

Adolescentes que vivem com HIV/aids: experiências de sexualidade

Adolescents living with HIV/AIDS: sexuality experiences

Adolescentes que viven con el VIH/SIDA: experiencias de sexualidad



Graciela Dutra Sehnem^a

Eva Neri Rubim Pedro^b

Lúcia Beatriz Ressel^c

Maria Eduarda Deitos Vasquez^a

Como citar este artigo:

Sehnem GD, Pedro ENR, Ressel LB, Vasquez MED. Adolescentes que vivem com HIV/aids: experiências de sexualidade. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0194. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0194>.

RESUMO

Objetivo: Analisar as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade.

Método: Pesquisa qualitativa realizada em um Serviço de Atendimento Especializado, de um município do Rio Grande do Sul, com 15 adolescentes que vivem com HIV/aids, no ano de 2014. Utilizou-se entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio da proposta operativa de Minayo.

Resultados: As primeiras interações afetivas dos adolescentes foram experienciadas por meio do ficar e namorar, fortemente, influenciadas pela valência diferencial de gênero nas construções familiares. As experiências de relações sexuais foram decorrentes da dimensão afetiva do relacionamento e não se davam sem preocupação para os adolescentes. Administrar a condição de soropositividade em seus relacionamentos afetivos mobilizava o seu cotidiano.

Conclusão: O aprendizado da sexualidade extrapola o acesso às informações, decorrendo das experiências vivenciadas, do momento e dos distintos cenários em que elas se inserem.

Palavras-chave: Sexualidade. Síndrome da imunodeficiência adquirida. Saúde do adolescente. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the experiences of adolescents living with HIV/AIDS about sexuality.

Method: Qualitative research carried out in a Specialized Care Service of a municipality, of Rio Grande do Sul, with 15 adolescents living with HIV/AIDS, in the year of 2014. A semi-structured interview was used. The data was analyzed using Minayo's operative proposal.

Results: The first affective interactions of adolescents were experienced through hooking up and dating, strongly influenced by the differential valence of gender in family constructions. The experiences of sexual relations were due to the affective dimension of the relationship and were not given without concern to the adolescents. Managing the condition of seropositivity in their affective relationships mobilized their daily lives.

Conclusion: The learning of sexuality extrapolates the access to information, resulting from the multiple experiences lived, the moment and the different scenarios in which they are inserted.

Keywords: Sexuality. Acquired immunodeficiency syndrome. Adolescent health. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las experiencias de adolescentes viviendo con VIH/SIDA sobre la sexualidad.

Método: Investigación cualitativa realizada en un Servicio de Atención Especializada de un municipio del Rio Grande do Sul, con 15 adolescentes viviendo con VIH/SIDA, en el año de 2014. Se utilizó entrevista semiestructurada. Los datos fueron analizados a través de la propuesta operativa de Minayo.

Resultados: Las primeras interacciones afectivas de los adolescentes se experimentaron a través del ficar y namorar, fuertemente influenciadas por las diferencias de género en las construcciones familiares. Las experiencias de relaciones sexuales se debieron a dimensión afectiva de la relación y no se dieron sin preocupación a los adolescentes. El manejo de la condición de seropositividad en sus relaciones afectivas movilizaba su vida cotidiana.

Conclusión: El aprendizaje de la sexualidad excede el acceso a las informaciones, derivándose de las múltiples experiencias vivenciadas, del momento y de los distintos escenarios en que se insertan.

Palabras-clave: Sexualidad. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Salud del adolescente. Enfermería.

^a Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Curso de Enfermagem. Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A evolução da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) no Brasil apresenta múltiplas dimensões, de caráter social, cultural, político, econômico, clínico e epidemiológico. Após mais de três décadas, o país tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade, como é o caso da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) na população jovem, que tem apresentado tendência de aumento⁽¹⁾.

No processo de adotar a condição de cronicidade da aids, o adolescente vivencia um cotidiano que é permeado por questões como a adesão à terapia antirretroviral, as relações familiares, o silêncio e a revelação do diagnóstico, a orfandade, a adolescência em instituições como casas de apoio, a sexualidade, entre outras⁽²⁾.

