram o uso com maior frequência nesses dois eventos, seguidas das infectadas por outras vias. Entre as jovens não vivendo com HIV/Aids houve uma queda considerável do uso do preservativo quando comparadas a primeira e a última relação sexual, pois apenas 1/5 dessas jovens declarou uso do preservativo nessas duas situações. Assim, enquanto 77,8% dessas jovens referem uso da camisinha na primeira relação sexual, apenas 22% declaram ter feito uso na última relação.

Conforme exposto acima, nos três grupos, a maior parte das jovens declarou em frequências muito próximas ter desejado a primeira relação sexual, ainda que em torno de 15% dos casos observe-se a submissão ao desejo do parceiro. Não se pode também desprezar - ainda que não pretendamos nos debruçar sobre o contexto dessa experiência - o fato de que cinco jovens relataram sexo forçado na primeira relação sexual, e que essa frequência foi maior entre as jovens vivendo com HIV/Aids²³. Um estudo multipaíses realizado pela OMS encontrou que em 10 dos 15 países pesquisados, mais de 5% das mulheres que já tiveram relações sexuais relataram que sua primeira experiência foi forçada (GARCIA-MORENO et al., 2005). Essa frequência chegou a 14% ou mais em alguns países.

²³ Considerando toda a população do estudo, o GENIH encontrou maior frequência de sexo forçado entre as MVHA (8,2%) do que entre as MNVHA (4,8%) (BARBOSA; PINHO; CABRAL, 2016).

O mesmo estudo indicou que quanto mais cedo ocorre a primeira experiência sexual, maior a probabilidade de que essa relação seja forçada. Considerando-se apenas os dados referentes ao Brasil, tem-se que 3% das mulheres relataram sexo forçado na primeira relação sexual, frequência que sobe para 14% quando consideradas apenas aquelas que se iniciaram antes dos 15 anos. Os autores do estudo atribuem a ampla variação encontrada entre os países às diferentes atitudes sociais em relação à sexualidade feminina e a diferenças culturais em relação à capacidade das mulheres de exercer controle sobre as circunstâncias de sua primeira experiência sexual (GARCIA-MORENO et al., 2005). É também digno de nota reconhecer tal variação em função dos contextos culturais subjacentes tanto ao reconhecimento do fenômeno enquanto tal, como à possibilidade de declará-lo (CORDEIRO et al., 2009).

Com relação ao tipo de parceiro da primeira relação sexual, observa-se que mais de $\frac{3}{4}$ da população do estudo iniciou-se com um parceiro fixo, sendo a distribuição muito semelhante entre os três grupos. Iniciar-se no contexto de uma relação considerada estável parece ser o comportamento que se espera socialmente das jovens, de modo geral (HEILBORN; BOZON, 2006). Cabe apontar que em estudo conduzido apenas com jovens vivendo com HIV/Aids em Porto Alegre, observou-se frequência semelhante a aqui apresentada (TEIXEIRA et al., 2013).

Essa conduta se insere em um contexto fortemente estruturado pelas relações entre os gêneros. Estudos indicam que mais moças do que rapazes tendem a se iniciar em um relacionamento estável. As moças também referem primeiro parceiro mais velho ou muito mais velho com maior frequência do que os rapazes, que tendem a relacionar-se sexualmente pela primeira vez com moças com idade próxima à dele e em situações eventuais ou de sexo pago (TEIXEIRA et al., 2006). Esses dados sugerem que enquanto espera-se que os rapazes provem a sua masculinidade tendo relações sexuais com uma mulher (independente do contexto em que esse ato ocorra), a maior “prova de feminilidade na adolescência é a capacidade de estabelecer uma relação estável com um membro do sexo oposto” (HEILBORN; BOZON, 2006, p.200).

Conforme já exposto, a primeira relação sexual tende a ser interpretada pelas jovens como uma etapa importante na constituição de um relacionamento estável. Estudos que investigam o processo de iniciação sexual em homens e

mulheres concluem que as expectativas e representações sobre a primeira relação sexual são diferentes para cada um dos sexos (HEILBORN; BOZON, 2006; CHONGO, 2007; CABRAL, 2011). Enquanto para os homens a entrada na sexualidade com uma parceira tem caráter individual e marca a constituição de sua identidade como homem, para a mulher tem caráter relacional, pois implica em suas expectativas sobre o relacionamento que tem com aquele parceiro (HEILBORN; BOZON, 2006; CABRAL, 2011).

Ainda que as jovens infectadas por outras vias tenham se iniciado com parceiros estáveis em frequência muito próxima a das infectadas por TV e das mulheres que não vivem com HIV, elas recordam menos de informações sobre o parceiro, como idade (ainda que não em proporção expressiva) e escolaridade na época da primeira relação sexual, como se não os conhecessem em profundidade. Também relatam ter conversado com o parceiro sobre o uso da camisinha e sobre evitar filhos em proporção muito menor do que as jovens infectadas por TV. Ressalta-se também que, se comparadas às que se infectaram via TV, a primeira relação sexual ocorreu com maior frequência na fase inicial do relacionamento. Somam-se a esses elementos a diferença de idade entre a jovem e o parceiro, que foi significativamente maior nesse grupo do que nos demais: as jovens infectadas por outras vias, além de se iniciarem mais cedo, são aquelas que se iniciam em maior frequência com parceiros muito mais velhos.

Essas especificidades sugerem uma maior assimetria de gênero entre as jovens que se infectaram por outras vias e os parceiros com quem se iniciaram. Essa característica tende a ter impactos nas estratégias de prevenção às IST e nas práticas contraceptivas adotadas pelo casal, seja nessa primeira relação, seja ao longo do relacionamento (BARBOSA; VILLELA; UZIEL, 1995). Isso pode estar expresso, por exemplo, no fato, de que ainda que aparentemente os três grupos se assemelhem bastante com relação à frequência do uso de contracepção, quando questionadas especificamente com relação ao uso da camisinha, as jovens infectadas por outras vias são aquelas que apresentam menor frequência do uso desse artefato e maior propensão a usar outros métodos contraceptivos na primeira relação sexual. Em contrapartida, as infectadas por TV são as que referem maior uso do preservativo na primeira relação sexual.

É interessante destacar que a frequência do uso de preservativo encontrada, seja para cada um dos grupos (variando de 70% a 88%), seja para a população do estudo como um todo (78,7%) é superior a de outros estudos com populações da mesma faixa etária. A saber, o estudo GRAVAD (TEIXEIRA et. al, 2006) indicou que 60% das jovens relataram uso de preservativo na primeira relação sexual. Resultado próximo se identificou considerando apenas moças vivendo com HIV/Aids em Porto Alegre: 64,9% usaram preservativo masculino na primeira relação (TEIXEIRA et al., 2013).

Foi perguntado para as jovens que vivem com HIV/Aids se elas conversaram com o parceiro sobre contracepção e sobre uso da camisinha. Independente da via de infecção, um maior número de jovens diz ter conversado sobre camisinha com o parceiro do que sobre forma de evitar filhos. Isso sugere que a conversa sobre o preservativo, em muitos casos, não foi considerada como uma conversa sobre contracepção, sendo mais provável que o uso do preservativo tenha sido interpretado como forma de prevenção à infecção por IST e não como estratégia contraceptiva. Essa leitura é coerente com o fato da conversa sobre camisinha ter sido mais prevalente entre as jovens infectadas por TV, para as quais a infecção pelo HIV seria uma questão de maior relevância no momento da primeira relação sexual do que para as jovens que na ocasião não viviam com HIV. Vale destacar que outros estudos sugerem essa mesma atribuição de significado ao uso do preservativo na primeira relação sexual (CABRAL, 2011).

O uso do preservativo foi mais frequente do que a conversa com o parceiro sobre o tema, independente da via de infecção. Por tratar-se de um estudo retrospectivo, a declaração de conversa com o parceiro não pode ser considerada de modo categórico. Dizer que não conversou com o parceiro sobre determinado assunto significa dizer que, ainda que essa conversa tenha ocorrido, não se constituiu como um evento relevante a ponto de ser lembrado. O questionário do GENIH apenas investiga se elas conversaram com o parceiro sobre o uso de contracepção antes da primeira relação sexual, mas não especifica o teor dessa conversa: se corresponderia à negociação do uso de preservativos, à deliberação consensual entre o casal de que não seria necessário utilizá-lo, ou mesmo, de quem é a responsabilidade da contracepção. Não conversar com o parceiro e mesmo assim usar o preservativo pode ser interpretado como expressão da internalização da norma

sobre o uso do preservativo, reiteradamente incentivado nas políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids.

Considerando as análises anteriores com relação à idade da primeira relação sexual, é possível observar que os grupos que apresentaram maior mediana da idade da primeira relação e menor diferença de idade entre a jovem e o parceiro foram os mesmos que relataram maior uso do preservativo nesse evento. Outros estudos, alguns conduzidos inclusive com jovens e mulheres vivendo com HIV/Aids, já evidenciaram a associação entre idade da primeira relação sexual e uso de preservativo, sugerindo que quanto mais cedo ocorre a primeira relação sexual e quando mais velho é o parceiro, menor é a probabilidade de uso de preservativo e de conversa com o parceiro sobre esse tema (PAIVA et.al, 2002b; BOZON; HEILBORN, 2006; TEIXEIRA et al, 2006; HUGO et al., 2011).

A partir dos elementos escolhidos para a caracterização do cenário da primeira relação sexual das jovens, observa-se uma grande similitude entre os contextos declarados pelas jovens que vivem com HIV/Aids infectadas por TV e aquelas que não vivem com HIV. Em contrapartida, as jovens infectadas por outras vias se distanciam deste cenário, em especial no que se refere à simetria em relação ao parceiro e ao uso do preservativo nessa primeira experiência sexual.

Esses dados apontam para a importância de considerar as especificidades do processo de iniciação sexual das jovens infectadas por TV, que não pode ser analisado de forma conjunta com aquelas que se infectaram por outras vias, uma vez que essas experiências tendem a ser estruturalmente distintas. Olhar para todas essas jovens como um grupo homogêneo pode provocar vieses na leitura dos fenômenos observados.

Outro resultado que merece destaque é o que indica uma possível continuidade do uso do preservativo quando comparadas a primeira e a última relação sexual entre as jovens infectadas por TV. Aquelas que se infectaram por outras vias também relatam maior frequência de uso de preservativo na última relação sexual do que as mulheres que não vivem com HIV. Nesse terceiro grupo a frequência de uso na última relação sexual é muito baixa. Diversos estudos indicam que ainda que o uso do preservativo seja frequente no processo de iniciação sexual, não se observa a continuidade dessa prática ao longo do relacionamento, quando, em geral, a percepção do risco de

infecção por uma IST diminui e outras estratégias contraceptivas passam a ser utilizadas (PIROTTA, 2002; CABRAL, 2011; TEIXEIRA et al., 2006; MARINHO; 2006).

4.3 AS JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS QUE NÃO TIVERAM RELAÇÕES SEXUAIS

Entre as jovens vivendo com HIV/Aids entrevistadas no estudo GENIH, 18 declararam não ter se iniciado sexualmente, o que corresponde a 13,8% dessa amostra. Quase a totalidade dessas jovens infectou-se via transmissão vertical. Há exceção de uma que não soube informar o modo de infecção, e que para os fins deste estudo foi classificada como infectada por “outras vias”. Desse modo, consideradas apenas as jovens infectadas por TV, 20,4% não haviam tido relações sexuais.

