

OS HERDEIROS DA AIDS: COMPREENSÃO DA CONDIÇÃO SOROLÓGICA DE ADOLESCENTES INFECTADOS POR TRANSMISSÃO VERTICAL

Fernanda Cesa Ferreira da Silva¹

Luciana da Costa Basile²

Nalu Silvana Both³

Francisco Arseli Kern⁴

RESUMO:

Este estudo tem o objetivo de explorar como os indivíduos portadores de HIV através da transmissão vertical compreendem a sua situação sorológica, enfocando o pertencimento social e as condições psicológicas dessa população. Trata-se de um estudo qualitativo. Foram realizadas oito entrevistas com adolescentes, na faixa etária de 12 a 16 anos, portadores de HIV por transmissão vertical e pacientes de ambulatórios públicos da cidade de Porto Alegre. Foi utilizada a Análise de Conteúdo na apreciação dos dados. Os resultados desse estudo mostram que quanto antes for a revelação do diagnóstico para o adolescente, mais fácil de ele lidar com o mesmo, tornando simplificada a aceitação do diagnóstico. Foi significativa a culpabilização da mãe pela infecção. Embora possuam uma problemática semelhante, questões como tratamento, conhecimentos sobre a doença, relacionamentos afetivos, rede de apoio e auto-imagem tornam-se singulares a partir de cada experiência.

Palavras-chaves: adolescência; HIV; transmissão vertical; pesquisa qualitativa.

THE HEIRS OF AIDS: THE UNDERSTANDING OF THE SEROLOGICAL CONDITION OF VERTICAL TRANSMISSION BY INFECTED TEENAGERS

ABSTRACT:

This study aims to explore how HIV positive individuals affected through vertical transmission understand their serological situation, focusing on social inclusion and psychological conditions of that population. It is a qualitative study. Eight interviews were conducted with adolescents aged 12 to 16 years, HIV by vertical transmission and patients from public ambulatories in Porto Alegre, RS. In the appraisal of the data it was used the Content Analysis. The results of this study show that, as before is the revelation of the diagnosis, the easier it is for teenagers dealing with the same, making simplified its acceptance. It was significant to blame the mother by infection. Although having a similar problem, issues such as treatment, knowledge about the disease, affective relationships, support network and self-image become natural from each experience.

Key-words: adolescence; HIV; vertical transmission; qualitative research.

¹ Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS.

² Mestre em Serviço Social pela PUCRS. Assistente Social da Sociedade Porvir Científico – mantenedora da Rede La Salle.

³ Mestre em Sociologia pela UFRGS. Psicóloga do Ambulatório de Dermatologia Sanitária do RS.

⁴ Doutor em Serviço Social pela PUCRS. Professor e Coordenador de Graduação da Faculdade de Serviço Social da PUCRS.

Introdução

Ninguém antes deles viveu para contar como é nascer e crescer com AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Segundo dados do Ministério da Saúde, o primeiro caso de transmissão vertical do HIV foi notificado em 1985 (Vermelho, Silva e Costa, 1999), sendo que, nessa época, os bebês infectados não tinham grandes expectativas de vida. Cabe destacar que, no Brasil, a prevalência de infecção pelo HIV em gestantes é de 0,41% / ano, gerando a estimativa de que 12.456 recém-nascidos sejam expostos ao HIV anualmente (Ministério da Saúde, 2007). Sendo assim, a transmissão materno-infantil tem sido uma preocupação mundial, podendo ocorrer das seguintes formas: transmissão durante a gestação (intrauterina); no parto (intraparto); no pós-parto (assistência neonatal e aleitamento). Em relação aos fatores que aumentam o risco da transmissão vertical, pode-se citar a elevada carga viral da gestante, processos inflamatórios placentários, doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções virais (Duncan, 2004).

Segundo Seidl et al (2005), antes do surgimento da terapia anti-retroviral combinada, a taxa de mortalidade por AIDS de crianças soropositivas era elevada, além da freqüente ocorrência de déficits no desenvolvimento neurocognitivo e psicomotor, devido à ação do vírus sobre o sistema nervoso central. Entretanto, conforme salientam Brown e Lourie (2000), com a disponibilidade de tratamento, observa-se a melhoria dos índices gerais de saúde e de desenvolvimento desses pacientes, com redução acentuada da ocorrência de internações e de infecções oportunistas. Com o advento da terapia anti-retroviral, Seidl et al (2005) referem a possibilidade de melhoria da qualidade de vida das crianças portadoras do HIV, de modo que as necessidades de natureza psicossocial passaram a ter novo significado e relevância, tanto para a vida desses indivíduos quanto para a comunidade científica.