Pouco se fala do exercício positivo da sexualidade na adolescência, de sua dimensão amorosa, de intimidade e de experimentação, sendo que, na maioria das vezes, é definida pela literatura do campo da saúde como natural e perigosa⁽³⁾. A vivência da sexualidade na adolescência aparece geralmente associada a questões como gravidez não planejada, aborto, risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis e o HIV, entre outras.

No processo de adotar a condição de cronicidade da aids, o adolescente vivencia um cotidiano que é permeado por questões como a adesão à terapia antirretroviral, as relações familiares, o silêncio e a revelação do diagnóstico, a orfandade, a adolescência em instituições como casas de apoio, a sexualidade, entre outras⁽²⁾.

As aspirações e necessidades do adolescente que vive com HIV/aids tendem a ser restringidas, por eles mesmos ou por pessoas com quem convive, se comparadas com aquelas de outros adolescentes de sua idade. Mesmo em condições sociais produtoras de alto grau de vulnerabilidade, os adolescentes serão sempre, em alguma medida, sujeitos de sua sexualidade, não cabendo, portanto, buscar mecanismos para controlar a sua experiência sexual⁽⁸⁾.

Diante desse contexto, este estudo tem como questão de pesquisa: Como os adolescentes que vivem com HIV/aids experienciam a sexualidade? Para responder a essa indagação, o estudo objetivou analisar as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade.

■ MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo⁽⁹⁾, resultado de uma tese de doutorado⁽¹⁰⁾ apresentada no ano de 2014. O cenário investigativo foi o Serviço de Assistência Especializada (SAE) de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. Neste serviço são realizados o atendimento e o acompanhamento de adolescentes que vivem com HIV/aids deste município e de alguns outros da região oeste do estado. Além disso, o referido município ocupa o 6º lugar em casos de aids, no Brasil, dentre aqueles com mais de 100 mil habitantes⁽¹⁾.

Os participantes foram 15 adolescentes que vivem com HIV/aids em acompanhamento no SAE. Ressalta-se que o número de sujeitos que participam desta pesquisa foi determinado de acordo com o critério de saturação dos dados⁽⁹⁾.

Os critérios de inclusão foram: viver com HIV/aids, ter idade entre 10 e 19 anos (conforme definição da OMS e critério adotado no Brasil pelo Ministério da Saúde) e estar em acompanhamento no referido SAE. Foram excluídos da pesquisa os adolescentes que não tinham conhecimento do seu diagnóstico, pois haveria risco de rompimento de sigilo do diagnóstico, o que poderia resultar em danos aos depoentes. Para saber se o adolescente conhecia ou não seu diagnóstico, buscou-se essa informação junto aos familiares e profissionais do serviço.

Para seleção dos participantes, inicialmente foi realizada uma busca nos prontuários do SAE. O primeiro contato com os adolescentes e as suas famílias ocorreu por intermédio dos profissionais de saúde do serviço, informando sobre o estudo e solicitando a autorização para que a pesquisadora os contatasse.

A coleta das informações se deu por meio de entrevista semiestruturada, composta pelas questões: Você está “ficando” ou namorando? O que é bom e o que não é nestes relacionamentos? Quem esclarece suas dúvidas sobre sexualidade? A sua sexualidade mudou depois que você descobriu a sua condição de saúde? Os dados sociodemográficos coletados passaram por: idade; escolaridade; forma de infecção; pessoas com quem reside; idade de descoberta do diagnóstico; renda, escolaridade e profissão dos pais ou cuidadores.

Previamente à entrevista, os adolescentes maiores de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enquanto os menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento e seus pais ou responsável legal o TCLE. A coleta das informações foi realizada no local de preferência dos adolescentes, no SAE (13 participantes) ou em domicílio (dois participantes). Em ambos locais assegurou-se a privacidade dos participantes. As entrevistas

foram gravadas em áudio em gravador digital e transcritas na íntegra.