A *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*²⁴ (BRASIL, 2016a) conduzida pelo Ministério da Saúde, em 2013, identificou 25% de não iniciados sexualmente entre jovens de ambos os sexos²⁵. Em 2007, um estudo entrevistou 147 moças órfãs por Aids no município de São Paulo²⁶ e 23,8% delas declararam não ter tido relações sexuais (CHONGO, 2007). Esses resultados podem ser justificados pelo fato desses estudos terem sido conduzidos com populações de 15 a 24 anos. O estudo GRAVAD, conduzido com população de idade semelhante à do presente estudo, observou diferenças significativas entre a frequência de moças que não haviam se iniciado nas capitais estudadas, variando de 9% em Porto Alegre a 24% em Salvador (BOZON; HEILBORN, 2006), o que sugere que a origem e as características biográficas das jovens estão associadas a diferentes formas de viver a sexualidade e podem implicar na postergação da primeira experiência sexual com parceiro.

No estudo GENIH, a maior parte das moças que não tiveram relações sexuais tem idade entre 18 e 20 anos. Apenas três delas tem 21, 22 e 24 anos,

²⁴ Inquérito de âmbito nacional com amostra estabelecida em 12.000 indivíduos de 15 a 64 anos.

²⁵ Tendo em vista a ausência de estudos sobre essa temática com jovens vivendo com HIV/Aids, restou apenas a possibilidade de tecer comparações com pesquisas que guardassem alguma similaridade com o tema, fossem eles estudos realizados com a população em geral, ou que fizessem alguma referência ao universo das pessoas vivendo com HIV/Aids.

²⁶ Cabe ressaltar que a maior parte desses jovens havia perdido apenas o pai devido à Aids e somente um havia sido diagnosticado com o HIV (CHONGO, 2007).

o que aponta para a tendência de maior concentração de não iniciados entre o estrato mais jovem das populações estudadas (BOZON; HEILBORN, 2006).

A maioria delas declarou-se branca, duas declararam-se pretas e duas indígenas²⁷. Um terço das jovens declarou-se sem religião, cinco definiram-se como pentecostais ou evangélicas, quatro como católicas, duas como espíritas e uma como protestante. Esse resultado demonstra uma grande heterogeneidade do grupo com relação à prática religiosa, não sendo possível associar determinada prática religiosa à decisão de postergar a primeira relação sexual.

O menor nível de escolaridade declarado pelas jovens foi o ensino médio incompleto, situação de oito moças. Cabe ressaltar que dessas, apenas três não estavam estudando no momento da pesquisa, enquanto as demais cursavam o nível médio. Também oito jovens informaram que possuem ensino médio completo, enquanto duas referiram o ensino superior incompleto, sendo que uma delas continua estudando. Esse resultado reforça a hipótese apresentada em sessões anteriores de que quanto maior o grau de escolaridade, maior a probabilidade de postergação da iniciação sexual.

A escolaridade materna variou de ensino fundamental incompleto a ensino médio completo, referido como escolaridade das mães de um terço das jovens. Com exceção de duas jovens que não souberam informar a escolaridade materna, e de duas que têm ensino médio completo assim como suas mães, as demais apresentam trajetória de mobilidade escolar ascendente ou em ascendência, pois há aquelas que ainda estão cursando o ensino médio, último grau concluído ou cursado de forma incompleta por suas mães. Esse dado coincide com o encontrado pelo estudo GRAVAD (BOZON; HEILBORN, 2006), que ao investigar as características sociodemográficas das moças que apresentavam uma postergação da primeira relação sexual, identificou especificidades na situação daquelas com trajetória de mobilidade social ascendente:

“tudo se passa como se, para escapar ao destino social mais corrente em seu ambiente de origem, elas fossem compelidas a um esforço especial sobre si mesmas e a atitudes mais rígidas, falsamente tradicionais, de adiamento da vida sexual, visando respaldar seu projeto escolar” (BOZON; HEILBORN, 2006, p.167).

²⁷Cabe ressaltar que somente três jovens declararam-se como indígenas entre todas as jovens vivendo com HIV/Aids.

Essa hipótese é levantada pelos autores a partir da constatação de que as moças oriundas de camadas populares em mobilidade escolar ascendente tiveram a primeira relação sexual em média três anos mais tarde do que as mulheres do mesmo grupo social que não estudaram (BOZON; HEILBORN, 2006). A trajetória escolar ascendente produziria um efeito sobre a sexualidade dessas jovens “em termos de atitudes e projetos pessoais, levando-se em conta escolhas e prioridades” (BOZON; HEILBORN, 2006, p.173). Como exemplos desses projetos de vida, os autores do estudo citam que as mulheres mais escolarizadas raramente responderam que consideravam ideal ter um filho aos 20 anos ou abaixo dessa idade, resposta apresentada por um quarto daquelas que possuíam ensino fundamental incompleto. O estudo GENIH não investigou esse tipo de aspiração entre as entrevistadas, não sendo possível fazer esse tipo de digressão.

O maior controle social familiar também estaria associado à postergação da iniciação sexual. No GRAVAD, as jovens que adiaram a primeira relação sexual pertenciam com maior frequência a famílias cujos pais não se separaram e apresentavam menos conflitos com seus pais, com relação a amigos e namorados (BOZON; HEILBORN, 2006). No GENIH, foram levantados outros elementos da trajetória das jovens que permitiriam uma reflexão sobre o contexto familiar em que elas viveram durante a infância, como por exemplo, se viveram em instituições ou com quem moraram a maior parte do tempo até os 15 anos. Exatamente metade das jovens declarou não ter mãe viva. Quando questionadas sobre com quem haviam vivido a maior parte do tempo até os 15 anos, também metade das jovens referiu pouca ou nenhuma convivência com a mãe (adotiva ou biológica), tendo vivido com ela por menos de cinco anos. Um terço das jovens declarou ter vivido com o pai biológico (em coabitação ou não com a mãe e/ou outros familiares). Os avós foram citados por oito jovens. Três informaram ter vivido a maior parte do tempo em instituições ou com outros familiares. Há, portanto, diferentes contextos de socialização familiar entre as jovens, não sendo possível sugerir relações entre não ter se iniciado sexualmente e as relações que essas jovens estabeleceram com suas famílias de origem.

Com relação à situação ocupacional, cinco jovens afirmaram que não estudavam nem trabalhavam no momento da entrevista, dez jovens

trabalhavam e sete estudavam, sendo que quatro acumulavam as duas atividades. Uma em cada três referiu nunca ter trabalhado. Embora este estudo não tenha encontrado associação entre a iniciação sexual tardia e a idade de entrada no mercado de trabalho, outros estudos sugerem relação entre essas duas experiências. O estudo GRAVAD encontrou que jovens que começaram a trabalhar após os 18 anos ou que até os 24 anos nunca haviam trabalhado iniciaram-se mais tardiamente do que aquelas que começaram a trabalhar mais cedo (BOZON; HEILBORN, 2006).

Embora não seja possível estabelecer uma comparação entre a população de jovens que não se iniciaram sexualmente com parceiro entre as MVHA e as MNVHA (já que essas últimas não foram entrevistadas pelo GENIH quando declararam não ter tido relações sexuais), é possível abordar o impacto da infecção pelo HIV sobre esta condição com base nas respostas fornecidas por elas a um conjunto de perguntas específicas. Também foi perguntado às jovens qual seria o motivo de não terem tido relações sexuais e a importância que atribuíam ao HIV como razão para não terem se iniciado sexualmente. Oito jovens disseram não ter encontrado o parceiro adequado. O medo de infectar o parceiro foi referido por seis jovens. O desejo de não ter relações sexuais antes do casamento foi citado por três, e apenas uma indicou “outro motivo” para não ter tido relações sexuais. Nenhuma jovem disse que “teve vontade de ter relações, mas não teve oportunidade”, embora o questionário oferecesse essa opção.

No que se refere à importância atribuída ao HIV para não ter se iniciado sexualmente, metade classificou como “muito importante”, quatro consideraram “pouco importante”, quatro disseram que “não é importante” e uma não soube responder.

A partir de uma análise conjunta das respostas dadas a essas questões, obteve-se que 11 jovens associam o HIV à não iniciação sexual, seja dizendo que o mesmo é muito importante para não ter iniciado a vida sexual ou referindo como motivo o medo de infectar o parceiro. Cabe ressaltar que nenhuma dessas jovens declara já ter ouvido falar sobre PEP ou considera que o risco de transmitir o HIV quando se tem carga viral indetectável é “muito baixo”.

Em contrapartida, quatro jovens parecem não estabelecer qualquer relação entre ser soropositiva e não ter se iniciado sexualmente: são aquelas

que respondem que o HIV não é importante e citam outro motivo que não o medo de infectar o parceiro para não terem tido relações sexuais. Dessas, duas dizem que querem se casar virgens, uma diz que não encontrou parceiro ideal e outra cita “outro motivo”. Entre as jovens que disseram não querer ter relações sexuais antes do casamento, uma é praticante de religiões pentecostais/evangélicas e uma declara-se sem religião, o que indica que essa intenção, tradicionalmente associada a determinadas concepções religiosas pode ter origem em outras motivações.

As jovens também foram questionadas com relação ao número de namorados/ficantes que já tiveram. A maioria delas – onze jovens - relatou de 1 a 3 parceiros. Destacam-se quatro jovens que declararam nunca ter namorado ou ficado: todas essas atribuem alguma importância ao HIV para o fato de não terem tido relações sexuais, mas apenas uma refere medo de infectar o parceiro. As outras três jovens tiveram 6, 10 e 20 parceiros, respectivamente. Entre elas está a única que declara já ter acontecido de uma pessoa se recusar a namorar/ficar com ela pelo fato dela ser soropositiva.

