

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA**

**ADOLESCÊNCIA E INFECÇÃO PELO HIV:  
SITUAÇÕES DE RISCO E PROTEÇÃO, AUTOCONCEITO E  
SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA**

**ANA MARGARETH SIQUEIRA BASSOLS**

**ORIENTADOR: Dr. Flávio Pechansky**

Porto Alegre, abril de 2003

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA**

**ADOLESCÊNCIA E INFECÇÃO PELO HIV:  
SITUAÇÕES DE RISCO E PROTEÇÃO, AUTOCONCEITO  
E SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA**

**ANA MARGARETH SIQUEIRA BASSOLS**

**ORIENTADOR: Dr. Flávio Pechansky**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria, junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, abril de 2003

**B322a** Bassols, Ana Margareth Siqueira  
Adolescência e infecção pelo HIV : situações de risco e proteção,  
autoconceito e sintomatologia psiquiátrica ; orient. Flávio Pechansky. –  
2003.  
123 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em  
Psiquiatria. Porto Alegre – RS, 2003.

1. Comportamento sexual: Psicologia 2. Adolescência : Psicologia  
3. HIV 4. Abuso de drogas 5. Sintomatologia psiquiátrica I. Pechansky,  
Flávio II. Título.

**NLM: WS 462**

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

... "Para começar, deixe me apresentar".

*Meu nome é Valéria, tenho 23 anos, altura média, magra, morena, cabelos pretos e lisos.*

*Neta de italianos, filha de pais separados, pertencente à classe média alta.*

*Como você pode ver, uma pessoa comum, ou pelo menos é assim que eu gostaria de ser vista.*

*E tenho certeza de que assim todos me veriam, não fosse um pequeno detalhe: sou HIV  
positivo.*

*Sabe o que isso significa?*

*É isso aí, tenho o vírus da AIDS.*

*Assustou?"*

*...". Você deve estar se perguntando como foi que isso aconteceu  
e apostou que deve estar imaginando que eu sou promíscua, uso drogas e, se fosse homem, era  
gay*

*Lamento informar que não é nada disso e, mesmo que fosse, não viria ao caso.*

*Mas acontece que eu era virgem, nunca tinha usado drogas e obviamente não sou gay.*

*O que aconteceu então?*

*É simples, transei sem camisinha"*

*Valéria Piassa Polizzi*

*Depois daquela viagem. São Paulo, Ática, 1998.*

*Aos meus queridos João Vicente,  
Carolina, Camilo e Gabriela, com muito amor.  
Aos meus pais Eva e Aurélio, com gratidão.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Flávio Pechansky, pela orientação e incentivo ao longo do desenvolvimento da dissertação.

Aos colegas do CTA Municipal Paulo César Bonfim, Dr. Ricardo Kuchenbecker e Dra. Isete Maria Stella pela pronta aceitação e estímulo para a realização da coleta de dados em seu local de trabalho. Aos funcionários do CTA, pela acolhida ao grupo de pesquisa.

Ao Acadêmico Rafael A. P. da S. Santos, pela disponibilidade, amizade e dedicação constantes.

Aos colegas e alunos Alceu G. Correia Filho, Ana Lúcia Dieder, Dionela P. Toniolo, Manoela Fonseca, Adriana Fabian, Ana Caroline Z. Gellati, Ariane Coester, Bruno P. Wagner, Caren Riboldi, Daniele de Paula Rodrigues, Desirê Bortolanza, Lenise Valer, Tiago Rodrigues Navas, Getúlio Marca Filho e Letícia Ferreira, pela participação no grupo de pesquisa e coleta dos dados, sem os quais não teria sido possível o estudo.

À Estatística Vânia Hirakata, pela paciência, tranquilidade e auxílio nas análises estatísticas.

Aos colegas Maria Lucrecia Zavaschi, Olga Falceto, Luis Augusto Rohde, David Bergmann, Silzá Tramontina e Victor Mardini, do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA, que compartilham comigo trabalho, amizade e projetos futuros.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Dependência Química do HCPA, que acompanharam o desenvolvimento desse estudo passo a passo.

À Profa. Maria Lúcia Tiellet Nunes, pelo interesse, diálogo e estímulo.

Aos funcionários do Centro de Estudos Luis Guedes: Viviane Castanho, Rejani Butzen e Daniel Souza da Rosa, pela disposição e auxílio em todos os momentos.

Ao Fundo de Incentivo à Pesquisa do HCPA (FIPE) pelo financiamento parcial do estudo.

Aos adolescentes anônimos que se dispuseram a colaborar com o estudo.

## SUMÁRIO

**LISTA DE ABREVIATURAS**

**LISTA DE TABELAS**

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1</b>	<b>PERFIL DA EPIDEMIA .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2</b>	<b>ESTIMATIVAS MUNDIAIS .....</b>	<b>6</b>
<b>2.3</b>	<b>A AIDS NO BRASIL .....</b>	<b>9</b>
<b>2.4</b>	<b>ADOLESCÊNCIA E SUAS CARACTERÍSTICAS .....</b>	<b>11</b>
<b>2.5</b>	<b>AIDS EM ADOLESCENTES: POTENCIAIS RELAÇÕES COM SITUAÇÃO DE RISCO.....</b>	<b>15</b>
<b>2.6</b>	<b>AIDS EM ADOLESCENTES: EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2.7</b>	<b>SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA .....</b>	<b>20</b>
<b>2.8</b>	<b>AUTOCONCEITO E SUA RELAÇÃO COM RISCO .....</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>29</b>
<b>4</b>	<b>HIPÓTESES.....</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>31</b>
<b>5.1</b>	<b>DELINEAMENTO .....</b>	<b>31</b>
<b>5.2</b>	<b>POPULAÇÃO E AMOSTRA .....</b>	<b>31</b>
<b>5.2.1</b>	<b>Cálculo do Tamanho Amostral.....</b>	<b>31</b>
<b>5.3</b>	<b>PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....</b>	<b>32</b>
<b>5.3.1</b>	<b>Critérios de Inclusão .....</b>	<b>32</b>
<b>5.3.2</b>	<b>Critérios de Exclusão .....</b>	<b>32</b>
<b>5.4</b>	<b>COLETA DE DADOS .....</b>	<b>33</b>
<b>5.5</b>	<b>INSTRUMENTOS .....</b>	<b>34</b>
<b>5.5.1</b>	<b>CRA - Comportamentos de Risco para AIDS.....</b>	<b>34</b>
<b>5.5.2</b>	<b>SCL-90-R - The Symptom Check-List-90-R.....</b>	<b>35</b>
<b>5.5.3</b>	<b>Questionário de Autoconceito .....</b>	<b>36</b>

5.5.4	Teste ELISA e testes confirmatórios .....	36
5.6	ESTUDO-PILOTO .....	37
5.7	MANEJO DAS INFORMAÇÕES E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	37
5.8	PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS .....	38
6	RESULTADOS .....	39
7	DISCUSSÃO .....	49
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	60
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62
10	ARTIGO EM PORTUGUÊS.....	71
11	TRABALHOS APRESENTADOS E PUBLICADOS.....	93
11.1	TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS, SIMPÓSIOS E EVENTOS SIMILARES .....	93
11.2	ARTIGO PUBLICADO.....	93
11.3	ABSTRACT PUBLICADO EM ÍNDICES OU ANAIS: .....	94
11.4	NO PRELO .....	94
12	ANEXOS.....	95
	ANEXO 1 - CARTAZ .....	96
	ANEXO 2 – FOLHA INFORMATIVA.....	97
	ANEXO 3 - INSTRUMENTOS .....	98



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana  
**DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
**AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida  
**UNAIDS** – United Nations AIDS  
**WHO** – World Health Organization  
**UDI** – Usuário de Droga Injetável  
**APA** – American Psychiatric Association  
**OMS** - Organização Mundial da Saúde  
**EUA** – Estados Unidos da América  
**CDC** – Center for Disease Control  
**COAS** – Centro de Orientação e Apoio Sorológico  
**CTA** – Centro de Testagem e Aconselhamento  
**JAMA** – Journal of American Medical Association  
**NCHS** – National Center for Health Statistics  
**OR** – Razão de Chance  
**IC** – Intervalo de Confiança  
**SNC** – Sistema Nervoso Central  
**SSBQ** – Safe Sex Behavior Questionnaire  
**EFA** – Escala Fatorial de Autoconceito  
**CRA** – Comportamento de Risco para AIDS  
**SCL-90-R** - The Symptom Check-List - 90 - Revised  
**GSI** – Global Scale Index  
**ELISA** – Enzyme Linked Immunosorbent Assay  
**SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences  
**FIPE** – Fundo de Incentivo à Pesquisa  
**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**CEBRID** – Centro Brasileiro de Informações Psicotrópicas

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Prevalência de soropositividade HIV segundo grupos estudados .....	39
<b>Tabela 2</b> – Dados demográficos e sua associação com soropositividade HIV .....	40
<b>Tabela 3</b> – Práticas de risco de origem sexual ao longo da vida e sua associação com soropositividade HIV .....	42
<b>Tabela 4</b> – Práticas de risco de origem sexual nos últimos seis meses e sua associação com soropositividade HIV .....	44
<b>Tabela 5</b> – Práticas de risco pelo uso de drogas prévio à coleta e sua associação com soropositividade HIV .....	46
<b>Tabela 6</b> – Preocupação quanto à contaminação e sua associação com soropositividade.....	47
<b>Tabela 7</b> – Autoconceito, sintomatologia psiquiátrica e sua associação com soropositividade HIV .....	48

## RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo identificar, através de um estudo transversal, associações entre as características demográficas, comportamentos de risco sexual e por drogas, sintomatologia psiquiátrica e autoconceito em uma amostra de adolescentes, comparando-os pela soropositividade HIV. Foram entrevistados 388 adolescentes entre 13 e 20 anos que procuraram espontaneamente o Centro de Triagem e Avaliação (CTA) Paulo César Bonfim para realizar o teste anti-HIV. Foram utilizados os questionários CRA (Comportamentos de Risco para AIDS), SCL-90-R (The Symptom Check-List-90-R) e EFA (Escala Fatorial de Autoconceito). A média da idade foi de 17,7 anos ( $\pm 2,0$ ). A maioria da amostra era do sexo feminino, solteiro ou sem companheiro/a fixo/a, sem trabalho, com baixas escolaridade e renda familiar. Em relação ao teste sorológico, 73% estavam realizando-o pela primeira vez, e a soropositividade geral da amostra foi de 6,2%. A escolaridade foi significativamente mais baixa em soropositivos (OR= 7,8) e não houve diferença estatística entre os grupos nas demais variáveis demográficas. Houve associação direta entre soropositividade e precocidade de início da vida sexual (OR= 3,6), história de gravidez (OR=4,7), prática de aborto prévio (OR= 5,9) e relação sexual com parceiro sem preservativo (OR=3,2). Do total da amostra, 8% dos adolescentes recebeu dinheiro em troca de relação sexual, e isto foi associado à soropositividade (OR=4,5). O mesmo ocorreu nos 13,2% que tiveram relação sexual com parceiro/a possivelmente soropositivo (OR=8,3). Apenas 18,9% da amostra afirmaram usar preservativos nos 6 meses prévios à coleta e 81,4% da amostra não haviam usado preservativo nas relações sexuais ao longo da vida. A prevalência geral de uso de drogas no mês anterior à coleta foi alta, com relato freqüente de uso de múltiplas drogas, sendo as mais freqüentes o álcool (71,6 %), maconha (24,7%), cocaína intranasal (12,4%) e

solventes (9,3 %). A soropositividade foi mais alta nos usuários recentes de maconha (OR= 2,8), estimulantes (OR=2,9) e solventes (OR= 7,5). A frequência a local específico para uso de drogas ocorreu em 22,5% do total da amostra e foi estatisticamente maior nos soropositivos (OR=2,6). Os adolescentes soropositivos apresentaram significativamente mais sintomatologia psiquiátrica em todas as dimensões avaliadas. Não houve diferença nas dimensões de autoconceito. O Tamanho de Efeito Padronizado foi maior nas variáveis da sintomatologia psiquiátrica do que nas do autoconceito. Os resultados indicam que os adolescentes estudados ainda não possuem cuidados preventivos suficientes para diminuir o contágio pelo vírus da AIDS. São indivíduos sob risco constante por apresentarem maior frequência de exposição ao HIV associada à baixa escolaridade, comportamento sexual, uso de drogas e sintomatologia psiquiátrica. A falta de diferenças no autoconceito dos adolescentes soropositivos e soronegativos pode estar associada ao senso de invulnerabilidade próprio da faixa etária. Os achados apontam para a necessidade de programas específicos de prevenção para adolescentes. Medidas de intervenção futuras deverão levar em conta a interação de fatores individuais, ambientais, comportamentais e psicológicos, com o objetivo de implementar mudanças efetivas no comportamento de risco para que se detenha o avanço da epidemia nessa faixa etária.

**Descritores:** HIV, Adolescência, Comportamento sexual, Abuso de drogas, Autoconceito, Sintomatologia psiquiátrica.

## ABSTRACT

This dissertation aims at identifying, by means of a cross-sectional study, the association between demographic characteristics, sexual and drug risk behaviors, psychiatric symptomatology and self concept versus HIV seropositivity in a sample of adolescents. 388 adolescents between 13 and 20 years old were interviewed at the Centro de Triagem e Avaliação (CTA) Paulo César Bonfim, which they had sought to have free HIV testing. The Risk Behavior Assessment (RAB), the Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R) and the Factorial Scale for Self-concept (EFA) were used to collect data. Their mean age was of 17.7 ( $\pm 2.0$ ), and the majority of the sample was comprised of single, female subjects, with no work and with low schooling and income. With regard to the HIV test, 73% were taking it for the first time, and the overall seropositivity of the sample was 6.2%. Schooling was significantly lower in the seropositives (OR= 7.8) and there was no statistical difference between groups in the other demographic variables. A direct association was found between seropositivity and early beginning of sex life (OR= 3.6), history of pregnancy (OR=4,7), previous abortions (OR= 5.9) and sex without a condom (OR=3.2). Out of the total sample, 8% of the adolescents received money in exchange of sex, which as associated to seropositivity (OR=4.5). The same happened with the 13.2% who had had sex with a potentially seropositive partner (OR=8.3). Only 18.9% of the sample reported using condoms in the six months prior to interview and 81.4% had not used condoms in their lifetime. The overall prevalence of drug use in the month prior to interview was high, with frequent reports of multiple drug use, among them alcohol (71.6 %), marijuana (24.7%), snorted cocaine (12.4%) and solvents (9.3 %). Seropositivity was higher among recent users of marijuana (OR= 2.8), stimulants (OR=2.9) and solvents (OR= 7.5). Being at a drug-using place occurred in 22.5%

of the sample and was statistically higher among the seropositives (OR=2.6). Seropositive adolescents presented significantly more psychiatric symptomatology in all dimensions ascertained. There were no differences in the dimensions of self-concept. The standard effect size was higher in psychiatric symptom variables, when compared to self-concept. The data suggest that these adolescents still do not have enough preventive care to lower their potential contact with the AIDS virus. They are individuals under constant risk, and are exposed to risk due to their low schooling, sexual behavior, drug use and psychiatric symptomatology. The lack of differences in the self-concept variables may be associated to a sense of being invulnerable that is typical of this age group. The findings point toward the need for specific preventive programs for adolescents. Future intervention approaches will have to take into account the interaction between individual, environmental, behavioral and psychological factors, aiming at implementing effective change in these risk behaviors so that the development of the epidemic in this age group could be stopped.

**Key words:** HIV, Adolescence, Sexual behavior, Drug Abuse, Self-concept, Psychiatric symptomatology

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST), das quais a AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) tornou-se a mais ameaçadora, sempre estiveram entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. A luta contra a AIDS começou no início da década de 80, quando foi registrada a primeira prova clínica da existência da doença (Krener, 1996), e se estende até hoje, com cientistas do mundo inteiro procurando a cura e tentando evitar o aumento do número de casos. A doença é, sem dúvida, uma pandemia. O impacto inicial da epidemia atingiu a América do Norte e a Europa, mas expandiu-se através do mundo, com foco maior atualmente nos países pobres ou em desenvolvimento. A UNAIDS (Programa das Nações Unidas para a AIDS) estimou que até o final de 2002, 42 milhões de pessoas estavam vivendo com HIV/AIDS (38,6 milhões de adultos e 3,2 milhões de crianças e adolescentes até 15 anos). Naquele ano as novas infecções atingiram cinco milhões de pessoas, com aproximadamente 800000 novos casos em menores de 15 anos. Apenas no ano de 2002, 3,1 milhões de pessoas morreram devido à doença (UNAIDS/WHO, 2002).

A situação da AIDS no Brasil é hoje bem diferente do que era durante a década de 80. As primeiras notícias a retratavam como uma doença restrita aos então chamados “grupos de risco” (principalmente homossexuais e usuários de drogas) e, devido a esta característica, dificilmente se imaginava que ela chegaria a outros grupos da população. Tal fato se confirmou às avessas, conforme demonstraram Barcellos & Bastos (1996), quando consideraram que o conceito de grupos de risco, “não permite reconhecer que os segmentos de maior risco são, de fato, regiões de interação específica mais intensa e seletiva das redes sociais mais gerais, e não categorias estanques e encerradas em si próprias” (p. 11). Os

mesmos autores, ao descreverem a tendência da epidemia da AIDS no Brasil, demonstraram o caráter geográfico e sócio-econômico associado à disseminação da doença, salientando haver na verdade uma seqüência de microepidemias concentradas em regiões de atividades socioeconômicas distintas, com marcantes diferenças sociais, intensificadas por uma extensa dimensão geográfica e diversidades regionais bem identificadas. Ao analisarem as tendências da epidemia, os autores citavam como fenômenos identificados, os seguintes elementos:

- Aumento da participação feminina nos novos casos de AIDS;
- Aumento da relevância da transmissão heterossexual;
- Aumento da participação do segmento dos usuários de drogas injetáveis (UDIs) entre aqueles mais atingidos pela doença;
- Proletarização da epidemia;
- Disseminação da epidemia por todo o território nacional;
- Tendência à interiorização (“ruralização”) da epidemia (Bastos et al., 1995).

Barcellos & Bastos (1996) conseguiram, através de análises estatísticas associadas à distribuição geopolítica do país, identificar três classes de centros urbanos no que compete à evolução da epidemia: centros difusores principais, com aumento permanente do número de casos registrados na última década; pólos regionais secundários, onde há uma flutuação na tendência de crescimento da epidemia e no acréscimo de casos acumulados na última década; subcentros secundários, onde não há padrão demonstrável de crescimento da epidemia, ou onde a epidemia é recente e os casos, muito esporádicos.

A noção de “grupos de risco” cedeu lugar à noção de comportamento ou situação de risco, considerando, essencialmente, as práticas que levam o indivíduo a um menor ou maior grau de exposição ao HIV. Associada à noção comportamental, a identificação do grau de vulnerabilidade para indivíduos ou grupos passou a ser fundamental na definição das estratégias de prevenção (Santos & Santos, 1999).



Com a globalização da epidemia, é cada vez mais possível que o psiquiatra, no curso de seu trabalho clínico, possa encontrar pacientes que estão em risco de contaminação pelo vírus da AIDS. O adequado atendimento desses pacientes em risco para a infecção inclui uma avaliação diagnóstica global e uma acurada compreensão dos aspectos psicodinâmicos. A avaliação das possíveis causas médicas de sintomas recentes indica a utilização de intervenções terapêuticas específicas (APA, 2000).

Pacientes jovens com transtorno por uso de substância, com doença mental grave e vítimas de abuso ou crimes sexuais têm riscos específicos e ampliados para se infectar com o HIV. O conhecimento deste fato coloca o psiquiatra da infância e adolescência numa situação privilegiada para avaliar comportamentos específicos que contribuem para outra possibilidade de contato com a doença. Um psiquiatra não estará ciente dos riscos do paciente a menos que este tipo de comportamento esteja cuidadosamente avaliado. Devem-se investigar comportamentos de risco específicos que mais provavelmente resultarão na transmissão do vírus, pois a redução de dano bem sucedida requer mais do que conhecimento do risco. As discussões entre o paciente e o psiquiatra podem auxiliar na motivação e construção de estratégias de cuidado que ajudarão a garantir consistentes mudanças no comportamento. O psiquiatra pode também contribuir para a modificação de políticas de saúde que visem a proteção da população adolescente e à prevenção da disseminação do HIV (APA, 2000).

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 PERFIL DA EPIDEMIA

A AIDS inicialmente foi identificada em homens homossexuais e em receptores de sangue contaminado pelo HIV, posteriormente tendo sido identificada a via de transmissão heterossexual e por uso de drogas injetáveis. A incidência da AIDS ao longo da evolução da epidemia foi aumentando na população, atingindo, progressivamente, crianças, adolescentes e adultos jovens (Baptista & Freire, 1999).

O comportamento é o maior fator de risco para contágio entre adolescentes, pois, dentre os jovens sob risco de contrair o HIV, destacam-se aqueles que usaram drogas injetáveis, são sexualmente ativos, tiveram múltiplos parceiros, tiveram relações homossexuais ou receberam sangue e/ou derivados. Segundo Krener (1996) a população jovem, especialmente a que está no meio da epidemia de uso de drogas injetáveis, apresenta uma maior rapidez na disseminação da doença.

A presença de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), relações sexuais durante o período menstrual e a primeira relação sexual feminina também estão entre os fatores associados ao aumento da possibilidade de contaminação pelo HIV (Piccoli, 2000; Piccoli et al., 2001). Alguns adolescentes ainda não acreditam na possibilidade de infecção no primeiro contato sexual, quando este acontece sem proteção. Acreditam que relações “estáveis” (de três meses, por exemplo) previnem a infecção (Lasky et al., 1994). O desafio de mudar o comportamento adolescente através da educação é enorme (Krener & Miller, 1989; DiClemente et al., 1986).

Embora a epidemia do HIV entre adolescentes esteja reconhecida, o seu crescimento estabilizou-se a partir de meados da década de 90. No período entre 1995 e 1999, não houve

crescimento na faixa etária de 10 a 19 anos no Brasil (Matsushita & Santana, 2001). Ainda assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais da metade das pessoas infectadas por HIV no mundo adquiriram o vírus entre 15 e 24 anos, o que mostra que a adolescência e o início da vida adulta permanecem como fases de grande vulnerabilidade e risco para a infecção. Estudos de base epidemiológica demonstraram que a incidência da AIDS aumenta com a idade, através da adolescência e idade adulta (McCoy & Inciardi, 1995), devido ao longo período de incubação, superior a oito anos. Além disso, a taxa de incidência pode estar sendo subestimada devido a outros riscos para mortalidade na adolescência, como acidentes, homicídio e suicídio, que podem ser proporcionalmente mais elevados entre os adolescentes com maior risco de contágio pelo HIV, pois não se pode saber se eles foram contaminados pelo HIV ou não, ou mesmo se estes comportamentos são co-variantes com as situações de risco associadas ao maior uso de substâncias psicoativas e à contaminação pelo HIV.

Estudo realizado a partir do Projeto Sentinela do Ministério da Saúde (Szwarcwald & Carvalho, 2001), com amostra de parturientes infectadas, estimou para a população geral uma média de 217.641 mulheres (0,47%) e 379.802 homens (0,84%) infectados, na faixa entre 15 e 49 anos. Chama a atenção que estes dados apontam para uma estabilização do número de indivíduos infectados, contrariando previsão anterior do Banco Mundial que estimou em 1 milhão e 200 mil o número de infectados no Brasil no ano de 2000 (UNAIDS, 2002a). Não há dados de estimativa específica para a população de adolescentes no Projeto Sentinela, mas a UNAIDS (2002a) relatou a estimativa de prevalência para o HIV em adultos de 15-49 anos, em cidades brasileiras com mais de um milhão de habitantes, em 1,25% em 2000.

Ao longo da evolução da epidemia, tem havido um crescimento da proporção de mulheres contaminadas em relação aos homens, ocorrendo na adolescência uma maior proporção de mulheres para homens (2:1) do que na vida adulta (1:2), o que sugere uma maior

possibilidade de transmissão heterossexual nesta faixa etária. Os dados mais recentes divulgados pelo Ministério da Saúde através da imprensa (Castellón, 2002), mostraram um crescimento na proporção de mulheres adolescentes contaminadas em relação aos jovens do sexo masculino. Estudos de soroprevalência em adolescentes americanos, particularmente do sexo feminino, relataram que eles estavam sendo infectados em taxas cada vez maiores (Hein et al., 1995).

Nos EUA, D'Angelo et al. (1998) relataram uma soroprevalência de 0,37% em adolescentes urbanos de 13 a 19 anos, sendo que o maior índice ocorreu nas mulheres maiores de 18 anos.

## **2.2 ESTIMATIVAS MUNDIAIS**

Atualmente, 95% de todas as infecções ocorrem em países e continentes em desenvolvimento, principalmente na África Sub-Saariana e Sudeste da Ásia, com maior prevalência na África atingindo grupos específicos: 50-90% em profissionais do sexo e 60-70% em pacientes de clínicas de DSTs e pré-natais. Nos países desenvolvidos, a AIDS se espalha principalmente através de relações sexuais heterossexuais.

Na América Latina os fatores que favorecem a disseminação do HIV resultam da combinação de desenvolvimento socioeconômico desigual e alta mobilidade da população. Na América Central o agravamento da epidemia se concentra principalmente em populações marginalizadas, que são compelidas a migrar em busca de trabalho e de renda. As dificuldades econômicas regionais invadem o contexto social, o que pode facilitar a disseminação da epidemia. Na última década a proporção entre homens e mulheres com HIV diminuiu consideravelmente para 3:1 na América Latina e 2:1 no Caribe. Paradoxalmente, homens que tem relações sexuais com homens contribuem para a feminização da epidemia,

pois recente pesquisa mostrou que uma ampla proporção deles também tem relações sexuais com mulheres (UNAIDS, 2002b).

A UNAIDS (2002a) estimou também que, ao final de 1999 a epidemia tinha deixado um total de 13,2 milhões de órfãos com menos de 15 anos de idade, que perderam um ou ambos progenitores devido à AIDS, alterando não apenas a estrutura das famílias, como também o crescimento populacional e as taxas de mortalidade. A expectativa de vida em países com prevalência de mais de 10% em adultos (Quênia, Ruanda, África do Sul) deverá ser reduzida em 17 anos em torno de 2010-2015. A população jovem e os adultos em idade produtiva morrem no auge de sua capacidade de trabalho, o que gera impacto considerável na economia desses países.

Relatório da UNAIDS/WHO de dezembro de 2002 calculou que aproximadamente 76000 pessoas tornaram-se soropositivos em países de alta renda no ano de 2002. Um total de 1.6 milhões de pessoas vive com o vírus nesses países, onde foi estimado que 23000 pessoas morreram em 2002 devido à AIDS. Nos últimos anos, com a introdução de terapia antiretroviral, reduziu-se dramaticamente a mortalidade pelo HIV/AIDS, embora nos últimos dois anos esta tendência se estabilizou talvez devido a ter se gerado uma satisfação geral, e os esforços preventivos diminuíram. O relatório enfatiza a necessidade de serviços de aconselhamento e prevenção serem incrementados para evitar um crescimento na transmissão do vírus.