Para análise dos dados adotou-se a proposta operativa de Minayo⁽⁹⁾. O primeiro nível se refere à fase exploratória, quando se buscou o conhecimento do contexto do grupo estudado. Em seguida, percorreu-se o segundo momento, denominado de interpretativo, que dividiu-se em duas fases: a ordenação e a classificação dos dados. Na ordenação foram transcritas e organizadas as falas e na classificação realizou-se a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e construção do relatório com a apresentação dos resultados.

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução nº. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, CAAE 15126813.4.0000.5347. Como garantia ao anonimato dos participantes, os adolescentes foram identificados pela letra A seguida de números: A1, A2, A2 (...) A15.

■ RESULTADOS

No que se refere a caracterização dos participantes do estudo, dos 15 adolescentes, 10 eram do sexo feminino, e cinco, do sexo masculino. Todos foram infectados por transmissão vertical do HIV e estavam em uso de medicamentos antirretrovirais. Com relação à idade, encontravam-se na faixa etária dos 11 aos 19 anos. No que se refere à escolaridade, 12 adolescentes apresentavam o ensino fundamental incompleto, e, destes, dois não estavam frequentando a escola no período da coleta das informações; e três tinham o ensino médio incompleto.

Os adolescentes eram provenientes de famílias de classes populares, com renda de até um salário mínimo por mês. No que tange à estrutura familiar, muitos passaram por um processo de desestruturação familiar após a perda dos pais biológicos, tendo em vista que seis adolescentes apresentavam ambos os pais falecidos; seis adolescentes, a mãe falecida; dois adolescentes, o pai falecido; e um adolescente não tinha contato com os pais, portanto desconhecia essa informação. A partir desse contexto, relatado pela maioria como permeado de perdas e de sofrimento, seis adolescentes viviam com os avós, principalmente maternos, dois viviam com a mãe biológica, três viviam com famílias adotivas, um vivia em uma casa de apoio, dois viviam com parceiros e apenas um vivia com ambos os pais biológicos. Ressalta-se que, dos 15 adolescentes, quatro apresentavam pai ou mãe em situação prisional e seis conviviam com pais ou familiares usuários de álcool e/ou outras drogas. A maioria dos adolescentes convivia com ir-

mãos maternos e paternos, no entanto alguns só sabiam de sua existência.

O processo de análise das informações resultou em três categorias: Experiências de interações afetivas, Experiências de relações sexuais e Dilemas vividos na revelação da condição nas relações afetivas.

Experiências de interações afetivas

Os adolescentes assinalaram a transitoriedade das interações afetivas, as quais constituem possibilidade de autoconhecimento e construção da autonomia.

Eu nunca fiz nada [relação sexual], foram só beijinhos. Sempre fico nervosa quando vou beijar alguém. Já fui apaixonada por um guri, mas agora estou gostando de outro (A3).

Já fiquei com um monte, namorar eu não gosto. Quando eu fico com uma guria eu não fico com mais ninguém, para ela confiar em mim. Eu gosto de uma guria, mas ela só quer amizade comigo (A8).

Eu nunca fiquei com ninguém, tenho um pouco de vergonha. A primeira vez vou ficar nervoso, porque não sei como é a sensação. Eu gosto de uma guria lá do colégio, mas tenho medo de chegar nela e ela não gostar de mim (A7).

A primeira vez que eu fiquei tinha doze anos, fiquei com muita vergonha. Não gostei de ficar com ele. Ele não foi legal comigo, espalhou para todo mundo. Depois namorei com outro guri, mas não transei com ele (A4).

Também, dicotomizaram o ficar do namorar. O ficar é classificado como uma modalidade de interação afetiva caracterizada pela superficialidade e pela ausência de compromisso. Os depoimentos indicam que esse tipo de interação traz para os jovens certa descontração no que se refere aos códigos estabelecidos para as relações de namoro.

Namorar é ficar um bom tempo juntos. Já ficar, fica um dia com uma pessoa, outro dia com outra. No namoro a gente leva nosso parceiro para conhecer nossos pais. É bom namorar para ter um companheiro que esteja perto na hora da tristeza ou da felicidade (A13).