Analisou-se também o desejo por filhos dessas jovens. Quatro referiram não querer ter filhos e justificaram essa intenção por “ser HIV positivo ou por medo de transmitir o vírus ao bebê”. Cabe ressaltar que essas quatro jovens declaram não ter conhecimento sobre o fato de que a carga viral indetectável reduz significativamente o risco de transmissão do HIV (VERNAZZA et. al, 2008; RODGER et al., 2016) e desconhecem a PEP.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica das jovens vivendo com HIV/Aids que não tiveram relações sexuais

continua

	Idade	Cor/raça	Religião	Escolaridade	Mobilidade Escolar	Situação Ocupacional	Por quantos anos viveu com a mãe?	Viveu em instituições	Com quem viveu a maior parte do tempo até os 15 anos?
Ego1	18	Branca	Pentecostal/evangélica	Ensino Médio Incompleto	Descendente	Estuda	18	Sim	Outros Familiares
Ego2	18	Branca	Católica	Ensino Médio Incompleto	Ascendente	Não estuda, nem trabalha	18	Não	Mãe e Pai Biológicos
Ego3	18	Branca	Espírita	Ensino Médio Completo	Ascendente	Não estuda, nem trabalha	18	Não	Mãe e Pai Biológicos e Avós
Ego4	18	Preta	Pentecostal/evangélica	Ensino Médio Incompleto	Descendente	Estuda e trabalha	4	Não	Avós e Outros Familiares
Ego5	18	Parda	Espírita	Ensino Médio Incompleto	Não sabe	Estuda	1	Não	Avós
Ego6	18	Indígena	Não tem religião	Ensino Médio Incompleto	Sem mobilidade	Estuda	18	Não	Mãe Adotiva
Ego7	19	Branca	Pentecostal/evangélica	Ensino Médio Completo	Ascendente	Trabalha	5	Sim	Instituição e Outros Familiares
Ego8	19	Parda	Não tem religião	Ensino Médio Incompleto	Não sabe	Trabalha	Não sabe	Sim	Avós
Ego9²⁸	19	Parda	Católica	Ensino Médio Completo	Ascendente	Não estuda, nem trabalha	19	Não	Mãe Biológica
Ego10	19	Parda	Pentecostal/evangélica	Ensino Médio Incompleto	Ascendente	Estuda e trabalha	14	Não	Mãe e Pai Biológicos e Outros Familiares

²⁸ Esta jovem desconhecia o modo como foi infectada pelo HIV e foi classificada como infectada por “outras vias”, sendo a única jovem que não teve relações sexuais a compor este estudo não infectada necessariamente por transmissão vertical.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica das jovens vivendo com HIV/Aids que não tiveram relações sexuais

conclusão

	Idade	Cor/raça	Religião	Escolaridade	Mobilidade Escolar	Situação Ocupacional	Por quantos anos viveu com a mãe?	Viveu em instituições	Com quem viveu a maior parte do tempo até os 15 anos?
Ego11	20	Branca	Católica	Ensino Superior Incompleto	Ascendente	Trabalha	4	Não	Pai Biológico
Ego12	20	Branca	Não tem religião	Ensino Médio Completo	Ascendente	Não estuda, nem trabalha	20	Não	Mãe e Pai Biológicos, Avós e Outros Familiares
Ego13	20	Parda	Não tem religião	Ensino Médio Completo	Ascendente	Estuda e trabalha	20	Não	Mãe Biológica
Ego14	20	Parda	Pentecostal/ evangélica	Ensino Médio Completo	Sem mobilidade	Não estuda, nem trabalha	2	Não	Avós
Ego15	20	Indígena	Não tem religião	Ensino Médio Completo	Ascendente	Trabalha	0	Sim	Outros Familiares
Ego16	21	Branca	Não tem religião	Ensino Superior Incompleto	Ascendente	Estuda e trabalha	3	Não	Pai Biológico, Avós e Outros Familiares
Ego17	22	Preta	Católica	Ensino Médio Completo	Sem mobilidade	Trabalha	22	Não	Mãe Biológica
Ego18	24	Branca	Protestante	Ensino Médio Incompleto	Ascendente	Trabalha	0	Não	Avós

População: Jovens de 18 a 24 anos.

Fonte: Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-14.

Os resultados indicam que as jovens que não se iniciaram sexualmente não compõem um grupo homogêneo. Ao contrário, observa-se uma diversidade de perfis e possíveis motivações para o adiamento da iniciação sexual, dentre os quais se encontra a infecção pelo HIV. Vale destacar que o grupo foi composto quase em sua totalidade por jovens infectadas via TV, e conforme já apontado em seções anteriores, foi encontrada associação entre ser infectada por TV e iniciar-se tardiamente.

4.4 TRAJETÓRIAS REPRODUTIVAS DAS JOVENS INFECTADAS PELO HIV

O principal interesse desta seção é examinar a ocorrência de eventos reprodutivos nas trajetórias das jovens vivendo com HIV/Aids. A tabela 10 apresenta dados referentes às trajetórias reprodutivas das mulheres jovens vivendo com HIV/Aids, de acordo com a via de infecção. Os dados referem-se apenas às jovens que declararam já ter iniciado a vida sexual.

Observaram-se diferenças significativas entre as jovens, de acordo com a via de infecção, com relação ao tempo de vida sexual ativa. Mais da metade das jovens infectadas via TV declarou ter até quatro anos de vida sexual ativa, em comparação a 18,8% das infectadas por outras vias. Com relação à quantidade de parcerias sexuais, quando considerada a média do número de parceiros sexuais em função do tempo de vida sexual ativa observou-se entre aquelas com até 4 anos de vida sexual ativa uma mesma média no número de parceiros (2,78 parceiros), independente da via de infecção pelo HIV. Já entre as com maior tempo de atividade sexual, as infectadas por outras vias apresentam, em média, maior número de parceiros (6,79) do que as infectadas por TV (3,92).

Embora nos dois grupos tenha sido bastante frequente a presença de casamento/união com parceiro e de gestações em suas trajetórias biográficas, houve diferenças nas proporções em que essas respostas apareceram de acordo com a via de infecção pelo HIV. Enquanto apenas um pouco mais da metade das jovens infectadas via TV declararam já ter casado ou morado com parceiro, mais de três quartos das infectadas por outras vias relataram essa experiência. As jovens que se infectaram por outras vias também relataram gestações com maior frequência em relação às infectadas por TV.

Tabela 10 - Elementos caracterizadores das trajetórias reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids

Eventos reprodutivos	MVHA				Total		Valor de p
	TV		Outras Vias		n	%	
	n	%	n	%			
Tempo de vida sexual ativa							
Até 4 anos	37	55,2%	9	18,8%	46	40,2%	<0,001
5 ou mais anos	29	44,8%	37	81,2%	66	59,8%	
Média do número de parceiros sexuais em função do tempo de vida sexual ativa							
Até 4 anos	37	2,78	9	2,78	46	2,78	<0,001
5 ou mais anos	26	3,92	26	6,79	52	5,04	
Já foi casada/morou com parceiro							
Sim	36	54,9%	35	77%	71	63,9%	<0,001
Não	30	45,1%	11	23%	41	36,1%	
Já engravidou							
Sim	30	45,5%	36	78,2%	66	58,9%	<0,001
Não	36	54,5%	10	21,8%	46	41,1%	
Número de gestações							
1 gestação	20	66,7%	17	44,3%	37	54,5%	<0,001
2 ou mais gestações	10	33,3%	19	55,7%	29	45,5%	
Com quantos parceiros teve filhos							
De 1 parceiro	27	89,4%	24	65,4%	51	76,4%	0,001
Mais de 1 parceiro	3	10,6%	12	34,6%	15	23,6%	
Idade na 1ª gestação							
Até 19 anos	20	66,7%	25	72,2%	45	69,7%	0,474
20 anos ou mais	10	33,3%	11	27,8%	21	30,3%	
Diferença entre a idade da 1ª relação sexual e da 1ª gestação							
Até 2 anos	16	53%	13	39,2%	29	45,5%	0,097
3 ou mais anos	14	47%	23	60,8%	37	54,5%	
Desejo por filhos biológicos							
Sim	45	73%	14	32,6%	59	42,9%	<0,001
Não	17	27%	27	67,4%	44	57,1%	
Ser HIV é um motivo importante para não querer filhos							
Sim	12	78,8%	19	74,5%	31	76,1%	0,651
Não	3	21,2%	5	25,5%	8	23,9%	

População: Jovens de 18 a 24 anos.

Fonte: Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-14.

Também se observaram diferenças significativas em função da via de infecção com relação à quantidade de gestações e de parceiros com quem tiveram filhos. Mais da metade das jovens infectadas por outras vias declarou duas gestações ou mais, em comparação à apenas 1/3 das infectadas por TV. Embora nos dois grupos a maioria tenha referido gravidez de apenas um parceiro, entre as que se infectaram via TV essa resposta foi dada por 89,4% das que engravidaram; já entre as infectadas por outras vias isso apareceu em menor proporção.

Com relação à idade em que engravidaram pela primeira vez, nos dois grupos foi mais frequente que a primeira gestação tenha ocorrido antes dos 20 anos, resposta dada por quase 70% das jovens que engravidaram. A média da idade da primeira gestação foi de 18,67 anos para as que se infectaram por outras vias e de 18,8 anos para as que se infectaram por TV. Quando observada a diferença entre a idade da primeira relação sexual e da primeira gravidez, obteve-se que metade das infectadas por TV viveram essa experiência até 2 anos após a primeira relação sexual, enquanto entre as demais, o evento ocorreu majoritariamente 3 anos ou mais após a iniciação.

Quando questionadas com relação ao desejo por filhos biológicos, observou-se que quase $\frac{3}{4}$ das jovens infectadas por TV relataram o desejo por filhos (ou por mais filhos) biológicos, resposta que aparece com menor frequência entre as entrevistadas por outras vias. Entre aquelas que responderam que não desejavam filhos, o HIV é considerado um motivo importante ou muito importante para essa decisão para a expressiva maioria de jovens, independentemente da via de infecção.

Embora não conste na tabela 10, foram também analisadas as respostas referentes à prática de aborto provocado. O Estudo GENIH apresentava duas questões que solicitavam essa informação. Na primeira vez, a jovem respondia abertamente, face a face com a entrevistadora, à questão sobre já ter provocado um aborto. Ao final da entrevista, a jovem era convidada a responder a mesma questão, clicando no *netbook*, sem que a entrevistadora viesse a conhecer a sua resposta²⁹. Entre as jovens infectadas por outras vias nenhuma relatou ter provocado aborto, em ambas as questões. Já entre as infectadas por TV, quando convidadas a responder “às cegas”, cinco jovens

²⁹ Pretendeu-se simular com essa estratégia a metodologia conhecida como “técnica de urna”, utilizada nas pesquisas sobre aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

declararam já ter provocado aborto, ainda que na primeira vez que lhes foi perguntado tenham negado esse fato. Uma vez que aquelas que informaram já ter praticado o aborto apenas o fizeram ao final da entrevista e de modo anônimo, não foi possível obter nenhuma informação sobre o contexto em que esse evento ocorreu.

Conforme apresentado acima, observaram-se diferenças importantes nas trajetórias das jovens vivendo com HIV/Aids. As jovens infectadas por TV tendem a apresentar menor tempo de vida sexual ativa do que as infectadas por outras vias. Esse dado se articula a outros resultados deste estudo. O menor período de atividade sexual é consistente com o fato de as jovens infectadas por TV serem em média mais jovens que as demais e apresentarem tendência a iniciarem sua vida sexual mais tardiamente do que as infectadas por outras vias.

As jovens infectadas por outras vias com cinco anos mais de atividade sexual relatam maior número de parceiros sexuais, o que sugere uma maior experimentação sexual ao longo da juventude do que as infectadas por TV com o mesmo tempo de vida sexual ativa. Esse resultado também pode ser proveniente do fato de as infectadas por TV serem mais jovens que as infectadas por outras vias, uma vez que a correlação não foi controlada pela idade. Estudos internacionais conduzidos com mulheres jovens da população e, especificamente, com mulheres vivendo com HIV/Aids, encontraram associação entre o maior número de parceiros ao longo da vida e a iniciação sexual antes dos 15 anos (BAUMANN et al., 2011; WAND; RAMJEE, 2012). Cabe destacar que a multiplicidade de parceiros sexuais ao longo da vida em um contexto de relações de gênero assimétricas em que a jovem tende a ter menor poder de negociação do uso do preservativo - cenário já descrito na seção anterior - pode expô-las a maior vulnerabilidade para IST (BARBOSA; VILLELA; UZIEL, 1995; UNAIDS, 2017).