As informações sobre infecções em jovens indicam tendência de incidência geral, uma vez que estas pessoas provavelmente foram expostas ao vírus recentemente. Em 34 áreas nos EUA, avaliação de dados confidenciais coletados de julho de 2000 a junho de 2001 detectou que, em adolescentes entre 13 e 19 anos, que se contaminaram principalmente por relação heterossexual, 56% eram do sexo feminino, sendo a maioria afro-americanas. Constatou-se que a epidemia continua atingindo setores marginalizados e mais pobres da sociedade

americana, onde os afro-americanos representam 54% da população infectada, mas apenas 13% do total da população americana. Também a taxa de prevalência é extremamente alta (30%) em homens afro-americanos (23 a 29 anos) que têm relações homossexuais. Cerca de 64% das mulheres soropositivas diagnosticadas em 2001 nos EUA são afro-americanas, e um número significativo delas adquiriu o vírus de homens bissexuais. Nos EUA, uma parcela crescente de novas infecções está ocorrendo entre usuários de drogas injetáveis, que compartilham seringas, bem como entre heterossexuais. Atualmente, 16% dos casos de AIDS nos EUA têm ocorrido em mulheres. O fator de risco mais comum entre elas foi o uso de droga injetável (42%), seguido por contato heterossexual (40%) (UNAIDS/WHO, 2002).

Especialmente nos jovens, o relatório da UNAIDS/WHO (2002) enfatiza a necessidade de esforços preventivos, devido aos dados recentes de maior incidência de comportamentos de alto risco, baixa frequência de uso de preservativo e maiores taxas de incidência de doenças sexualmente transmissíveis em vários países. No Reino Unido as taxas de gonorréia, sífilis e clamídia mais do que dobraram desde 1995, e o mesmo ocorreu em outros países da Europa Ocidental. No Japão, 621 pessoas (maioria homens) adquiriram o vírus em 2001, com crescimento mais rápido entre os jovens, - uma maior tendência entre os que praticam sexo ocasional com múltiplos parceiros e com diminuição das vendas de preservativos. Aproximadamente 40% das novas infecções ocorreram em adolescentes e adultos jovens, que está de acordo com relatos de aumento de incidência de DST entre homens (21%) e mulheres (14%) japoneses abaixo dos 24 anos, de 1998 a 2000.

Na Europa, uma larga proporção de novos casos diagnosticados (57% a mais entre 1997 e 2001) está ocorrendo por relação heterossexual. Mais da metade dos 4279 novos casos diagnosticados no Reino Unido em 2001 resultaram de relações heterossexuais, comparado com 33% das novas infecções em 1998. Na Irlanda uma tendência similar também ocorre, com um crescimento de quatro vezes entre 1998 e 2001. Embora o uso de drogas injetáveis

permaneça como o principal modo de transmissão na Espanha, em torno de um quarto de todas as infecções ocorreram pela via heterossexual UNAIDS/WHO (2002).

### **2.3 A AIDS NO BRASIL**

No Brasil, entre 1980 e junho de 2001, foram notificados 215805 casos de AIDS, dos quais 2% referiam-se indivíduos do sexo masculino e 2,9% a indivíduos do sexo feminino, entre 13 e 19 anos. (Ministério da Saúde, 2001). Esta parcela aumenta consideravelmente na segunda década da vida, com 29,6% de homens e 31,4% de mulheres do total de casos diagnosticados desde 1980. Lembrando que o portador do HIV pode viver em média 10 anos sem apresentar os sintomas da doença, estima-se que o número de pessoas que se tornaram HIV positivas na adolescência possa ser elevado. Entretanto, a realização voluntária de testes anti-HIV é incomum entre os jovens e não temos dados da soroprevalência do HIV nesta população (UNAIDS, 2002a). Segundo relatório da UNAIDS/WHO (2002), medir a incidência do HIV é caro e complicado, a ponto de não ser factível em nível nacional de forma habitual na maioria dos países. Pode-se, entretanto, usar a prevalência em grupos jovens, para estimar (de forma aproximada) a incidência entre eles. Alterações significativas da prevalência entre 15-19 e 15-24 anos podem refletir novas tendências na epidemia. Por exemplo, a queda nos níveis de prevalência em jovens (15 a 19 anos) em Uganda, indicam uma redução da infecção em jovens e dão uma imagem mais fidedigna das tendências da epidemia e, dessa forma, sobre a efetividade das medidas preventivas instituídas.

Mesmo em países mais ricos como os EUA, pessoas em risco não foram testadas. Em pesquisa realizada em 1999 pelo Centers for Disease and Prevention (CDC, 2000) 30000 pessoas residentes no país foram entrevistadas para determinar seu risco de contágio e se já

havia realizado o teste anti-HIV. Do total, 3,9% dos respondentes foram considerados em risco, com pelo menos um comportamento de risco ou por afirmarem que tinham risco de médio a alto de se tornarem infectados. Baseados nesses dados, os pesquisadores do CDC estimaram que 30,9% de todos os adultos nos EUA tinham sido testados, excetuando os testes para doação de sangue. Também foi estimado que cerca de 300000 pessoas estão infectadas e não sabem (CDC, 2000).

No Brasil, desde 1988, foram implantados os Centros de Orientação e Apoio Sorológico – COAS, que passaram a ser a principal referência em aconselhamento, que tem por objetivo a prevenção primária do HIV, a adesão do cliente ao tratamento, o tratamento do(s) parceiro(s) e a adoção de práticas preventivas. Trata-se de um processo de escuta ativa por parte do profissional de saúde, individualizado e centrado no cliente. No âmbito das DST e HIV/AIDS, inclui apoio emocional e educativo e avaliação de riscos, propiciando a reflexão sobre valores, atitudes e condutas além do planejamento de estratégias de redução de risco (Ministério da Saúde, 1997).

A necessidade de apoio e de aconselhamento no momento de conhecer o estado sorológico é de importância vital para acompanhar as reações psicológicas negativas ou para acompanhar os distúrbios decorrentes da discriminação. Possibilita, também, intervenções terapêuticas precoces que incluem a terapia específica e o uso de medicações e de medidas profiláticas (Piccoli, 2000; Piccoli et al., 2001).

Hoje, a doença sofre um processo de interiorização, conforme já previam Barcellos & Bastos em 1996, e já está espalhada por todo o país: dos 5.559 municípios brasileiros, 1.552 notificaram pelo menos um caso da doença no período 99/2000, sendo que a maioria destes municípios tem população menor ou igual a 50 mil habitantes. Cerca de 50% das pessoas diagnosticadas com AIDS já morreram.



O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2001) mostra que a transmissão da AIDS está diminuindo e estabilizando-se entre usuários de drogas injetáveis e homossexuais e continua aumentando entre heterossexuais. Hoje, o grupo mais afetado pela transmissão da AIDS é, predominantemente, heterossexual (52,0%). Entre 1980 e 1990 os heterossexuais eram responsáveis por 10,4% dos casos notificados. No ano de 1999, esse índice elevou-se para 40% e em 2000 para 44,3%. Já, em 2000 a transmissão homossexual atingiu 10,9% e, em 2001, 10,0% dos casos, comprovando que os grupos de risco, como tal, não existem mais, e que esse termo não tem mais sentido clínico ou epidemiológico; quanto ao contágio por uso de drogas injetáveis houve registro de 8,1% de 1980 a 2001.

Em menores de 13 anos, a transmissão do vírus da mãe para o filho (vertical) é responsável por quase 90% dos casos notificados; houve queda significativa deste tipo de transmissão devido ao tratamento de recém-nascidos com antiretrovirais.

Dados do Ministério da Saúde mostraram uma estatística preocupante em relação à prevenção do contágio no Brasil: 69% dos brasileiros sabem que o uso da camisinha previne a AIDS, mas apenas 24% dos entrevistados disseram ter utilizado este método nos últimos 12 meses anteriores ao levantamento (Ministério da Saúde, 1999). Assim, parece que, apesar de estarem razoavelmente informadas, as pessoas resistem aos métodos de prevenção da doença. Fatores sócio-culturais, étnicos, religiosos e psicológicos podem estar influenciando esta atitude da população brasileira em geral e dos adolescentes em particular.

## **2.4 ADOLESCÊNCIA E SUAS CARACTERÍSTICAS**

A OMS define a adolescência como o período do desenvolvimento humano compreendido entre os 10 e os 20 anos. Sabe-se que esta etapa, do ponto de vista emocional,

apresenta características peculiares, sendo considerada como uma crise vital do indivíduo (Phillips, 1997). O início da adolescência, que coincide mais ou menos com a puberdade, é usualmente influenciado pelas manifestações desta.

Embora a adolescência seja um processo universal, assume peculiaridades de acordo com a cultura vigente. Algumas características são mantidas ao longo dos séculos, reiterando a necessidade de que a nova geração tem de contestar o mundo adulto e suas regras, visando à aquisição de uma identidade própria e diferente da geração que a antecede. Tal atitude baseia-se em um sentimento imprescindível de auto-suficiência e grandiosidade (Levy, 2001).

Ocorre na adolescência a definição de, pelo menos, quatro importantes grupos de tarefas universais (Offer et al., 1996):

1. Definição do próprio *self* ou identidade;
2. Capacidade de separação e de elaboração dos sentimentos específicos sobre a família;
3. Desenvolvimento de relacionamentos amorosos;
4. Domínio dos próprios impulsos assim como das funções e das capacidades corporais.

Durante esse longo processo de transição, pode ocorrer que algumas tarefas do desenvolvimento não tenham sido ainda completamente adquiridas. Isso favorece um incremento da exposição a riscos pela falta de percepção de vulnerabilidade, pela incapacidade de lidar cognitivamente com eventos hipotéticos futuros e pela necessidade de incorporar a sexualidade como parte integrante de sua identidade (Phillips, 1997) .

Puberdade é o termo usado para designar a acentuada maturação física que tem seu início no corpo das meninas em torno dos 10 anos e dos meninos em torno dos 12 anos de idade, apesar dessa idade variar muito. Com as mudanças iniciadas pelo processo puberal, os jovens tornam-se mais introspectivos, seja no sentido corporal, seja nas relações de objeto

internalizadas e nas identificações realizadas na resolução do Complexo de Édipo e consolidadas na latência, seja na apreensão das proibições herdadas da infância no tocante à masturbação e às manipulações corporais. Estudos sobre o desenvolvimento na adolescência revelam continuidade e metamorfose, de acordo com o gênero, sexualidade, fontes de auto-estima, relacionamentos, formas de separação dos pais e impacto psicológico do momento em que ocorrem as mudanças físicas ( Cotton, 1999).

A busca da própria identidade ao longo do desenvolvimento é acompanhada por ansiedades confusionais e por sofrimento psíquico. Uma das defesas contra os sentimentos de solidão e desamparo, decorrentes do afastamento dos pais, passa a ser a idealização de si próprio. Somente em um momento posterior é que o adolescente conseguirá voltar-se para o outro, a partir da construção das relações amorosas, do narcisismo para a descoberta do outro.

O jovem rapaz, assolado pela irrupção puberal, busca a identificação com figuras masculinas, reforçando os aspectos narcisistas, através de provas de potência e de força. À medida que se sente mais afirmado em sua incipiente identidade masculina, inicia a aproximação com o sexo oposto. Assim, as aproximações com as meninas têm também um objetivo basicamente narcisista, de reforço da auto-estima e do sentimento de masculinidade, além de constituírem-se em experimentações que ajudarão na tarefa de conhecimento do corpo (Levy, 2001).

A menina adolescente, mobilizada pela menarca e pelas novas sensações pélvicas advindas das gônadas em funcionamento, torna-se mais introspectiva; o reforço da feminilidade incipiente ocorre por meio de uma acentuação de características femininas e da aproximação sedutora de figuras masculinas (Levy, 2001). Na adolescência inicial feminina, há o risco de relações sexuais prematuras ou de abusos sexuais por parte de homens adultos, que podem se aproveitar da facilidade com que as adolescentes se enamoram destes, por

deslocamento e sublimação de suas fantasias edípicas, o que as torna mais vulneráveis à gravidez, DST e AIDS.

O grupo tem uma função primordial na vida mental dos adolescentes. É nele que se processam jogos de interação, reguladores de tensões, catalisadores de emoções e balizadores de referenciais de identidade. Através da comunicação entre seus pares é propiciada uma interlocução de caráter íntimo e pessoal (Silva, 1998). Nessa fase da vida, o grupo passa a influenciar comportamentos, inclusive de risco, para o jovem ser aceito por seus pares.

Segundo Levy (2001), a psicopatologia instala-se quando o indivíduo se fixa em soluções narcísicas em que o grupo ocupa um lugar secundário ou inexistente. O adolescente, então, refugia-se no isolamento ou em outros refúgios psíquicos nos quais a onipotência e a idealização da própria destruição ocupam um papel central (drogas, perversões sexuais, destrutividade em geral).

Um grande número de autores associa comportamentos como o uso de drogas à pressão social de grupo, o que também pode ser um fator desencadeante de sexualidade de risco e potencial exposição ao vírus HIV. Conforme Margulies et al. (1977) bem identificaram, existem fatores de risco no grupo que estão associados ao uso de substâncias por um indivíduo. Destacaram o próprio uso de substâncias pelos companheiros, as atitudes sobre o uso de substância, um grande apego entre os membros do grupo e as percepções e atitudes a respeito do uso de drogas pelos iguais.

Com a adolescência dos filhos, a família necessita alterar sua estrutura interna e seus padrões de relacionamento, modificando os papéis em sua intimidade, a fim de acolher as exigências evolutivas do momento. Em relação ao florescimento da sexualidade em seus filhos, os pais enfrentam o desafio de, por um lado, deixar que sigam seu próprio curso de amadurecimento, sem pressioná-los em direção a práticas precoces, muitas vezes

superestimadas pelo culto à sexualidade de nossa cultura, e por outro, não obstaculizá-la, uma vez que esta é natural e desejada (Levy, 2001).

## **2.5 AIDS EM ADOLESCENTES: potenciais relações com situação de risco**

Segundo Blum (1997), o conceito de risco manteve-se confuso nas últimas duas décadas, com duas idéias inseridas numa única expressão. Confundia-se o adolescente em “situação de risco” com aquele que tinha “comportamento de risco”. Dentro de um quadro de risco e resiliência, os fatores de risco estão menos relacionados às conseqüências do comportamento e mais aos fatores que limitam a possibilidade de sucesso, enquanto expor-se ao risco focaliza o comportamento propriamente dito. Resiliência não é meramente a ausência de risco, adversidade ou estresse. A estruturação da resiliência está intimamente ligada à prevenção, sendo que o desenvolvimento da auto-estima é um dos fatores citados por Blum (1997) que capacitam o sujeito à aquisição de novas aptidões.

A palavra “risco” deriva-se do latim *resicare* - “cortar” (Ferreira, 1986). Pode-se dizer que as situações de risco “cortam” os adolescentes de suas potencialidades e de seu futuro, favorecendo um círculo vicioso de doença e de marginalização, colocando-os em perigo ou possibilidade de perigo.

Numerosos modelos têm sido propostos para explicar a etiologia psicológica, comportamental e social em comum entre o uso de substâncias e o comportamento sexual de alto risco. Por exemplo, envolvimento sexual precoce é apenas um dos aspectos da constelação que envolve o comportamento encontrado nos jovens com problemas. (Donovan & Jessor, 1985; Donovan et al., 1988). O uso de álcool e outras drogas têm um papel crucial no comportamento sexual de risco na adolescência (Chermack, 2000). Maconha, cocaína e outras drogas ilícitas têm sido associadas a maiores taxas de relações sexuais, múltiplos parceiros, baixas taxas de uso de preservativos (Lowry et al., 1994).

Traços de personalidade como impulsividade e busca de sensações também podem predispor adolescentes a experimentar sexo, drogas ilícitas e outros comportamentos ilegais (Zuckerman, 1994). A busca de sensações é descrita como um fator altamente associado ao uso de drogas na adolescência inicial e média e se caracteriza pela procura desenfreada de sensações e experiências novas, variadas, intensas e pelo desejo de correr riscos físicos, sociais, legais ou financeiros apenas pelo prazer de tais experiências (Martin et al., 2002).

Ainda assim, não foi possível, até o momento, estabelecer claramente como ocorre a associação entre o uso de drogas e o comportamento sexual de risco. Vários estudos têm levantado algumas hipóteses de associação, mas suas comprovações ficam limitadas à comparação de resultados obtidos com amostras diversas, coletadas em diferentes culturas que, por sua vez, influenciam os padrões de comportamento, especialmente o sexual (Donovan & McEwan, 1995). No Brasil há poucas pesquisas que analisam, conjuntamente, uso de drogas e DSTs (Scivoletto et al., 1999).

Em relação ao uso de preservativo, estudo realizado com 16.644 jovens conscritos do Exército Brasileiro (Carvalho, 2001) de 17 a 21 anos mostrou uma média de início de vida sexual aos 15 anos e confirmou a hipótese de que jovens que experimentaram algum tipo de droga (incluindo o álcool) têm taxas de uso de preservativo menores do que aquelas encontradas entre os que nunca usaram drogas e de que as taxas de uso de preservativo crescem à medida que aumentam os níveis de escolaridade, tanto entre os que já experimentaram drogas, quanto entre os que nunca usaram qualquer tipo de droga.

Está claro que padrões de conduta sexual (precocidade de início da vida sexual, múltiplos parceiros, não uso de preservativos), bem como exposição ao uso de drogas, ao uso compartilhado de drogas injetáveis e uso compartilhado de drogas, colocam os adolescentes

em um elevado risco de contágio pelo HIV. O aumento da incidência de DSTs em adolescentes ocorre no mesmo período em que se dá o crescimento da prevalência de consumo de drogas nesta faixa etária. Alguns estudos têm demonstrado relação entre o uso de álcool e outras drogas com comportamentos sexuais de risco na adolescência (Fullilove et al., 1990; Shrier et al., 1997).

Diversos estudos mostram a associação não apenas do uso de drogas endovenosas e HIV, mas documentam o fato de que o uso de drogas como maconha, cocaína e principalmente o álcool estão relacionados com o aumento do comportamento de risco, à medida que causam um aumento do número de parceiros e desprezo pelo uso de camisinha. Há dados mostrando que tanto entre adultos quanto entre adolescentes há alta prevalência de comportamento de risco entre os que bebem muito, comparando com os que bebem pouco ou não bebem. Estes estudos referem alta incidência de múltiplos parceiros bem como o não uso de camisinha. No estudo de Läubli et al. (1996) houve significativa associação entre a quantidade de bebida ingerida numa determinada ocasião e a incidência de sexo não-protegido, sugerindo que o nível de intoxicação é uma variável de grande importância. Por exemplo, 88% dos que responderam que tinham bebido mais de sete doses tiveram sexo não protegido, na mesma ocasião, em contraponto com 52% dos que beberam uma ou duas doses.

Edlin et al. (1994) constataram uma maior soroprevalência de HIV entre usuários de “crack”, que coincide com maior frequência de parceiros sexuais e de relações homossexuais e com maior prevalência de prostituição.

Outro fator a ser considerado refere-se ao conhecimento relacionado com HIV/AIDS. Goodman & Cohall, em um estudo realizado em Nova York em 1989, investigaram o conhecimento, atitudes, crenças e comportamentos em relação à AIDS num grupo de 196 adolescentes (14 a 20 anos), constatando que a atividade sexual era o maior fator de risco para o contágio pelo HIV nesta população, já que 58% deles tinham vida sexual ativa, sendo que

12% destes nunca utilizaram preservativos. Foram relatadas baixas taxas de relações homossexuais, de penetração anal e de prostituição. Chama atenção o dado de que 47% dos que responderam a pesquisa “nunca” ou “raramente” haviam se preocupado com a doença.

Passados mais de dez anos, a literatura recente segue mostrando que este quadro não sofreu grandes modificações, como demonstram os estudos internacionais e brasileiros.

Rafaelli et al. (1995), num estudo realizado com 379 jovens em Belo Horizonte, relataram que, embora a maioria dos entrevistados tivesse conhecimento apropriado sobre a transmissão do HIV, 47% deles tinham concepções incorretas acerca disso. Relatavam vida sexual ativa 65% deles, mas, dentre esses, 18% relataram ter utilizado preservativo alguma vez e apenas 10% haviam utilizado na última relação sexual.

Em Porto Alegre, estudo recente com universitários (Piccoli, 2000; Piccoli et al., 2001) mostrou que a maioria da amostra (n= 670) não possuía um conhecimento completo a respeito dos meios de contágio da AIDS, ou seja, demonstraram lacunas sobre o assunto. Entre esses alunos, os do sexo masculino referiram mais vezes do que as universitárias um comportamento de sexo não seguro, influenciados por fatores como álcool e drogas para apresentarem este tipo de conduta.

Pechansky (2001) propõe um modelo explanatório sobre a exposição de risco para HIV em usuários de drogas, no qual alterações da percepção de risco produzidas pelas drogas favorecem a participação em condutas ou situações de risco, tais como o compartilhamento de seringas entre usuários, as trocas envolvendo sexo/ drogas/ dinheiro e as relações sexuais sem a devida proteção.

Assim, a literatura revisada confirma a opinião de Blum (1997), quando refere que não são as infecções as causas etiológicas mais frequentes de doenças entre adolescentes, mas as razões sociais e comportamentais, que necessitam prevenção, favorecendo o desenvolvimento e a saúde do adolescente.



## 2.6 AIDS EM ADOLESCENTES: EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO

A prevenção da infecção pelo HIV tem sido nos últimos anos um dos maiores desafios enfrentados pela sociedade desde sua detecção há cerca de vinte anos.

Klitzner (1989) constatou que os programas de educação sexual nas escolas apresentam falhas em demonstrar efeitos positivos na mudança de comportamento, no que concerne ao risco de exposição ao HIV. Ainda nos EUA, estudos concluíram que os programas de educação sexual nos currículos escolares apresentaram pequeno impacto no que tange à redução efetiva de risco para o contágio, alertando para a necessidade de redimensionar e adequar estratégias educativas à realidade dos adolescentes. DiClemente (1998), em Editorial do JAMA alerta que as intervenções preventivas podem ser mais eficazes quando enfocam apropriadamente o comportamento dos jovens, isto é, suas experiências sexuais. Refere que programas de abstinência sexual têm maior impacto em adolescentes que ainda não iniciaram suas atividades sexuais. Para os jovens sexualmente ativos, entretanto, seria mais relevante um programa de sexo seguro.

Em nosso meio, observa-se que os esforços para a prevenção da AIDS iniciaram tardiamente, sendo que a maioria deles desenvolveu-se de uma forma pouco focalizada e incompleta (Pechansky, 1998). No caso dos adolescentes, são escassos os estudos que visam a conhecer as características dos jovens infectados pelo HIV, sendo fundamental o conhecimento das características e circunstâncias envolvidas nesse contexto. O dimensionamento de programas preventivos eficazes depende essencialmente de alertas e de sugestões de estudos que visem a compreender a realidade dos adolescentes, pois prever fatores de risco não é, necessariamente, determinar prognósticos sombrios, mas demonstrar a necessidade de manter-se alerta e intervir quando preciso (Eisenstein, 1999).

Na revisão da literatura, constata-se que a prevenção do contágio pelo HIV entre adolescentes abrange um vasto campo conceitual, tecnológico e social. Estratégias de

prevenção do contágio já foram estudadas, focalizando o fenômeno e relacionando-o com o perfil de adolescentes que apresentam maior prevalência de soropositividade.

Hein et al. (1995) sugerem que programas efetivos de prevenção devem partir da identificação dos fatores predisponentes e riscos associados com a infecção pelo HIV. Dois modelos têm sido investigados: o de crenças de saúde e o de comportamento de risco. Entretanto, mais do que refletir crenças de saúde ou autopercepções, os comportamentos de risco relacionados ao contágio pelo vírus HIV podem estar associados a padrões de risco ou a dificuldades de lidar com emoções penosas e estressores da vida. Walter et al. (1991) mostraram a relação entre estressores adversos na vida, baixa auto-estima e uso de substâncias psicoativas associadas a padrões de comportamento sexual de risco em estudantes universitários.

Levando-se em consideração que os comportamentos de risco de contágio pelo vírus HIV podem estar relacionados a padrões de risco ou dificuldades de lidar com emoções penosas e estressores da vida, bem como estarem associados à baixa auto-estima, e que não foram encontrados estudos em nosso meio que investigassem esses aspectos conjuntamente, levantou-se a possibilidade de incluir na avaliação da amostra deste estudo a sintomatologia psiquiátrica e a auto-estima/ autoconceito assim como sua associação a fatores de risco / proteção para contágio pelo HIV.

## **2.7 SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA**

O início dos transtornos psiquiátricos e dos comportamentos sexuais de risco tem seu pico de incidência na juventude, com importantes implicações na saúde pública, embora pouco se conheça da relação entre ambos. A informação sobre a ocorrência de transtornos mentais associados a comportamento sexual de risco pode ser útil para identificar esses problemas e pode influenciar nas políticas de prevenção e no uso de intervenções adequadas.

É importante considerar que adolescentes que apresentam sintomatologia psiquiátrica apresentam maior risco de contaminação pelo HIV (Moscicki et al., 1993) por várias razões: tem maior prevalência de relações sexuais, de múltiplos parceiros e de abuso sexual. Além disso, tem maior probabilidade de apresentar comorbidade com abuso de drogas, e não raramente conduta de automutilação com objetos cortantes compartilhados, um comportamento de risco identificado por DiClemente et al. (1991). Em um estudo que avaliou adolescentes internados por patologia psiquiátrica nos EUA (DiClemente & Ponton, 1993; Ponton et al., 1991) encontrou-se maior risco de contaminação pelo HIV entre os adolescentes hospitalizados que registraram duas vezes mais atividade sexual e duas vezes mais relação sexual sem uso de preservativo, do que o grupo controle. Este comportamento os coloca em maior risco de infecção por HIV além da maior incidência de gravidez na adolescência. Segundo Tapert et al. (2001) um quarto das adolescentes tratadas por abuso de substâncias relatou gravidez durante a adolescência. Isso excede amostras de adolescentes sem problemas com uso de substâncias e estatísticas nacionais americanas, que reportam gravidez em 7% das garotas entre 15 e 17 anos (NCHS, 1997). Essas taxas se mantiveram altas na idade adulta inicial para mulheres tratadas por abuso de substância e uma parcela dessas mulheres relatou não ter relacionamento estável.