Assim, os adolescentes portadores de HIV por transmissão vertical começam a definir a própria identidade, ensaiam uma escolha profissional e experimentam o sexo. Nesse período de passagem da infância para a adolescência, enfrentam um desafio a mais do que para a maioria dos jovens: a AIDS. Tal infecção, embora seja percebida como uma doença crônica, ainda é carregada de mitos, associada à morte, ao preconceito e ao isolamento social (Kern, 2005). Soma-se a isso o fato de que, em geral já órfãos, lidam com os sofridos efeitos colaterais do tratamento e com o dilema de revelar ou esconder que são soropositivos.

Por esta razão, o presente estudo tem o objetivo de explorar como os adolescentes portadores de HIV por transmissão vertical compreendem a sua condição sorológica, enfocando o pertencimento social e as condições psicológicas dessa população.

Método

Em termos metodológicos, este estudo é de cunho qualitativo. Foram entrevistados, individualmente, oito adolescentes da faixa etária entre 12 e 16 anos de idade, portadores de HIV por transmissão vertical, em ambulatórios públicos da cidade de Porto Alegre. Os participantes foram definidos através da indicação dos médicos que os acompanhavam clinicamente, a partir dos seguintes critérios: os adolescentes deveriam estar cientes de sua condição sorológica, bem como deveriam estar acompanhados por um responsável. O instrumento utilizado para coleta de informações foi uma entrevista semi-dirigida, gravada em áudio, transcrita e posteriormente desgravada. As entrevistas foram baseadas nas

seguintes temáticas: reações frente à descoberta do diagnóstico; expectativas e fantasias em relação ao vírus e à adolescência; rede familiar e social; formas de tratamento.

Após a realização das entrevistas, os dados referentes a estas foram apreciados a partir da técnica da Análise de Conteúdo (Bardin, 1991), a qual compreende as fases de pré-análise, exploração do material e análise dos dados. Na pré-análise é feita a classificação das questões trazidas pelas participantes. Na exploração do material é realizada a estruturação dos dados, os quais, ainda brutos, são decompostos em unidades e categorias, sendo posteriormente agrupados sob um título. O tratamento dos dados, por fim, se constitui na interpretação dos resultados, em que são levantadas as possíveis explicações para o fenômeno investigado.

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Os participantes, bem como os responsáveis destes, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram informados a respeito dos seus direitos.

Resultados e Discussão

No momento da análise das informações obtidas, cada um dos participantes recebeu um nome fictício. O quadro exposto abaixo apresenta cada participante, de acordo com suas características:

Nome	Sexo	Idade	Uso de Medicação	Mora com
Andrea	feminino	16 anos	sim	tio materno
Claire	feminino	13 anos	sim	avó materna
Betina	feminino	15 anos	sim	mãe
Joana	feminino	14 anos	sim	namorado
Thiago	masculino	12 anos	não	avó materna
Angela	feminino	15 anos	não	tia materna
Carlos	masculino	12 anos	sim	avó materna
Rosa	feminino	15 anos	sim	mãe

A partir da análise aprofundada das entrevistas, foi possível identificar seis categorias finais, que serão apresentadas a seguir. Serão elucidados alguns trechos das falas dos participantes, propiciando a discussão dos resultados.

Descoberta da doença

Pode-se perceber diferenças no conjunto das entrevistas, com dois padrões de revelação do diagnóstico para os adolescentes. A rotina exigida pelo tratamento, ou seja, idas frequentes a hospitais e ingestão de medicamentos, facilita para a criança a percepção de problemas em sua saúde. Alguns participantes da pesquisa receberam o diagnóstico de seus familiares em uma etapa precoce do desenvolvimento, entendendo que o HIV fazia parte do crescimento e reagindo de forma natural. “Descobriram quando eu tinha 5 anos...agora eu descobri lá pelos 8, 9 anos...porque eu perguntava muito... porque eu tomava aqueles remédios e tal ... daí eu perguntava, comecei a sacar...fui sacando com o passar do tempo...” (Andrea). Entretanto, quando descobrem tardiamente a infecção, percebe-se que não reagem de maneira tranqüila, como evidenciado na fala de Ângela “É