Quando considerado o total das mulheres vivendo com HIV/Aids sem diferenciação pela via de infecção, tem-se que 58,9% já engravidaram. Estudos conduzidos com jovens da mesma faixa etária vivendo com HIV/Aids conjuntamente nas cidades de São Paulo, Santos e São José do Rio Preto e em Porto Alegre encontraram frequências maiores de gravidez entre as entrevistadas do que o presente estudo, respectivamente, 65% (PAIVA et al., 2002a) e 74,6% (TEIXEIRA et al., 2013).

É importante ressaltar que cerca de 60% das jovens infectadas por outras vias receberam seu diagnóstico durante a gestação, pois fizeram o teste para detecção do HIV como parte do acompanhamento pré-natal. Esse fato favorece que se encontre um maior número de mulheres que já engravidaram entre aquelas que sabem que são soropositivas, pois a gestação tende a coincidir com o momento do diagnóstico, em especial entre as mulheres jovens (BARBOSA; PINHO; CABRAL, 2016; PILLECO et al., 2015; BARBOSA, 2001).

Cabe destacar que também se observou uma maior frequência de mais de uma gravidez e de gestações de mais um parceiro entre as infectadas por outras vias. De modo geral, as jovens infectadas por TV apresentam biografias sexuais mais tradicionais (iniciação sexual tardia, poucos parceiros, filhos do mesmo parceiro) do que as infectadas por outras vias.

Apesar das diferenças descritas até aqui em relação às trajetórias sexuais e reprodutivas dos dois grupos, chama a atenção que quando observada a idade em que ocorreu a primeira gravidez, os dois grupos se aproximam. Embora as infectadas por TV se iniciem sexualmente mais tarde, a primeira gestação ocorre mais rapidamente. Em outras palavras, a diferença entre a idade da primeira relação sexual e da primeira gravidez apresentou tendência a ser menor entre as TV do que entre as infectadas por outras vias.

Esses dados indicam que, embora uma antecipação da iniciação sexual possa estar atrelada a uma antecipação da vida reprodutiva (HEILBORN; BOZON, 2006; BASSOLS, 2010), o fenômeno da gravidez na adolescência não está necessariamente associado à idade de iniciação sexual (AQUINO et al., 2006). A idade mais tardia de iniciação entre as jovens infectadas por TV não fez com que a primeira gravidez ocorresse também mais tardiamente. Fatores associados à preparação para a sexualidade, às relações de gênero e o sentido social que a maternidade carrega parecem ter efeito muito maior sobre as práticas de contracepção e os projetos de maternidade do que a idade da primeira relação sexual (KNAUTH, 1999; AQUINO et al., 2006; CABRAL, 2011). Diversos estudos apontam que a maternidade continua a ter importante valor social, sendo elemento fundamental da identidade feminina (GONÇALVES et al., 2009).

A análise do desejo pela maternidade em mulheres que vivem com HIV/Aids reforça a importância da significação social da maternidade. O desejo por filhos parece ser afetado diretamente, não somente pela possibilidade de

infecção do parceiro e da criança - que pode ser minimizado com intervenções biomédicas – mas, principalmente, pelo impacto psicossocial de uma gravidez após o diagnóstico da infecção pelo HIV (VERNAZZA et al., 2006; CARVALHO; PICCININI, 2006; KNAUTH, 1999; CABRAL, 1997). Ainda que outras doenças estejam associadas a maior risco de complicações maternas e fetais, muitas vezes, a infecção pelo HIV parece ser considerada como a mais negativa para a mulher e para o recém-nascido (MAKSUD, 2003).

Um estudo conduzido com mulheres vivendo com HIV/Aids no Vietnã identificou que embora parte delas desejasse ter um filho (ou mais um filho), mais de 40% das entrevistadas já havia sido aconselhada por profissionais de saúde e/ou familiares a abster-se do sexo, para 13% das que estavam grávidas à época do estudo já havia sido sugerida a realização de um aborto (MESSERSMITH et al., 2012). Esse tipo de contraindicação tem caráter mais moral do que técnico, já que

“o estigma social ligado à epidemia associa o HIV/AIDS a determinados padrões não-convencionais de hábitos de vida e de família, uma vez que a representação que se faz daquela que vive com o vírus não combinaria com os perfis estabelecidos socialmente como adequados para uma esposa/mãe” (GONÇALVES, 2009, p. 226).

No presente estudo, observa-se entre boa parte das mulheres que vivem com HIV o desejo de ter filhos após o diagnóstico, assim como sugerem outros estudos (PAIVA et al., 2002c; PAIVA et al., 2011; MESSERSMITH et al., 2012; VILLELA; BARBOSA, 2017; EID; WEBBER; PIZZINATO, 2014). É possível que essa experiência lhes permita atribuir novos significados a alguns aspectos de suas trajetórias biográficas (CARVALHO; PICCININI, 2006) e, em determinados contextos, lhes assegure uma identidade social que teria sido afetada devido à infecção pelo HIV (KNAUTH, 1999; BARBOSA, 2001; CABRAL, 1997). Um estudo conduzido com mulheres vivendo com HIV/Aids na cidade de Nova York encontrou, entre as principais razões para desejar filhos (ou mais filhos), a percepção de que uma criança a faria sentir-se mais completa e feliz, além da necessidade de atender a um desejo do parceiro e da sensação de que aproveitariam melhor a experiência da maternidade naquele momento de suas vidas do que quando foram mães pela primeira vez (no caso das que já tinham filhos) (SIEGEL; SCHRIMSHAW, 2001).

Com relação à indução do aborto, o Estudo GENIH encontrou uma prevalência de aborto entre as jovens vivendo com HIV/Aids no município de São Paulo, bastante próxima à encontrada em estudo similar conduzido no município de Porto Alegre (PILECCO et al., 2015). No referido estudo, cinco jovens entre as 120 entrevistadas que viviam com HIV/Aids, com idades entre 18 a 29 anos, relataram a prática de aborto (PILECCO et al., 2015). Segundo a Pesquisa Nacional sobre Aborto, realizada em 2016, cerca de 9% das jovens brasileiras com idades entre 18 e 24 anos já provocaram ao menos um aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Embora não tenha sido possível obter informações sobre o contexto em que provocaram aborto, chama atenção que esse evento tenha sido mais declarado pelas jovens infectadas por TV.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo, ao tomar como objeto o processo de iniciação sexual das jovens vivendo com HIV/Aids, traz reflexões a respeito da sexualidade das mulheres jovens que vivem no município de São Paulo e que estão inseridas nos serviços públicos de saúde. Aspectos como religiosidade, escolarização e o uso de drogas ao longo da vida mostraram associação com o momento em que a primeira relação sexual se insere na trajetória da jovem, independente da infecção pelo HIV. Certas características que descrevem o contexto da primeira relação sexual são compartilhadas pela maior parte das jovens entrevistadas.

No entanto, não se pode perder de vista as especificidades que caracterizam os cenários de iniciação sexual das mulheres que vivem com HIV/Aids, objetivo principal deste trabalho. Apesar de serem mulheres que pertencem a uma mesma geração e que se inserem em um mesmo contexto da quarta década da epidemia de HIV/Aids no Brasil, merece atenção o aspecto de que diferentes vias de infecção aparecem associadas a modos peculiares de viver a sexualidade e a reprodução na juventude. Trajetórias marcadas diferentemente pelo HIV apresentam distintos cenários de socialização para a sexualidade. O momento e o contexto em que se insere a primeira relação sexual nas trajetórias das jovens que vivem com HIV/Aids não podem ser interpretados sem que se levem em conta o momento em que ocorre o diagnóstico para o HIV, bem como as moralidades sexuais e expectativas de gênero imbricadas na forma como vivenciam esse processo.

5.1 ADIAMENTO DA INICIAÇÃO SEXUAL ENTRE AS JOVENS INFECTADAS POR TRANSMISSÃO VERTICAL

O presente estudo encontrou associação entre ser infectada por TV e iniciar-se mais tardiamente. É possível que o HIV, além de ter influenciado diretamente as escolhas com relação ao comportamento sexual de algumas jovens - como no caso das que informaram não ter se iniciado por medo de infectar o parceiro - colocou-as em contextos e círculos sociais diferentes dos frequentados pelas demais jovens, o que pode ter favorecido a postergação da entrada na sexualidade com parceiro.

Ainda que não tenha sido encontrada uma associação direta entre ter não ter a mãe viva e ter se iniciado mais tarde, há possibilidade de que a ausência da figura materna tenha impacto sobre a vivência da sexualidade na juventude no caso de jovens do sexo feminino. No capítulo anterior, apresentou-se a hipótese defendida em outro estudo de que a orfandade por Aids poderia favorecer a postergação da iniciação sexual nas moças devido a um sentimento de autoproteção gerado pela experiência de cuidarem de seus pais adoecidos pela Aids (CHONGO, 2007). No entanto, outra hipótese pode ser considerada para explicar a associação entre “perder a mãe” na infância e postergar a primeira relação sexual. Estudos sugerem que, para mulheres jovens, a mãe tende a ser principal informante sobre sexualidade, dividindo esse papel com a escola quando o assunto é gravidez e IST (BOZON; HEILBORN, 2006). Ao contrário do que ocorre entre os rapazes, para as moças “o papel da mãe continua a ser mais central que o dos pais” (BOZON; HEILBORN, 2006, p.158).

Devido ao falecimento da mãe ainda na infância/juventude, essas jovens podem ter vivenciado uma socialização para a sexualidade distinta da trajetória típica de sua geração. No caso específico das jovens infectadas por TV, parece haver uma tendência a um desligamento da família de origem, que talvez esteja associado à morte da mãe ou à própria infecção pelo vírus HIV desde a infância. Outros estudos indicam que crianças que vivem com HIV têm menores chances de ser acolhidas por outros parentes ou adotadas quando perdem seus pais ou são retiradas deles por medidas judiciais (DORING, 2006; OLIVEIRA, 2015). Dados deste estudo (não apresentados) referentes a com quem as jovens podem contar em casos de necessidades diversas indicam que as infectadas por TV são as que menos podem contar com os parentes próximos (quando comparadas às infectadas por outras vias e às jovens que não vivem com HIV). Por outro lado, elas também relatam com maior frequência poder contar com entidades assistenciais.

Afastar-se da família de origem na infância inseriu essas jovens em outros espaços de socialização, como as instituições de acolhimento. Entre as jovens dos outros subgrupos quase não se encontraram relatos de institucionalização, realidade comum entre as jovens infectadas por TV. Conforme já descrito, o tamanho da amostra não permitiu a realização de uma análise robusta sobre possíveis associações entre institucionalização e a idade

da primeira relação sexual. De todo modo, é importante considerar que aquelas jovens infectadas por TV que viveram em instituições apresentaram uma mediana da idade de iniciação sexual bastante superior às demais. O processo de transição para a vida adulta, com o qual a primeira relação sexual se associa (CALVÈS et al., 2006) também sofre variações entre os adolescentes que vivem em instituições. As jovens institucionalizadas tanto podem estar submetidas a maior tutela e controle por parte de seus cuidadores do que as demais, quanto podem sofrer efeitos do estigma social associado à institucionalização.