Ramrakha et al. (2000), num estudo transversal de uma coorte de 992 jovens nascidos no período de um ano (1/4/72 a 31/3/73) na cidade de Dunedin (Nova Zelândia) e acompanhados num projeto multidisciplinar de saúde e desenvolvimento desde a idade de três anos, identificaram, aos 21 anos, um aumento na probabilidade do sexo de risco estar presente em uma gama de diagnósticos de transtornos mentais. Jovens diagnosticados com depressão, dependência de drogas ou personalidade anti-social, tinham maior risco de apresentar comportamento sexual de risco, DST e início precoce da vida sexual (antes dos 16 anos). Os autores observaram que a comorbidade psiquiátrica aumentou a probabilidade de relações

sexuais de risco no ano anterior. Jovens com transtornos depressivos associados a transtorno por uso de substâncias apresentaram Razão de Chance (OR) de 3,7 com Intervalo de Confiança (IC 95%) entre 2,6-5,4 quando comparados a adolescentes sem transtornos psiquiátricos. Adolescentes com diagnóstico de transtorno anti-social também apresentaram maior risco de início da vida sexual antes dos 16 anos de idade (OR= 2,8, IC 95% 2,0-3,8).

Em outro estudo realizado por Paul et al. (2000) na mesma coorte de 926 sujeitos acompanhados desde a infância até os 21 anos, foram encontradas taxas de início sexual antes dos 16 anos de 27,5% em jovens do sexo masculino e 31,7% em jovens do sexo feminino. Segundo o estudo, os determinantes mais importantes para o início precoce da vida sexual nos jovens do sexo masculino foram: não ter interesses fora de casa aos 13 anos, não ter atividade religiosa aos 11 anos, não estar na escola aos 15 anos, baixo escore de leitura e diagnóstico de transtorno de conduta no início da adolescência. Para as jovens, os preditores independentes foram: status sócio-econômico médio, ter a própria mãe com primeiro filho antes dos 20 anos, QI médio, não estar vinculado à escola, ter problemas escolares, plano de abandonar a escola, fumar e ter alto escore na avaliação da auto-estima.

No Brasil, um estudo recente (Fleitlich & Goodman, 2001) encontrou taxas de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes em torno de 10% em áreas urbanas de classe média e em áreas rurais carentes, semelhantes à população média dos países desenvolvidos. Entretanto, áreas urbanas e carentes (favelas) apresentaram índices mais elevados (aproximadamente 20%) sugerindo a presença de outros fatores sócio-culturais, além do econômico, que diferenciam as duas populações, como a área rural de subsistência e a favela. Pode-se inferir daí que uma grande parcela de adolescentes brasileiros, principalmente de áreas carentes, necessita de um cuidado redobrado.

Sabe-se também que a AIDS está associada a uma mudança na vida dos indivíduos, acarretando custos emocionais, financeiros e perdas de perspectivas de futuro. Assim, o

estresse na vida dos indivíduos contaminados pode precipitar o aparecimento de transtornos mentais, como quadros de ansiedade e de depressão. Além disso, o vírus da imunodeficiência humana do tipo 1 (HIV-1), o agente etiológico da AIDS, leva a uma infecção do sistema nervoso central (SNC), com complicações neuropsiquiátricas que podem ser os primeiros sinais da doença em cerca de 10% dos pacientes (Schoffel, 1998). Também síndromes psiquiátricas clássicas (por ex.: transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e transtornos psicóticos) estão comumente associadas a transtornos relacionados ao HIV, podendo ser o único sinal inicial de infecção pelo HIV.

Em relação à saúde mental dos adolescentes contaminados pelo HIV, recebendo cuidados psiquiátricos em dezoito serviços de Saúde Mental em São Francisco e Los Angeles, há relato de que depressão, ansiedade, transtorno de humor bipolar e seqüela de abuso sexual são muito freqüentemente referidos por jovens soropositivos (12-24 anos), assim como uso de substância e comportamento sexual de risco. Muitas dessas condições precederam a infecção pelo HIV e foram exacerbadas pelo resultado positivo do teste anti-HIV (Henderson et al., 1998).

Também ocorre que o estado psiquiátrico atual em indivíduos soropositivos parece estar, ao menos parcialmente, associado a estressores passados como traumas e problemas psiquiátricos, sugerindo que a predisposição psiquiátrica deveria ser incluída pelos clínicos e pesquisadores quando consideram as relações de causa-efeito em sujeitos soropositivos que tenham sintomas psiquiátricos (Rundell et al., 1990).

## **2.8 AUTOCONCEITO E SUA RELAÇÃO COM RISCO**

Um aspecto do desenvolvimento que sofre intensas modificações na transição da infância para a vida adulta é a visão de si mesmo (*self*) que é reconfigurada na adolescência. As mudanças nas habilidades cognitivas favorecem uma nova visão de si mesmo numa

estrutura intelectual diferente, com o surgimento de novas categorias de pensamento.

Adolescentes começam a se observar e também a se preocupar com a forma como os outros reagem a eles, algo que é ausente na infância e introduz uma maior complexidade (Hattie, 1992). Magagnin et al. (1997) entendem que o autoconceito do adolescente se torna significativo para o desenvolvimento adequado ao longo das etapas que ele percorre no ciclo vital da vida familiar, e é constituído pela organização hierárquica e multidimensional de um conjunto de percepções de si mesmo.

Segundo Ferreira (1986) “conceito” é a representação de um objeto pelo pensamento, por meio de suas características gerais: pensamento, idéia opinião; noção idéia, concepção. Daí se depreende que a noção de “autoconceito” refere-se à concepção que um indivíduo faz de si mesmo. Assim refere-se à autoconsciência como “a consciência que adquire capacidade de refletir sobre si mesma, isto é, que se reconhece como o domínio da racionalidade, do pensamento, ou dos chamados estados interiores, consciência de si”.

A “estima” (Ferreira, 1986) envolve a área dos afetos, pois é definida como o “sentimento da importância ou do valor de alguém ou de alguma coisa, apreço, consideração, respeito ou afeição, afeto, amizade”. Magagnin et al. (1997) consideram que a auto-estima significa amor e afeição de um indivíduo por si mesmo ou por tudo que parece uma parte central de si mesmo. Pode ser amor pelo próprio corpo ou pela personalidade.

Segundo Hattie (1992) há tantos testes rotulados para avaliar auto-estima quanto há outros rotulados para autoconceito. Como têm sido demonstrados, os testes de autoconceito e auto-estima parecem avaliar construtos similares e têm a mesma variação em comum com outros testes. Se há uma distinção entre auto-estima e autoconceito, esta diferença não se manifesta nos testes estudados que justifiquem medir diferentemente os dois construtos.

Assim, no presente estudo, consideraram-se como similares os conceitos, pois na literatura revisada, pareceu haver uma superposição em seu uso, principalmente, na literatura

internacional que avalia “self-esteem” (pride in oneself) e não “self-awareness” (awareness of oneself as individual entity or personality) (American Heritage Dictionary, 1991). Há também referência a “self-concept” que também foi considerada como sinônimo de “self-esteem”.

Mesmo assim, pode ser compreendida como um aspecto mais amplo que o autoconceito, pois, além da concepção que o indivíduo faz de si mesmo, algo mais racional e mensurável, a autoestima inclui o afeto por si mesmo.

John Hattie (1992) considera como premissa principal em seus estudos que “autoconceito são avaliações cognitivas que atribuímos a nós mesmos” (p.10). Comenta a evolução do conceito, em termos filosóficos e psicológicos, ressaltando a idéia de ser ligado a avaliações cognitivas.

Tamayo (1981) define autoconceito como uma organização hierárquica e multidimensional de um conjunto de percepções de si mesmo, sendo a formação do autoconceito influenciada pelas experiências vivenciais do indivíduo desde o seu nascimento. É um processo psicológico constituído por várias dimensões (segurança pessoal, atitude social, autocontrole, self-moral, self-somático e receptividade social), reguláveis pelo dinamismo individual, pelas características de interação social e pelo contexto situacional, cujo conteúdo e dinamismo é determinado socialmente.

O autoconceito tem sido bastante estudado e relacionado a diferentes variáveis. O autoconceito tem sido relacionado positivamente com o desempenho acadêmico (Ribeiro, 1988) e o nível de satisfação familiar (Lummertz & Blaggio, 1986). Foram encontrados como influenciando o autoconceito de forma negativa as variáveis: alcoolismo, psicopatia, depressão, mastectomia por câncer de mama. Afetam o autoconceito o nível de instrução, paternidade ou maternidade, ordem de nascimento, região de origem, posse de automóveis e índice de acidentes automotores, freqüência de atividade sexual pré-marital, estado civil, aparência física, sexo, religiosidade, popularidade e status sócio-econômico (Ribeiro, 1988).

Em um estudo realizado por Ribeiro (1988) com amostra composta por 120 adolescentes, com idade média de 15 anos, residentes no Plano Piloto de Brasília e estudantes da rede particular de ensino, compararam-se o autoconceito em dois grupos: 60 sujeitos, cujos genitores viviam juntos (30 de cada sexo), e 60, cujos genitores eram separados (30 de cada sexo). Foram encontrados efeitos significativos da variável situação conjugal dos pais nos fatores segurança pessoal atitude social, autocontrole e self ético-moral. Os adolescentes cujos pais viviam juntos tiveram escores mais elevados do que aqueles cujos genitores eram separados. A variável “gênero” dos adolescentes teve efeito significativo apenas quanto ao fator self ético-moral, onde as moças tiveram escores mais elevados do que os rapazes. Segundo o autor, existe ambigüidade na literatura científica com relação às diferenças sexuais no autoconceito já que estas diferenças são tributárias não só da estrutura da sociedade em geral como também das subculturas dos grupos dos quais o indivíduo é membro. Ainda, conclui que a presença dos dois genitores influencia positivamente a formação do autoconceito dos adolescentes de ambos os sexos, enquanto que a convivência com apenas um dos pais constitui um fator de influência negativa sobre o autoconceito dos mesmos. No entanto, considera difícil discriminar os efeitos da separação em si dos efeitos da tensão e do conflito que a acompanham.

Estudos americanos como o de Gardner et al. (1998) avaliaram a auto-estima em diversas amostras, relacionando-a a comportamento sexual de risco. Estudando DSTs em 81 mulheres jovens, os autores concluíram que aquelas que não tinham DSTs apresentavam maior auto-estima e praticavam sexo seguro mais freqüentemente do que o outro grupo. Alta taxa de escolaridade, alta renda e auto-estima elevada avaliada pela “Rosenberg Self Esteem Scale” estavam associadas a maior escore em comportamento sexual seguro avaliado pela SSBQ (Safe Sex Behavior Questionnaire). A idade não estava relacionada à auto-estima ou à prática de comportamento sexual seguro.



Outro estudo realizado com adolescentes de ambos os sexos avaliou a relação entre auto-estima e atividade sexual que leva à gravidez (Robinson & Frank, 1994), concluindo que não havia diferença na auto-estima avaliada pela Escala “Coopersmith Self-Esteem Inventory” em jovens do sexo feminino e do masculino, nem relação da auto-estima em adolescentes virgens ou com atividade sexual, grávidas e não grávidas, embora os jovens que já eram pais apresentassem auto-estima menor do que aqueles sem filhos, o que enfatiza a necessidade de incluir os adolescentes do sexo masculino em programas de prevenção de gravidez na adolescência.

Estudo realizado por Cole (1999) indica níveis mais elevados de auto-estima em adolescentes que têm comportamentos sexuais de risco e maior número de parceiros sexuais, o que também foi encontrado em adolescentes do sexo feminino com início precoce de vida sexual por Paul et al. (2000). Walter et al. (1991b) encontraram que adolescentes expostos a certos estressores psicossociais, como circunstâncias adversas e pouco apoio por parte dos pais, que apresentaram uso de drogas e problemas acadêmicos e que tinham auto-estima mais alta, tinham maior probabilidade de apresentar comportamento de risco.

Breakwell & Millward (2001) usando a escala de autoconceito sexual (Sexual Self-Concept Checklist) avaliou 474 adolescentes de 16 a 19 anos selecionados aleatoriamente de uma área suburbana no Reino Unido, avaliando a estrutura das diferenças das identidades sexuais em ambos os gêneros. Destacaram-se duas dimensões no autoconceito masculino: o sócio-emocional (romance, sensibilidade e erotismo) e o relacional (faz proezas, sedutor, experimental). Nas mulheres o autoconceito sexual gira em torno de preocupações com afirmação (não desejar ter sexo antes do casamento, controle da atividade sexual, fingir ter prazer sexual). Escalas confiáveis foram construídas para avaliar esses aspectos do autoconceito sexual e estavam relacionadas tanto a comportamentos de risco em geral como sexual.

Segundo Tonkin (1987), os comportamentos de risco nos adolescentes servem a diversos propósitos psicológicos. Podem ser uma forma de lidar com a ansiedade, frustração ou sentimento de inadequação. Quando tais comportamentos facilitam a admissão em um grupo de iguais, a auto-estima é incrementada. O conhecimento das complexidades do desenvolvimento na adolescência e a influência que o autoconceito pode ter nos comportamentos dos jovens e nos riscos aos quais se expõem fez com que a avaliação do autoconceito dos adolescentes estudados fosse incluída no presente estudo, uma vez que não há dados locais a respeito de sua associação com contaminação pelo HIV. Em função dos aspectos referidos, optou-se por investigar o autoconceito dos adolescentes estudados, utilizando-se a Escala Fatorial de Autoconceito (EFA).

### **3 OBJETIVOS**

O atual estado da arte do conhecimento do tema e a falta de estudos que investigassem a associação entre sintomatologia psiquiátrica, autoconceito e contaminação pelo HIV, colaborou para a definição dos objetivos do presente estudo, pensando-se na possibilidade inicial de descrever e observar associações entre os fenômenos num desenho transversal, nesse momento de transição para a vida adulta que coloca os jovens frente a mais um desafio: o de viver em tempos de AIDS. Desta forma, foram determinados para este estudo os seguintes objetivos:

#### **a) Principal:**

Conhecer as situações de risco e proteção para infecção e disseminação do vírus HIV na vida sexual de adolescentes que procuraram um centro público de referência para testagem HIV, relacionando-as com seu estado sorológico.

#### **b) Secundários:**

1. Identificar os fatores sócio-demográficos associados ao contágio pelo HIV nessa amostra de adolescentes.
2. Conhecer a sintomatologia psiquiátrica dos adolescentes da amostra e averiguar sua relação com soropositividade.
3. Conhecer elementos de autoconceito dos adolescentes da amostra e averiguar sua relação com soropositividade.

## **4 HIPÓTESES**

- Os adolescentes com sorologia positiva para o HIV apresentam maior frequência de exposição a situações de risco do que os adolescentes com sorologia negativa para o HIV.
- A sintomatologia psiquiátrica é mais freqüente nos adolescentes soropositivos.
- O autoconceito nos adolescentes soropositivos é menor do que nos soronegativos.

## **5 MÉTODOS**

### **5.1 DELINEAMENTO**

Foi realizado um estudo transversal, no qual o desfecho avaliado foi o estado sorológico dos adolescentes da amostra. Os fatores em estudo foram: idade, sexo, situação conjugal e profissional, renda familiar, nível de escolaridade, comportamentos de risco para contaminação (recente e ao longo da vida), idade de início da vida sexual, gravidez e/ou abortos prévios, padrão de uso de drogas e de atividade sexual, preocupação com contágio, presença de sintomas psiquiátricos e autoconceito.

### **5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população-alvo do presente estudo é a população de adolescentes da cidade de Porto Alegre e arredores que procurou o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) Paulo César Bonfim da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre/(RS) para realizar o teste anti-HIV de forma anônima. A amostra desse estudo foi composta por adolescentes masculinos e femininos, que procuraram o serviço de testagem anônima do CTA para realizar o teste HIV de 30/10/2000 a 30/10/2001.

#### **5.2.1 Cálculo do Tamanho Amostral**

Com o objetivo de realizar um estudo descritivo obtendo estimativas de parâmetro com margem de erro de  $\pm 2\%$  e supondo uma prevalência de soropositividade HIV em torno de 10%, baseada em estudos prévios realizados de forma similar em outros meios, foi calculado um tamanho de amostra de 860 indivíduos.

Para avaliar associações entre variáveis e soropositividade HIV, partiu-se de proporções de exposição entre soropositivos e soronegativos de pelo menos 50% e 20%, respectivamente. Fixando-se  $\alpha=0,05$  e poder de 80% com uma razão de soropositivos / soronegativos de 1/10, estimou-se um tamanho mínimo de amostra total de 255 indivíduos distribuídos em aproximadamente 25 soropositivos e 230 soronegativos.

### **5.3 PROCESSO DE AMOSTRAGEM**

A amostragem utilizada foi de conveniência, consecutiva e delimitada pelo tempo de um ano (30/10/2000 a 30/10/2001). Foram convidados a participar do estudo os adolescentes de 13 a 20 anos que recorreram ao CTA no período citado. Segundo informação oficial do CTA Paulo César Bonfim, no período de um ano em que foi realizada a coleta de dados do presente estudo, procuraram o serviço 974 adolescentes de 13 a 20 anos para realizar o teste anti-HIV.

#### **5.3.1 Critérios de Inclusão**

Adolescentes, com idade entre 13 e 20 anos completos, que procuraram o CTA para realizar sorologia para HIV e que aceitaram responder de forma voluntária e anônima aos instrumentos de pesquisa.

#### **5.3.2 Critérios de Exclusão**

- a) Adolescentes que não apresentassem condições cognitivas de serem entrevistados, a partir da impressão clínica de entrevistadores treinados;
- b) Adolescentes com alterações do estado de consciência que prejudicassem a qualidade da entrevista de coleta de dados;

- c) Adolescentes institucionalizados que não fossem autorizados a participar do estudo, por estarem sendo trazidos para testagem sob forma não voluntária;
- d) Adolescentes dos quais posteriormente não se obteve o resultado do teste HIV.

#### **5.4 COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados por entrevistadores especialmente treinados para este fim, cegos para o estado sorológico dos adolescentes. Os entrevistadores compareciam ao CTA diariamente, duas vezes ao dia, nos horários semanais de Aconselhamento Pré-teste. Os entrevistadores eram residentes e ex-residentes de Psiquiatria da UFRGS, alunos de graduação das Faculdades de Medicina, Enfermagem e Psicologia da UFRGS, selecionados para participar da pesquisa e que foram treinados nos métodos pela autora, supervisionada por um pesquisador com larga experiência em pesquisa de campo sobre o tema. Todas as entrevistas foram realizadas logo após o término da reunião de aconselhamento pré-teste realizado pela equipe do CTA. O entrevistador se apresentava ao grupo, buscando identificar adolescentes na faixa etária de 13 a 20 anos, e os convidava a, voluntariamente participar da pesquisa. Nesse momento o adolescente recebia uma folha informativa esclarecendo os objetivos da pesquisa, motivando-o a participar (Anexo 2). Em todo o período de coleta de dados, permaneceram afixados nos corredores e salas do CTA cartazes de divulgação da pesquisa, estimulando os jovens a colaborar (Anexo 1).

Após consentimento tácito (Goldin, 2000, comunicação pessoal), o adolescente recebia o envelope com os questionários, respondendo-os de forma individual, no tempo médio de 15 a 20 minutos.

Como a participação dos adolescentes foi voluntária e anônima, aceitaram responder aos instrumentos de pesquisa 402 jovens, 41,2% do total de jovens de 13 a 20 anos que buscou o CTA durante o período estudado. Não houve avaliação dos casos que se recusaram a

participar no que compete ao motivo dado para não participar. A impressão dos entrevistadores do grupo de pesquisa é de que a grande maioria justificava não participar por não ter tempo de responder, outra parcela considerável se mantinha silenciosa, não se identificando como dentro da faixa etária em foco, mesmo quando diretamente questionado. Supõe-se que isso tenha ocorrido devido ao eventual desconforto de responder a questões sobre o uso de drogas e o comportamento sexual. Jovens que se apresentavam drogados ou vinham trazidos compulsoriamente por instituições públicas, preenchiam critérios de exclusão.

## **5.5 INSTRUMENTOS**

Os instrumentos utilizados foram:

### **5.5.1 CRA - Comportamentos de Risco para AIDS** (Metzger, 1993; Pechansky et al., 2002).

O CRA é a terceira versão brasileira do Risk Assessment Battery, questionário auto-aplicado desenvolvido na Universidade da Pensilvânia com a finalidade de identificar comportamentos e situações de risco para a infecção pelo HIV. O instrumento foi traduzido e validado para o português por membros do Grupo de Pesquisa em Dependência Química do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Pechansky, 1998; Pechansky et al., 2002); investiga aspectos do comportamento relacionados ao uso de drogas e parceria sexual (homo e heterossexual) ao longo da vida, nos últimos seis meses e no mês prévio à coleta, além de dados demográficos (Anexo 3). Apesar do CRA fornecer um escore total de risco, foram utilizadas questões individuais do instrumento para fins de análise, devido a problemas metodológicos com a utilização de escores. Como o instrumento foi desenvolvido primordialmente para usuários de heroína e cocaína injetável, na sua adaptação para o



português, o CRA teve suprimido toda uma seção, referente à heroína, o que modificou o valor de seu escore total na sua adaptação brasileira (Pechansky et al. 2002).

Foram adicionadas ao CRA questões relacionadas à idade de início da vida sexual, participação de sexo em grupo, gravidez e/ou aborto prévios, em função dos objetivos do estudo.

### **5.5.2 SCL-90-R - The Symptom Check-List-90-R** (Derogatis, 1977 e 2000; Marder, 1995; Holi et al., 1998).

O SCL-90-R é um instrumento padronizado, amplamente utilizado para detectar sintomatologia psiquiátrica na semana prévia à entrevista nas áreas: somatização, obsessão-compulsão, interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, fobia, ideação paranóide e psicose. Propicia também a obtenção de um índice total (GSI) que é o melhor índice do nível atual ou da intensidade do transtorno, representando uma combinação de informações sobre número de sintomas e intensidade de desconforto percebido. Tem amplo uso como instrumento de *screening* do desconforto psicológico global, mostrando potencial para diferenciar amplas categorias de pacientes, assim como discriminar pacientes de não pacientes (Derogatis, 2000). A consistência interna (alfa de Cronbach), relatada em diferentes amostras de pacientes (0,79 a 0,90) e a consistência interna das sub-escalas originais foram testadas e consideradas boas por Holi et al. 1998.

Haver (1997), utilizando o índice global da SCL-90-R para medir o nível total de desconforto psicológico recente em uma amostra de 60 mulheres alcoolistas relatou alta eficácia da escala em distinguir casos e não-casos psiquiátricos concomitantes ao uso de álcool. A escala pode ser usada a partir dos 13 anos e sugere-se a presença de uma pessoa disponível para esclarecer qualquer item considerado difícil pelo entrevistado. Está disponível em mais de dez idiomas, inclusive Português (Derogatis, 2000).

### **5.5.3 Questionário de Autoconceito (Tamayo, 1981)**

A Escala Multifatorial de Autoconceito – EFA (Tamayo, 1981) avalia o autoconceito global e considera seis diferentes fatores: atitude social, autocontrole, valores ético-morais, receptividade, segurança e fatores somáticos. A análise é realizada através do escore em cada um dos fatores. Este escore é calculado somando os valores atribuídos pelos sujeitos a cada um dos itens que compõem cada fator. O somatório é dividido pelo número de itens no fator. Por exemplo, para calcular o escore de Segurança, somam-se os valores atribuídos pelo sujeito aos itens 17, 27, 34, 36, 41. O total é dividido por 5, gerando a pontuação do fator citado. Os itens foram construídos a partir de um levantamento feito com três amostras (322, 540 e 893 sujeitos). Os dados obtidos foram submetidos à análise fatorial. Os seis fatores extraídos representam as dimensões do autoconceito postuladas na construção do EFA. O coeficiente de precisão foi calculado para cada um dos fatores e para o total. Eles são todos altamente significativos (Tamayo, 1981), com alfa variando entre 0,84 e 0,92 nos seis fatores e 0,95 para o teste total.

### **5.5.4 Teste ELISA e testes confirmatórios**

Para identificar o estado sorológico em relação ao HIV. Todas as amostras de sangue foram testadas para a presença de anticorpos anti-HIV utilizando-se dois métodos ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) com antígenos diferentes. Os exames de resultado positivo, indeterminado ou discordante foram testados utilizando-se a técnica da Imunofluorescência Indireta-IFI. As Imunofluorescências indeterminadas foram confirmadas com o teste Western Blot. Os exames foram realizados no laboratório do CTA.

## 5.6 ESTUDO-PILOTO

Para fins de treinamento e calibração dos entrevistadores no uso dos questionários de coleta de dados, realizou-se um estudo-piloto em julho/ agosto de 2000, com coleta de 19 casos que não foram incluídos nas análises finais. O questionário pareceu adequado e facilmente aplicável para adolescentes locais, embora os entrevistadores necessitassem explicar aos jovens algumas das questões, levando assim mais tempo para aplicar o questionário. Houve também uma apresentação do projeto de pesquisa para os funcionários do CTA, favorecendo a aceitação do grupo de pesquisa no seu local de trabalho e a colaboração desses funcionários no sentido de incentivarem os adolescentes a participarem do estudo durante a palestra de aconselhamento pré-teste.

Dentre os principais achados do estudo-piloto destaca-se a média da idade de 18,4 anos; 52% eram mulheres, a maioria proveniente de Porto Alegre (84%). O resultado do teste HIV foi negativo em 18 casos, e 1 indivíduo teve resultado indeterminado.

## 5.7 MANEJO DAS INFORMAÇÕES E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os questionários foram digitados por um dos membros do grupo de pesquisa em um banco de dados em Access e foram realizadas análises interinas para controle da qualidade dos dados. Os questionários foram arquivados para conferência manual de incongruências após a redigitação de todos os dados e comparação por um digitador externo.

Dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão, e dados qualitativos, por frequência absoluta e percentual.

Para avaliar as relações entre os diversos fatores em estudo e a condição de soropositividade HIV, calculou-se como medida de associação o *odds ratio* (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e significância determinada pelo teste de chi-quadrado ( $\chi^2$ ). Quando ocorreram situações de baixas frequências foi utilizado o teste exato

de Fisher. Relações entre dados quantitativos foram avaliadas pelo teste t de Student, sendo que a magnitude das associações foi determinada pelo tamanho de efeito padronizado (*effect size*) obtido através da razão da diferença das médias pelo desvio padrão comum dos grupos. O nível de significância adotado foi de  $\alpha=0,05$ , e os dados foram analisados com o auxílio do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 11.0.

## **5.8 PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS**

A pesquisa apresentou risco discreto devido ao eventual desconforto de responder a questões que versavam sobre o uso de drogas e sobre o comportamento sexual. Os adolescentes foram devidamente orientados sobre o objetivo da pesquisa, podendo aceitar ou não o convite a participar do estudo. Os adolescentes preencheram o questionário de forma anônima, com consentimento tácito e não informado (Goldin, 2000, comunicação pessoal). O impacto de eventualmente saber-se soropositivo não foi especificamente incluído nos itens de desconforto quanto a responder aos instrumentos de pesquisa, por ser um elemento de rotina em indivíduos que procuram serviços de testagem anônima. Mesmo assim, todos os adolescentes receberam aconselhamento pré e pós-teste, de acordo com a rotina do CTA. Não houve relato de queixas dos respondentes quanto ao procedimento de pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação e pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, recebendo financiamento parcial do Fundo de Incentivo à Pesquisa do HCPA (FIPE).