muito confuso... eu to péssima assim... eu tento disfarçar, mas é difícil, é muito difícil tu encarar tudo isso... sabe que não tem cura, é muito difícil... ontem eu não conseguia dormir sabe... às vezes bate assim umas crises que eu não consigo nem olhar para ninguém...eu me sinto uma doente no meio de todo mundo...” Cielsa e Roberts (2001) referem que a depressão é o diagnóstico mais freqüente em pacientes infectados pelo HIV, ou que apresentem AIDS, no que se refere à transtornos psiquiátricos. Segundo os autores, as pessoas infectadas pelo HIV teriam 1,99 vezes mais chances de ter depressão do que os não infectados. Conforme Malbergier (2006), a interferência de fatores emocionais é considerada de risco para aderir menos ao tratamento antiretroviral (bem como ao acompanhamento médico), ocasionando uma progressão mais rápida da doença e o aumento da mortalidade.

Uma questão relevante trata-se da naturalização do HIV para a população adolescente. O recebimento precoce do diagnóstico pode permitir que os adolescentes o percebam como algo que faz parte de seu crescimento. Os participantes do estudo demonstram que não se sentem culpados pela infecção e acabam aceitando o vírus de maneira mais pacífica, sem carregar o estigma que o HIV representa no imaginário social. A fala a seguir revela que ter HIV pode ser equiparado a qualquer outra doença que não venha imbuída de moralidade. “... não, meu irmão só é hiperativo... (respondendo se seu irmão era soropositivo)” (Thiago).

Já que não se sentem culpabilizados pela infecção, atribuem tal culpa à mãe, seja por essa não ter realizado o tratamento profilático ou apenas por ela ter transmitido “*a minha mãe eu quero distância porque eu acho que ela foi muito, muito irresponsável, sabendo que tinha...*” (Ângela). É importante destacar que a revelação da infecção à criança ou adolescente implica a denúncia da infecção da mãe ou de outros aspectos íntimos delicados ou estigmatizados na família (tais como traição, homossexualidade ou uso de drogas realizado pelos pais), o que pode se tornar uma dificuldade para a aceitação do diagnóstico. Nesse sentido, Marques et al (2006) referem os desafios apresentados pelos cuidadores das crianças soropositivas em revelar o diagnóstico para essas, necessitando, muitas vezes, do auxílio dos serviços de saúde para tal tarefa.

Conhecimentos sobre a doença

Nota-se que estes adolescentes recebem informações sobre HIV, visando compreender as características da doença, bem como seus riscos. “*eu tive gripada...quase pneumonia...eles me falavam... tu não pode lavar a cabeça e sair...e agora eu tenho que começar a me cuidar porque uma pneumonia pode ser fatal pra mim...ai eu não me assustei...eu não me assusto...quando eu pego uma gripe eu não me assusto...claro que eu fico pedindo...ai tomara que não seja nada...que seja só uma gripe...ai começa aquele monte de remédio mas daqui a pouco eu já to melhor*” (Andrea).

Nessa direção, Marques et al (2006) assinalam que os adolescentes portadores de HIV empenham-se em descreverem-se como normais, ou seja, o fato de estarem cientes do diagnóstico necessariamente não os faz sentirem-se adolescentes diferentes. Entretanto, por perceberem o vírus como algo natural em suas vidas, acabam não buscando conhecimento suficiente, principalmente no que se refere às formas de transmissão, como é evidenciado a seguir “*só pega quando a gente tá com um machucado na mão e outra pessoa também tá com machucado... daí se demos as mãos daí pega o vírus ... No machucado ... (e) beijando*” (Claire). Pode-se supor que a naturalização da doença não instiga a curiosidade necessária

para que os motivem a procurar as informações corretas, acomodando-se com suas próprias fantasias.

Auto-imagem

A análise das entrevistas demonstrou que os participantes que conhecem seu diagnóstico há mais tempo, possuem um autoconceito positivo, impossibilitando que o HIV distorça a percepção que possuem de si mesmos. Demonstram aceitação da condição sorológica, bem como referem que sentem-se pessoas normais, como exemplificado a seguir: “*eu posso dizer que eu sou uma pessoa feliz, do jeito que eu sou, da maneira que eu sou... porque eu não tenho só AIDS... eu cativeiro as pessoas... todo mundo diz que eu sou muito carismática... que eu converso... mas às vezes eu sou tímida...*” (Andrea). Outro exemplo: “*eu acho uma coisa assim normal, não me sinto diferente... não interfere em nada... eu me sinto normal*” (Betina). Já para os que descobriram a sorologia há pouco, nota-se uma diferença, como é exemplificado na fala de Paula “*... às vezes eu fico com uma raiva de mim, começo a pensar um monte de coisa a meu respeito, eu me revolto*”.

