

As percepções dos jovens e dos profissionais da saúde sobre ao acesso aos serviços de prevenção ao HIV/AIDs

1) Qual o seu gênero?

Masculino

Feminino

Prefiro não responder

Outros

2) Você se considera de qual raça/cor ?

Preta

Branca

Amarela

indígena Parda

Outra

3) Você é uma pessoa transgênero ou travesti?

Sim

Não

Prefiro não responder

4) Em qual bairro você mora?

5) Faz quanto tempo que você estuda no Godofredo?

6) Que lugares você frequenta com seus amigos na região da escola?

7) Que outros lugares que você gosta de frequentar com seus amigos fora da região da escola?

8) Você conhece ou participa de grupos de redes sociais que organizam eventos para jovens?

Sim

Não

9) Você pertence ou já foi membro de qualquer um dos seguintes grupos? (selecione todas as opções que se apliquem)

Vivendo com deficiência (visão, audição, mobilidade, intelectual/de desenvolvimento) de qualquer tipo Membro de um grupo religioso

Refugiada(o) ou requerente de asilo

Trabalhadora(r) migrante (em um país que não o seu de origem)

Encarcerada(o)/em situação de prisão/medida socioeducativa

Criança ou adolescente em situação de Acolhimento institucional

Não frequento e/ou não fui membro

10) Qual Ano/Série estuda atualmente?

8ª ano do Ensino Fundamental

9ª ano do Ensino Fundamental

1º Série do Ensino Médio

2º Série do Ensino Médio

3º Série do Ensino Médio

11) Antes da pandemia da COVID-19, você ou sua família tinha dificuldade para atender suas necessidades básicas (ex., comida, moradia, vestimenta)?

Sim

Não

Algumas vezes

A maior parte do tempo

12) Antes da pandemia da COVID-19, você ou sua família tiveram dificuldades para atender suas necessidades básicas (ex., comida, moradia, vestimenta)?

Sim

Não

Algumas vezes A maior

parte do tempo

13) Você trabalha?

Sim

Não

14) Você ajuda financeiramente na sua casa/a sua família?

Sim

Não

15) Quantas pessoas moram com você? (sem contar com você)

16) Atualmente, você tem relações com uma ou mais pessoas?

Sim

Não

Às vezes/Ocasional

17) Você frequenta alguma Unidade Básica de Saúde?

Sim

Não

18) Em poucas palavras, como você explicaria o que é HIV-AIDs para um(a) amigo(a)?

19) Como teve ou tem acesso à informações sobre HIV/AIDS?
(selecione todas as opções que se apliquem)

Escola

Revistas

Família

Internet

Amigos

Profissionais da saúde

Outros

20) Você conhece alguém que convive com HIV/AIDS?

Sim

Não

Não sei/Não tenho certeza

21) Quais são as formas de transmissão de HIV/AIDS que você conhece?

22) Você acha que você tem que se preocupar com HIV/AIDS?

Sim

Não

Não sei

23) O que você considera como risco de exposição ao HIV/AIDS?

24) Como é feito o diagnóstico do HIV/AIDS?

(selecione todas as opções que se apliquem)

Exame de sangue

Coleta de saliva

Não sei

Outros

25) Você sabe se no Brasil temos exames laboratoriais e testes rápidos que detectam os anticorpos contra o HIV em cerca de 30 minutos?

Sim, temos

Não, não temos

Não sei/Não tenho certeza

26) Os exames para detectar o HIV/AIDs...

a) Podem ser feitos de forma anônima, ou seja, você não precisa dar o seu nome para fazer o exame?

Sim

Não

Não sei/não tenho certeza

b) São feitos gratuitamente?

Sim

Não

Não sei/não tenho certeza

c) São sigilosos, ou seja, o resultado só poderá revelado para outras pessoas com a sua autorização?

Sim

Não

Não sei/não tenho certeza

d) Geram resultados confiáveis?

Sim

Não

Não sei/não tenho certeza

27) Você já fez algum exame de diagnóstico de HIV/AIDS?

Sim

Não

Não sei/não lembro

28) Onde há serviços de saúde oferecidos aos jovens relacionados à prevenção de HIV/AIDS? (selecione todas as opções que se apliquem)

Posto de saúde/UBS

ONG

SAE

CTA

Farmácia

Hospital

Clínica privada

Não sei

Outros

29) Você já usou/buscou/tentou usar algum desses serviços?

Sim

Não

Não sei / Não tenho certeza

30) Como um jovem pode se prevenir do HIV/AIDS?
(selecione todas as opções que se apliquem)

Usar camisinha com o seu parceiro fixo

Usar camisinha com seus parceiros eventuais

Fazer teste regularmente

Não compartilhar seringas

Não ter contato com sangue

Tomar medicamentos antirretrovirais

Não sei

Outros

31) Onde os jovens podem pegar camisinha?
(selecione todas as opções que se apliquem)

Posto de saúde/UBS

Comprar na farmácia

Terminal de ônibus ou metrô

Nenhum lugar

Outros

32) Quais são as estratégias de prevenção que você sugeriria aos seus amigos?
(selecione todas as opções que se apliquem)

Usar camisinha com o seu parceiro fixo

Usar camisinha com seus parceiros eventuais

Fazer teste regularmente

Não compartilhar seringas

Não ter contato com sangue

Tomar medicamentos antirretrovirais

Não sei

Outros

33) Já ouviu falar de PREP?

Sim

Não

34) Já ouviu falar de PEP?

Sim

Não

35) Faz uso de PEP?

Sim

Não

36) Faz uso de PREP?

Sim

Não

37) Você se vê com risco de contrair HIV?

Sim

Não

Talvez, não tenho certeza

38) Você acha que a pandemia da COVID-19 mudou o seu dia-a-dia e dos jovens próximos a você?

Sim

Não

Talvez, não tenho certeza

39) Se sim ou talvez, explique como ou dê exemplos

Ficha relacional

Você frequentou alguns desses lugares nos últimos dois anos para receber informações ou serviços relacionados com a prevenção ao HIV/AIDS? Se sim, indique qual deles frequentou.

Escola: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

UBS: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Sites da internet: Quais sites

CAPS: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

CAPS AD - Álcool/Drogas: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Centros de Convivência e Cultura: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

CEU: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Comunidades Terapêuticas: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Conselho Tutelar: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Cooperativas, emp. economia solidária ou iniciativas geração de emprego e renda:

CRAS (Centro de Referência em Assistência Social): Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social): Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Equipe de Consultório na Rua: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Hospital Geral: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Espaços religiosos: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Núcleo de Apoio à Equipe de Saúde da Família: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

ONGS: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Órgãos de justiça (Defensoria, TJDF/TJSP, Ministério Público): Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Polícia: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Serviços de Atenção Especializada em DST/AIDs (SAE): Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

SAMU 192: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

Unidade de Acolhimento: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)

UPA 24 horas ou pronto-socorro/urgência: Nome do local (pode ser mencionado quantos nomes forem necessários)