## 6 RESULTADOS

Dentre os 402 adolescentes, que aceitaram responder aos instrumentos de pesquisa, não foi localizado o resultado do teste de 14 pacientes (3,5%), sendo impossível emparelhar o resultado final do teste com o questionário, sendo um desses casos HIV positivo. Assim, as análises estatísticas aqui apresentadas referem-se aos 388 pacientes dos quais se obteve o questionário e o resultado do teste anti-HIV, com prevalência geral de 6,2% de soropositividade.

Os resultados e a sua relação com soropositividade encontram-se na Tabela 1, que expressa a diferença entre a prevalência do grupo que respondeu ao questionário e a do grupo que se recusou a fazê-lo ou foi excluído.

**Tabela 1 – Prevalência de soropositividade HIV segundo grupos estudados**

Grupo	n	f	%	IC95%
Total	974	107	11,0	9,1 a 13,1
<b>Testagem HIV</b>				
testagem e recusa questionário	572	82	14,3	11,6 a 17,5
testagem e questionário*	388	24	6,2	4,0 a 9,1

\*14 pacientes perdidos por não ter sido possível emparelhar o resultado final do teste com o questionário, sendo um desses com testagem positiva.

No que compete à demografia, trata-se de um grupo jovem, predominantemente do sexo feminino, de baixa escolaridade e baixa renda familiar.

A média da idade encontrada foi de 17,7 anos ( $\pm 2,0$ ), sendo que a maior parte (72,5%) tinha entre 17 e 20 anos. Na amostra predominaram adolescentes do sexo feminino (66,5%), 46,7% do total eram solteiros ou não tinham companheiro estável, 37,4% eram casados ou tinham companheiro estável e 53,0% não trabalhavam. Em relação à escolaridade, 50,9% ainda não haviam concluído o primeiro grau (escolaridade até oito anos),

evidenciando-se um atraso em relação ao esperado para a idade. Quanto à renda familiar, 71,9% referiram renda de até 3 salários mínimos mensais e apenas 7,0% relatou ter renda familiar igual ou acima de 10 salários mínimos mensais.

**Tabela 2 – Dados demográficos e sua associação com soropositividade HIV**

Variável	Total n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	OR (IC95%)	P
<b>Sexo</b>	n=388	n= 24	n=364		
Masculino	130 (33,5)	5 (20,8)	125 (34,3)	0,5 (0,2 – 1,5)	0,257 <sup>§</sup>
Feminino	258 (66,5)	19 (79,2)	239 (65,7)	–	
<b>Faixa etária, anos</b>	n=388	n=24	n=364		
13 a 16	108 (27,8)	6 (25,0)	102 (28,0)	0,9 (0,3 – 2,4)	0,932 <sup>§</sup>
17 a 20	280 (72,2)	18 (75,0)	262 (72,0)	–	
<b>Escolaridade, anos</b>	n=385	n=24	n=361		
até 8	196 (50,9)	18 (75,0)	178 (49,3)	7,8 (1,1 – 159,3)	0,034 <sup>‡</sup>
9 a 11	111 (28,8)	5 (20,8)	106 (29,4)	3,6 (0,4 – 83,8)	
12 ou mais	78 (20,3)	1(4,2)	77 (21,3)	–	
<b>Renda familiar, SM</b>	n=374	n=24	n=350		
até 1	129 (34,5)	9 (37,5)	120 (34,3)	2,6 (0,6 – 12,2)	0,186 <sup>‡</sup>
1 a 3	140 (37,4)	12 (50,0)	128 (36,6)	3,2 (0,8 – 14,6)	
4 ou mais	105 (28,1)	3 (12,5)	102 (29,1)	–	
<b>Situação conjugal</b>	n=388	n=24	n=368		
solteiro	181 (46,7)	9 (37,5)	172 (47,3)	–	0,620 <sup>‡</sup>
casado	145 (37,4)	11 (45,8)	134 (36,8)	1,6 (0,6 – 4,3)	
outro	62 (16,0)	4 (16,7)	58 (15,9)	1,3 (0,3 – 4,9)	
<b>Situação profissional</b>	n=381	n=24	n=357		
trabalho regular	98 (25,7)	3 (12,5)	95 (26,6)	–	0,268 <sup>‡</sup>
trabalho irregular	81 (21,3)	7 (29,2)	74 (20,7)	3,0 (0,7 – 15,2)	
não trabalha	202 (53,0)	14 (58,3)	188 (52,7)	2,4 (0,6 – 10,6)	

Os dados são apresentados como frequência (percentual). <sup>‡</sup> $\chi^2$ ; <sup>§</sup> $\chi^2$  com correção de Yates. OR: *odds ratio*; SM: salário mínimo.

Quanto ao local de procedência, 75,7% dos homens e 65% das mulheres residiam em Porto Alegre, e o restante dos entrevistados, em sua maioria, residia em municípios vizinhos.

O perfil demográfico dos adolescentes e a sua relação com o estado sorológico estão descritos na Tabela 2, mostrando uma diferença estatisticamente significativa quanto à escolaridade, mas sem diferença estatística entre os grupos de adolescentes soropositivos e soronegativos nas demais variáveis demográficas estudadas.

A Tabela 3 apresenta as variáveis de risco para aquisição do HIV no comportamento sexual durante a vida dos adolescentes estudados e sua associação com a soropositividade.

Houve associação entre precocidade de início da vida sexual (antes dos 12 anos) e soropositividade, assim como história de gravidez, prática de aborto prévio e relação sexual com parceiro sem preservativo. Quando foi realizada estratificação por gênero, identificou-se no gênero masculino a variável “relação sexual com parceiro sem preservativo”, como significativa (OR=1,2) que foi referida por 12,3% dos homens, mas não foi significativa entre as mulheres. A taxa de não proteção pelo uso de preservativo em relação heterossexual foi alta em ambos os gêneros.

Nas mulheres, a variável de maior risco para soropositividade foi aborto prévio com OR 5,9, seguida por gravidez (OR=4,7), que foi relatada por quase 50% das jovens entrevistadas. Relação sexual com parceiro/a UDI ocorreu em apenas 2,8% do total da amostra, não havendo diferença entre soropositivos e negativos.

**Tabela 3 – Práticas de risco de origem sexual ao longo da vida e sua associação com soropositividade HIV**

	Total n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	OR (IC95%)	P
<b>Relação sexual</b>					
<b>ambos os sexos</b>					
com parceiro sem preservativo	n=388 217 (55,9)	n=24 19 (79,2)	n=364 198 (54,4)	3,2 (1,1 – 10,0)	0,031 <sup>Y</sup>
com parceira sem preservativo	99 (25,5)	4 (16,7)	95 (26,1)	0,6 (0,2 – 1,8)	0,432 <sup>Y</sup>
com profissional de sexo	15 (3,9)	1 (4,2)	14 (3,8)	1,1 (0,1 – 7,8)	0,999 <sup>P</sup>
por dinheiro	19 (4,9)	3 (12,5)	16 (4,4)	3,1 (0,7 – 12,7)	0,105 <sup>P</sup>
<b>sexo masculino</b>					
com parceiro sem preservativo	n=130 16 (12,3)	n=5 3 (60,0)	n=125 13 (10,4)	1,2 (1,6 – 124,8)	0,013 <sup>P</sup>
com parceira sem preservativo	93 (71,5)	3 (60,0)	90 (72,0)	0,6 (0,1 – 5,3)	0,623 <sup>P</sup>
com profissional de sexo	13 (10,0)	1 (20,0)	12 (9,6)	2,4 (0,1 – 26,3)	0,415 <sup>P</sup>
por dinheiro	7 (5,4)	0 (0,0)	7 (5,6)	0,0 (0,0 – 25,0)	0,999 <sup>P</sup>
<b>sexo feminino</b>					
com parceiro sem preservativo	n=258 201 (77,9)	n=19 16 (84,2)	n=239 185 (77,4)	1,6 (0,4 – 7,0)	0,774 <sup>P</sup>
com parceira sem preservativo	6 (2,3)	1 (5,3)	5 (2,1)	2,6 (0,1 – 25,0)	0,371 <sup>P</sup>
com profissional de sexo	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (0,8)	0,0 (0,0 – 54,7)	0,999 <sup>P</sup>
por dinheiro	12 (4,7)	3 (15,8)	9 (3,8)	4,8 (0,9 – 22,3)	0,049 <sup>P</sup>
<b>Parceria sexual com UDI</b>					
	n = 388 11 (2,8)	n = 24 2 (8,3)	n = 364 9 (2,5)	3,6 (0,0 – 19,6)	0,143 <sup>P</sup>
<b>Iniciação sexual &lt; 12 anos</b>					
	n=376 36 (9,6)	n=24 6 (25,0)	n=352 30 (8,5)	3,6 (1,2 – 10,5)	0,019 <sup>P</sup>
<b>Gravidez anterior/atu</b>					
	n=258 121 (46,9)	n=19 15 (78,9)	n=239 106 (44,4)	4,7 (1,4 – 17,3)	0,008 <sup>Y</sup>
<b>Aborto anterior</b>					
	n=257 39 (15,2)	n=19 8 (42,1)	n=238 31 (13,0)	5,9 (1,9 – 18,4)	0,003 <sup>P</sup>

Os dados são apresentados como frequência (percentual). <sup>Y</sup> $\chi^2$  com correção de Yates; <sup>P</sup>Teste exato de Fisher; OR *odds ratio*; UDI : usuário de droga injetável.

Na Tabela 4 são apresentados dados das práticas atuais de risco para aquisição do HIV através do comportamento sexual dos adolescentes estudados, nos 6 meses prévios à coleta.

Os comportamentos de risco na vida sexual são semelhantes entre os adolescentes soropositivos e soronegativos estudados na maior parte das variáveis. Do total da amostra, 8% dos adolescentes recebeu dinheiro em troca de relação sexual, tendo sido estatisticamente



significativa sua chance de soropositividade ( $P=0,008$ , OR IC95%=4,5). O mesmo ocorreu nos 13,2% que tiveram relação sexual com parceiro/a possivelmente soropositivo ( $P < 0,001$ , OR=8,3, IC95% 3,2–21,5).

Mesmo não sendo estatisticamente significativas as diferenças entre positivos e negativos, alguns comportamentos foram mais freqüentes de acordo com o gênero, maior número de parceiras sexuais para homens (51,9) do que parceiros para mulheres (34,5); 100% das mulheres nunca pagaram para ter sexo, diferente dos homens (10%) que já o fizeram, considerando-se a idade e o rendimento familiar baixos da maioria da amostra. O relato de uso de preservativo na amostra, nos seis meses prévios à coleta, embora não tenha apresentado diferença significativa entre soropositivos e soronegativos, mostra uma tendência, pois o risco sobe até 7,4 vezes quando se compara o grupo dos que relataram ter usado preservativo sempre (18,9%) com os que relataram nunca ter usado (19,4%).

**Tabela 4 – Práticas de risco de origem sexual nos últimos seis meses e sua associação com soropositividade HIV**

	Total n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	OR (IC95%)	P
<b>Nº de parceiros sexuais</b>	N=368	n=24	n=344		
Nenhum	114 (31,0)	4 (16,7)	110 (32,0)	1	0,285 <sup>‡</sup>
Um	158 (42,9)	12 (50,0)	146 (42,4)	2,3 (0,7 – 8,6)	
Dois ou mais	96 (26,1)	8 (33,3)	88 (25,6)	2,5 (0,7 – 10,3)	
<b>Nº de parceiras sexuais</b>	N=356	n=22	n=334		
Nenhuma	238 (66,9)	18 (81,8)	220 (65,9)	1	0,184 <sup>‡</sup>
Uma	50 (14,0)	3 (13,6)	47 (14,1)	0,8 (0,2 – 3,0)	
Duas ou mais	68 (19,1)	1 (4,5)	67 (20,1)	0,2 (0,1 – 1,3)	
<b>Relação sexual p/obter drogas</b>	N=387	n=24	n=363		
Alguma vez	10 (2,6)	2 (8,3)	8 (2,2)	4,0 (0,6 – 22,5)	0,122 <sup>P</sup>
Nunca	377 (97,4)	22 (91,7)	355 (97,8)	1	
<b>Drogas p/obter relação sexual</b>	n=388	n=24	n=364		
Alguma vez	7 (1,8)	0	7 (1,9)	0,0 (0,0 – 12,5)	0,999 <sup>P</sup>
Nunca	381 (98,2)	24 (100,0)	357 (98,1)	1	
<b>Recebeu dinheiro p/obter sexo</b>	n=388	n=24	n=364		
Alguma vez	31 (8,0)	6 (25,0)	25 (6,9)	4,5 (1,5 – 13,5)	0,008 <sup>P</sup>
Nunca	357 (92,0)	18 (75,0)	339 (93,1)	1	
<b>Pagou p/obter sexo</b>	n=387	n=24	n=363		
Alguma vez	13 (3,4)	0	13 (3,6)	0,0 (0,0 – 6,2)	0,999 <sup>P</sup>
Nunca	374 (96,6)	24 (100,0)	350 (96,4)	1	
<b>Relação sexual c/possível HIV+</b>	n=387	n=24	n=363		
Alguma vez	51 (13,2)	12 (50,0)	39 (10,7)	8,3 (3,2 – 21,5)	<0,001 <sup>F</sup>
Nunca	336 (86,8)	12 (50,0)	324 (89,3)	1	
<b>Uso preservativo</b>	n=360	n=21	n=339		0,079 <sup>‡</sup>
Sempre	68 (18,9)	1 (4,8)	67 (19,8)	1	
Quase sempre	140 (38,9)	6 (28,6)	134 (39,5)	3,0 (0,4 – 67,5)	
Quase nunca	82 (22,8)	7 (33,3)	75 (22,1)	6,3 (0,7 – 138,7)	
Nunca	70 (19,4)	7 (33,3)	63 (18,6)	7,4 (0,9 – 165,6)	

Os dados são apresentados como frequência (percentual). <sup>‡</sup> $\chi^2$ ; <sup>P</sup> $\chi^2$  com correção de Yates; <sup>F</sup>Teste exato de Fisher; OR: *odds ratio*.

A Tabela 5 mostra as práticas de risco dos adolescentes pelo uso de drogas prévio à coleta, associada à soropositividade.

No mês anterior à coleta, por ordem de frequência, as drogas mais utilizadas foram álcool, maconha, cocaína intranasal e solventes. A ingestão de álcool, inalação e uso de cocaína endovenosa foram semelhantes nos jovens soropositivos e soronegativos. As diferenças na prática recente foram significativas quanto ao uso de maconha, estimulantes e solventes, maior nos soropositivos. Vale ressaltar que a prevalência geral de uso de drogas no mês prévio à coleta é bastante alta (álcool=71,6%, maconha=24,7) tendo sido encontrados freqüentemente relatos de uso de múltiplas drogas.

Avaliando-se os seis meses prévios à coleta, o uso de cocaína injetável foi menor no último mês (0,8%) do que nos últimos seis meses (2,1%). Entretanto, face à raridade na amostra, o número de casos foi insuficiente para mostrar alguma diferença estatística entre positivos e negativos. A frequência a “brete” (local específico para uso de drogas) que ocorreu em 22,5% do total da amostra foi analisada como um possível indicador de risco, e foi estatisticamente maior nos jovens HIV positivos (41,7%) do que nos negativos (21,3%, OR=2,6).

**Tabela 5 – Práticas de risco pelo uso de drogas prévio à coleta e sua associação com soropositividade HIV**

	Total n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	OR (IC95%)	P
<b>Último mês</b>					
<b>Ingestão de bebida alcoólica</b>	n=388 278 (71,6)	n=24 16 (66,7)	n=364 262 (72,0)	0,8 (0,3 – 2,1)	0,745 <sup>F</sup>
<b>Uso de maconha</b>	n=388 96 (24,7)	n=24 11 (45,8)	n=364 85 (23,4)	2,8 (1,1 – 6,9)	0,026 <sup>F</sup>
<b>Uso de cocaína intranasal</b>	n=387 48 (12,4)	n=24 6 (25,0)	n=363 42 (11,6)	2,6 (0,9 – 7,3)	0,100 <sup>F</sup>
<b>Uso de cocaína injetável</b>	n=387 3(0,8)	n=24 1(4,2)	n=363 2(0,6)	7,9 (0,0 a 116,9)	0,175 <sup>F</sup>
<b>Uso de anfetaminas</b>	n=388 7 (1,8)	n=24 3 (12,5)	n=364 4 (1,1)	12,9 (2,1 – 74,5)	0,006 <sup>F</sup>
<b>Uso de solventes</b>	n=388 36 (9,3)	n=24 9 (37,5)	n=364 27 (7,4)	7,5 (2,7 – 20,4)	<0,001 <sup>F</sup>
<b>Últimos seis meses</b>					
<b>Uso de droga injetável</b>	n=386 8 (2,1)	n=24 1 (4,2)	n=362 7 (1,9)	2,2 (0,1 a 18,4)	0,405 <sup>F</sup>
<b>Frequência a local de droga</b>	n=386 87 (22,5)	n=24 10 (41,7)	n=362 77 (21,3)	2,6 (1,0 a 6,6)	0,039 <sup>F</sup>

Os dados são apresentados como frequência (percentual). <sup>F</sup>χ<sup>2</sup> com correção de Yates; <sup>F</sup>Teste exato de Fisher; OR: *odds ratio*.

A Tabela 6 mostra as respostas quanto à preocupação com a disseminação do vírus HIV, tanto no sentido de autocontaminação quanto no de contaminar outros. A preocupação com contaminação prévia e futura foi semelhante entre os soropositivos e soronegativos, chamando atenção que, em torno de ¼ do total da amostra, referiu nunca ter se preocupado com a possibilidade de contaminação, embora um número semelhante deles (27,1%) já tenha feito o teste previamente. Dos HIV positivos, 77,3% já haviam realizado o teste

anteriormente, pelo menos 1 vez . Os adolescentes que já haviam realizado o teste anteriormente apresentaram uma chance 10,8 vezes maior de soropositividade quando comparados com os que estavam se testando pela primeira vez.

**Tabela 6 – Preocupação quanto à contaminação e sua associação com soropositividade**

	Total n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	OR (IC95%)	P
<b>Já ter sido contaminado</b>	n=386	n=23	n=363		
Alguma vez	283 (73,3)	21 (91,3)	262 (72,2)	4,1 (0,9 – 25,5)	0,077 <sup>§</sup>
Nunca	103 (26,7)	2 (8,7)	101 (27,8)		
<b>Vir a se contaminar</b>	n=386	n=23	n=363		
Alguma vez	298 (77,2)	18 (78,3)	280 (77,3)	1,1 (0,4 – 3,4)	0,895 <sup>§</sup>
Nunca	88 (22,8)	5 (21,7)	83 (22,9)		
<b>Transmitir o vírus</b>	n=385	n=24	n=361		
Alguma vez	235 (61,0)	19 (79,2)	216 (59,8)	2,6 (0,9 – 8,0)	0,096 <sup>§</sup>
Nunca	150 (39,0)	5 (20,8)	145 (40,2)		
<b>Já fez teste anterior</b>	n=387	n=22	n=355		
	102 (27,1)	17 (77,3)	85 (23,9)	10,8 (3,6 – 34,6)	<0,001 <sup>§</sup>

Os dados são apresentados como frequência (percentual). <sup>§</sup> $\chi^2$  com correção de Yates; <sup>¶</sup>Teste exato de Fisher; OR: *odds ratio*.

A Tabela 7 apresenta os dados relativos ao autoconceito e sintomatologia psiquiátrica, comparando adolescentes soropositivos e soronegativos.

A Escala Fatorial de Autoconceito mostrou altas taxas de autoconceito em ambos os grupos, sem diferença significativa entre os soropositivos e soronegativos. Os resultados da SCL-90-R foram estatisticamente significativos em todas as dimensões avaliadas, evidenciando-se um maior grau de sintomatologia psiquiátrica nos jovens soropositivos, tanto no escore total como nos demais sub-escores. O Tamanho de Efeito Padronizado (TEP) foi maior em todas as variáveis do SCL-90-R quando comparado à EFA.

**Tabela 7 – Autoconceito, sintomatologia psiquiátrica e sua associação com soropositividade HIV**

Variáveis	Resultado anti-HIV				Diferença entre médias (IC95%)	P	TEP
	Positivo		Negativo				
	n	média ± DP	n	média ± DP			
<b>EFA</b>							
Atitude social	24	4,23 ± 1,72	355	4,38 ± 1,33	-0,15(-0,7;0,4)	0,602	0,11
Autocontrole	21	4,46 ± 1,44	346	4,89 ± 1,32	-0,43(-1,0;0,2)	0,153	0,32
Ético-moral	24	5,78 ± 1,50	347	5,74 ± 1,28	0,04(-0,5;0,6)	0,884	0,03
Receptividade	20	4,65 ± 1,41	338	5,02 ± 1,21	-0,37(-0,9;0,2)	0,180	0,30
Segurança	24	4,79 ± 1,75	354	4,74 ± 1,45	0,06(-0,6;0,7)	0,868	0,03
Somatização	23	4,98 ± 1,41	348	5,00 ± 1,26	0,01(-0,6;0,5)	0,958	0,02
<b>SCL-90</b>							
Somatização	24	1,29 ± 0,85	357	0,74 ± 0,66	0,54 (0,27;0,82)	0,005	0,82
Obsessivo compulsivo	24	1,43 ± 0,85	358	0,92 ± 0,75	0,51 (0,20;0,83)	0,001	0,67
Interpessoal	24	1,37 ± 0,80	358	0,95 ± 0,76	0,42 (0,10;0,74)	0,010	0,55
Depressão	24	1,74 ± 1,01	358	0,93 ± 0,81	0,81 (0,37;1,24)	0,001	0,98
Ansiedade	24	1,24 ± 0,86	358	0,69 ± 0,71	0,55 (0,18;0,91)	0,005	0,76
Hostilidade	24	1,45 ± 1,09	358	0,89 ± 0,90	0,56 (0,10;1,03)	0,020	0,61
Fobia	24	1,01 ± 0,78	358	0,49 ± 0,61	0,53 (0,19;0,86)	0,003	0,84
Ideação paranóide	24	1,42 ± 0,97	358	0,88 ± 0,79	0,54 (0,13;0,96)	0,012	0,67
Psicótico	24	1,28 ± 1,01	358	0,70 ± 0,74	0,59 (0,16;1,02)	0,010	0,76
SCL total	24	1,39 ± 0,79	347	0,81 ± 0,66	0,58 (0,24;0,92)	0,002	0,87

Os dados são apresentados como média±desvio padrão. TEP: tamanho de efeito padronizado, EFA: Escala Fatorial de Autoconceito, SCL-90: Symptom Check-List-90.

## 7 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo realizado em nosso meio comparando adolescentes HIV positivos e negativos em relação à presença de sintomas psiquiátricos, autoconceito e comportamentos de risco ao longo da vida. Em particular destaca-se o fato de serem adolescentes auto-identificados como de risco, pois procuraram de forma espontânea e voluntária um centro específico de testagem sorológica para o vírus HIV. Além desses, os dados coletados e aqui apresentados referem-se a um grupo de adolescentes que recebeu encaminhamento médico, como é o caso das adolescentes grávidas que faziam a testagem HIV como parte do exame pré-natal e que concordaram em responder aos questionários do presente estudo. Até então, os dados originados em nosso meio referiam-se ao total de indivíduos que faziam o teste, não existindo a preocupação em estudar as características da população adolescente, o que é considerado pela autora de grande importância face à contaminação da população jovem no período da adolescência (Ministério da Saúde, 2001).

A realização voluntária de testes anti-HIV é incomum entre os jovens, sendo divulgado pela UNAIDS (2002b) a taxa de soroprevalência em adultos (15 a 49 anos) de 0,6% na América Latina. As estimativas da soroprevalência na população geral de adolescentes entre 13 e 20 anos no Brasil são calculadas a partir dos dados referentes às taxas de diagnóstico de AIDS divulgadas pelo Boletim Epidemiológico da AIDS, do Ministério da Saúde.

Ressalta-se que a alta prevalência de soropositividade na amostra estudada (6,2%) deve-se ao fato de que uma fração significativa desse grupo de jovens poderia, previamente, ter uma maior percepção de risco do que a população geral, que os motivou a procurar conhecer seu estado sorológico. Vale lembrar que, em 1988, as taxas de soropositividade para

o HIV foram menores do que 0,5% amostras não clínicas de adolescentes nos Estados Unidos (D'Angelo et al., 1998).

Foi mais alta (11,0%) a taxa encontrada nos 974 adolescentes de 13 a 20 anos que procuraram o CTA no período da coleta. Observou-se, entretanto, que os 527 adolescentes, que se recusaram a responder e/ou preencheram critérios de exclusão da pesquisa, apresentaram um maior índice de soropositividade (14,3%) do que o grupo estudado. A não localização dos resultados da testagem de 14 indivíduos (3,5%) que responderam aos instrumentos de pesquisa determinou sua exclusão das análises estatísticas, devido ao sistema de senha utilizado no CTA, que impossibilitou o pareamento da primeira senha com a do segundo exame, nos casos de necessidade de nova testagem. É possível que os jovens, que se recusaram a serem entrevistados, sejam oriundos de um grupo de maior risco e que tenham sentido mais desconforto e/ou inibição, evitando responder às questões da pesquisa. Além disso, foram incluídos os adolescentes que não preenchiam critérios para participar do estudo, entre os quais estavam adolescentes, que vinham ao CTA drogados – a partir da impressão clínica dos entrevistadores - ou que eram meninos de rua ou institucionalizados. É provável que esse grupo possa apresentar ainda maior frequência de comportamentos de risco e/ou sintomatologia psiquiátrica, já que sua soropositividade foi a mais alta. Entretanto, sua atitude pode comprometer o conhecimento real de sua situação, criando empecilhos para programas preventivos alcançarem suas necessidades, uma vez que programas especificamente voltados para modificação e/ou diminuição de situações de risco somente teriam eficácia alta quando realizados em pequenos grupos (ou mesmo individualmente), com sujeitos que se destacam na malha social e de alguma forma se identificam como necessitando de algum tipo de ajuda. Nesse sentido, o processo de pesquisar em um centro de triagem anônima e voluntária, por mais que buscasse preservar a individualidade e anonimato dos respondentes, pode ter sido percebido como intimidatório para o grupo que preferiu não participar da coleta. Por outro



lado, pesquisas com jovens de rua provavelmente encontrariam taxas de soropositividade similares ou mesmo superiores, como já foi relatado em outros estudos (Rotheram-Borus et al., 1991).

As características da amostra estudada, dentre elas a faixa etária, a maior prevalência de mulheres e baixa renda, mesmo não tendo apresentado diferença estatisticamente significativa entre positivos e negativos, confirmaram as previsões epidemiológicas, que já vinham sendo discutidas por Bastos et al., em 1996, como pauperização e feminilização da epidemia no Brasil.