É importante salientar que a adolescência configura-se como um período do desenvolvimento no qual ocorrem importantes mudanças físicas, psicológicas e sociais, caracterizando-se como um momento de transição da infância para a vida adulta (Rocha, 2004). Frente a este contexto, ocorrem também importantes alterações emocionais, vivenciadas de forma muito peculiar para cada adolescente. São despertadas ansiedades relacionadas às perdas infantis acarretadas pela entrada no mundo adulto. De acordo com Aberastury (1981) a adolescência é um processo decisivo no ciclo vital, sendo um período de forte instabilidade emocional, rumo à independência afetiva e consolidação da personalidade.

Segundo Blum (1992), para os adolescentes com doença crônica, como é caracterizada a AIDS hoje em dia, a puberdade pode estar associada à depressão e a rejeição de si próprio, por sentirem-se diferentes das outras pessoas, tanto a nível físico como comportamental. Porém, foi constatado na pesquisa que os adolescentes mostram lidar de forma natural com a infecção, não permitindo que essa interfira na auto-estima. Cabe destacar que os entrevistados denotaram que, quanto mais cedo for a revelação do diagnóstico, mais natural se torna a percepção da doença em suas vidas. Tal aspecto contribui para um melhor desenvolvimento das relações interpessoais, sendo o sentimento da auto-estima influenciado pelas percepções da imagem corporal, sexualidade e intimidade, autonomia, bem como habilidades sociais e cognitivas (Simena, 1992).

Relacionamentos afetivos e rede de apoio

Atualmente, a AIDS não se configura como um problema individual. Kern (2005) refere que a doença corresponde a um fenômeno que atinge não apenas o plano físico do ser humano, mas também a subjetividade destes. Segundo o autor, “*não existe homem individualizado no concreto, pois a sua existência, a sua inserção social se dá na medida em que seu eu é fortalecido no reconhecimento do outro, no significado do estabelecimento das teias de relações*” (p.38). É importante ainda destacar que a AIDS atinge o corpo não apenas como unidade biológica, mas também como portador de marcas da vida social. O corpo humano, como qualquer outra realidade do mundo, é socialmente concebido e, portanto, afetado por intervenientes econômicos, culturais, raciais, políticos, etc (Rodrigues, 1979).

Assim o conhecimento do diagnóstico determina um novo questionamento: a quem contar? A revelação de sua condição sorológica constituiu importante fonte de dificuldades para os jovens, que se mostraram divididos quanto ao que fazer com esse segredo: livrar-se do seu peso, convivendo com os riscos de possíveis rejeições, ou suportá-lo e ter de se haver com os prejuízos dessa escolha. Em alguns momentos, percebeu-se tristeza ou certo grau de inconformismo nos entrevistados, mas a possibilidade de conversar sobre o assunto traz mais facilidade para oferecer conforto, auxiliar no exercício de assumir a própria doença e tratamento. A família e a escola (professores e diretores) apareceram como os principais grupos identificados como parceiros do segredo.

Quanto às relações familiares, foi destacado o sentimento de confiança pelo sigilo do diagnóstico, bem como se sentirem acolhidos e apoiados em suas necessidades. É frequente que os adolescentes sejam criados por parentes próximos, devido ao falecimento precoce dos progenitores. *“Ninguém sabe... só mesmo a minha avó e meu avô e meus familiares”*. (Claire), ou *“acho que foi passando o tempo... as pessoas me tratando com carinho... meu tio-pai” é um homem dócil... às vezes é severo, bravo... mas pra educar precisa... ai eu fui me acostumando...*” (Andrea).

A ampliação da revelação para amigos é relatada, em geral, como uma experiência bastante delicada e difícil. O medo do preconceito é um limitante importante, e muitas vezes este deixa de ser apenas um receio. Há, com efeito, relatos de discriminação, como exemplificado na fala de Andréa *“eu fico mal quando uma pessoa me xinga ou ri... porque muitas pessoas têm nojo até de chegar perto como uma amiga fez... um dia eu contei pra uma amiga e ela ficou espalhando... fazendo fofoca... me magoou bastante... aquilo realmente me magoou... daí agora eu aprendi que eu tenho que conhecer a pessoa, confiar nela... saber com quem eu to lidando”*. Conforme Rocha (2004), no processo da busca da identidade, o adolescente desloca a dependência dos pais para o grupo de companheiros, no qual todos se identificam. Entretanto, adolescentes portadores de HIV podem não conseguir estabelecer uma relação próxima com os pares, em função da dificuldade de identificação com os mesmos. Essa situação pode fazer com que os adolescentes sintam-se mais isolados. Há uma dificuldade em expor a doença para amigos e colegas, pois se envergonham de ser diferentes e de um possível rechaço em função disso.