Ainda considerando os espaços de socialização de que as jovens infectadas por TV fazem parte, é importante destacar que essas se apresentaram tão escolarizadas quanto as que não vivem com HIV e mais escolarizadas que as que se infectaram por outras vias, além de serem as que com maior frequência nunca trabalharam. Pode-se aventar a hipótese de um possível impacto do HIV no adiamento da entrada no mercado de trabalho, tanto pelo estigma associado à doença, quanto pelo direito ao benefício social concedido a algumas dessas jovens. Conforme já apresentado, a transição para a vida adulta se dá de modo progressivo, por meio da sequência de primeiras experiências vivenciadas pelo jovem, num contínuo e paulatino processo de autonomização juvenil em relação à família de origem. Neste tipo de concepção, o primeiro trabalho é um marcador importante neste processo de transição, e frequentemente encontra-se associado a outros eventos de primeira vez. Entende-se que quanto mais tarde ocorre a entrada no mercado de trabalho, mais desacelerado se dá o processo de passagem da juventude para a vida adulta, o que pode ter relação com o adiamento de outros marcadores, tais como a primeira relação sexual (CALVÈS, 2006; GALLAND, 1997; CASAL, 1997).

Ainda que este estudo não tenha encontrado associação direta entre a mobilidade escolar ascendente e a iniciação sexual tardia, conforme descrito em outras investigações (BOZON; HEILBORN, 2006), foi possível observar essa tendência entre as jovens que não haviam tido relações sexuais até o momento da entrevista. Cabe destacar que o cálculo dessa variável sofreu impacto importante uma vez que $\frac{1}{4}$ das jovens infectadas por TV desconhecia a escolaridade materna, não sendo possível determinar a mobilidade escolar dessa parcela da população.

A análise do cenário da primeira relação sexual das jovens infectadas por TV permite afirmar que essas vivenciam um processo específico de preparação para a sexualidade. Mesmo que em muitos aspectos o contexto desse evento seja muito parecido para a maior parte das moças, em especial no que se refere a iniciarem-se dentro de um relacionamento fixo, as jovens infectadas por TV iniciaram-se com parceiros com idades mais próximas às suas e relataram maior uso de camisinha na primeira relação do que as demais.

No entanto, o HIV também parece impactar diretamente nas decisões sexuais e reprodutivas dessas jovens, levando-as a adiar ou mesmo a evitar alguns eventos afetivos, sexuais ou reprodutivos. Isso se expressa na declaração de algumas jovens sobre o medo de infectar seus parceiros como justificativa para adiarem a primeira relação sexual, bem como o medo de transmitir o HIV para seus filhos via TV como um dos motivos para não desejarem a maternidade.

O protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde para a prevenção à TV de IST (BRASIL, 2015b) preconiza que os profissionais de saúde discutam com as pacientes as estratégias de prevenção à transmissão do HIV para seus parceiros e filhos. Mas é importante destacar que essas orientações tendem a ocorrer quando a mulher vivendo com HIV/Aids já está com uma gestação em curso ou explicitamente expõe no serviço o desejo de engravidar.

A legislação brasileira assegura ao jovem o direito de viver sua sexualidade e fazer escolhas com relação às suas práticas sexuais e reprodutivas de modo esclarecido e seguro (BRASIL, 2013a). No entanto, muitas vezes, com as jovens solteiras, não há espaço para discussão sobre sexualidade e reprodução, uma vez que moralmente se supõe que elas não serão mães em breve, como se a maternidade - e por vezes, a própria prática de relações sexuais - ocorresse exclusivamente no contexto de uniões estáveis/casamentos. Falar com jovens sobre sexualidade constitui um tabu em nossa cultura, devido à crença de que tratar desse tema com eles estimularia uma experimentação sexual precoce.

O atendimento que se presta às pessoas vivendo com HIV/Aids ainda é médico-centrado e há muita dificuldade dos serviços em estimular a adesão dos jovens a estratégias de atenção psicossocial que poderiam oferecer esse espaço de reflexão sobre aspectos individuais e sociais da vivência da

sexualidade, ainda que os serviços de referência ao tratamento do HIV contem com equipes multiprofissionais. A moralidade médico-sanitária institui a expectativa de que todas as relações sexuais de pessoas infectadas pelo HIV sejam protegidas por meio do uso de preservativos. Assim, uma possível discussão sobre reprodução se daria em momentos bastante específicos nos serviços de saúde. O atendimento médico tende a ter como foco a medicalização com vistas à supressão da carga viral e ao aumento da expectativa de vida da pessoa vivendo com HIV/Aids. O paciente, em geral, não encontra no consultório espaço para discutir questões relacionadas à sexualidade, muitas vezes, inclusive, por receio de ser julgado moralmente pelo profissional que o atende.

No caso das jovens infectadas por TV, esse espaço de discussão sobre sexualidade e reprodução no contexto da vida com HIV/Aids pode ser ainda mais restrito quando a família não revela o diagnóstico para o adolescente (PAIVA et al., 2011; OLIVEIRA, 2015). Nesses casos, os profissionais de saúde não podem discutir estratégias de prevenção abertamente com o jovem, uma vez que a pessoa não se reconhece como soropositiva.

A revelação do diagnóstico do HIV para a pessoa infectada é, portanto, um elemento que impacta nesse processo de socialização para a sexualidade, uma vez que o indivíduo reorganiza sua identidade a partir das representações que seu grupo social compartilha sobre o que é ser uma pessoa vivendo com HIV/Aids (KNAUTH, 1999). Pode-se dizer assim, que esse processo não é o mesmo na presença e na ausência do HIV, o que pode estar refletido tanto na postergação da primeira relação sexual, quanto nos diferentes contextos em que ela ocorre para as jovens infectadas por TV.

5.2 ASSIMETRIAS DE GÊNERO NOS CENÁRIOS DE INICIAÇÃO SEXUAL DAS JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS

A identificação de um contexto de iniciação sexual diferente para as jovens que se infectaram por outras vias (majoritariamente pela via sexual) reitera o exame da primeira relação sexual como um bom indicador para o estudo do modo como os sujeitos se acercam de formas distintas das moralidades e dos comportamentos sexuais de uma dada época e/ou determinado cenário social/cultural (BOZON; HEILBORN, 2006). Além da

infecção pelo HIV ainda na juventude, essas jovens também experimentaram trajetórias sexuais distintas daquelas infectadas por TV, tendo maior número de parceiros (entre aquelas que possuíam cinco anos ou mais de atividade sexual), maior número de gestações e maior ocorrência de filhos de mais de um parceiro.

Além de se iniciarem mais cedo, muitas dessas jovens se relacionaram com parceiros bem mais velhos, o que, conforme já descrito em outros estudos (BOZON; HEILBORN, 2006), encontra associação com o menor uso de preservativo na primeira relação sexual. As especificidades identificadas no cenário de iniciação desse grupo de jovens vivendo com HIV/Aids ilustram a assimetria presente nas relações de gênero e seu impacto nas estratégias de prevenção às IST e de contracepção. Essas jovens pareciam conhecer esses parceiros em menor profundidade e relatam ter conversado com eles sobre contracepção e uso da camisinha em menor frequência, ainda que os descrevessem como parceiros fixos (namorados).

Cabe lembrar que as jovens infectadas por outras vias se destacaram do restante da população do estudo como o grupo menos escolarizado entre os três e com maior frequência de interrupção dos estudos. Considerando toda a população do Estudo GENIH (mulheres de 18 a 49 anos) as MVHA também tenderam a ser menos escolarizadas do que as MNVHA (PINHO; CABRAL; BARBOSA, 2017). A ruptura com a escola parece ter associação com cenários de maior vulnerabilidade às IST, à gravidez na adolescência, ou ainda, à *rapid repeat pregnancy* (RRP) (BOZON; HEILBORN, 2006; ALMEIDA; 2008; VIEIRA et al., 2016). Conforme já descrito anteriormente, a primeira relação sexual tem significado distinto para moças e rapazes e tende a ser vista pelas jovens como um passo para o estabelecimento de um laço afetivo com o parceiro (BOZON; HEILBORN, 2006). As jovens que não aderem ao modelo escolar considerado como bem sucedido (linear e sem interrupções) têm menos garantias de inserção social e poderiam assim buscar nos parceiros mais velhos o acesso a contextos mais característicos da vida adulta, como a coabitação com parceiro e maior estabilidade financeira (GALLAND, 1997; CASAL, 1997). Nesse modelo de relação, a necessidade de estabelecer o vínculo com o parceiro superaria a preocupação em proteger-se de IST ou de uma gravidez (BOZON; HEILBORN, 2006). Como se percebe, no caso dessas jovens, as experiências de socialização para a sexualidade se coordenam com outros marcadores

sociais que compõem trajetórias que exprimem cenários mais vulneráveis à infecção.

Cabe destacar a importância de que os profissionais de saúde que atendem pessoas que vivem com HIV/Aids não pautem suas práticas apenas nos aspectos biomédicos, mas que levem em conta as diferentes trajetórias apresentadas por essas jovens e o modo como a infecção pelo HIV se insere nesses percursos biográficos. As escolhas dessas jovens a respeito de sua saúde sexual e de sua saúde reprodutiva - e seus impactos nas estratégias de prevenção a novas infecções pelo HIV e na adesão ao tratamento - não podem ser lidos apenas pelo âmbito individual, deslocadas dos contextos sociais e relacionais que estabelecem com seus parceiros.

Embora o GENIH tenha produzido dados referentes às percepções dessas jovens sobre os profissionais e serviços de saúde onde recebem tratamento, o presente estudo não os examinou. Ainda assim, observou-se entre as jovens falta de esclarecimento, por exemplo, sobre estratégias atuais de prevenção à infecção pelo HIV que poderiam ser usadas entre parceiros sorodiscordantes, o que pode sugerir que elas não estejam inseridas em espaços de atualização e reflexão sobre o manejo da vida sexual para pessoas que vivem com HIV/Aids. Outros estudos qualitativos com mulheres jovens vivendo com HIV/Aids no Brasil e internacionalmente evidenciam que os profissionais de saúde ainda têm dificuldades de estabelecer um diálogo sobre sexualidade e reprodução com essas moças e com seus familiares (PAIVA et al. 2011; ENGENDER HEALTH/UNFPA, 2006; DODDS et al., 2003).

O uso de preservativos (em especial, do preservativo masculino) em todas as relações sexuais segue como a recomendação principal para as pessoas que vivem com HIV/Aids, ainda que essa estratégia, em especial, no contexto de relacionamentos considerados estáveis, já tenha se mostrado utópica. Os “arranjos de poder” (VILLELA; BARBOSA, 2015) que se estabelecem nos diferentes contextos em que se dão as relações heterossexuais devem ser levados em conta para que se possam escolher, entre as estratégias de prevenção a novas infecções pelo HIV, aquelas que que mais se adequem a cada contexto relacional ou a cada momento da vida da pessoa ou do casal.

5.3 MARCA BIOGRÁFICA SEMELHANTE. PERCURSOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DISTINTOS

Tradicionalmente, a primeira relação sexual feminina coincidia com a primeira experiência de conjugalidade. No cenário atual, esse comportamento é raro, sendo o mais frequente, como se observou também no presente estudo, que as jovens se relacionem sexualmente antes do casamento. Em países em que há uso quase universal de contracepção entre as jovens, essa mudança de comportamento estabeleceu um intervalo maior entre a primeira relação sexual e a primeira gestação (BOZON, 2004; CALVÈS et al., 2006)³⁰.