Em nossa amostra, não houve diferença significativa de contágio entre homens e mulheres, embora em relação ao incremento de mulheres contaminadas, dados divulgados pelo Ministério da Saúde e publicados pela imprensa em dezembro de 2002 (Castellón, 2002), indicam que o número de casos de AIDS em adolescentes femininas de 13 a 19 anos já é maior do que em adolescentes do sexo masculino da mesma faixa etária, constatando-se uma inversão na relação homem-mulher da incidência de AIDS na faixa etária de 13 a 19 anos (0,8:1 em 2000 e 0,6:1 em 2001). Entre os jovens de até 24 anos, esta relação homem-mulher é hoje praticamente 1:1. Assim, os últimos números da AIDS confirmam um aumento dos casos femininos da epidemia ano a ano, apontando as jovens mulheres como o grupo em que a epidemia mais cresce no país.

É provável que o crescimento da infecção nas mulheres dessa faixa etária esteja associado a questões culturais históricas, como a submissão feminina frente ao parceiro para negociar práticas sexuais seguras; à ligação de mulheres jovens com homens mais velhos para garantir melhores condições de vida; à exposição ao abuso sexual, entre outras. Chama a atenção que, mesmo em um grupo jovem, quase 40% dos adolescentes do total da amostra declararam-se casados ou mantendo relação estável, a maior parte mulheres. Considera-se que o impacto clínico-epidemiológico da feminilização da epidemia seja potencialmente mais

grave para este gênero, na medida em que a atual situação da mulher, principalmente nas populações mais pobres, é tida como essencial para a manutenção da família e para o desenvolvimento dos filhos, face ao crescimento da proporção de mulheres como “cabeça” do casal na população brasileira (IBGE, 2000).

Outro fator que se encontra de acordo com a evolução da epidemia decorre da menor escolaridade dos indivíduos soropositivos estar associada a maior risco de contaminação (OR duplica de 3,6 para 7,8), sendo um conhecido indicador da co-ocorrência entre escolaridade e renda, indicadores indiretos de maior risco (Pechansky, 1998). Assim confirma-se que quanto maior é o grau de escolaridade dos adolescentes, mais protegidos estão da contaminação pelo HIV. Análises posteriores desse mesmo banco de dados poderão responder com maior precisão sobre a co-ocorrência dessas associações na amostra em questão, e suas eventuais implicações para o desenvolvimento de métodos preventivos que respeitem essas eventuais diferenças.

O fato da amostra de soronegativos ser semelhante a dos soropositivos na maior parte dos aspectos demográficos avaliados demonstra que são grupos provavelmente oriundos da mesma população de clientes do Sistema Municipal de Saúde. Ao mesmo tempo limita a generalização dos achados para adolescentes com outro perfil de renda e escolarização. Resta saber como os adolescentes de alta renda e escolaridade estão lidando com esta questão, mas este objetivo não pôde ser coberto pelo estudo.

Em relação aos achados sobre o comportamento sexual nesses adolescentes, confirmou-se que o início precoce da vida sexual é um fator agravante para o contágio pelo HIV. No grupo estudado, apenas 10 jovens (1 homem e 9 mulheres) relataram ainda não ter iniciado atividade sexual. A maior parte dos adolescentes iniciou sua vida sexual até 16 anos (75,8 %).

A associação de início sexual ainda mais precoce (antes dos 12 anos), com maior contaminação pelo HIV (OR=3,6) encontrada na amostra é um dado relevante. O início da vida sexual antes dos 12 anos levanta questionamentos, em nossa amostra, sobre a possível existência de abuso sexual na infância, mas os instrumentos utilizados não nos permitem saber a idade do primeiro parceiro ou se houve abuso de poder por parte deste. Esta variável, não incluída no estudo, é considerada da maior importância para futuras pesquisas, face ao crescimento da violência sexual no Brasil. O dado sugere que o maior risco de contaminação possa ser devido a um aumento do tempo de exposição ao contágio, associando precocidade de relações sexuais com soropositividade. A postergação do início da vida sexual, bem como políticas de saúde que contribuam para evitar o abuso sexual e/ou prostituição infanto-juvenil poderiam auxiliar para proteger as adolescentes tanto das DSTs como da gravidez indesejada.

Na nossa amostra, o número de adolescentes, que relatou ter tido a primeira relação sexual antes dos 16 anos e que alcançou um índice de quase 80%, levanta questionamento sobre as mudanças culturais ocorridas nos últimos anos no Brasil, com uma maior erotização e provável aceitação social de comportamento sexual precoce, principalmente quando se compara com estudos realizados em outras culturas. Na Nova Zelândia, por exemplo, Paul et al.(2000) avaliaram a iniciação sexual em 926 sujeitos numa coorte de 1020 jovens acompanhados desde a infância até os 21 anos e encontraram os seguintes índices: 27,5% dos adolescentes do sexo masculino e 31,7% do sexo feminino começaram a ter relações sexuais antes dos 16 anos de idade. Já no Brasil, Carvalho (2001) encontrou a média de início da vida sexual aos 15 anos em 16.664 jovens do sexo masculino conscritos do Exército Brasileiro. Num inquérito epidemiológico com 209 adolescentes de 14 a 19 anos de uma escola pública de segundo grau em Pelotas, RS, Béria et al. (1998) encontraram jovens que, aos 15 anos, já haviam tido relação sexual (59%) e que os rapazes (68%) eram mais precoces em sua iniciação do que as moças (48%). O fato de que os comportamentos de risco na adolescência

giram em torno da sexualidade parece colocar os adolescentes brasileiros numa situação mais grave do que em outros países com a gradativa redução da idade de iniciação sexual em nossa cultura.

Em relação aos cuidados de autoproteção, confirmou-se que taxas elevadas de gravidez e de aborto na história dessas jovens estão associadas com maior chance de contaminação, de acordo com estudos em outros países (Goodman & Cohall, 1989). O alto grau de exposição das adolescentes ao HIV, certamente está colaborando para as mudanças epidemiológicas que vem sendo acompanhadas ano a ano pelas estatísticas oficiais. Questionam-se quais políticas deverão ser incrementadas para que se tenha acesso a essa população de risco, pois este achado, mesmo preliminar, sugere que uma parcela importante das adolescentes do sexo feminino está iniciando sua vida sexual sem cuidados de autoproteção, tanto para contaminação pelo HIV como para outras DSTs e gravidez, confirmando dados da literatura para a faixa etária. É provável que medidas preventivas como as apontadas por Whaley (1999), sugerindo a abordagem conjunta dos dois problemas (AIDS e gravidez indesejada) favoreçam o cuidado das mulheres adolescentes em relação a esses aspectos.

Phillips (1997) relata que a associação entre o início precoce da vida sexual, que cresceu dramaticamente nos últimos 40 anos, resultou em maior risco de DST e gravidez indesejada. O uso de contraceptivos nas mulheres adolescentes varia amplamente, refletindo tanto diferenças demográficas (status sócio-econômico, religião) como características individuais. Em relação aos aspectos individuais, o autor destaca questões de dificuldades quanto à aquisição da identidade sexual, senso de invulnerabilidade, medo de assumir a contracepção frente aos pais, nível cognitivo que pode estar associado à dificuldade em pensar abstratamente e planejar o futuro. Também o comportamento contraceptivo nesta faixa etária é influenciado pelas atitudes dos parceiros, pelos amigos, pela família e pelo contexto social.

Para Brown et al. (1991a) o momento de transição na qual a influência maior da família passa a ser exercida pelos amigos na adolescência, sugere que o recente aumento do uso de preservativo esteja mais relacionado às atitudes dos amigos do que à própria percepção de risco para contágio pelo HIV.

Assim, os dados encontrados em nossa amostra: baixa preocupação quanto à possível contágio, autoconceito elevado, baixo uso de preservativo e descuido na prevenção da gravidez - concordam com os achados de outros autores. Somado a isso, a presença de sintomas psiquiátricos na amostra poderia contribuir para a manutenção do comportamento de risco, num círculo vicioso onde fica impossível, com a metodologia disponível nesse estudo, detectar a dinâmica desse interjogo complexo.

Ressalta-se que, no grupo estudado mais de 70% dos adolescentes apresenta, como comportamento de risco mais freqüente, a relação heterossexual sem uso de preservativo. Este dado sugere que, apesar das campanhas de conscientização sobre a AIDS e da importância da prevenção através do uso de preservativos, grande parte dos jovens que se percebem sob risco ainda não utilizam a informação para pautar sua conduta. Essa população está em risco apesar de seu conhecimento; entretanto, supõe-se que o baixo nível escolar, somado à percepção alterada pelas drogas e/ou pelos sintomas psiquiátricos, acrescido ao elevado conceito que esses jovens têm de si mesmos poderia estar favorecendo o incremento da sensação de invulnerabilidade. O peso de cada fator ou sua dinâmica de ação ainda permanecem obscuros.

Quando foi realizada a estratificação por gênero, identificou-se no gênero masculino a variável “relação sexual com parceiro sem preservativo” como a de maior OR (12,9), que foi referida por 12,3% dos homens, o que sugere que, mesmo se tratando de um grupo jovem, uma percentagem ainda maior pode ter tido relações homossexuais, com proteção, o que não era perguntado no questionário. Talvez o comportamento homossexual/bissexual faça parte da experimentação nessa faixa etária, podendo acarretar maior risco, pois se sabe que a via de

contágio anal favorece a transmissão. Cranston (1992), a propósito do maior risco de contágio em jovens homens homo ou bissexuais, considera que os programas de prevenção falham em atender suas necessidades específicas, sugerindo que um modelo de educação de saúde para adolescentes gays, lésbicas e bissexuais deveria reforçar e desenvolver sua auto-estima, habilidades sociais, rede de apoio e acesso a materiais de redução de risco. Propõe um sistema de cuidados que envolvem a escola, sistema de saúde física e mental, serviço social e grupos de auto-ajuda para propiciar a chance de reduzir o risco de infecção e desenvolver indivíduos mentalmente sadios.

Em relação ao risco de contágio por uso de drogas, verificou-se uma alta taxa de uso na amostra. Entretanto, constatou-se que a taxa de uso de maconha no mês prévio à coleta (24,7%) foi inferior à relatada em estudos com adolescentes americanos, com uso em torno de até 68% (Shedler & Block, 1990). Também foi inferior aos dados publicados pelo Centro Brasileiro de Informações Psicotrópicas – CEBRID (Galduróz et al., 1997), onde as maiores percentagens de usuários ocorreram entre jovens de 16-18 e acima de 18 anos, atingindo 55,6% de usuários entre os alunos mais velhos, em Porto Alegre. O CEBRID (Galduróz et al., 1997) destacou Porto Alegre, em 1997, como a capital brasileira onde ocorre o maior índice de usuários de maconha em estudantes de primeiro e segundo graus, comparando as 10 capitais pesquisadas. Talvez essa diferença se justifique se considerarmos as diferenças de classes sociais, pois no levantamento do CEBRID, 56,8% dos alunos pertenciam às classes A ou B, e os jovens da amostra deste estudo são, predominantemente de baixa renda familiar. Dados atuais (Ramos, 2003) coletados em escolas (públicas e privadas) de ensino fundamental e médio da região metropolitana de Porto Alegre, com a mesma metodologia utilizada pelo CEBRID em 1997, encontraram uso de álcool na vida em 83,7% dos estudantes da amostra. Dos 39% que referiram uso de outras drogas, a maior prevalência foi de maconha (21,1%), seguida por solvente e ansiolítico (20,4 e 10,1% respectivamente). As drogas, apesar

de não oferecerem risco direto de contaminação, por não serem usadas de forma injetável, exercem um efeito indireto que não deve ser desprezado, liberando o jovem de suas inibições, favorecendo o envolvimento com outras drogas, afetando o nível de percepção a respeito de seu comportamento de risco, inclusive promiscuidade sexual (Pechansky, 2001)

Nos rapazes foram detectados comportamentos, que não foram encontrados nas adolescentes do sexo feminino, como uso de drogas injetáveis, ou que foram pouco comuns nelas, como freqüentar locais próprios para uso de drogas. O relato de uso de drogas injetáveis foi baixo, provavelmente devido à faixa etária ainda não ser a mais atingida. Supõe-se que, em grupos etários mais velhos, ocorreriam taxas mais elevadas (DeBoni & Pechansky, 2002). Parece que este tipo de comportamento ocorre mais nos homens, que talvez tenham uma maior necessidade de busca de sensações, pelo prazer de tê-las, independente dos riscos (Martin et al., 2002). Podemos inferir, a partir da experiência clínica da autora com adolescentes, que a complexidade das questões da busca de identidade nos jovens do sexo masculino é muitas vezes expressa por ritos de passagem mais violentos, os quais na atualidade parecem continuar exigindo algum tipo de mutilação do jovem, na sua transição para o mundo adulto (Ceitlin et al., 2001). Muitos dos rituais de passagem na sociedade ocidental contemporânea ocorrem nas atividades do adolescente com seu grupo, podendo envolver estímulo para rituais mais perigosos, ousados, com riscos para a integridade do jovem, como uso de drogas, exposição a acidentes, relações sexuais promíscuas e necessidade de se tatuar e/ou usar “piercing” (Sari et al., 2000).

A situação dos adolescentes da amostra, ao relatarem baixa preocupação com o contágio, parece contradizer as informações destes em relação não só à procura do CTA, como também à exposição prévia a comportamentos de risco. Supomos que esse dado possa estar relacionado às altas taxas de autoconceito, que foram encontradas na amostra, pois esse dado poderia estar expressando uma postura defensiva através de características de

onipotência próprias da faixa etária e negação dos riscos a que são expostos (Tonkin, 1987). Cole (1997, 1999) já fazia referência à elevada auto-estima em adolescentes do sexo feminino testadas para o HIV.

Em nosso estudo, o autoconceito não diferenciou os jovens soropositivos dos soronegativos, de forma semelhante ao descrito no estudo de Hein et al. (1995), que supunham que modelos teóricos usados em programas de intervenção deveriam ser re-examinados. Consideraram que a percepção de risco foi o único componente que se manteve significativo no modelo multivariado. Sugerem que a importância de programas preventivos para todos os adolescentes, independente de sua percepção de risco deve ser ressaltada, pois enfocar os programas preventivos apenas em adolescentes em situação de risco poderia indicar que outros adolescentes não correm risco, o que não é verdadeiro.

Também se pode supor que as taxas de autoconceito na amostra estejam associadas a comportamentos como o de ter múltiplos parceiros e como o de expor-se a riscos sem cuidados de autoproteção. Esses comportamentos poderiam favorecer a transição do adolescente dos vínculos dependentes infantis com os pais para uma maior autonomia (Brown et al., 1991b; Sari et al., 2000; Levy, 2001).

A constatação de que a sintomatologia psiquiátrica nos adolescentes soropositivos é significativamente mais alta que nos soronegativos levanta inúmeros questionamentos. Em primeiro lugar, se considerarmos que tanto o comportamento sexual como o uso de drogas já são problemas complexos e que estabelecer relações entre eles não é simples, mais difícil é compreender e incluir os aspectos da psicopatologia individual nesta questão. Não é possível avaliar se os problemas psiquiátricos dos adolescentes são causa ou consequência do maior risco. Mesmo considerando-se sua associação, não conhecemos a dinâmica da relação entre os fatores considerados. Além disso, os sintomas psiquiátricos poderiam ser parte das manifestações iniciais decorrentes da presença do vírus no SNC ou decorrência da



preocupação com o possível contágio, mediado pela percepção de risco, que poderia motivar o adolescente a procurar conhecer seu estado sorológico.

Em relação às hipóteses do estudo, confirmou-se que os adolescentes com sorologia positiva para o HIV apresentaram maior freqüência de exposição a situações de risco e que a sintomatologia psiquiátrica foi mais freqüente nos adolescentes soropositivos. A hipótese de que o autoconceito nos adolescentes soropositivos seria menor do que nos soronegativos não foi comprovada.

Mais do que sabermos que estes jovens são/estão mais sintomáticos ou em risco, precisamos conhecer os mecanismos pelos quais os diferentes fatores individuais, ambientais, comportamentais, psicológicos e fatores do desenvolvimento interagem. É uma tarefa crucial entender mais essa dinâmica complexa, para que medidas de intervenção futuras atendam não só às questões gerais do problema, mas também aos aspectos individuais e particulares de cada um deles. A constatação das diferenças entre os adolescentes soropositivos e soronegativos da amostra estudada corroborou os achados de estudos prévios em diferentes locais do mundo e coloca os pesquisadores frente à responsabilidade de incrementarem estratégias preventivas bem sucedidas. Por outro lado, as semelhanças entre os grupos em uma ampla gama de variáveis, parecem colocar o adolescente atual frente ao desafio de viver em tempos de AIDS, pois para muitos deles a aquisição do vírus pode ocorrer devido a relação sexual desprotegida com um parceiro infectado, em muitos casos, seu único parceiro (Hein et al.,1995).

Brown et al. (1991b) assinala a necessidade de perspectivas teóricas inovadoras para a compreensão dos comportamentos de risco associados ao HIV/AIDS, alertando para o risco de restrição dos modelos atuais de acorrentar o pesquisador a um “Leito de Procrusto” de construtos teóricos de pouca utilidade.

## 8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nossos resultados devem ser vistos no contexto de algumas limitações. Os dados foram coletados em uma amostra de adolescentes de baixa renda familiar no sul do Brasil; assim, as associações encontradas não podem ser generalizadas para outros grupos geográficos ou sócio-econômicos. A amostra originou-se de um local de testagem sorológica procurado por jovens que se percebem em risco de contágio (seja por comportamento de risco ou gravidez), o que gera uma maior taxa de soropositividade do que em amostras não clínicas. Apesar da alta frequência de recusa a participar da pesquisa, a autora considera que os dados oficiais do CTA, mostrando maior soropositividade nos que não responderam aos questionários, sugerem a presença de maior risco nessa parte do grupo. Muitos deles preenchiam critérios de exclusão, trazidos compulsoriamente por funcionários de instituições públicas cuidadoras de adolescentes de rua ou da Fundação de Assistência Social do Estado ou apresentavam-se drogados no momento da coleta, indicando maior risco de exposição ao contágio. Ainda em relação ao método empregado, o uso de questionário auto-aplicado, com nível de linguagem mais sofisticado, principalmente no caso da EFA, em uma amostra de baixa escolaridade, poderia levar a maior dificuldade de interpretação das questões e respostas menos confiáveis. Buscou-se contornar tais dificuldades facilitando aos respondentes a possibilidade de solicitarem auxílio aos coletadores presentes no ambiente de coleta, mas é impossível através desta metodologia saber se a formulação das questões limitou a percepção dos respondentes quanto aos itens investigados.

A presença de sintomas psiquiátricos foi avaliada na semana prévia à coleta de dados e não deve ser interpretada como diagnóstico psiquiátrico associado. Também não é possível afirmar se os sintomas são mais duradouros, prévios, concomitantes ou posteriores à infecção, uma vez que o estudo é transversal e não tem poder para diferenciar causa de efeito. Outro

aspecto que não se pode separar é decorrente da faixa etária estudada, uma vez que muitos comportamentos de risco ou mesmo o autoconceito poderiam ser mediados pela idade. Entretanto, o número de casos foi insuficiente para a realização de análise estatística multivariada, que possibilitaria a avaliação do potencial confundidor das variáveis estudadas. Também o número de casos não foi suficiente para propiciar um maior número de estratificações, que possibilitaria diferenciar mais claramente subgrupos da amostra com maior risco.

Questões de gênero na adolescência que potencializariam os riscos não puderam ser avaliadas pelo desenho do estudo, de base quantitativa. Estudos qualitativos, aprofundando o conhecimento não só de comportamentos, mas também das motivações conscientes e inconscientes que influenciariam o autocuidado são necessários para que a pessoa do adolescente em risco seja atendida na sua individualidade e totalidade.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Heritage Dictionary. The American Heritage Dictionary of the English Language. Boston: Houghton Mifflin; 1991.
2. APA. American Psychiatric Association. Work Group on HIV/AIDS. Practice guideline for the treatment of patients with HIV/AIDS. Am J Psychiatr 2000; 157(Suppl):1-62.
3. Baptista M, Freire Z, organizadores. Manual de prevenção ao uso indevido de drogas: subsídios para a formação de educadores sociais. Rio de Janeiro: UERJ; 1999.
4. Barcellos C, Bastos FI. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. Boletim da OPAS 1996; 121:11-24.
5. Bastos FI. A epidemia de AIDS no Brasil. In: Minayo C, organizador. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1995.
6. Béria J, Oliveira OMF, Carret MLV. Adolescentes e DST/AIDS: pesquisa formativa em um estudo de intervenção. In: Béria J, organizador. Ficar, transar...: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS. Porto Alegre: Tomo Editorial; 1998. P. 37-54.
7. Blum RW. Risco e resiliência: sumário para o desenvolvimento de um programa. Adolescencia Latinoamericana 1997; 1:16-9.
8. Breakwell GM, Millward LJ. Sexual self-concept and sexual risk-taking. J Nurs Scholar 2001; 33:231-7.
9. Brown LK, DiClemente RJ, Park T. Predictors of condom use in sexually active adolescents. J Adolesc Health 1991a; 13:651-57.
10. Brown LK, DiClemente RJ, Reynolds LA. HIV prevention for adolescents: utility of the health belief model. AIDS Educ Prev 1991b; 3:50-9.
11. Carvalho MF. Avaliação do uso do preservativo, segundo a experiência com drogas lícitas e ilícitas com conscritos do Exército Brasileiro em Regiões Metropolitanas selecionadas e Distrito Federal. Bol Epidemiol AIDS 2001; 14:41-6.
12. Castellón L. Risco anunciado: mulheres já somam metade dos casos da doença no

planeta. Isto É 4 Dez 2002;1731:46.

13. CDC. Center for Disease Control and Prevention. HIV-AIDS surveillance report. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2000; 12:17 [capturado em 2001 dez 10]. Disponível em: <http://hiv.medscape.com/reuters/prof/2001/12.03/20011130publ1001.html>
14. Ceitlin L, Shiba A, Valenti M, Sanchez P. A puberdade. In: Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols AMS, organizadores. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed; 2001. P. 117-26.
15. Chermack ST. Gender Differences in the Development of Substance Related Problems: The Impact of Family History of Alcoholism, Family History of Violence and Childhood Conduct Problems. J Studies Alcohol 2000; 61:845-52.
16. Cole FL. A comparison of sexual behavior and self-esteem in young adult females with positive and negative tests for sexually transmitted diseases. Psychol Bull 1999; 125:90-132.
17. Cole FL. The role of self-esteem in safer sexual practices. J Assoc Nurses AIDS Care 1997 Nov-Dec; 8(6):64-70.
18. Cotton, NS. Normal adolescence. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: William & Wilkins; 1999. P.2550-57.
19. Cranston K. HIV education for gay, lesbian, and bisexual youth: personal risk, personal power, and the community of conscience. J Homosex 1992; 22:247-59.
20. D'Angelo LJ, Lindsey J, Zimmer B, Culnane M, Futteermann D. Attempting to enhance the enrollment of adolescents into AIDS clinical trials: the design of ACTG Protocol 220. AIDS Patient Care STDS 1998; 12:853-9.
21. De Boni R & Pechansky F. Age and gender as risk factors for the transmission of HIV in a sample of drug users of Porto Alegre, Brazil. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24:137-40.
22. Derogatis LR. SCL-90. Administration, scoring and procedures manual. Revised version. Baltimore: Johns Hopkins University; 1977.
23. Derogatis LR. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). In: American Psychiatric

Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000. P.81-4, 2000.

24. DiClemente RJ. Preventing sexually transmitted infections among adolescents: a clash of ideology and science [editorial]. JAMA 1998; 279:1574-5.
25. DiClemente RJ, Ponton LE. HIV-related risk behaviors among psychiatrically hospitalized adolescents and school-based adolescents. Am J Psychiatry 1993; 150:324-25.
26. DiClemente RJ, Ponton LE, Hartley D. Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991; 30:735-9.
27. DiClemente RJ, Zorn J, Temoshok L. Adolescents and AIDS: a survey of knowledge, attitudes and beliefs about AIDS in San Francisco. Am J Public Health 1986; 76:1443-45.
28. Donovan JE, Jessor R. Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. J Consult Clin Psychol 1985; 53:890-904.
29. Donovan JE, Jessor R, Costa FM. Syndrom of problem behavior in adolescence: a replication. J Consult Clin Psychol 1988; 56:762-5.
30. Donovan C, McEwan R. A review of the literature examining the relationship between alcohol use and HIV-related sexual risk-taking in young people. Addiction 1995; 90:319-28.
31. Edlin BR, Irwin KL, Faruque S, Mccoy CB, Word C, Serrano Y, et al. Crack cocaine use and HIV infection among inner- city young adults. N Engl J Med 1994; 331:1422-42.
32. Eisenstein E. Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. In: Baptista M, Freire Z, organizadores. Manual de prevenção ao uso indevido de drogas: subsídios para a formação de educadores sociais. Rio de Janeiro: UERJ; 1999. P.55-72.
33. Ferreira, ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
34. Fleitlich BW, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. Br Med J 2001; 323:599-600.
35. Fullilove RE, Fullilove MT, Bowser BP, Gross AS. Risk of sexually transmitted disease among black adolescent crack users in Oakland and San Francisco, California. Sex Transm

Dis 1990; 263:851-5.

36. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID; 1997.
37. Gardner LH, Frank D, Amankwaa LI. A comparison of sexual behavior and self-esteem in young adult females with positive and negative tests for sexually transmitted diseases. *ABNF J* 1998; 9:89-94.
38. Goodman E, Cohall AT. Acquired immunodeficiency syndrome and adolescents: knowledge, attitudes, beliefs and behaviors in a New York city adolescent minority population. *Pediatrics* 1989; 84:36-42.
39. Hattie J. *Self-concept*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
40. Haver B. Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics: the use of a questionnaire (SCL-90) among women early in their treatment programme Karolinska Institute, Department of Clinical Neuroscience, Stockholm, Sweden. *Alcohol Alcohol* 1997; 32:725-30.
41. Hein K, Dell R, Futterman D, Rotheram-Borus MJ, Shaffer N. Comparison of HIV+ and HIV- adolescents: risk factors and psychosocial determinants. *Pediatrics* 1995; 95:96-104.
42. Henderson R, Colgrove J, Lusk H. A survey of the mental health care needs of HIV positive adolescents and young adults [abstract]. *Int Conf AIDS* 1998; 12:485.
43. Holi MM, Sammallahti PR, Aalberg VA. A finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97:42-6.
44. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabelas [capturado 2002 out 31]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo> 2000.
45. Klitzner M AIDS prevention and education: recommendations of the work group. *J Adol Health Care* 1989; 10:458-8.
46. Krener PG. HIV-spectrum disease. In: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991. p. 994-1004.