A revelação do diagnóstico aos parceiros afetivos e/ou sexuais adquire complexidade adicional. Se, por um lado, é reconhecida a necessidade de proteger o parceiro da possibilidade de infecção, por outro, revelar sua condição e ser abandonado apresenta-se como um acontecimento possível e bastante ameaçador. O resultado costuma ser o de deixar para mais tarde a decisão, com visto a seguir: *“eu vou usar preservativo... porque mesmo que eu não tivesse eu ia usar... mas acho que conto...mas só se já tiver junto há um bom tempo...daí tudo bem em contar”* (Rosa).

Tratamento

As entrevistas destacaram que os adolescentes já estão habituados com a rotina exigida pelo tratamento, como Betina *“... eu tomo remédio de manhã e de noite...venho aqui e faço os exames, as consultas eu acho normal porque eu já acostumei...no inicio eu não gostava muito...daí depois eu fui me acostumando ... agora eu já tomo por conta própria”*.

Contudo, em alguns momentos, surge o sentimento de revolta pela responsabilidade precocemente adquirida em função da rigidez nos horários das medicações, bem como

pelos efeitos colaterais algumas vezes apresentados. *“Às vezes é muito chato... a vacina então (referindo-se a medicação injetável)... tem vezes que eu não quero mais tomar porque a vacina deixa nódulos, deixa umas bolas, machuca, dói... que bom que é inverno porque no verão eu não poderia mostrara as pernas porque ficam inchadas ... aí pra eu tomar remédios tem que ter hora pra acordar, pra voltar pra casa... é chato”* (Andrea).

Melchior et al (2007) referem que mesmo os pacientes com maior adesão à terapia antiretroviral para o HIV apresentam momentos de não-adesão, os quais se dão, em geral, no início do tratamento. Nesse sentido, tanto os cuidadores como as equipes de saúde devem estar integradas na tarefa, entretanto, os depoimentos não sugerem um perfil profissional específico mais apropriado para conduzir o tratamento. É importante identificar os vínculos mais significativos para os pacientes e utilizá-los como referência para o planejamento das intervenções.

Projeto de vida

Muitos dos entrevistados revelaram que sentiram e vivenciaram o estigma no momento exato em que descobriram seu diagnóstico. Apesar de todos os avanços no diagnóstico e tratamento, ainda persiste a ideia de AIDS como morte, seja física ou dos projetos de futuro e felicidade, o que tende a afastar o jovem e seus cuidadores do usufruto da sua vida pessoal e social, produzindo enorme dano e sofrimento. Assim, deve-se continuar e ampliar o debate acerca do estigma e discriminação relacionados à infecção pelo HIV, recusando-se ativamente toda exclusão ou restrição baseada no estado sorológico. Segundo Kern (2005), quando, a partir da compreensão de determinado fenômeno ou realidade, busca-se a construção de um novo projeto, faz-se necessário anular o projeto anterior para construir o novo. Tal citação é concretizada na fala de Ângela: *“...sabe quando puxam o teu tapete e tu cai totalmente? Passa muita coisa na minha cabeça. Eu sempre tive o sonho de ser mãe.... e quando eu começar a minha vida sexual? Vai ser horrível! Como é que eu vou ter uma vida sexualmente normal?”*.

Considerações Finais

Em síntese, a repercussão social da transmissão da AIDS ocorrida de mãe para filho ainda é considerada abstrata, pois até o momento não revelou seu impacto. Porém, a existência de uma primeira geração de adolescentes soropositivos contaminados através da gestação nos faz pensar em uma demanda diferenciada. Nesta pesquisa, pode-se iniciar uma aproximação a esses sujeitos que, no decorrer do processo, revelaram necessitar de um novo olhar. A primeira geração de adolescentes que nasceram com AIDS mostra que não há limites para a sobrevivência, fazendo com que haja uma mudança de discurso: a AIDS pode desvincular-se da morte a associar-se à vida.