No Brasil, no entanto, sexualidade e reprodução ainda permanecem bastante associadas (KNAUTH et al., 2006), por diversos motivos. Conforme já descrito, este estudo identificou que as jovens infectadas por TV apresentaram um menor intervalo entre o momento de sua iniciação sexual e a primeira gravidez quando comparadas às que se infectaram por outras vias. Essa aproximação etária entre os dois eventos faz com que a idade média dessa primeira gravidez seja bastante próxima para os dois grupos de moças vivendo com HIV/Aids.

Dado esse cenário, entre as infectadas por TV, observa-se uma multiplicidade de trajetórias sexuais e reprodutivas: se por um lado, 1/5 das jovens não haviam tido relações sexuais (sendo que algumas delas, inclusive, nunca ficaram ou namoraram), a mesma proporção referiu ao menos uma experiência de gravidez antes dos 19 anos. Desse modo, a maternidade e a conjugalidade aparecem como um elemento importante no processo de transição para a vida adulta para uma parcela desse grupo. Esses resultados evidenciam a diversidade de intercâmbios entre as experiências de socialização que se dão no âmbito da escola, da família, do trabalho e das demais instituições a que as jovens pertencem (religião, instituições de acolhimento, entidades assistenciais, serviços de saúde, entre outras).

A infecção pelo HIV - que aparece em momentos distintos dessas trajetórias biográficas - confere ainda mais complexidade a esses processos de socialização para a sexualidade e, conseqüentemente, de transição para a vida adulta. Ainda que cada jovem responda de forma diferente à infecção pelo HIV,

³⁰ Na França, esse intervalo saltou de dois anos para uma década, quando comparadas as mulheres do século XXI às que viveram no século anterior (BOZON, 2004). Esse período de vida sexual pré-conjugal é chamado na literatura sobre o tema de "*jeunesse sexuelle*" (BAJOS; BOZON, 2008).

dependendo de outros aspectos de sua trajetória, viver com HIV desde infância é um marcador importante na constituição desses percursos juvenis. Entre as jovens que não haviam tido relações sexuais, o HIV teve impacto sobre essa condição para a maior parte delas. O medo de infectar o parceiro e/ou de transmitir o HIV para seus filhos determinou decisões sexuais e reprodutivas de boa parte das jovens infectadas por TV ao longo de toda a sua juventude e das que se infectaram por outras vias, a partir de seu diagnóstico.

Esses resultados apontam para a importância de informação adequada e de apropriação de um determinado saber (especializado) por parte das pessoas que vivem com HIV/Aids. Nesse contexto, os serviços de saúde têm papel preponderante para democratizar conhecimentos específicos, tais como o baixo risco de transmissão do HIV associado à carga viral indetectável.

Esses esclarecimentos, bem como a construção de um espaço de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das jovens junto aos serviços de saúde, permitiriam que as escolhas em relação à vivência da sexualidade e da reprodução na juventude pudessem ser feitas com maiores possibilidades de autonomia (PAIVA et al., 2011). As decisões com relação à prática ou o adiamento da primeira relação sexual e/ou à opção pela maternidade poderiam ser tomadas considerando a totalidade de suas experiências como mulheres jovens, os contextos em que vivem e os riscos de transmissão do HIV, e não pautadas principalmente no medo de repetir, em relação a seus parceiros e filhos, a experiência que vivenciaram em suas trajetórias devido à infecção pelo HIV.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se deteve sobre o processo de iniciação sexual de jovens vivendo e não vivendo com HIV/Aids. Os dados foram produzidos a partir do Estudo GENIH, primeiro estudo de amostragem probabilística sobre as trajetórias sexuais e reprodutivas de mulheres vivendo com HIV/Aids no município de São Paulo.

Durante o desenvolvimento desta dissertação deparamo-nos com determinadas limitações, que devem ser consideradas quando se observam os dados aqui produzidos e apresentados. O estudo GENIH não foi desenhado especificamente para o exame do processo de iniciação sexual na juventude. O inquérito apresentava uma seção que tinha como foco a primeira relação sexual da jovem, mas não solicitava informações sobre outras experiências juvenis que trariam mais detalhes sobre o processo de socialização para sexualidade dessas jovens. Informações referentes à idade do primeiro namoro, local em que conheceu o primeiro parceiro, as principais fontes de informação sobre sexo e prevenção a IST/Aids, sentimentos referentes à primeira relação sexual, como se deu (ou não) a revelação da infecção pelo HIV para o primeiro parceiro no caso das jovens infectadas por TV, entre outras, permitiriam uma melhor contextualização dos cenários de iniciação sexual dessas jovens. No entanto, tais variáveis não foram contempladas na investigação mais ampla.

Além disso, o estudo traz dados apenas sobre mulheres. Os homens aparecem apenas enquanto parceiros das entrevistadas, vistos sob a ótica delas. Conhecer o processo de iniciação sexual e as primeiras experiências reprodutivas dos homens vivendo com HIV enriqueceria a discussão sobre especificidades concernentes às trajetórias femininas e masculinas e permitiria a discussão de aspectos relacionais que impactam nesses processos na juventude.

Conforme já destacado ao longo do estudo, o GENIH não entrevistou as mulheres que não tinham se iniciado sexualmente e que não viviam com HIV. As informações provenientes dessa população possibilitaria comparações, que talvez permitissem uma maior compreensão do processo de adiamento da primeira relação sexual observado entre as jovens infectadas por TV.

Todavia, essas limitações não impediram que se atingissem os objetivos propostos neste trabalho. Os dados quantitativos inéditos produzidos pelo presente estudo permitiram que se examinasse os cenários de iniciação sexual entre as jovens vivendo com HIV no município de São Paulo. As especificidades identificadas nesses processos, bem como as trajetórias reprodutivas dessas moças nos permitem afirmar que há uma diversificação das trajetórias sexuais juvenis.

A opção metodológica por analisar os dados em função da via de infecção permitiu que se colocasse luz sobre as especificidades das jovens infectadas por transmissão vertical. Reitera-se aqui que essa é a primeira geração de infectados por TV que chega à idade adulta: entre as que se infectaram por essa via, apenas cinco mulheres tinham 25 anos de idade e nenhuma era mais velha do que isso. Ainda que os primeiros casos de transmissão vertical do HIV em São Paulo tenham ocorrido nos primeiros anos da epidemia, essas crianças, provavelmente, faleceram em decorrência da Aids. A geração de jovens que compôs este estudo nasceu em um cenário em que as infecções por transmissão vertical não estavam tão controladas quanto atualmente, mas já havia possibilidade de tratamento e de maior sobrevivência, apesar da infecção.

Os resultados aqui apresentados têm potencial de levantar questões a serem aprofundadas por estudos qualitativos a serem desenvolvidos com populações específicas de jovens vivendo com HIV. Cabe examinar, com maior minúcia, aspectos da socialização para a sexualidade das jovens infectadas por TV, a fim de aprofundar as discussões sobre o adiamento da iniciação sexual e a diminuição do intervalo entre a primeira relação sexual e a primeira gestação. É interessante, por exemplo, conhecer os contextos e trajetórias das jovens infectadas que engravidaram. Outro desdobramento possível é o exame do processo de iniciação sexual considerando não a via de infecção, mas sim o conhecimento do próprio diagnóstico no momento da primeira relação sexual. Isso permitiria reflexões sobre a relação entre a revelação do diagnóstico ao jovem e o modo como vive as primeiras experiências sexuais com parceiro.

Também se fazem necessários estudos que acessem a parcela da população jovem vivendo com HIV que não foi captada pelo Estudo GENIH, por não terem comparecido às consultas agendadas. Conforme descrito na metodologia, o trabalho de campo foi prolongado para que o número de jovens

entrevistadas se aproximasse daquele projetado inicialmente. No entanto, muitas jovens faltavam repetidamente às consultas e não eram encontradas pelas entrevistadoras. Seria relevante conhecer as características desse grupo de jovens que, inclusive, pode estar mais vulnerável ao adoecimento e à mortalidade pela Aids, uma vez que o não comparecimento ao serviço de saúde pode ser um sinal de baixa adesão ao tratamento.

Esta dissertação buscou compreender as formas de passagem à sexualidade com parceiro de jovens que vivem de formas distintas com o HIV/Aids. Em um grupo, o HIV está presente desde o início das biografias (independentemente da jovem ter sua condição revelada ou não); em outro, tais trajetórias são interpeladas pela infecção; e em outro, tal condição foi tratada como não estando presente³¹. Esta comparação entre trajetórias marcadas de formas distintas pelo HIV permitiu que se abordasse em que medida a passagem à sexualidade com parceiro sofre modulações pela presença ou não da infecção pelo vírus. Pôde-se, igualmente, trazer elementos para a discussão sobre moralidades sexuais e expectativas de gênero na forma como as jovens lidam com esse processo.

Por fim, a reflexão sobre os dados produzidos por esta dissertação reitera a importância da adoção de estratégias de prevenção e de tratamento ao HIV que considerem a diversidade de experiências e trajetórias juvenis. As atuais estratégias de controle da epidemia, focadas no modelo de “testar e tratar”, não têm se mostrado eficazes, tanto que se observa aumento dos casos, em especial, entre os jovens (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2016b; GRANGEIRO, 2016). Nas primeiras décadas de epidemia, o Brasil recebeu destaque internacional por articular suas estratégias de combate ao HIV à garantia dos direitos humanos e aos princípios de igualdade, liberdade e não discriminação (CORRÊA, 2016; SEFFNER; PARKER, 2016). No entanto, o cenário atual é cada vez mais distinto. Na última década, aos movimentos sociais tem restado o papel de executores das políticas estabelecidas pelo Estado, e pouco espaço lhes tem sido oferecido na autoria das propostas de enfrentamento à epidemia. Observou-se também uma diminuição do orçamento destinado a essas políticas, com redução de financiamentos internacionais, devido a uma série de fatores, entre os quais se destacam a

³¹ Optou-se por essa redação, já que o Estudo GENIH não solicitou exame para verificar a condição sorológica para o HIV das jovens usuárias dos serviços de saúde do município de São Paulo, que compuseram a amostra de mulheres não vivendo com HIV/Aids.

crise econômica internacional e a redução da mortalidade pelo HIV (SEFFNER; PARKER, 2016).

Atrelado a isso, o Brasil atravessa uma grave e complexa crise política. Direitos dos trabalhadores, jovens, mulheres e pessoas LGBT têm sido usados como “moeda de troca” em disputas por poder e influência. Essa dinâmica tem dado força e visibilidade a grupos conservadores e impactado de modo negativo políticas públicas que fazem interface com sexualidade e gênero, como as ações de educação para a sexualidade e de prevenção ao HIV/Aids (CORRÊA, 2016). O que se vislumbra é uma desconsideração cada vez maior dos aspectos relacionais e dos arranjos de poder envolvidos nos processos de autocuidado e de adesão às estratégias de prevenção e de tratamento ao HIV/Aids.

Dado esse contexto, tanto os acadêmicos que se dedicam ao estudo dessas temáticas, quanto os profissionais de saúde e de educação que convivem com os jovens diariamente não podem perder de vista os desafios que se interpõem a essa geração de mulheres (e de homens) que, como tantas outras, vivem em um cenário fortemente marcado por desigualdades sociais e de gênero.