47. Krener PG. Neurobiological and psychological aspects of HIV infection in children and adolescents. In: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 1006-15.
48. Krener PG, Miller, FB. Psychiatric response to HIV spectrum disease in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28:596-605.
49. Laski M; Perkins H; Hofman S. Teenagers, sexuality and HIV prevention in high schools. *International Conference of AIDS* 1994 Aug 7-12; 10:351.
50. Läubli S, Heusser R, Tschopp A, Gutzwiller F. Safer sex behavior and alcohol consumption, *Ann Epidemiol* 1996; 6:357-64.
51. Levy R. O adolescente. In: Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols AMS, organizadores. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 127-40.
52. Lowry R, Holtzman D, Truman BI, Kann L, Collins JL, Kolbe LJ. Substance use and HIV-related sexual behaviors among U.S. high school students: are they related? *Am J Public Health* 1994; 84:1116-20.
53. Lummertz JG, Blaggio, AMB. Relações entre autoconceito e nível de satisfação familiar em adolescentes. *Arq Bras Psicol* 1986; 38:158-66.
54. Magagnin C, Barros TM, Buseti LZ, Bertoletti LG. Autoconceito e adaptação do adolescente. *Aletheia* 1997;6:5-23.
55. Marder SR. Psychiatric rating scales. In: Kaplan H, Sadock B, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 619-36.
56. Margulies RZ, Kessler RC, Kandel DB. A longitudinal study of onset of drinking among highschool students. *J Studies Alcohol* 1977; 38:807-912.
57. Martin CA, Kelly TH, Rayens MK, Brogli BR, Brenzel A, Smith WJ, et al. Sensation seeking, puberty, and nicotine, alcohol, and marijuana use in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:1495-502.
58. Matsushita RY, Santana RS. Uma análise da incidência de casos de AIDS por faixa



etária. Boletim Epidemiológico AIDS 2001 abr/jun:41-8.

59. McCoy CB, Inciardi JA. Sex, drugs and the continuing spread of AIDS. Los Angeles: Roxbury; 1995.
60. Metzger DS. The risk assesment battery (RAB): validity and reliability. Sixth Annual Meeting of the National Cooperative Vaccine Development Groups for AIDS. Alexandria; 1993.
61. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília; 1997.
62. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico – Aids 1999 [capturado em 2000 Fev 15]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/>.
63. Ministério da Saúde. Dados Epidemiológicos Brasil (Tabelas). Bol Epidemiol AIDS 2001; 14:11-19.
64. Moscicki A, Millstein SG, Broering J, Irwin CE Jr. Risks of human immunodeficiency vírus infection among adolescents attending three diverse clinics. J Pediatr 1993; 122:813-20.
65. NCHS. National Center for Health Statistics. Healthy People 2000: midcourse review and 1995 revisions. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 1997.
66. Offer D, Schonert-Reichl KA, Boxer AM. Normal adolescent development: empirical research findings. In: Lewis M, editor. Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 2nd ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1996. p. 278-89.
67. Paul C, Fritzjohn J, Herbinson P, Silva PA. The determinants of sexual intercourse before age 16 in a birth cohort. J Adolesc Health, 2000; 27: 136-47
68. Pechansky F. Um estudo sobre situações de risco para contaminação pelo vírus HIV em usuários de drogas da cidade de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.
69. Pechansky F. Modelo teórico de exposição a risco para transmissão do vírus HIV em usuários de drogas. Rev Bras Psiquiatr 2001; 23:41-7.

70. Pechansky F, Hirakata V, Metzger D. Adaptation and validation of a questionnaire about risk behaviors for AIDS among drug users. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24:130-6.
71. Phillips S. Adolescent sexuality, contraception, and abortion In: Noshpitz JD, editor. *Handbook of child and adolescent psychiatry*. New York: Wiley; 1997. v. 3, p. 181-91.
72. Piccoli CSP. *Conhecimento e comportamento de adolescentes em relação à AIDS [dissertação]*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2000.
73. Piccoli CSP, Stein AT, Piva JP. Grau de conhecimento e comportamento de universitários de gaúchos em relação à HIV/AIDS. *Rev AMRIGS* 2001; 45:96.
74. Ponton L, DiClemente RJ, McKenna S. An AIDS education and prevention program for hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30:729-34.
75. Rafaelli M, Siqueira E, Payne MA, Campos R, Ude W, Greco M, Halsey N. HIV-related knowledge and risk behaviors of street youth in Belo Horizonte, Brazil. The street youth study group. *AIDS Educ Prev* 1995; 7:287-97.
76. Ramos SP. Drogas avançam na escola pública. *Zero Hora* 2003 Mar 30; Geral: 40-41.
77. Ramrakha S, Caspi A, Dickson N, Moffit TE, Paul C. Psychiatric disorders and risky sexual behaviour in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *BMJ* 2000; 321:263-6.
78. Ribeiro, MA. O autoconceito do adolescente segundo o sexo e a estrutura familiar. *Psicol Teor Pesq* 1988; 4:85-95.
79. Robinson RB, Frank DI. The relation between self-esteem, sexual activity, and pregnancy. *Adolescence* 1994; 29:27-35.
80. Rotheram-Borus MJ, Koopman C, Haignere C, Davies M. Sexual risk behaviors among runaway adolescents. *JAMA* 1991; 266:1237-41.
81. Rundell J, Brown C, McManis S, Pace J, Ursano R. Psychiatric predisposition and current psychiatric findings in HIV-infected persons [abstract]. *Int Conf AIDS* 1990; 6:176.
82. Santos VL, Santos CE. *Adolescentes, jovens e AIDS no Brasil*. Cadernos Juventude

Saúde e Desenvolvimento, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

83. Sari A, Lewkowicz A, Ledjerman AT, Bergmann DS, Pezzi LP, Parisotto L, et al. Sexualidade na adolescência: ritos de passagem. *Rev Psiquiatr RS* 2000; 22:148-56.
84. Schöffel AC. Avaliação das funções cognitivas e executivas em portadores assintomáticos do vírus da imunodeficiência humana do tipo-1 [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.
85. Scivoletto S, Tsuji RK, Abdo CHN, Queiróz S, Andrade AG, Gattaz W. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21:87-94.
86. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health. *Am Psychol* 1990; 45:612-30.
87. Shirier LA, Emans SJ, Woods ER, Durant RH. The association of sexual risk behavior and problem drug behaviors in high school students. *J Adolescent Health* 1997; 20:377-83.
88. Silva CD. Escola e sexualidade do adolescente. In: Béria J, organizador. *Ficar, transar...: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 1998. P. 63-78.
89. Szwarcwald CL, Carvalho MF. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. *Bol Epidemiol AIDS* 2001; 14:35-40.
90. Tamayo A. EFA: Escala fatorial de autoconceito. *Arq Bras Psicol* 1981; 33:87-102.
91. Tapert SF, Aarons GA, Sedlar GA, Brown SA. Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *J Adolesc Health* 2001; 28:181-9.
92. Tonkin RS. Adolescent risk-taking behavior. *J Adolesc Care* 1987; 8:213-220.
93. UNAIDS. Brazil Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections 2002a [capturado em 2002 Nov 13]. Disponível em: <http://www.unaids.org>.
94. UNAIDS. Latin America and the Caribbean Fact Sheet 2002b [capturado em 30 Jan 2003]. Disponível em: <http://www.unaids.org>

95. UNAIDS/WHO. Aids epidemic update, December 2002 [capturado em 2003 Jan 30]. Disponível em: <http://www.unaids.org>.
96. Walter HJ, Vaughan RD, Cohall AT. Risk factors for substance use among high school students: implications for prevention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991a; 30:556-62.
97. Walter HJ, Vaughan RD, Cohall AT. Psychosocial influences on acquired immunodeficiency syndrome-risk behaviors among high school students. *Pediatrics* 1991b; 88:846-52.
98. Whaley AL. Preventing the high-risk sexual behavior of adolescents: focus on HIV/AIDS transmission, unintended pregnancy, or both? *J Adolesc Health* 1999 [capturado em 2001 May 24]. Disponível em: <http://64.4.14.250/cgi-bin/dasp/offhm.asp?lang=BR>
99. Zuckerman M. Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. New York: Cambridge University Press; 1994.

## 10 ARTIGO EM PORTUGUÊS

---

**Exposição ao HIV em adolescentes brasileiros:**

**Comportamento de risco e sintomatologia psiquiátrica.**

---

**Autores:**

**ANA MARGARETH SIQUEIRA BASSOLS\*, FLÁVIO PECHANSKY\*\***

---

**Local de Origem:** Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas e Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal FAMED/UFRGS.

Este estudo foi financiado parcialmente pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE)

---

\* Psiquiatra, Psicanalista (SPPA/IPA), Professora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED/UFRGS, Mestre em Psiquiatria (UFRGS)

\*\* Psiquiatra, Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED/UFRGS

Endereço para correspondência:

Dra. Ana Margareth S Bassols: Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos, 2350, Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 90035-003.

e-mail: [abassols@terra.com.br](mailto:abassols@terra.com.br)

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar a associação entre variáveis demográficas, comportamento de risco e sintomatologia psiquiátrica em uma amostra de adolescentes testados para HIV em um centro público de Porto Alegre. **Método:** estudo transversal com 388 adolescentes entre 13 e 20 anos, que foram convidados a responder anônima e voluntariamente questionários sobre risco para transmissão do HIV (CRA) e sintomatologia psiquiátrica (SCL-90-R). **Resultados:** a maior parte da amostra foi do sexo feminino, solteiro e com baixa escolaridade e renda. A soropositividade da amostra foi de 6,2%, associada com baixa escolaridade (OR= 7,8, IC95% 1,1-159,3 ), início precoce de vida sexual (OR= 3,6, IC95% 1,2 -10,5 ), história de gravidez (OR=4,7, IC95% 1,4 -17,3 ), aborto prévio (OR= 5,9, IC95% 1,9 -18,4) e relação sexual com parceiro sem preservativo (OR=3,2, IC95% 1,1 – 10,0 ). Além disso, 8% da amostra recebeu dinheiro por sexo (OR= 4,5, IC95% 1,5 – 13,5 ), e 13,2% tiveram relação sexual com parceiro/a possivelmente soropositivo (OR=8,3, IC95% 3,2- 21,5). A soropositividade foi mais alta nos usuários de maconha (OR= 2,8, IC95% 1,1 – 6,9), estimulantes (OR=2,9, IC95% 2,1 – 74,15 ) e solventes (OR= 7,5, IC95% 2,7- 20,4). Os adolescentes soropositivos apresentaram maior frequência de exposição a situações de risco e sintomatologia psiquiátrica com diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões avaliadas, O TEP oscilou entre 0,55-0,98 nas variáveis da sintomatologia psiquiátrica. **Conclusão:** Os resultados indicam que comportamentos específicos colocam esses adolescentes em risco para o contágio pelo vírus da AIDS. Adolescentes soropositivos apresentaram maior risco associado à baixa escolaridade e sintomatologia psiquiátrica. Os achados apontam para a necessidade de programas efetivos de intervenção preventiva para adolescentes com comportamento de risco e sintomas psiquiátricos.

Descritores: HIV, Adolescência, Comportamento sexual, Uso de drogas, Sintomatologia psiquiátrica.

**ABSTRACT**

**Objectives:** To evaluate the associations between demographic variables, risk behaviors and psychiatric symptomatology in adolescents who sought HIV testing at a public health center in Brazil. **Method:** This is a cross-sectional study with 388 adolescents. Risk behaviors for HIV infection and psychiatric symptomatology were assessed using the Risk Assessment Battery (RAB) and Symptom Check-List 90-R (SCL-90R) forms. **Results:** most of the sample was of single girls, with low schooling and income. The overall seropositivity was 6.2%, associated with low schooling (OR= 7.8, CI95% 1.1- 159.3), early sexual life (OR= 3.6, CI 95% 1.2 -10.5), history of pregnancy (OR=4.7, CI 95% 1.4 -17.3), previous abortions (OR= 5.9, CI 95% 1.9 -18.4) and unprotected sex (OR=3.2, CI 95% 1.1 – 10.0). In addition, 8% had exchanged sex for money (OR=4.5, CI95% 1.5 – 13.5), and 13.2% had had sex with a potentially seropositive partner (OR=8.3 CI 95% 3.2- 21.5). Seropositivity was higher among users of marijuana (OR= 2.8; CI 95% 1.1 – 6.9), stimulants (OR=2.9; CI 95% 2.1 – 74.15) and solvents (OR= 7.5; CI 95% 2.7- 20.4). Seropositive subjects had more psychiatric symptomatology in all dimensions ascertained (ES 0.55-0.98). **Conclusions:** Specific behaviors increased the subject's risk for HIV contamination in this sample. Seropositive adolescents presented higher risks associated with low schooling, drug use and psychiatric symptomatology. Our findings suggest that child and adolescent psychiatrists need to provide effective and specific preventive intervention programs designed for adolescents who present risky behaviors and psychiatric symptoms.

Key words: HIV, Adolescence, Sexual behavior, Drug use, Psychiatric symptomatology.



## INTRODUÇÃO

A luta contra a AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) começou na década de 80 e a doença se tornou uma verdadeira pandemia, principalmente nos países pobres ou em desenvolvimento. Até o final de 2002, 3,2 milhões de crianças e adolescentes até 15 anos estavam vivendo com HIV/AIDS no mundo. Especialmente para os jovens, o relatório da UNAIDS/WHO (2002) enfatiza a necessidade de esforços preventivos, pois dados recentes, em vários países, indicam maior incidência de comportamentos de alto risco, baixa frequência de uso de preservativos e maiores taxas de incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) neste grupo específico.

A incidência da AIDS aumenta com a idade (McCoy & Inciardi, 1995) devido ao seu longo período de incubação, superior a oito anos. A taxa na adolescência, pode estar sendo subestimada por outros riscos para mortalidade em jovens (acidentes, homicídio e suicídio), que podem ser, proporcionalmente, mais elevados naqueles com maior risco de contágio pelo HIV. Jovens com doença mental grave, abuso de substância e/ou vítimas de abuso ou crimes sexuais têm riscos específicos e ampliados para a infecção.

Pouco se conhece sobre a relação entre comportamentos sexuais de risco e os transtornos psiquiátricos que têm seu pico de incidência na juventude, com importantes implicações na saúde pública. Fleitlich e Goodman (2001) sugerem que uma grande parcela de adolescentes brasileiros, principalmente de áreas carentes, necessita de um cuidado redobrado, pois a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes em áreas urbanas e carentes (20%) foi duas vezes maior do que a encontrada em áreas urbanas de classe média e em áreas rurais carentes, semelhantes à população média dos países desenvolvidos, sugerindo a presença de outros fatores sócio-culturais, além do econômico, que diferenciariam as duas populações.

Adolescentes com sintomatologia psiquiátrica têm maior risco de contaminação pelo HIV por maior prevalência de relações sexuais, múltiplos parceiros e abuso sexual (Moscicki et al, 1993). Além disso, têm maior comorbidade com abuso de drogas, e não raramente conduta de automutilação com objetos cortantes compartilhados (DiClemente et al., 1991). Ramrakha et al. (2000), identificaram um aumento na probabilidade do sexo de risco em associação a uma gama de diagnósticos de transtornos mentais na idade de 21 anos.

Depressão, dependência de drogas ou de personalidade anti-social, bem como comorbidade psiquiátrica, aumentavam a chance de comportamento sexual de risco, doenças sexualmente transmitidas e início precoce da vida sexual. Já em adolescentes soropositivos

americanos houve relato freqüente de depressão, ansiedade, transtorno de humor bipolar e seqüelas de abuso sexual, assim como uso de substância e comportamento sexual de risco. Muitas dessas condições precederam a infecção pelo HIV e foram exacerbadas pelo resultado positivo do teste (Henderson et al, 1998).

Dentre os vários aspectos da constelação que envolve o comportamento encontrado nos jovens com problemas destacam-se o envolvimento sexual precoce (Donovan & Jessor, 1985; Donovan et al, 1988), uso de álcool e outras drogas (Lowry et al., 1994), traços de personalidade como impulsividade e busca de sensações (Zuckerman, 1994; Martin et al., 2002), que podem predispor adolescentes a experimentar sexo, drogas ilícitas e outros comportamentos ilegais. Maconha, cocaína e outras drogas têm sido associadas a maiores taxas de relações sexuais, múltiplos parceiros e baixas taxas de uso de preservativos (Lowry et al., 1994). Ainda assim, não foi possível, até o momento, estabelecer claramente a associação entre o uso de drogas e o comportamento sexual de risco, em face de questões metodológicas que limitam a comparação de resultados obtidos com amostras diversas, de diferentes culturas e respectivos padrões de comportamento (Donovan C & McEwan, 1995). No Brasil há poucas pesquisas que analisam conjuntamente uso de drogas e DSTs (Scivoletto et al, 1995).

A predisposição psiquiátrica deveria ser incluída pelos clínicos e pesquisadores quando consideram as relações de causa-efeito em sujeitos soropositivos que tenham sintomas psiquiátricos (Rundell et al, 1990), pois o estado psiquiátrico atual em indivíduos soropositivos parece estar, ao menos parcialmente, associado a estressores passados como traumas e problemas psiquiátricos.

## **OBJETIVO**

O objetivo principal do presente estudo foi de investigar a associação entre comportamento de risco (sexo e drogas) e sintomatologia psiquiátrica com contaminação pelo HIV em uma amostra de adolescentes de um país em desenvolvimento. Baseados na literatura, a hipótese dos autores foi de que os adolescentes com sorologia positiva para o HIV apresentariam maior freqüência de exposição a situações de risco (sexo e drogas) e sintomatologia psiquiátrica do que os adolescentes com sorologia negativa.

## **MÉTODOS**

Realizou-se um estudo transversal, no qual o desfecho foi o estado sorológico de uma amostra de adolescentes masculinos e femininos entre 13 a 20 anos que aceitaram responder

de forma voluntária e anônima aos instrumentos da pesquisa. São jovens que procuraram voluntariamente um serviço municipal de testagem anônima (CTA) em Porto Alegre (a capital do estado mais ao sul do Brasil, com uma população de 1 400 000 habitantes) para realizar o teste HIV. A amostragem utilizada foi de conveniência, consecutiva e delimitada pelo tempo (outubro de 2000 a outubro de 2001).

Os fatores em estudo foram: idade, gênero, situação conjugal e profissional, renda familiar, nível de escolaridade, comportamentos de risco para contaminação (recente e ao longo da vida), idade de início da vida sexual, gravidez e/ou abortos prévios, padrão de uso de drogas e de atividade sexual e presença de sintomas psiquiátricos.

O cálculo do tamanho da amostra, fixando-se  $\alpha=0,05$  e poder de 80% foi estimado em 255 indivíduos distribuídos em aproximadamente 25 soropositivos e 230 soronegativos.

Foram considerados critérios de exclusão: falta de condições cognitivas para entrevista, alterações do estado de consciência e adolescentes trazidos ao CTA sob forma não voluntária. Também foram excluídos *a posteriori* adolescentes (14) dos quais não se obteve o resultado do teste HIV. Os dados foram coletados por entrevistadores treinados, cegos para o estado sorológico dos adolescentes, que compareciam ao CTA duas vezes ao dia. A coleta ocorria após as reuniões regulares de aconselhamento pré-teste HIV realizadas pela equipe fixa do centro. Os adolescentes na faixa etária de 13 a 20 anos eram convidados à voluntária e anonimamente participar da pesquisa. Com o consentimento tácito o adolescente recebia os questionários, respondendo-os individualmente, no tempo médio de 15-20 minutos.

Como a participação dos adolescentes foi voluntária e anônima, aceitaram responder aos instrumentos de pesquisa 402 jovens - 41,2% do total de jovens na faixa etária-alvo que buscou o CTA durante o período estudado. Não houve avaliação dos casos que se recusaram a participar no que compete ao motivo dado para não participar da coleta.

Os instrumentos utilizados foram:

a) CRA - Comportamentos de Risco para AIDS (Metzger, 1993; Pechansky et al, 2002), terceira versão brasileira do Risk Assessment Battery, questionário auto-aplicado traduzido e validado para o português (Pechansky, 1998 e Pechansky et al, 2002). Avalia comportamentos (drogas e sexo) ao longo da vida, nos últimos seis meses e no mês prévio à coleta, além de dados demográficos. Acrescentou-se ao CRA questões sobre idade de início da vida sexual, gravidez e/ou aborto prévios, em função dos objetivos específicos do estudo.

b) SCL-90-R-The Symptom Check-List-90-R (Derogatis, 1977 e 2000; Holi, et al, 1998), instrumento padronizado para detectar sintomatologia psiquiátrica na semana prévia à

entrevista nas áreas: somatização, obsessão-compulsão, interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, fobia, ideação paranóide e psicose. É um instrumento de "screening" do desconforto psicológico global discriminando casos e não-casos (Derogatis, 2000). Suas consistência interna (alfa de Cronbach) em diferentes amostras de pacientes (0,79 a 0,90) e consistência interna das sub-escalas originais foram consideradas boas (Holi et al, 1998).

c) Teste ELISA e testes confirmatórios, para avaliar sorologia HIV. Todas as amostras de sangue foram testadas utilizando-se dois métodos ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) com antígenos diferentes. Os exames de resultado positivo, indeterminado ou discordante foram testados utilizando-se a técnica da Imunofluorescência Indireta-IFI. As Imunofluorescências indeterminadas foram confirmadas com o teste Western Blot.

Para treinamento dos entrevistadores realizou-se um estudo-piloto prévio, com coleta de 19 casos excluídos das análises finais. O banco de dados foi submetido a análises interinas e os questionários conferidos, re-digitados e comparados por um digitador externo. Dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão e dados qualitativos por frequência absoluta e percentual. Como medida de associação entre os diversos fatores em estudo calculou-se a razão de chance ("odds ratio" – OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e significância determinada pelo teste de chi-quadrado ( $\chi^2$ ). Nas situações de baixas frequências utilizou-se o teste exato de Fisher. Relações entre dados quantitativos foram avaliadas pelo teste t de Student e a magnitude das associações foi determinada pelo tamanho de efeito padronizado (TEP). O nível de significância foi de 5% e os dados analisados pelo SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 11.0.

A pesquisa apresentou risco discreto pelo possível desconforto de responder a questões sobre o uso de drogas e comportamento sexual. Os adolescentes foram devidamente orientados sobre o objetivo da pesquisa, podendo aceitar ou não o convite a participar do estudo, e preencheram o questionário de forma anônima, com consentimento tácito e não informado. O estudo foi aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação e pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, recebendo financiamento parcial do Fundo de Incentivo à Pesquisa do HCPA (FIPE).

## **RESULTADOS**

Foram analisados os dados de 388 sujeitos com prevalência de 6,2% de soropositividade. Dos 402 adolescentes que aceitaram responder aos instrumentos de

pesquisa, houve perda do resultado do teste de 14 sujeitos, sendo impossível emparelhar o resultado final do teste com o questionário.

A amostra é de um grupo jovem, predominantemente feminino, de baixa escolaridade e renda. A média da idade foi de 17,7 anos ( $\pm 2,0$ ), e a maior parte tinha entre 17 e 20 anos, 46,7% do total eram solteiros ou não tinham companheiro estável. Quanto à situação profissional 53% não trabalhavam. Quanto à escolaridade, 50,9% ainda não haviam concluído o primeiro grau (escolaridade até oito anos), evidenciando-se um atraso em relação ao esperado para a idade, 71,9% referiram renda familiar de até três salários mínimos mensais.

A maior parte da amostra era procedente de Porto Alegre e de municípios vizinhos.

O perfil demográfico dos adolescentes e sua relação com o estado sorológico estão descritos na Tabela 1, mostrando uma diferença estatisticamente significativa quanto à escolaridade e sem diferença estatística entre os grupos nas demais variáveis.

Tabela 1 - Dados demográficos e sua associação com soropositividade HIV

Variável	Total n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	OR (IC95%)	P
<b>Sexo</b>	n=388	n=24	n=364		
Masculino	130 (33,5)	5 (20,8)	125 (34,3)	0,5 (0,2 – 1,5)	0,257 <sup>y</sup>
Feminino	258 (66,5)	19 (79,2)	239 (65,7)	–	
<b>Faixa etária, anos</b>	n=388	n=24	n=364		
13 a 16	108 (27,8)	6 (25,0)	102 (28,0)	0,9 (0,3 – 2,4)	0,932 <sup>y</sup>
17 a 20	280 (72,2)	18 (75,0)	262 (72,0)	–	
<b>Escolaridade, anos</b>	n=385	n=24	n=361		
até 8	196 (50,9)	18 (75,0)	178 (49,3)	7,8 (1,1 – 159,3)	0,034 <sup>z</sup>
9 a 11	111 (28,8)	5 (20,8)	106 (29,4)	3,6 (0,4 – 83,8)	
12 ou mais	78 (20,3)	1(4,2)	77 (21,3)	–	
<b>Renda familiar, SM</b>	n=374	n=24	n=350		
até 1	129 (34,5)	9 (37,5)	120 (34,3)	2,6 (0,6 – 12,2)	0,186 <sup>z</sup>
1 a 3	140 (37,4)	12 (50,0)	128 (36,6)	3,2 (0,8 – 14,6)	
4 ou mais	105 (28,1)	3 (12,5)	102 (29,1)	–	
<b>Situação conjugal</b>	n=388	n=24	n=368		
solteiro	181 (46,7)	9 (37,5)	172 (47,3)	–	0,620 <sup>z</sup>
casado	145 (37,4)	11 (45,8)	134 (36,8)	1,6 (0,6 – 4,3)	
outro	62 (16,0)	4 (16,7)	58 (15,9)	1,3 (0,3 – 4,9)	
<b>Situação profissional</b>	n=381	n=24	n=357		
trabalho regular	98 (25,7)	3 (12,5)	95 (26,6)	–	0,268 <sup>z</sup>
trabalho irregular	81 (21,3)	7 (29,2)	74 (20,7)	3,0 (0,7 – 15,2)	
não trabalha	202 (53,0)	14 (58,3)	188 (52,7)	2,4 (0,6 – 10,6)	

Os dados são apresentados como frequência (percentual). <sup>z</sup> $\chi^2$ ; <sup>y</sup> $\chi^2$  com correção de Yates. OR: *odds ratio*; SM: salário mínimo.

A Tabela 2 apresenta as variáveis de risco para aquisição do HIV no comportamento sexual durante a vida e sua relação com soropositividade. Houve associação entre soropositividade e precocidade de início da vida sexual (antes dos 12 anos), assim como história de gravidez, prática de aborto prévio e relação sexual com parceiro sem preservativo. Na estratificação por gênero, foi estatisticamente significativa apenas no grupo masculino a variável “relação sexual com parceiro sem preservativo” (MSM). A taxa de não proteção pelo uso de preservativo em relação sexual foi alta em ambos os gêneros. Nas mulheres, a variável

de maior risco para soropositividade foi aborto prévio, seguida por gravidez, que foi relatada por quase metade das jovens entrevistadas. Relação sexual com parceiro/a UDI ocorreu em uma pequena fração da amostra, não havendo diferença entre soropositivos e negativos.