No ficar a gente só fica uma vez e não quer saber mais. Namorar tu fica todos os dias com a mesma pessoa e ela está sempre te tratando com carinho. É bom namorar para ter uma pessoa que te entenda. O chato de namorar é ter que

mentir sobre o que a gente tem [aids], quando não tem confiança para contar (A1).

O que é legal de namorar é sentir o amor das pessoas, é ter uma companheira para compartilhar as coisas da vida. Ficar não é legal, porque não tem amor pela pessoa (A7).

Ficar é melhor, porque não responsabilidade e nem compromisso. Estou ficando com uma guria, mas não quero namorar, não quero compromisso sério. Para namorar tem que ter confiança, tem que gostar da pessoa. Namorar a responsabilidade é bem maior (A10).

O namoro foi entendido, pelos adolescentes, como um relacionamento mais sério, que supõe compromisso e fidelidade, e onde a intimidade física ganha espaço, no conhecimento de si e do outro, podendo ser seguida pela iniciação da relação sexual.

No namoro pode transar, ficar já não pode transar. No namoro o homem tem que ser fiel à mulher e a mulher tem que ser fiel ao homem. A gente tem que ter confiança no parceiro ou na parceira (A13).

Namorar é bem diferente, tem que ter mais responsabilidade. Quando a gente namora as gurias já querem transar e a gente não quer. Quando a gente fica, só se beija e se abraça (A8).

Ficar não tem compromisso com ele, mas namorar já tem outras coisas. A minha amiga falou que primeiro ficou, depois namorou e transou (A3).

A partir dos relatos dos adolescentes verificou-se como operam, nas experiências acerca da sexualidade, os diferentes modelos de masculinos e femininos, que reforçam estereótipos de masculinidade e feminilidade. Esses elementos podem ser mais bem percebidos nas diversas formas como significam as relações afetivas para as meninas e os meninos, revelando a valência diferencial de gênero. Nos diálogos apresentados a seguir isso pode ser observado:

A guria gosta de namorar, o guri não é muito disso. O guri fica com várias para se mostrar para os outros, para ficar com a fama de masculinidade. As gurias se apaixonam e querem ter seus compromissos mais rápido (A5).

Os gurus querem ter fama de pegador. Tem muitos que são assim lá no colégio. Ficam me perguntando com quem eu fiquei, eu invento e digo que fiquei com uma guria lá, para não ser o único que nunca ficou (A7).

Os gurus não gostam de ter uma relação séria. Quanto mais ficientes eles tiverem, mais transas eles conseguem. As gurias não gostam só de ficar, porque isso não tem graça. Elas são carinhosas, se apaixonam mais (A11).

É possível extrair das falas a distinção de gênero nas abordagens que os pais ou os avós realizavam com os meninos e as meninas acerca das questões relativas à sexualidade. Nas famílias dos adolescentes, clarifica-se a diferenciação de condutas e controles, estando a construção da sexualidade feminina mais restrita às proibições, às limitações, à negação da sua existência; enquanto que a masculina é mais incitada à liberdade e à experimentação. Essa polaridade nas orientações relativas à sexualidade pode ser percebida nas próximas falas:

Com os gurus é diferente. Para nós falam: Se cuidem, gurias. Para eles é: coloquem camisinha para não pegar doenças. Os pais não proibem os meninos, proibem as meninas (A2).

Para os gurus tudo pode e para a gente nada. A gente tem que ter limite, tem que ter sempre uma conversinha para explicar, tem que ficar sempre atenta, em alerta. Tenho uma colega que já namorou todos e a vó falou: que horror uma guria bonita estar assim. Aí eu perguntei: para os gurus nada fica feio, só porque eles são homens? Não concordo com isso (A1).

Com as gurias é diferente, porque são meninas. A vó diz para elas: Vocês tem que se cuidar para não engravidar. A vó fica com a pulga atrás da orelha com elas, comigo é bem tranquilo (A10).