REFERÊNCIAS

- ABIA (Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual). **Para que a nova política de tratamento para a Aids seja sustentável: velhos e novos desafios**. ABIA, 2013. Disponível em: <http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2013/12/gtpi-para-que-a-politica-de-Aids-seja-sustentavel.pdf>. Acesso em 20 jul. 2015.
- ALMEIDA, M.C.C. **Gravidez na adolescência e escolaridade: um estudo em três capitais brasileiras**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.
- AQUINO, E.M.L. et al. Gravidez na Adolescência: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN, M.L. et al (org.) **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora Fiocruz, 2006. p. 310-363.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.
- BAJOS, N.; BOZON, M. **Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé**. Paris: La Découverte, 2008.
- BAJOS, N.; MARQUET, J. Research on HIV sexual risk: social relations-based approach in a cross-cultural perspective. **Social Science & Medicine**, New York, v. 50, n. 11, p. 1533-46, 2000.
- BARBOSA, R. S. **Mulheres, reprodução e aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+**. 2001. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- BARBOSA, R. M.; PINHO, A.; CABRAL, C. **Gênero, reprodução e infecção pelo HIV: resultados do estudo GENIH**. Textos NEPO (UNICAMP), v. 78, 2016. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/textos_nepo/textos_nepo_78.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017.
- BARBOSA, R.; VILLELA, W. A trajetória feminina da Aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (org.), **Quebrando o Silêncio. Mulheres e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1996. p. 17-32.
- BARBOSA, R. M.; VILLELA, W.V.; UZIEL, A.P. Entre a vontade e a necessidade: negociação sexual em tempos de AIDS. **Physis** [online]. vol.5, n.1, p.99-108,1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311995000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 29 out.2017.
- BASSOLS, A. M.; BONI, R.; PECHANSKY, F. Alcohol, drugs, and risky sexual behavior are related to HIV infection in female adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 32(4), p. 361-368, 2010.
- BASTOS, F.I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006.
- BAUMANN, P. et al. Increased risks of early sexual initiators: time makes a difference. **Sexual Health**, 8(3), p. 431-5, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21851787>. Acesso em: 29 out. 2017.
- BOCK, A. M. B. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 24, n. 62, p. 26-43, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622004000100003&lng=en &nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2015.
- BORGES, A.L.V. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.4, p. 597-604, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2017.

BOURDIEU, P. A juventude é apenas uma palavra. In: BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p. 112-121.

BOZON, M.; LERIDON, H. The social construction of sexuality. In: _____ **Sexuality and the social sciences: a French survey on sexual behavior**. Aldershot: Dartmouth, 1996. p. 3-26.

BOZON M. Des rites de passage aux “premières fois”. Une expérimentation sans fin? **Agora débats-jeunesses**, n. 28, p. 22-33, 2002.

_____. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons et évolutions récentes. **Populations et Sociétés**, Paris, n.391, p.1-4, 2003.

_____. L'entrée dans la sexualité adulte: le premier rapport et ses suites, du calendrier aux attitudes. **Population**, Paris, n.5, p.1317-1352, 1993.

_____. Novas normas de entrada na sexualidade no Brasil e na América Latina. In: HEILBORN, M.L. et al. **Sexualidade, família e ethos religioso**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p.301-314.

_____. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2004.

BOZON, M.; GIAMI, A. Les scripts sexuels ou la mise en forme du désir – présentation de l'article de John Gagnon. **Actes de la Recherche em Sciences Sociales**, Paris, n.128, p. 68-72, 1999.

BOZON, M.; HEILBORN, M.L. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, M.L. et al (org.) **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora Fiocruz, 2006. p. 156-211.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Ano III, n 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Ano V, n 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Presidência da República, 1990.

_____. **Estatuto da Juventude**. Lei Federal 12.852/13. Brasília: Presidência da República, 2013a. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/estatutodajuventude.pdf> Acesso em: 29 Out. 2015.

_____. **Guia de Condutas Terapêuticas em HIV/DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Lei Federal 10.097**, de 19 de dezembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10097.htm>. Acesso em: 15 ago. 2017.

_____. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira - PCAP 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde/Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009.

_____. **Política Nacional de DST/Aids: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>. Acesso em: 23 out. 2017.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV. Versão preliminar.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Protocolo_Uso/ProtocoloUso_PrEP_31_mai17.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017.

_____. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. **Resolução CNS nº 196/1996.** Brasília: Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm> Acesso em: 17 nov. 2015.

_____. **Infecção por HIV passa a ser de notificação compulsória.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/2014/infeccao-por-hiv-passa-ser-de-notificacao-compulsoria> Acesso em 22 jun. 2017.

BUSZA, J. et al. “I have grown up controlling myself a lot.” Fear and misconceptions about sex among adolescents vertically-infected with HIV in Tanzania. **Reproductive Health Matters**, v. 21, n. 41, p. 87-96, 2013. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2813%2941689-0?needAccess=true>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

CALVÈS, A. E. et al. Le passage à l'âge adulte: repenser la définition et l'analyse des “premières fois” In : ANTOINE, P.; LELIEVRE, E. (dir.) **États flous et trajectoires complexes. Observation, modélisation, interprétation.** Paris: INED, 2006. p. 137-156.

CAMARGO Jr., K.R. **As ciências da Aids e a Aids das ciências.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

CABRAL, C. S. Maternidade e AIDS: desejos, impasses e representações. **Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 171-185, 1997.

CABRAL, C.S. **Gestão conjunta dos riscos contraceptivos e preventivos: um estudo sobre esterilização contraceptiva em mulheres vivendo com HIV/Aids.** Relatório de Pesquisa – CNPq, 2017. [No prelo].

CABRAL, C.S. **Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade agencia individual contextos relacionais e gênero.** 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

CABRAL, C.S.; HEILBORN, M.L. Avaliação das políticas públicas sobre educação sexual e juventude: da Conferência do Cairo aos dias atuais. In: **Oficina de trabalho, 2010, Brasília. Rumos para Cairo + 20: compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Brasília: Cidade Gráfica, 2010. p. 1-189.

CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. **Interação em Psicologia**, 10(2), p. 345-355, 2006.

CASAL, J. Modos emergentes de transición a la vida adulta en el umbral del siglo XXI: aproximación sucesiva, precariedad y desestructuración. In: PAIS, J. M. e CHISHOLM, L. (coords.). **Jovens em mudança – actas do congresso internacional “Growing up between centre and periphery”**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1997.

CHONGO, L. S. **Início da vida sexual de jovens órfãos por AIDS na cidade de São Paulo**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2007.

CLAM. **Testar e Tratar**. Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos, 2014. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/noticias-clam/conteudo.asp?cod=11659>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

COLUCCI, C. **Governo adota no SUS pílula que previne HIV em grupos de risco**. *Folha de São Paulo*. 24 mai 2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrio/esaude/2017/05/1887148-governo-adota-no-sus-pilula-que-previne-hiv-em-grupos-de-risco.shtm>. Acesso em: 21 jun. 2017.

CORDEIRO, F. Entre negociação e conflito: gênero e coerção sexual em três capitais brasileiras. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1051-1062, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 out. 2017.

CORRÊA, S. A resposta brasileira ao HIV e à Aids em tempos tormentosos e incertos. Artigo. In: **Mitos vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016. Disponível em: <http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mitos-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017.

DIAS, T.S. **Entre ausências, incertezas e labirintos: a inserção social de jovens que não trabalham nem estudam no Brasil**. 2016. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) - Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares. Universidade de Brasília, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23780/1/2016_TamilleSalesDias.pdf>. Acesso em: 26 ago.2017.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto - 2016. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.653-660, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017000200653&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Out. 2017.

DORING, M. **Situação dos órfãos em decorrência da AIDS em Porto Alegre/RS e fatores associados à institucionalização**. 2006. 98p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

DODDS, S. et al. Retention, adherence, and compliance: Special needs of HIV-infected adolescent girls and young women. **Journal of Adolescent Health**, 33(2), p. 39-45, 2003.

EID, A. P., ALMEIDA WEBER, J. L.; PIZZINATO, A. Maternidade e projetos vitais em jovens infectadas com HIV por transmissão vertical. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, 13 (2), p. 937-950, 2014.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.6-7, 2005. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167>. Acesso em: 10 ago. 2017.

Engender Health/UNFPA. **Sexual and Reproductive Health Needs of Women and Adolescent Girls living with HIV. Research Report for Qualitative Findings from Brazil, Ethiopia and the Ukraine. Brazil/Ethiopia/Ukraine.** Engender Health/UNFPA: 2006 Disponível em: <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/619_filename_srh-of-hivpositive-women.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

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

FONTANEL, B.; WOLFROMM, D. **Breve história do preservativo.** Lisboa: Texto Editores, 2010.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber.** 13ª edição. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1999.

GAGNON, J. O uso explícito e implícito da perspectiva da roteirização nas pesquisas sobre sexualidade. In: GAGNON, J. **Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p.211-268.

GALLAND, O. **Sociologie de la jeunesse.** Paris: Armand Colin, 1997.

GARCIA-MORENO C et al. **WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women.** Genebra: World Health Organization, 2005.

GONCALVES, H. et al. Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública** [online], v.42, supl.2, p.34-41, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000900006 >. Acesso em: 20 out. 2017.

GONÇALVES, T.R. et al. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 223-232, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822009000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Out. 2017.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E.R.; NEMES, M.I.B. A re-emergência da epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.19, n.52, p. 5-8, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2017.

GRANGEIRO, A. et al. Características da resposta à Aids de secretarias de saúde, no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 954-975, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2017.

GRANGEIRO, A. Da estabilização à re-emergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil. In: **Mitos vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016.** Rio de Janeiro: ABIA, 2016. Disponível em: <http://abiadays.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-RealidadeHIVAIDS_BRASIL2016.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017.

GROPPO, L.A.. Juventudes e políticas públicas: comentários sobre as concepções sociológicas de juventude. **DESidades - Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Infância e Juventude**, v. 5, p. 9, 2017.

HEILBORN, M.L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: _____ et al (org.) **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora Fiocruz, 2006. p. 30-62.

HEILBORN, M. **L.Conversa de Portão - Juventude e sociabilidade em um subúrbio carioca.** 1984.Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro/Museu Nacional, 1984.

HUGO, T.D.O. et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2207-2214, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Out. 2017.

IBGE. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2016**. Brasília: IBGE, 2016b. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 13 Jun.2017.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>. Acesso em 29 nov. 2017.

KNAUTH, D. et. al. Sexualidade Juvenil: aportes para as políticas públicas. In: HEILBORN, M.L. et al (org.) **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora Fiocruz, 2006. p. 400-420.

KNAUTH, D. R. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (orgs.). **Sexualidades pelo avesso. Direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. p. 121-136

LAGO, T. Ouvindo mulheres: contracepção no município de São Paulo. **Anais do XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. ABEP, 2016. Disponível em: <http://abep.org.br/xxencontro/files/paper/852-707.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

LE GALL, D.; LE VAN, C. **La premieré fois: le passage à la sexualité adulte**. Paris: Payot, 2007.

LENOIR, R. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, P. et al. **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 59-106.

LÓPEZ, L. C. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.20, n.3, p.590-603, 2011.