**Tabela 2 - Práticas de risco de origem sexual ao longo da vida e sua associação com soropositividade HIV**

	Total	Positivo	Negativo		
	n (%)	n (%)	n (%)	OR (IC95%)	P
<b>Relação sexual</b>					
<b>ambos os sexos</b>	n=388	n=24	n=364		
com parceiro sem preservativo	217 (55,9)	19 (79,2)	198 (54,4)	3,2 (1,1 – 10,0)	0,031 <sup>y</sup>
com parceira sem preservativo	99 (25,5)	4 (16,7)	95 (26,1)	0,6 (0,2 – 1,8)	0,432 <sup>y</sup>
com profissional de sexo	15 (3,9)	1 (4,2)	14 (3,8)	1,1 (0,1 – 7,8)	0,999 <sup>p</sup>
por dinheiro	19 (4,9)	3 (12,5)	16 (4,4)	3,1 (0,7 – 12,7)	0,105 <sup>p</sup>
<b>sexo masculino</b>	n=130	n=5	n=125		
com parceiro sem preservativo	16 (12,3)	3 (60,0)	13 (10,4)	1,2 (1,6 – 124,8)	0,013 <sup>p</sup>
com parceira sem preservativo	93 (71,5)	3 (60,0)	90 (72,0)	0,6 (0,1 – 5,3)	0,623 <sup>p</sup>
com profissional de sexo	13 (10,0)	1 (20,0)	12 (9,6)	2,4 (0,1 – 26,3)	0,415 <sup>p</sup>
por dinheiro	7 (5,4)	0 (0,0)	7 (5,6)	0,0 (0,0 – 25,0)	0,999 <sup>p</sup>
<b>sexo feminino</b>	n=258	n=19	n=239		
com parceiro sem preservativo	201 (77,9)	16 (84,2)	185 (77,4)	1,6 (0,4 – 7,0)	0,774 <sup>p</sup>
com parceira sem preservativo	6 (2,3)	1 (5,3)	5 (2,1)	2,6 (0,1 – 25,0)	0,371 <sup>p</sup>
com profissional de sexo	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (0,8)	0,0 (0,0 – 54,7)	0,999 <sup>p</sup>
por dinheiro	12 (4,7)	3 (15,8)	9 (3,8)	4,8 (0,9 – 22,3)	0,049 <sup>p</sup>
<b>Parceria sexual com UDI</b>	n = 388	n = 24	n = 364		
	11 (2,8)	2 (8,3)	9 (2,5)	3,6 (0,0 – 19,6)	0,143 <sup>p</sup>
<b>Iniciação sexual &lt; 12 anos</b>	n=376	n=24	n=352		
	36 (9,6)	6 (25,0)	30 (8,5)	3,6 (1,2 – 10,5)	0,019 <sup>p</sup>
<b>Gravidez anterior/atual</b>	n=258	n=19	n=239		
	121 (46,9)	15 (78,9)	106 (44,4)	4,7 (1,4 – 17,3)	0,008 <sup>y</sup>
<b>Aborto anterior</b>	n=257	n=19	n=238		
	39 (15,2)	8 (42,1)	31 (13,0)	5,9 (1,9 – 18,4)	0,003 <sup>p</sup>

Os dados são apresentados como frequência (percentual). <sup>y</sup> $\chi^2$  com correção de Yates; <sup>p</sup>Teste exato de Fisher; OR *odds ratio*; UDI : usuário de droga injetável.

Na tabela 3 são apresentados dados das práticas atuais de risco para aquisição do HIV através do comportamento sexual dos adolescentes estudados, nos seis meses prévios à coleta.

Tabela 3 - Práticas de risco de origem sexual nos últimos 6 meses e sua associação com soropositividade HIV

	Total n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	OR (IC95%)	P
<b>Nº de parceiros sexuais</b>	N=368	n=24	n=344		
Nenhum	114 (31,0)	4 (16,7)	110 (32,0)	1	0,285 <sup>‡</sup>
Um	158 (42,9)	12 (50,0)	146 (42,4)	2,3 (0,7 – 8,6)	
Dois ou mais	96 (26,1)	8 (33,3)	88 (25,6)	2,5 (0,7 – 10,3)	
<b>Nº de parceiras sexuais</b>	N=356	n=22	n=334		
Nenhuma	238 (66,9)	18 (81,8)	220 (65,9)	1	0,184 <sup>‡</sup>
Uma	50 (14,0)	3 (13,6)	47 (14,1)	0,8 (0,2 – 3,0)	
Dois ou mais	68 (19,1)	1 (4,5)	67 (20,1)	0,2 (0,1 – 1,3)	
<b>Relação sexual para obter drogas</b>	N=387	n=24	n=363		
Alguma vez	10 (2,6)	2 (8,3)	8 (2,2)	4,0 (0,6 – 22,5)	0,122 <sup>¶</sup>
Nunca	377 (97,4)	22 (91,7)	355 (97,8)	1	
<b>Drogas para obter relação sexual</b>	n=388	n=24	n=364		
Alguma vez	7 (1,8)	0	7 (1,9)	0,0 (0,0 – 12,5)	0,999 <sup>¶</sup>
Nunca	381 (98,2)	24 (100,0)	357 (98,1)	1	
<b>Recebeu dinheiro para obter sexo</b>	n=388	n=24	n=364		
Alguma vez	31 (8,0)	6 (25,0)	25 (6,9)	4,5 (1,5 – 13,5)	0,008 <sup>¶</sup>
Nunca	357 (92,0)	18 (75,0)	339 (93,1)	1	
<b>Pagou para obter sexo</b>	n=387	n=24	n=363		
Alguma vez	13 (3,4)	0	13 (3,6)	0,0 (0,0 – 6,2)	0,999 <sup>¶</sup>
Nunca	374 (96,6)	24 (100,0)	350 (96,4)	1	
<b>Relação sexual com possível HIV+</b>	n=387	n=24	n=363		
Alguma vez	51 (13,2)	12 (50,0)	39 (10,7)	8,3 (3,2 – 21,5)	<0,001 <sup>¶</sup>
Nunca	336 (86,8)	12 (50,0)	324 (89,3)	1	
<b>Uso preservativo</b>	n=360	n=21	n=339		0,079 <sup>‡</sup>
Sempre	68 (18,9)	1 (4,8)	67 (19,8)	1	
Quase sempre	140 (38,9)	6 (28,6)	134 (39,5)	3,0 (0,4 – 67,5)	
Quase nunca	82 (22,8)	7 (33,3)	75 (22,1)	6,3 (0,7 – 138,7)	
Nunca	70 (19,4)	7 (33,3)	63 (18,6)	7,4 (0,9 – 165,6)	

Os dados são apresentados como frequência (percentual). <sup>‡</sup> $\chi^2$ ; <sup>¶</sup> $\chi^2$  com correção de Yates; <sup>¶</sup>Teste exato de Fisher; OR: *odds ratio*.

Os comportamentos de risco na vida sexual foram semelhantes entre os adolescentes soropositivos e soronegativos estudados na maior parte das variáveis. Do total da amostra, os adolescentes que receberam dinheiro em troca de relação sexual apresentaram maior chance de soropositividade, o mesmo ocorrendo com os que tiveram relação sexual com parceiro/a possivelmente soropositivo. Mesmo não sendo estatisticamente significativas as diferenças entre positivos e negativos, alguns comportamentos foram mais frequentes de acordo com o gênero, como maior número de parceiras sexuais para homens do que parceiros para



mulheres; nenhuma das mulheres havia pago para ter sexo, diferentemente dos homens, considerando-se a idade e o rendimento familiar baixo da maioria da amostra. O relato de uso de preservativo na amostra, nos seis meses prévios à coleta, embora não tenha apresentado diferença significativa entre soropositivos e soronegativos, mostra uma tendência, pois a chance aumenta quando são comparados os indivíduos que relataram ter usado preservativo sempre com os que reportaram nunca ter usado.

A Tabela 4 mostra as práticas de risco dos adolescentes pelo uso de drogas prévio à coleta, associada à soropositividade.

**Tabela 4 - Práticas de risco pelo uso de drogas prévio à coleta e sua associação com soropositividade HIV**

	Total n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	OR (IC95%)	P
<b>Último mês</b>					
<b>Ingestão de bebida alcoólica</b>	n=388 278 (71,6)	n=24 16 (66,7)	n=364 262 (72,0)	0,8 (0,3 – 2,1)	0,745 <sup>X</sup>
<b>Uso de maconha</b>	n=388 96 (24,7)	n=24 11 (45,8)	n=364 85 (23,4)	2,8 (1,1 – 6,9)	0,026 <sup>X</sup>
<b>Uso de cocaína intranasal</b>	n=387 48 (12,4)	n=24 6 (25,0)	n=363 42 (11,6)	2,6 (0,9 – 7,3)	0,100 <sup>F</sup>
<b>Uso de cocaína injetável</b>	n=387 3(0,8)	n=24 1(4,2)	n=363 2(0,6)	7,9 (0,0 a 116,9)	0,175 <sup>F</sup>
<b>Uso de anfetaminas</b>	n=388 7 (1,8)	n=24 3 (12,5)	n=364 4 (1,1)	12,9 (2,1 – 74,5)	0,006 <sup>F</sup>
<b>Uso de solventes</b>	n=388 36 (9,3)	n=24 9 (37,5)	n=364 27 (7,4)	7,5 (2,7 – 20,4)	<0,001 <sup>F</sup>
<b>Últimos seis meses</b>					
<b>Uso de droga injetável</b>	n=386 8 (2,1)	n=24 1 (4,2)	n=362 7 (1,9)	2,2 (0,1 a 18,4)	0,405 <sup>F</sup>
<b>Frequência a local de droga</b>	n=386 87 (22,5)	n=24 10 (41,7)	n=362 77 (21,3)	2,6 (1,0 a 6,6)	0,039 <sup>X</sup>

Os dados são apresentados como frequência (percentual). <sup>X</sup>χ<sup>2</sup> com correção de Yates; <sup>F</sup>Teste exato de Fisher; OR: *odds ratio*.

No mês anterior à coleta, as drogas mais utilizadas foram álcool, maconha, cocaína intranasal e solventes. A ingestão de álcool, inalação e uso de cocaína endovenosa foi semelhante nos jovens soropositivos e soronegativos.

Nos soropositivos a prática recente foi significativamente maior quanto ao uso de maconha, estimulantes e solventes. Vale ressaltar que a prevalência geral de uso de drogas no

mês prévio à coleta foi bastante alta, tendo sido encontrados freqüentemente relatos de uso de múltiplas drogas. Avaliando-se os seis meses que antecederam à coleta, o uso de cocaína injetável foi menor no último mês do que nos seis meses prévios. Entretanto, face à raridade na amostra, o número de casos foi insuficiente para demonstrar alguma diferença estatística entre positivos e negativos. A freqüência a local específico para uso de drogas (“brete”) foi analisada como um possível indicador de risco, e foi estatisticamente maior nos jovens soropositivos.

Quanto à sintomatologia psiquiátrica, os resultados da SCL-90-R foram estatisticamente significativos evidenciando-se um maior grau de sintomatologia psiquiátrica nos jovens soropositivos no escore total e na maior parte dos demais subescores em todas as dimensões avaliadas.

**Tabela 5 -Sintomatologia psiquiátrica e sua associação com soropositividade HIV**

Variáveis	Resultado anti-HIV				Diferença entre médias (IC95%)	P	TEP
	Positivo		Negativo				
	n	média ± DP	n	média ± DP			
<b>SCL-90</b>							
Somatização	24	1,29 ± 0,85	357	0,74 ± 0,66	0,54 (0,27;0,82)	0,005	0,82
Obsessivo compulsivo	24	1,43 ± 0,85	358	0,92 ± 0,75	0,51 (0,20;0,83)	0,001	0,67
Interpessoal	24	1,37 ± 0,80	358	0,95 ± 0,76	0,42 (0,10;0,74)	0,010	0,55
Depressão	24	1,74 ± 1,01	358	0,93 ± 0,81	0,81 (0,37;1,24)	0,001	0,98
Ansiedade	24	1,24 ± 0,86	358	0,69 ± 0,71	0,55 (0,18;0,91)	0,005	0,76
Hostilidade	24	1,45 ± 1,09	358	0,89 ± 0,90	0,56 (0,10;1,03)	0,020	0,61
Fobia	24	1,01 ± 0,78	358	0,49 ± 0,61	0,53 (0,19;0,86)	0,003	0,84
Ideação paranóide	24	1,42 ± 0,97	358	0,88 ± 0,79	0,54 (0,13;0,96)	0,012	0,67
Psicótico	24	1,28 ± 1,01	358	0,70 ± 0,74	0,59 (0,16;1,02)	0,010	0,76
SCL total	24	1,39 ± 0,79	347	0,81 ± 0,66	0,58 (0,24;0,92)	0,002	0,87

Os dados são apresentados como média±desvio padrão. TEP: tamanho de efeito padronizado, EFA: Escala Fatorial de Autoconceito, SCL-90: Symptom Check-List-90.

## DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo realizado em nosso meio comparando adolescentes soropositivos e negativos em relação à presença de sintomas psiquiátricos e comportamentos de risco por via sexual e/ou por uso de drogas, visando estudar as características dos adolescentes que buscam conhecer seu estado sorológico, o que é considerado pelos autores de grande importância face à contaminação da população jovem no período da adolescência (Ministério da Saúde, 2001).

A realização voluntária de testes anti-HIV é incomum entre os jovens, sendo divulgado pela UNAIDS (2002b) a taxa de soroprevalência em adultos (15 a 49 anos) de 0,6% na

América Latina. Ressalta-se que a alta prevalência de soropositividade na amostra estudada deve-se ao fato de que uma fração significativa desse grupo de jovens poderia, previamente, ter uma maior percepção de risco do que a população geral, que os motivou a procurar de forma espontânea e voluntária um centro de testagem sorológica para conhecer seu estado sorológico. Vale lembrar que D'Angelo et al. (1998) relataram taxas de soropositividade de 0,37% em amostras não clínicas de adolescentes urbanos de 13 a 19 anos, sendo que o maior índice ocorreu nas mulheres maiores de 18 anos.

Os dados divulgados pelo Ministério da Saúde através da imprensa (Castellón, 2002), mostraram um crescimento na proporção de mulheres adolescentes contaminadas em relação aos jovens do sexo masculino, indicando que os casos de AIDS em adolescentes femininas de 13 a 19 anos já são maiores do que em adolescentes do sexo masculino da mesma faixa etária, constatando-se uma inversão na relação homem-mulher da incidência de AIDS na faixa etária de 13 a 19 anos (0,8: 1 em 2000 e 0,6:1 em 2001). Assim, a evolução dos números da AIDS confirma a “feminilização” da epidemia ano a ano, apontando as jovens mulheres como o grupo onde a epidemia mais cresce no país. Em nossa amostra não houve diferença significativa de contágio entre homens e mulheres, embora houvesse predomínio de mulheres no grupo de adolescentes que participou do estudo.

Os 527 adolescentes, que se recusaram a responder e/ou preencheram critérios de exclusão da pesquisa apresentaram um índice de soropositividade maior do que o grupo estudado. É possível que esses jovens sejam de maior risco e tenham sentido mais desconforto ou inibição, evitando responder às questões da pesquisa. Como nesse grupo estavam os adolescentes que não preenchiam critérios para participar do estudo (adolescentes que estavam sob efeito de droga ou que eram meninos de rua ou institucionalizados), parece provável que esse grupo possa apresentar ainda maior frequência de comportamentos de risco e/ou sintomatologia psiquiátrica do que a amostra estudada, já que sua soropositividade foi a mais alta, pois pesquisas com jovens de rua provavelmente encontrariam taxas de soropositividade similares ou mesmo superiores, como já foi relatado em outros estudos (Rotheram-Borus & Koopman, 1991).

O fato da amostra de soronegativos ser semelhante aos soropositivos na maior parte dos aspectos demográficos avaliados sugere que são grupos provavelmente oriundos da mesma população. A menor escolaridade dos indivíduos soropositivos da amostra estava associada a maior risco de contaminação, de acordo com a literatura, mas limita a generalização dos

achados para adolescentes com outro perfil de renda e escolarização. Chama a atenção que, mesmo em um grupo jovem, quase 40% dos adolescentes do total da amostra declararam-se casados ou mantendo relação estável, a maior parte mulheres. É provável que, nas mulheres, a crescente contaminação esteja associado a questões culturais históricas como a submissão feminina frente ao parceiro, com dificuldade de negociar práticas sexuais seguras, à ligação de mulheres jovens com homens mais velhos para garantir melhores condições de vida, e à exposição ao abuso sexual, entre outras.

Em relação aos achados sobre o comportamento sexual nesses adolescentes, o início precoce da vida sexual mostrou-se um fator agravante para o contágio pelo HIV devido a um aumento do tempo de exposição ao contágio. A maior parte dos adolescentes iniciou sua vida sexual entre 12 e 16 anos e os jovens que iniciaram a vida sexual antes dos 12 anos apresentaram risco ainda maior de contaminação pelo HIV. Infere-se que as mudanças culturais ocorridas nos últimos anos no Brasil, com uma maior erotização e provável aceitação social de comportamento sexual precoce (Béria et al, 1998; Carvalho, 2001) colabore para esta situação. A postergação do início da vida sexual, bem como políticas de saúde que contribuam para evitar o abuso sexual e/ou prostituição infanto-juvenil poderiam auxiliar para proteger as adolescentes tanto das DST como da gravidez indesejada.

A alta prevalência de gravidez e de aborto na história das adolescentes da amostra e sua associação com maior chance de contaminação, confirmam o alto grau de exposição das adolescentes ao HIV pela via sexual. É provável que medidas preventivas como as apontadas por Whaley (1999), sugerindo a abordagem conjunta dos dois problemas (AIDS e gravidez indesejada) favoreçam o cuidado das mulheres adolescentes em relação a estes aspectos.

Os dados encontrados em nossa amostra- baixo uso de preservativos e descuido na prevenção da gravidez concordam com os achados de outros autores (Hein et al., 1995; Carvalho, 2001). Somado a isso, a associação com sintomas psiquiátricos na amostra – em especial nos soropositivos - poderia contribuir para a manutenção do comportamento de risco, num círculo vicioso onde fica impossível, com a metodologia disponível nesse estudo, detectar a dinâmica desse interjogo complexo. Estudos longitudinais se fazem necessários para que se possa observar a seqüência desses acontecimentos ao longo da transição entre a infância e a adolescência.

Ressalta-se que no grupo estudado mais de 80% dos adolescentes apresentava como comportamento de risco mais freqüente a relação sexual sem uso de preservativo. Este dado

sugere que, apesar das campanhas de conscientização sobre a AIDS e da importância da prevenção através do uso de preservativos, mesmo um grupo de jovens que se percebem sob risco, a informação não é utilizada para pautar sua conduta. Supõe-se que o baixo nível escolar, a percepção alterada pelas drogas e/ou pelos sintomas psiquiátricos, colabore para que se sintam invulneráveis. Entretanto, não se pôde medir o peso de cada um desses fatores nesta fase do estudo.

Talvez o comportamento homossexual/bissexual faça parte da experimentação nessa faixa etária, podendo acarretar maior risco, pois se sabe que a via de contágio anal favorece a transmissão da AIDS. A variável “relação sexual com parceiro sem preservativo” referida por 12,3% dos homens sugere que, mesmo se tratando de um grupo jovem, uma percentagem ainda maior pode ter tido relações homossexuais, com proteção, o que não era perguntado no questionário.

Em relação ao risco de contágio por uso de drogas, verificou-se uma alta taxa de uso na amostra. Entretanto, constatou-se que a taxa de uso de maconha no mês prévio à coleta foi inferior à relatada em estudos com adolescentes americanos (24,7% x 68%, respectivamente) (Shedler e Block, 1990). Também foi inferior aos dados publicados pelo Centro Brasileiro de Informações Psicotrópicas-CEBRID (Galduróz et al., 1997), onde as maiores porcentagens de usuários ocorreram em jovens de 16-18 e acima de 18 anos, atingindo 55,6% de usuários entre os alunos mais velhos, em Porto Alegre. Talvez essa diferença se justifique se considerarmos as diferenças entre classes sociais, pois no levantamento do CEBRID, 56,8% dos alunos pertenciam às classes A ou B, e os jovens da amostra são, predominantemente de baixa renda familiar.

Nos rapazes foram detectados comportamentos que não foram encontrados nas adolescentes do sexo feminino, como uso de drogas injetáveis, ou que foram pouco comuns a elas, como freqüentar locais próprios para uso de drogas. O relato de uso de drogas injetáveis foi baixo, provavelmente devido à faixa etária ainda não ser a mais atingida. Supõe-se que em grupos etários mais velhos ocorreriam taxas mais elevadas (DeBoni & Pechansky, 2002). Parece que este tipo de comportamento ocorre mais nos homens, que talvez tenham uma maior necessidade de busca de sensações, pelo prazer de tê-las, independente dos riscos (Martin et al., 2002). Poderíamos inferir, a partir da experiência clínica dos autores com adolescentes, que a complexidade das questões da busca de identidade nos jovens do sexo

masculino é muitas vezes expressa por ritos de passagem mais violentos, que na atualidade parecem continuar exigindo algum tipo de mutilação do jovem, na sua transição para o mundo adulto (Ceitlin et al., 2001).

A constatação de que a sintomatologia psiquiátrica nos adolescentes soropositivos é significativamente mais alta que nos soronegativos levanta inúmeros questionamentos. Em primeiro lugar, se considerarmos que tanto o comportamento sexual como o uso de drogas já são problemas complexos, e que estabelecer relações entre ambos não é simples, mais difícil é compreender e incluir os aspectos da psicopatologia individual nesta questão. Ou mesmo esclarecer até que ponto os problemas psiquiátricos dos adolescentes são causa, consequência ou fatores associados a um maior risco, pois a relação e a dinâmica entre eles permanecem desconhecida. Outro aspecto diz respeito aos sintomas psiquiátricos, que tanto poderiam representar manifestações iniciais decorrentes da presença do vírus no SNC ou já estarem presentes previamente, favorecendo comportamentos de risco. Mais do que saber que estes jovens são ou estão mais sintomáticos, precisaríamos conhecer os mecanismos pelos quais os diferentes fatores individuais, ambientais, comportamentais, psicológicos e do desenvolvimento interagem. É uma tarefa crucial entender mais desta dinâmica complexa, para que medidas de intervenção futuras atendam não só as questões gerais do problema, mas também aos aspectos individuais e particulares de cada um deles.

Em relação às hipóteses do estudo, confirmou-se que os adolescentes da amostra com sorologia positiva para o HIV apresentaram maior frequência de exposição a situações de risco e que a sintomatologia psiquiátrica foi mais frequente nos adolescentes soropositivos.

Os achados do estudo são limitados em pelo menos dois sentidos. Primeiro, os dados foram coletados numa amostra de adolescentes de baixa renda familiar no sul do Brasil; assim, as associações encontradas não podem ser generalizadas para outros grupos geográficos ou sócio-econômicos. Em segundo lugar, a amostra originou-se de um local de testagem sorológica procurado por jovens que se percebem em risco de contágio (seja por comportamento de risco ou gravidez), o que gera uma maior taxa de soropositividade do que em amostras não clínicas. Outro aspecto diz respeito à alta frequência de recusa a participar da pesquisa, o que poderia representar uma dificuldade dos adolescentes de refletir sobre seus riscos. Quanto ao método empregado, o uso de questionário auto-aplicado, com nível de linguagem mais sofisticado, em uma amostra de baixa escolaridade, poderia sugerir maior dificuldade de interpretação das questões e respostas menos confiáveis. Buscou-se contornar tais dificuldades facilitando aos respondentes a possibilidade de solicitarem auxílio aos

coletadores presentes no ambiente de coleta.

Ressalta-se ainda que a presença de sintomas psiquiátricos na semana prévia à coleta de dados não deve ser interpretada como diagnóstico psiquiátrico associado. Também não é possível afirmar se os sintomas são mais duradouros, prévios, concomitantes ou posteriores à infecção, uma vez que o estudo é transversal, e não tem poder para diferenciar causa de efeito. O número de casos foi insuficiente para a realização de análise estatística multivariada, o que possibilitaria a avaliação do potencial confundidor das variáveis estudadas. Também o número de casos não foi suficiente para propiciar um maior número de estratificações, o que possibilitaria diferenciar mais claramente subgrupos da amostra com maior risco.

Questões de gênero na adolescência que potencializariam os riscos não puderam ser avaliadas pelo desenho do estudo, de base quantitativa. Estudos qualitativos e longitudinais aprofundando o conhecimento não só de comportamentos, mas também das motivações que influenciariam o autocuidado seriam necessários para complementar estas informações. A constatação das diferenças entre os adolescentes soropositivos e soronegativos da amostra estudada corroborou os achados de estudos prévios em diferentes locais do mundo e coloca os pesquisadores frente à responsabilidade de incrementarem estratégias preventivas bem sucedidas. Por outro lado, as semelhanças entre os grupos em uma ampla gama de variáveis, parecem colocar o adolescente atual frente ao desafio de viver em tempos de AIDS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. APA. American Psychiatric Association. Work Group on HIV/AIDS. Practice guideline for the treatment of patients with HIV/AIDS. *Am J Psychiatr* 2000;157(Suppl):1-62.
2. Béria J, Oliveira OMF, Carret MLV. Adolescentes e DST/AIDS: pesquisa formativa em um estudo de intervenção. In: Béria J, organizador. *Ficar, transar...: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 1998. p. 37-54.
3. Carvalho MF. Avaliação do uso do preservativo, segundo a experiência com drogas lícitas e ilícitas com conscritos do Exército Brasileiro em Regiões Metropolitanas selecionadas e Distrito Federal. *Bol Epidemiol AIDS* 2001;14:41-6.
4. Castellón L. Risco anunciado: mulheres já somam metade dos casos da doença no planeta. *Isto É* 4 Dez 2002;1731:46.

5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabelas [capturado 2002 out 31]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo> 2000.
6. Ceitlin L, Shiba A, Valenti M, Sanchez P. A puberdade. In: Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols AMS, organizadores. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 117-26.
7. D'Angelo LJ, Lindsey J, Zimmer B, Culnane M, Futteermann D. Attempting to enhance the enrollment of adolescents into AIDS clinical trials: the design of ACTG Protocol 220. *AIDS Patient Care STDS* 1998;12:853-9.
8. De Boni R & Pechansky F. Age and gender as risk factors for the transmission of HIV in a sample of drug users of Porto Alegre, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24:137-40.
9. Derogatis LR. SCL-90. Administration, scoring and procedures manual. Revised version. Baltimore: Johns Hopkins University; 1977.
10. Derogatis LR. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). In: American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000. p.81-4, 2000.
11. DiClemente RJ, Ponton LE, Hartley D. Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:735-9.
12. Donovan C, McEwan R. A review of the literature examining the relationship between alcohol use and HIV-related sexual risk-taking in young people. *Addiction* 1995;90:319-28.
13. Donovan JE, Jessor R, Costa FM. Syndrom of problem behavior in adolescence: a replication. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:762-5.
14. Donovan JE, Jessor R. Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *J Consult Clin Psychol* 1985;53:890-904.
15. Fleitlich BW, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *Br Med J* 2001;323:599-600.
16. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID; 1997.
17. Gardner LH, Frank D, Amankwaa LI. A comparison of sexual behavior and self-esteem in young adult females with positive and negative tests for sexually transmitted diseases. *ABNF J* 1998;9:89-94.
18. Hein K, Dell R, Futterman D, Rotheram-Borus MJ, Shaffer N. Comparison of HIV+ and HIV- adolescents: risk factors and psychosocial determinants. *Pediatrics* 1995;95:96-104.
19. Henderson R, Colgrove J, Lusk H. A survey of the mental health care needs of HIV positive adolescents and young adults [abstract]. *Int Conf AIDS* 1998;12:485.