Estes adolescentes encontram vários meios de sofrer o mínimo possível da presença inevitável do vírus, buscando, na maioria das vezes, culpabilizar a mãe. Nota-se que a figura do pai não é questionada nem atribuída alguma responsabilidade pela infecção. Dessa forma, revela-se que tal culpa pode ser atribuída apenas à mãe pela proximidade na relação existente entre mãe e filho. Além disso, verificou-se a ausência da figura paterna na configuração familiar, o que justificaria a isenção de culpa, visto que esse sujeito já se eximiu de qualquer responsabilidade precocemente: *“meu pai eu não conheci”* (Andréa) ou na fala de Carlos *“eu pensava que meu pai era o pai das minhas irmãs... mas não era”*.

Os adolescentes desse estudo relataram se manter frequentemente à espreita, com o temor permanente que os outros possam ler neles aquilo que eles se esforçam para esconder, por vezes deles mesmos, como evidenciado na fala de Joana: “*quando eu to na casa de quem não sabe, eu tomo os remédios no banheiro*”. Na análise das entrevistas, pode-se perceber que quanto antes for o recebimento do diagnóstico, mais fácil de a criança lidar e se acostumar na adolescência. Entretanto, mesmo que os participantes do estudo demonstrem maior aceitação a até mesmo uma naturalização em relação ao diagnóstico, também evidenciam o conhecimento de que a rede de amigos possa estigmatizá-los.

Entende-se que a soropositividade à AIDS implica uma rearticulação não apenas da vida sexual, mas também da rede de apoio destes indivíduos e de seus projetos de vida. Se levarmos isso em conta, compreende-se melhor o fato que a presença imperceptível de um “corpo estranho” no organismo possa reforçar as questões inerentes à adolescência, tornando-as ainda mais complexas, além de desestabilizar um sistema defensivo já fortemente solicitado.

Referências

- Aberastury, A. (1981). *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Blum, R. Chronic illness and disability in adolescence. (1992). *Journal of Adolescence Health, 13*, 364-368.
- Brito, A. M.; Sousa, J. L.; Luna, C. F.; Dourado, I. (2006). Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Rev. Saúde Pública, 40*, 18-22.
- Brown, L. K.; Lourie, K. J. (2000). Children and adolescents living with HIV and AIDS: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 81-96.
- Cielsa J. A. ; Roberts J. E. (2001) Meta-analysis of the relationship between HIV infection and the risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry, 158 (5)* 725–730.
- Duncan, B. B. ; Schmidt, M. I.; Giugliane, E. R. J. (2004). *Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências*. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kern, F. A. (2005). *As mediações em redes como estratégia metodológica do Serviço Social*. 2ed. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Marques, H. H. S; Silva, N. G.; Gutierrez, P. R., Lacerda, R.; Ayres, J., R., C; DellaNegra, M.; França Júnior, I.; Galano, E.; Paiva, V.; Segurado, A. A. C.; Silva, M. H. (2006). A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. *Cad. Saúde Pública, 22 (3)*, 619-629.

- Malbergier, A. (2006). AIDS e Saúde Mental. *JBA – Jornal Brasileiro de Aids*. 7 (6), 281-287.
- Melchior, R.; Nemes, M. I. B.; Alencar, T. M. D.; Buchalla, C. M. (2007). Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública*. (41), 87-93.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- Ministério da Saúde, Brasil. (2007). *Plano Operacional: Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis*. Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf>. Acesso: 14 out. 2010.
- Rodrigues, J. C. (1979). *O tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Achiamé.
- Rocha, K. B., Moreira, M. C., Oliveira, V. Z. (2004) Adolescência em pacientes portadores de fibrose cística. *Aletheia*, 20, p.27-36.
- Seidl, E. M. F.; Rossi, W. S.; Viana, K. F.; Meneses, A. K. F.; Meireles, E. (2005). Crianças e Adolescentes Vivendo com HIV/Aids e suas Famílias: Aspectos Psicossociais e Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 21 (3), 279-288.
- Simena, G. (1992). Youths with Chronic illness and disability on their way to social and economic participation: A Health-Care Perspective. *Journal of Adolescence Health*, 13, 369-371.
- Vermelho L. L; Silva L. P, Costa A. J. L. (1999). Epidemiologia da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Bol Epidemiol Aids*. 12(3). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Epidemiologia_da_Transmissao_Vertical_do_HIV_no_Brasil.pdf>. Acesso: 14 out. 2010.

Endereço para correspondência:

Fernanda Cesa Ferreira da Silva

Rua: Dr. Timóteo, 1045 / 302. CEP: 90570-041 Porto Alegre, RS

Fones: 51-32221923 / 51-32519797 / 51-98391383

E-mail: fecesa@terra.com.br

Recebido em 02/04/2010.

Aceito para publicação em 13/09/2010.