MACEDO, L. **Discussão sobre gênero e orientação sexual nas escolas divide opiniões em audiência**. Câmara Notícias. Educação e Cultura. 10 Nov. 2015. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/EDUCACAO-E-CULTURA/499685-DISCUS-SAO-SOBRE-GENERO-E-ORIENTACAO-SEXUAL-NAS-ESCOLAS-DIVIDE-OPINIOES-EM-AUDIENCIA.html>>. Acesso em 13 jun. 2017.

MAKSUD, I. Soropositividade, conjugalidade e projetos reprodutivos [Resumo]. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Org.). **Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Brasília: ABRASCO, 2003. p. 621.

MARINHO, L.F.B. Entrada na sexualidade e práticas contraceptivas: a experiência de jovens em três capitais brasileiras. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MARQUES, M.C.C. **A História de uma epidemia moderna. A emergência política da Aids/HIV no Brasil**. Maringá: EDUEM, 2003.

MARQUES, H.H.S. et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/Aids e seus pais e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(3), p. 619-629, 2006.

MATHIEU, N.C. Quand céder n'est pas consentir. Des déterminants matériels et psychiques de la conscience dominée des femmes et de quelques-unes de leur interprétations en ethnologie. In: _____(ed). **L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes**. Paris: Éd. de l'EHESS Cahiers de l'Homme, 1985.

MATTOS, R.A.; TERTO Jr., V. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. In: PARKER, R. (org.). **As estratégias dos Bancos Multilaterais para o Brasil**. Brasília: Rede Brasil, 2001.

MEAD, M. Adolescência y cultura en Samoa (1928). Buenos Aires: Editorial Abril, 1945.

MESSERSMITH, L.J. et al. Women living with HIV in Vietnam: desire for children, use of sexual and reproductive health services, and advice from providers. **Reproductive Health Matters**, n. 20, supl. 39, p. 27-38, 2012. Disponível em: <[http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080\(12\)39640-7](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080(12)39640-7)>. Acesso em 17 jul. 2017.

MONTENEGRO, L.A.A. **Juventude positiva e aderência aos medicamentos antiretrovirais: estudo de caso com adolescentes vivendo com HIV/Aids do Rio de Janeiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

NEVES, M. G. C. **Adolescentes infectados por transmissão vertical: percepções sobre o exercício da sexualidade**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

NOVAES, R.C.R.; et. al. (orgs.). **Política Nacional de Juventude: diretrizes e perspectivas**. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude/Fundação Friedrich Ebert, 2006.

OLIVEIRA, V. S. **Histórico de inserção de adolescentes órfãos com HIV-AIDS na família e nas instituições de acolhimento**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Paulo, 2015.

OSORIO, R.G. **O sistema de classificação de cor ou raça do IBGE**. Brasília: IPEA, 2003.

PAIS, J.M. A construção sociológica da juventude – alguns contributos. **Análise Social**, v. XXV (105-106), p. 139-165, 1990.

PAIVA, V. et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.10, p. 4199-42100, 2011.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p.45-53, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800007>. Acesso em: 30 set. 2015.

PAIVA, V. et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1609-1619, 2002a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000600015&lng=en&nr m=iso>. Acesso em: 24 oct. 2017.

PAIVA, V. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública** (Impresso), São Paulo, v. 36, n.4, p.12-23, 2002b.

PAIVA, V. et al. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens e mulheres vivendo com HIV/Aids. **Psicologia USP**, 13(2), p.105-133, 2002c.

PILECCO, F. B. et al. Post-diagnosis abortion in women living with HIV/Aids in the south of Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 20, p.1521-1530, m 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501521>. Acesso em: 13 jun. 2017.

PINHO, A.; BARBOSA, R. M. ; CABRAL, C.S. Diferenças e similaridades entre mulheres que vivem e não vivem com HIV: aportes do estudo GENIH para a atenção à saúde sexual e reprodutiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2017. [No prelo].

PIROTTA, K.C.M. **Não há guarda-chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP**. 2002. Tese

(Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PMSP. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população residente no Município de São Paulo**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PCAPV2.pdf>. Acesso em: 21 out. 2017.

PMSP. **HIV/Aids no Município de São Paulo – 2014 – Resumo da epidemia**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2015.

RODGER, A.J. et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. **JAMA**. 316(2), p. 171–181, 2016. Disponível em: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2533066>. Acesso em: 17 de ago. de 2017.

SÃO PAULO. Lei Estadual 15.520, de 19 de dezembro de 2013. Disponível em: https://www.portalbrasil.net/salariominimo_saopaulo_2014.htm. Acesso em: 15 de ago. 2017.

SEFFNER, F & PARKER, R. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à Aids. In: **Mitos vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016. Disponível em: < http://abiadays.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017.

SERRA, J. Mães-crianças. **O Globo**. Rio de Janeiro, 15 ago.1999. p.8.

SCHALET, A. Must we fear adolescent sexuality? **Medscape General Medicine**, New York, v.6, n.4, p.1-22, 2004. Disponível em: <https://www.medscape.com/viewarticle/494933>. Acesso em: 12 mar. 2017.

SIEGEL K.; SCHRIMSHAW, E.W. Reasons and Justifications for Considering Pregnancy Among Women Living with HIV/AIDS. **Psychology of Women Quarterly**, 25 (2), p.112-123, 2001. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-6402.00013/full>. Acesso em: 30 out. 2017.

SIMÕES, A. **Os Jovens que não Estudam nem Trabalham no Brasil: Uma Análise do Perfil, Determinantes da Condição e Efeitos do Programa Bolsa Família**. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**. n. 6. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2013.

SPENCER, B. The normative context of sexual behavior and the choice of prevention strategies. In: BOZON, M.; LERIDON, H. (orgs.) **Sexuality and the social sciences: a French survey on sexual behavior**. Aldershot: Dartmouth, 1996. p.229-252.

TAQUETTE, S.R.; VILHENA, M.M.; PAULA, M.C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** (Impresso), Uberaba, v. 37, n.3, p. 210-214, 2004.

TAQUETTE, S.R. Sobre a gravidez na adolescência. **Adolescência e saúde**, 5(2), p.23-26, 2008. Disponível em: <http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=56>. Acesso em: 13 jun. 2017.

TEIXEIRA, A. M. F. B. et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.1385-1396, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2015.

TEIXEIRA, L. et al. Sexual and reproductive health of women living with HIV in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública** (Impresso), Rio de Janeiro, v. 29, p. 609-620, 2013.

TELLES, E. E.; LIM, N. Does it matter who answers the race question? Racial classification and income inequality in Brazil. **Demography**, v. 35, n. 4, p. 465-474, 1998. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/3004014>>. Acesso em: 30 out. 2017.

TRONCO, C.B.; DELL'AGLIO, D.D. Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. v.5, n.2, pp. 254-269, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202012000200006>. Acesso em: 27 nov. 2017.

UNAIDS. **El primer análisis de la epidemia mundial, país por país, revela inquietantes diferencias con respecto al SIDA**. Genebra: UNAIDS, 1998.

UNAIDS. **Prevention Gap Report**. Genebra: UNAIDS, 2016. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>>. Acesso em: 21 jun 2017.

UNAIDS. **The Gap Report**. Genebra: UNAIDS, 2014. Disponível em: <http://www.unAids.org/sites/default/files/en/media/unAids/contentassets/documents/unAidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

UNAIDS. **When women lead change happens**. Genebra: UNAIDS, 2017. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/when-women-lead-change-happens>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

UNESCO. **What do we mean by “youth”?** Disponível em: <<http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

VANCE, C. **Pleasure and Danger: exploring female sexuality**. New York: Routledge, 1984.

VERNAZZA, P. L. et al. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. **Bulletin des médecins suisses**, 89 (5), p.165-169, 2008. Disponível em:<https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/files/4814/0533/6055/Vernazza_2008.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2017.

VERNAZZA, P. L., et al. HIV-discordant couples and parenthood: How are we dealing with the risk of transmission? **AIDS**, 20(4), p. 635-636, 2006. Disponível em: http://journals.lww.com/aidsonline/Citation/2006/02280/HIV_discordant_couples_and_parenthood__how_are_we.25.aspx. Acesso em: 17 ago. 2017.

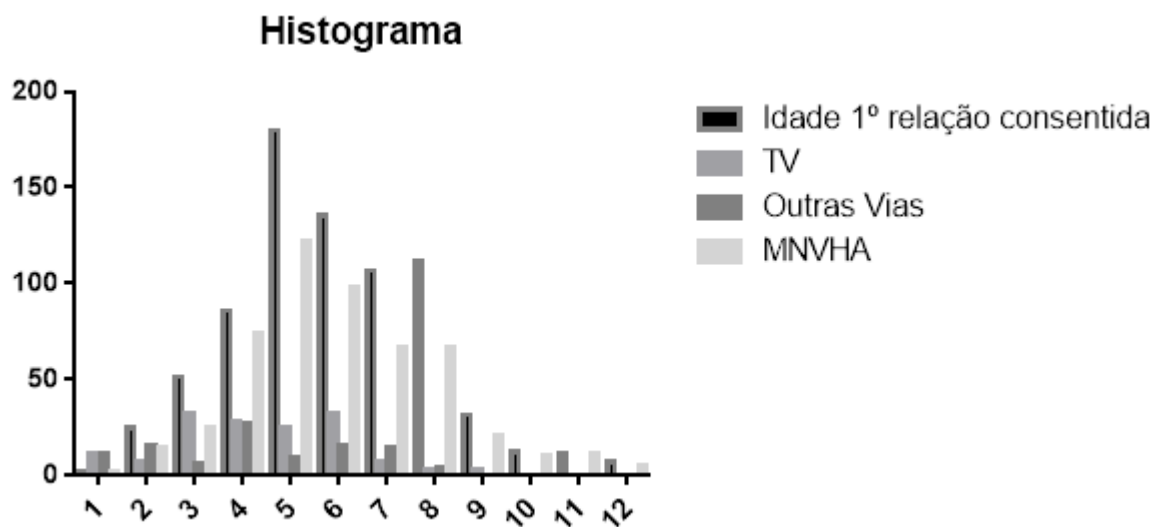
VIEIRA, C. L. et al. Rapid Repeat Pregnancy in Brazilian Adolescents: Interaction between Maternal Schooling and Age. **Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology**, v. 29, p. 382-385, 2016.

VILLELA, W.V.; BARBOSA, R.M. Prevention of the heterosexual HIV infection among women: Is it possible to think about strategies without considering their reproductive demands? **Revista Brasileira de Epidemiologia** (Online), v. 18, p. 131-142, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000500131&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 24 out. 2017.

_____. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.87-96, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100087&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2017.

WAND, H.; RAMJEE, G. The relationship between age of coital debut and HIV seroprevalence among women in Durban, South Africa: a cohort study. **BMJ Open** (online), 2:e000285, p. 1-8, 2012. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/2/1/e000285.full.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

ANEXO 1 - RESULTADO DO TESTE DE DISTRIBUIÇÃO NORMAL SHAPIRO-WILK.



Teste de distribuição normal Shapiro-Wilk	Idade 1ª relação sexual consentida	TV	Outras Vias	MNVHA
P valor	0,1206	0,058	0,4996	0,0555

População: Jovens de 18 a 24 anos.

Fonte: Estudo GENIH, Município de São Paulo, Brasil, 2013-14.