20. Holi MM, Sammallahti PR, Aalberg VA. A finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:42-6.
21. Lowry R, Holtzman D, Truman BI et al.. Substance use and HIV-related sexual behaviors among U.S. high school students: are they related? *Am J Public Health* 1994; 84:1116-2.
22. Martin CA, Kelly TH, Rayens MK, Brogli BR, Brenzel A, Smith WJ, et al. Sensation seeking, puberty, and nicotine, alcohol, and marijuana use in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1495-502.
23. McCoy CB, Inciardi JA. *Sex, drugs and the continuing spread of AIDS*. Los Angeles: Roxbury; 1995.
24. Metzger DS. The risk assessment battery (RAB): validity and reliability. Sixth Annual Meeting of the National Cooperative Vaccine Development Groups for AIDS. Alexandria; 1993.
25. Ministério da Saúde. Dados Epidemiológicos Brasil (Tabelas). *Bol Epidemiol AIDS* 2001;14:11-19.
26. Moscicki A, Millstein SG, Broering, J et al. Risks of human immunodeficiency virus infection among adolescents attending three diverse clinics. *J Pediatr* 1993;122:813-20.
27. Paul C, Fritzijohn J, Herbinson P, Silva PA. The determinants of sexual intercourse before age 16 in a birth cohort. *J Adolesc Health*, 2000; 27: 136-47
28. Pechansky F, Hirakata V, Metzger D. Adaptation and validation of a questionnaire about risk behaviors for AIDS among drug users. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24:130-6.
29. Pechansky F. Um estudo sobre situações de risco para contaminação pelo vírus HIV em usuários de drogas da cidade de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.
30. Ramrakha S, Caspi A, Dickson N, Moffit TE, Paul C. Psychiatric disorders and risky sexual behavior in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *BMJ* 2000;321:263-6.
31. Rotheram-Borus MJ, Koopman C, Haignere C, Davies M. Sexual risk behaviors among runaway adolescents. *JAMA* 1991;266:1237-41.
32. Rundell J, Brown C, McManis S, Pace J, Ursano R. Psychiatric predisposition and current psychiatric findings in HIV-infected persons [abstract]. *Int Conf AIDS* 1990;6: 176.

33. Scivoletto S, Tsuji RK, Abdo CHN, Queiróz S, Andrade AG, Gattaz W. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21:87-94.
34. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health. Am Psychol 1990;45:612-30.
35. UNAIDS. Brazil Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections 2002a [capturado em 2002 Nov 13]. Disponível em: <http://www.unaids.org>.
36. UNAIDS. Latin America and the Caribbean Fact Sheet 2002b [capturado em 30 Jan 2003]. Disponível em: <http://www.unaids.org>
37. UNAIDS/WHO. Aids epidemic update, December 2002 [capturado em 2003 Jan 30]. Disponível em: <http://www.unaids.org>.
38. Whaley AL. Preventing the high-risk sexual behavior of adolescents: focus on HIV/AIDS transmission, unintended pregnancy, or both? J Adolesc Health 1999 [capturado em 2001 May 24]. Disponível em: [http://64.4.14.250/cgi-bin/dasp/offhm.asp?\\_lang=BR](http://64.4.14.250/cgi-bin/dasp/offhm.asp?_lang=BR)
39. Zuckerman M. Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. New York: Cambridge University Press; 1994.

## **11 TRABALHOS APRESENTADOS E PUBLICADOS**

### **11.1 TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS, SIMPÓSIOS E EVENTOS SIMILARES**

- Santos RP, Bassols AM, Mattei A, Correia AG, Gellatti ACZ, Dieder AL, Coester A, Wagner BP, Riboldi C, Toniolo DP, Valler L, Pechansky F. Perfil dos adolescentes que realizaram o teste anti-hiv no COAS de Porto Alegre. XIII Salão de Iniciação Científica, UFRGS, Porto Alegre, 2002
- Pechansky F., Santos RP, Bassols AM, Mattei A, Correia AG, Gellatti ACZ, Dieder AL, Coester A, Wagner BP, Riboldi C, Toniolo DP, Valler L., "Sexualidade, drogas e HIV na adolescência", XV Ciclo de Avanços em Clínica Psiquiátrica, SPRS, 2002.
- Bassols, AM, Pechansky F, Dieder AL, Toniolo D, Gelatti AL, Silva Santos RA, Coester A, Riboldi C, Valler L, Bortolanza D, Navas T e Hirakata V. Comportamento sexual de risco, uso de drogas e soropositividade para HIV em uma amostra de adolescentes de Porto Alegre, RS. XXI Jornada Sulriograndense de Psiquiatria Dinâmica, CELG, 2002
- Pechansky F, Bassols AM, Dieder AL, Toniolo D, Gellatti AC, Coester A, Wagner BP, Riboldi C, Bertolanza D, Valler L, and Santos RAS. Seropositivity, drug use, and risky sexual behavior among southern Brazilian adolescents. NIDA International Forum on Building International Research on Drug Abuse: Treatment Innovations, NIDA, Quebec, 2002

### **11.2 ARTIGO PUBLICADO**

- Bassols AM, Pechansky F, Dieder AD, Correia AG, Toniolo DP, Fabian A, Gellati AC, Coester A, Wagner BP, Riboldi C, Frank C, Rodrigues DP, Bortolanza D, Silva EM, Valer L, Von Diemen L, Parisotto L, Fonseca M, Santos RAP, Lima RP, Genro V (2002). Gênero, sexualidade e uso de drogas e adolescentes que realizaram o teste anti-HIV em um centro de testagem gratuita de Porto Alegre. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 24(1), 77-84.

### 11.3 ABSTRACT PUBLICADO EM ÍNDICES OU ANAIS:

- Bassols A; Pechansky F; Dieder A; Toniolo D; Gelatti A; Santos R.; Coester A; Riboldi C; Valler L; Bortolanza D; Navas T; Hirakata V. Comportamento sexual de risco, uso de drogas e soropositividade para HIV em uma amostra de adolescentes de Porto Alegre, RS. Anais do XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ABP, Florianópolis, 2002. Revista Brasileira de Psiquiatria 2002; 24 (supl. II): 108.

### 11.4 NO PRELO

- Bassols A & Santos, R. AIDS e Profissionais da Educação - Orientações Gerais. In: Saúde Mental na Escola: Diversidade na Aprendizagem. Ed. Mediação, Porto Alegre, 2003.

## 12 ANEXOS

## **Anexo 1 - CARTAZ**

---

# Adolescência e HIV

Jovens de 13 a 20 anos



Colaborem!



Participem!

Queremos saber mais sobre vocês!

Respondam ao questionário da pesquisa  
do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

## **Anexo 2 – FOLHA INFORMATIVA**

---



## FOLHA INFORMATIVA

Estamos realizando uma pesquisa para conhecer os adolescentes que vêm ao CTA, como você. Queremos conhecer as características da vida dos jovens que podem influenciar sua saúde, Por exemplo, levando à contaminação pelo HIV, vírus que causa a AIDS.

Para que possamos realizar esse projeto de pesquisa, contamos com sua colaboração anônima, o que quer dizer que seu nome não será escrito em nenhum documento. Para nos ajudar na pesquisa você precisará responder a algumas perguntas que fazem parte da conversa que você terá com um membro da nossa equipe, especialmente treinado para isso e que guardará segredo de suas respostas. Nossa equipe manterá sigilo inclusive em relação à curiosidade de seus pais e/ou professores. Você também responderá, por escrito, a um questionário sem identificação, sobre seu comportamento.

Como você veio até o CTA para realizar o teste do HIV, o que lhe solicitamos é que nos autorize a ter acesso ao resultado do exame, que também será mantido em segredo por nós.

**Repetindo. Suas informações serão mantidas em sigilo. Seus registros não serão identificados e seu nome não aparecerá em nenhum arquivo de dados ou relatório da pesquisa.**

A participação neste projeto é voluntária, e você tem o direito de não participar da mesma. Você poderá fazer perguntas, e receberá respostas, sobre todas as questões que envolvem este estudo.

Se você tem alguma dúvida sobre os seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com a Dra Ana Margareth S. Bassols, Coordenadora deste projeto, pelo telefone 0XX-51-316-8413.

**Obrigada pela sua participação!**

## **Anexo 3 - INSTRUMENTOS**

---



SENHA:

12. Práticas de risco a partir de 1980: **(SE VOCÊ QUISER, VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA QUESTÃO)**

- 1)  Recebeu transfusão de sangue
- 2)  Relação sexual com parceiro masculino sem preservativo (camisinha)
- 3)  Relação sexual com parceiro feminino sem preservativo (camisinha)
- 4)  Relação sexual com profissional de sexo
- 5)  Relação sexual por dinheiro
- 6)  Uso de droga injetável
- 7)  Parceiro sexual com uso de droga injetável
- 8)  Sexo com mais de um parceiro ao mesmo tempo (em grupo)

13. Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses:

- 0)  Zero
- 1)  Um
- 2)  Dois a quatro
- 3)  Cinco a dez
- 4)  Dez ou mais

14. Nos últimos três meses, você fez uso de preservativo (camisinha)?

- 1)  Nunca
- 2)  Poucas vezes
- 3)  Quase sempre
- 4)  Sempre

16. Durante o **último mês**, com que frequência você usou cerveja, vinho, cachaça ou outra bebida?

- 0)  Nenhuma vez
- 1)  Poucas vezes
- 2)  Quase Sempre
- 3)  Todos os dias

17. Durante o **último mês**, com que frequência você usou calmantes (tranquilizantes) ou remédios para dormir?

- 0)  Nenhuma vez
- 1)  Poucas vezes
- 2)  Quase Sempre
- 3)  Todos os dias

18. Durante o **último mês**, com que frequência você usou maconha?

- 0)  Nenhuma vez
- 1)  Poucas vezes
- 2)  Quase Sempre
- 3)  Todos os dias

19. Durante o **último mês**, com que frequência você **cheirou** cocaína?

- 0)  Nenhuma vez
- 1)  Poucas vezes
- 2)  Quase Sempre
- 3)  Todos os dias

20. Durante o **último mês**, com que frequência você **injetou** cocaína?

- 0)  Nenhuma vez
- 1)  Poucas vezes
- 2)  Quase Sempre
- 3)  Todos os dias

21. Durante o **último mês**, com que frequência você fumou crack?

- 0)  Nenhuma vez
- 1)  Poucas vezes
- 2)  Quase Sempre
- 3)  Todos os dias

22. Durante o **último mês**, com que frequência você usou bola/boleta/anfetamina?

- 0)  Nenhuma vez
- 1)  Poucas vezes
- 2)  Quase Sempre
- 3)  Todos os dias

23. Durante o **último mês**, com que frequência você usou loló, lança perfume ou outro tipo de solvente?

- 0)  Nenhuma vez
- 1)  Poucas vezes
- 2)  Quase Sempre
- 3)  Todos os dias

SENHA:

24. Durante os **últimos seis meses**, você se injetou drogas? 0)  Não  
1)  Sim
25. Nos **últimos seis meses**, com que frequência você esteve em um lugar usado somente para usar drogas?  
0)  Nunca  
1)  Raramente  
2)  Várias vezes por mês  
3)  Todos ou quase todos os dias
- A. Com que idade você teve sua primeira relação sexual? 0)  Antes dos 12 anos  
1)  Entre 12 e 14 anos  
2)  Entre 14 e 16 anos  
3)  Entre 16 e 18 anos  
4)  Entre 18 e 20 anos
- B. Se você é do sexo feminino, quantas vezes já engravidou? 0)  Nenhuma  
1)  Uma  
2)  Duas  
3)  Três ou mais
- C. Você já teve (ou fez) algum aborto? 0)  Não, nunca  
1)  Sim
26. Com quantos homens você teve relações sexuais nos **últimos seis meses**?  
0)  Nenhum homem  
1)  Um homem  
2)  Dois ou três homens  
3)  Quatro a seis homens  
4)  Sete a dez homens  
5)  Onze homens ou mais
27. Com quantas mulheres você teve relações sexuais nos **últimos seis meses**?  
0)  Nenhuma mulher  
1)  Uma mulher  
2)  Duas ou três mulheres  
3)  Quatro a seis mulheres  
4)  Sete a dez mulheres  
5)  Onze mulheres ou mais
28. Nos **últimos seis meses**, com que frequência você teve relações sexuais para conseguir drogas?  
0)  Nunca  
1)  Raramente  
2)  Várias vezes por mês  
3)  Todos ou quase todos os dias
29. Nos **últimos seis meses**, com que frequência você deu drogas para alguma pessoa para poder ter relações sexuais com ela?  
0)  Nunca  
1)  Raramente  
2)  Várias vezes por mês  
3)  Todos ou quase todos os dias
30. Nos **últimos seis meses**, com que frequência você recebeu dinheiro para ter relações sexuais com alguém?  
0)  Nunca  
1)  Raramente  
2)  Várias vezes por mês  
3)  Todos ou quase todos os dias
31. Nos **últimos seis meses**, com que frequência você teve que pagar para ter relações sexuais?  
0)  Nunca  
1)  Raramente  
2)  Várias vezes por mês  
3)  Todos ou quase todos os dias

SENHA:

32. Nos **últimos seis meses**, com que frequência você teve relações sexuais com alguém que você sabia (ou ficou sabendo depois) que tinha AIDS ou era positivo para o vírus da AIDS?

- 0)  Nunca
- 1)  Raramente
- 2)  Várias vezes por mês
- 3)  Todos ou quase todos os dias

33. Nos **últimos seis meses**, com que frequência você usou preservativos/jontex/camisinha quando você tinha relações sexuais?

- 0)  Eu não tive relações sexuais nos últimos seis meses
- 1)  Todo o tempo, todas as vezes
- 2)  Quase sempre
- 3)  Quase nunca
- 4)  Nunca

34. Quanto você está preocupado sobre a possibilidade de **já ter sido contaminado** com o vírus HIV ou AIDS?

- 0)  Nem um pouco
- 1)  Um pouquinho
- 2)  Bastante
- 3)  Extremamente

35. Quanto você está preocupado com a possibilidade de que **venha a se contaminar** pelo vírus HIV ou AIDS?

- 0)  Nem um pouco
- 1)  Um pouquinho
- 2)  Bastante
- 3)  Extremamente

36. Quanto você está preocupado com a possibilidade de **transmitir** o vírus HIV ou AIDS?

- 0)  Nem um pouco
- 1)  Um pouquinho
- 2)  Bastante
- 3)  Extremamente

37. Contando com esta, quantas vezes você fez teste para o vírus da AIDS (HIV)? (Marque o número correto)

1 2 3 4 5 ou mais

38. Alguma vez lhe disseram que você **tem** ou **é portador** do vírus da AIDS (HIV)?

- 0)  Não
- 1)  Sim
- 2)  Fiz o teste, mas nunca peguei os resultados

**ESTE QUESTIONÁRIO É CONFIDENCIAL. OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO.**

**PARA USO APENAS DOS PESQUISADORES, NÃO PREENCHER.**

SENHA:

15. Resultado anti-HIV:

- 1)  Positivo
- 2)  Negativo
- 3)  Inconclusivo



Abaixo está uma lista de problemas e queixas que as pessoas às vezes têm. Por favor, leia cada frase cuidadosamente e circule o número que melhor descreve o quanto você está preocupado com aquele problema na **última semana**.

Por favor, escolha **apenas um número** para ser circulado em cada frase.

		Nem um pouco	Um pouquinho	Modera-mente	Bastante	Extre-mente
1	Dores de cabeça	0	1	2	3	4
2	Nervosismo ou tremores internos	0	1	2	3	4
3	Pensamentos não desejados, palavras ou idéias que não deixam sua mente	0	1	2	3	4
4	Desmaios e tonturas	0	1	2	3	4
5	Perda do interesse sexual e prazer	0	1	2	3	4
6	Sentimento de ser criticado por outros	0	1	2	3	4
7	Idéias de que outra pessoa pode controlar sua mente	0	1	2	3	4
8	Sentimento de que os outros são culpados pela maioria de seus problemas	0	1	2	3	4
9	Dificuldade em lembrar coisas	0	1	2	3	4
10	Preocupado com desleixo, com sujeira	0	1	2	3	4
11	Sentir-se facilmente chateado ou irritado	0	1	2	3	4
12	Dores no coração ou peito	0	1	2	3	4
13	Sentir medo em espaços abertos ou nas ruas	0	1	2	3	4
14	Sentir-se sem energia ou lento	0	1	2	3	4
15	Pensamentos de terminar com sua vida	0	1	2	3	4
16	Ouvir palavras que os outros não ouvem	0	1	2	3	4
17	Tremores	0	1	2	3	4
18	Sentimento de que a maioria das pessoas não é confiável	0	1	2	3	4
19	Pouco apetite	0	1	2	3	4
20	Choro fácil	0	1	2	3	4

21	Sentir-se tímido ou desconfortável na presença de alguém do sexo oposto	0	1	2	3	4
22	Sentimento de ter sido "pego" ou "caído" em armadilha	0	1	2	3	4
23	Sentir medo sem motivo e repentinamente	0	1	2	3	4
24	Ataques "de nervos" que você não pode controlar	0	1	2	3	4
25	Sentir medo de sair de sua própria casa sozinho	0	1	2	3	4
26	Culpar-se a si mesmo pelas coisas	0	1	2	3	4
27	Dores nas costas	0	1	2	3	4
28	Sentir muita dificuldade para realizar as coisas	0	1	2	3	4
29	Sentir-se só	0	1	2	3	4
30	Sentir-se triste	0	1	2	3	4
31	Preocupar-se muito pelas coisas	0	1	2	3	4
32	Perder o interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
33	Sentir-se temeroso	0	1	2	3	4
34	Ter seus sentimentos facilmente feridos	0	1	2	3	4
35	Outras pessoas sabem de seus pensamentos íntimos	0	1	2	3	4
36	Sentir que os outros não o entendem ou não são solidários	0	1	2	3	4
37	Sentir que as pessoas não são amigáveis ou não gostam de você	0	1	2	3	4
38	Ter de fazer as coisas muito lentamente para ter certeza de estarem corretas	0	1	2	3	4
39	Sentir o coração "disparando"	0	1	2	3	4
40	Náuseas ou dores de estômago	0	1	2	3	4
41	Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
42	Dores musculares	0	1	2	3	4
43	Sentir-se observado ou sentir que os outros falam sobre você	0	1	2	3	4
44	Dificuldade em pegar no sono	0	1	2	3	4



45	Ter que checar uma ou várias vezes o que faz	0	1	2	3	4
46	Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
47	Sentir medo de andar de ônibus, metrô, trem	0	1	2	3	4
48	Dificuldade com a respiração	0	1	2	3	4
49	Calorões ou calafrios	0	1	2	3	4
50	Ter que evitar algumas coisas, locais ou atividades porque elas o amedrontam	0	1	2	3	4
51	Sentir um vazio na cabeça	0	1	2	3	4
52	Dormência ou formigamento em partes do corpo	0	1	2	3	4
53	Uma bola na garganta	0	1	2	3	4
54	Sentir-se desesperado sobre o futuro	0	1	2	3	4
55	Dificuldade de se concentrar	0	1	2	3	4
56	Sentir-se fraco em certas partes de seu corpo	0	1	2	3	4
57	Sentir-se tenso ou "ligado"	0	1	2	3	4
58	Sentir suas pernas ou braços pesados	0	1	2	3	4
59	Pensamentos sobre morte ou sobre morrer	0	1	2	3	4
60	Comer excessivamente	0	1	2	3	4
61	Sentir-se desconfortável quando as pessoas estão olhando ou falando sobre você	0	1	2	3	4
62	Ter pensamentos que não são seus	0	1	2	3	4
63	Sentir o ímpeto de bater ou machucar alguém	0	1	2	3	4
64	Acordar muito cedo pela manhã	0	1	2	3	4
65	Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar, lavar	0	1	2	3	4
66	Ter um sono que não é repousante ou que é perturbado	0	1	2	3	4
67	Ter o ímpeto de quebrar ou amassar coisas	0	1	2	3	4
68	Ter idéias ou crenças com as quais os outros não compartilham	0	1	2	3	4

69	Sentir-se autoconfiante com os outros	0	1	2	3	4
70	Sentir-se desconfortável em multidões como shoppings ou no cinema	0	1	2	3	4
71	Sentir que tudo é um esforço	0	1	2	3	4
72	Calafrios de terror ou pânico	0	1	2	3	4
73	Sentir-se desconfortável ao comer ou beber em público	0	1	2	3	4
74	Meter-se em discussões freqüentes	0	1	2	3	4
75	Sentir-se nervoso quando é deixado só	0	1	2	3	4
76	Sentir que os outros não dão crédito às suas conquistas	0	1	2	3	4
77	Sentir-se só, mesmo quando está com outras pessoas	0	1	2	3	4
78	Sentir-se tão inquieto que não consegue ficar parado	0	1	2	3	4
79	Sentimentos de inutilidade	0	1	2	3	4
80	Sentir que coisas habituais são estranhas ou irrealis	0	1	2	3	4
81	Gritar ou atirar coisas	0	1	2	3	4
82	Temer desmaiar em público	0	1	2	3	4
83	Sentir que os outros vão tirar vantagem sobre você, se você permitir	0	1	2	3	4
84	Ter pensamentos sobre sexo que estão incomodando você	0	1	2	3	4
85	Pensamentos de que você deveria ser punido por seus pecados	0	1	2	3	4
86	Sentir-se pressionado para fazer as coisas	0	1	2	3	4
87	Pensamentos de que há algo de errado com seu corpo	0	1	2	3	4
88	Nunca sentir-se próximo à outra pessoa	0	1	2	3	4
89	Sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
90	Pensamentos de que há algo errado com sua mente	0	1	2	3	4

senha \_\_\_\_\_



Senha: \_\_\_\_\_

## ESCALA FATORIAL DE AUTOCONCEITO (EFA)

### INSTRUÇÕES:

Cada ser humano tem algo de original, assim, cada um tem uma percepção diferente de si mesmo.

Este é um questionário destinado a verificar a percepção que você tem de si mesmo. Nas páginas seguintes você encontrará uma série de atributos bipolares, colocados nos extremos de uma escala de 7 pontos, que você deverá empregar para se descrever.

Exemplo:

13	Irresponsável	1	2	3	4	5	6	7	Responsável
----	---------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------

Os números da escala significam o seguinte:

1 = se aplica muito

2 = se aplica bastante

3 = se aplica pouco

4 = os dois extremos da escala se aplicam igualmente

5 = se aplica pouco

6 = se aplica bastante

7 = se aplica muito.

Faça um círculo em torno do número que expressa melhor a percepção que você tem de si mesmo.

Exemplo:

13	Irresponsável	1	2	3	4	5	6	7	Responsável
----	---------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------

Esta resposta significa que você se considera muito responsável.

### OBSERVAÇÕES:

- Dê uma resposta para cada atributo, e só uma.
- Responda sinceramente, porém sem pensar demais. A primeira resposta que vem a sua cabeça é sempre a melhor.
- Não passe para a página seguinte antes de terminar a que você já começou, nem volte a consultar as páginas já respondidas.

As suas respostas ficarão totalmente anônimas.

Pode começar.

Senha: \_\_\_\_\_

1	Vingativo(a)	1	2	3	4	5	6	7	Pacífico(a)
2	Desorganizado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Organizado(a)
3	Inibido(a)	1	2	3	4	5	6	7	Desinibido(a)
4	Bravo(a)	1	2	3	4	5	6	7	Manso(a)
5	Tímido(a)	1	2	3	4	5	6	7	Audaz
6	Distraído(a)	1	2	3	4	5	6	7	Atento(a)
7	Anárquico(a)	1	2	3	4	5	6	7	Ordenado(a)
8	Descuidado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Cuidadoso(a)
9	Rebelde	1	2	3	4	5	6	7	Dócil
10	Complexado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Equilibrado(a)
11	Repelente	1	2	3	4	5	6	7	Atraente
12	Preguiçoso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Trabalhador(a)
13	Irresponsável	1	2	3	4	5	6	7	Responsável
14	Brusco(a)	1	2	3	4	5	6	7	Delicado(a)
15	Insociável	1	2	3	4	5	6	7	Sociável
16	Inseguro(a)	1	2	3	4	5	6	7	Seguro(a)
17	Antipático(a)	1	2	3	4	5	6	7	Simpático(a)
18	Enfadonho(a)	1	2	3	4	5	6	7	Divertido(a)
19	Deselegante	1	2	3	4	5	6	7	Elegante
20	Falso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Franco(a)
21	Triste	1	2	3	4	5	6	7	Alegre
22	Instável	1	2	3	4	5	6	7	Estável
23	Indeciso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Decidido(a)
24	Fechado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Aberto(a)
25	Impopular	1	2	3	4	5	6	7	Popular
26	Agressivo(a)	1	2	3	4	5	6	7	Gentil
27	Vacilante	1	2	3	4	5	6	7	Firme



28	Covarde	1	2	3	4	5	6	7	Corajoso(a)
29	Desordenado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Sistemático(a)
30	Desligado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Ligado(a)
31	Bngento(a)	1	2	3	4	5	6	7	Pacífico(a)
32	Passivo(a)	1	2	3	4	5	6	7	Ativo(a)
33	Nervoso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Calmo(a)
34	Solitário(a)	1	2	3	4	5	6	7	Social
35	Desentrosado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Entrosado(a)
36	Traidor(a)	1	2	3	4	5	6	7	Fiel
37	Desatento(a)	1	2	3	4	5	6	7	Atento(a)
38	Retraído(a)	1	2	3	4	5	6	7	Expansivo(a)
39	Imprudente	1	2	3	4	5	6	7	Prudente
40	Indisciplinado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Disciplinado(a)
41	Introvertido(a)	1	2	3	4	5	6	7	Extrovertido(a)
42	Infiel	1	2	3	4	5	6	7	Fiel
43	Desonesto(a)	1	2	3	4	5	6	7	Honesto(a)
44	Desleal	1	2	3	4	5	6	7	Leal
45	Injusto(a)	1	2	3	4	5	6	7	Justo(a)
46	Mentiroso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Sincero(a)
47	Deforme	1	2	3	4	5	6	7	Sexy
48	Descuidado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Alinhado(a)
49	Desgracioso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Esbelto(a)
50	Escasso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Exuberante
51	Desarrumado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Arrumado(a)
52	Feio(a)	1	2	3	4	5	6	7	Lindo(a)

Senha: \_\_\_\_\_