Percebe-se, nas falas, a presença de uma postura represiva que permeia o diálogo entre os pais ou cuidadores e os adolescentes, podendo isso, por vezes, desencadear conflitos e, até mesmo, intimidar os adolescentes a procurar na família orientações no que tange às questões relativas à sexualidade. A seguir essa descrição pode ser observada:

Não estou namorando porque meu pai não deixa, ele fala que sou muito nova. Fico com os gurus escondida na escola, porque ele não deixa eu sair muito (A12).

Eu comecei a namorar escondido da minha mãe, mas a minha irmã contou para ela. Quando a mãe viu eu conversando no celular com ele, ela pegou o celular e quebrou de brava, ela me deixou de castigo (A11).

Quando conheci um guri, minha irmã mais velha brigou comigo e disse que não era para falar mais com ele. [...]

Menti várias vezes para ela. Até tenho vontade de contar essas coisas, mas não conto nada, porque tenho medo que ela brigue comigo e me bata (A4).

Os adolescentes estão experienciando as primeiras interações afetivas por meio do namoro e das situações que esta geração chama de “ficar”. A sexualidade, para eles, trata-se de um longo percurso que atravessam permeado por carícias, desvelamento gradativo do próprio corpo e do corpo do outro, conversas, dúvidas, medos e descoberta de sensações e sentimentos novos. Faz-se contínua no aprendizado que se instaura pautado pela experimentação das diversas dimensões que a permeiam e pela interiorização dos valores sociais, familiares e de gênero.

Experiências de relações sexuais

Onze adolescentes afirmaram não ter experienciado relações sexuais e que a decisão desta iniciação tinha como critério o momento considerado por eles certo. O momento certo seria aquele em que existisse amorosidade no relacionamento e confiança. A questão da confiança surgiu para a manutenção do sigilo do diagnóstico e, também, especialmente no caso das meninas, para que a virgindade não saísse da esfera privada para a pública. Ainda anunciaram que, caso a experiência da primeira relação sexual aconteça permeada por todos estes condicionantes, ela pode ser vivenciada de forma mais tranquila.

Tem que ser com alguém especial, que faça parte da minha vida, que goste de mim, que me apoie nos momentos tristes e felizes (A13).

A primeira transa tem que ser com amor, amizade. Não pode ser só uma transa qualquer. Se não tiver amor eu vou ficar mais nervoso e com amor mais à vontade (A7).

Eu parei de namorar porque ele queria transar comigo e eu não queria. Eu achava que não era a hora ainda, tinha medo que ele contasse para todo mundo que eu sou virgem (A1).

A primeira vez vou ficar bem ansiosa. Tenho que estar gostando dele. Tem que ter amor, paixão e confiança para contar da doença (A6).

As questões de gênero estão presentes nos discursos dos adolescentes, também relacionadas à iniciação das relações sexuais, e se mostram fundamentais nas decisões que cercam a iniciação dessa prática. As motivações dife-

renciadas para o engajamento na vida sexual de homens e mulheres são fruto da construção de suas identidades masculinas e femininas baseadas nas relações de gênero, como pode ser percebido a seguir:

Tem que ser com alguém que eu esteja namorando. Antes de rolar, em primeiro lugar, tenho que confiar nele e ver se ele gosta de mim. Já chegamos perto (A1).

O guri faz [relação sexual] por fazer, para ter quantidade. A guria faz [relação sexual] porque gosta do cara. É diferente com as meninas, os pais delas tentam proteger mais, os meninos nem contam para os pais (A5).

O guri quer muito isso [relação sexual], porque ele é homem, é mais macho, precisa disso. Lá no colégio tem uns que falam com quantas fizeram, para mostrar que são mais homens (A8).

Para o guri transar sinceramente tanto faz estar ficando ou namorado, para mim não precisa estar namorando. Só ficando pode rolar. Não precisa ter compromisso com a guria para transar, tem que ter atração por ela (A10).

Percebeu-se que o envolvimento em relacionamentos afetivos não se dava sem preocupação para os adolescentes participantes deste estudo, o que se traduzia em cuidado com o outro. Em seus discursos revelaram a consciência da importância da utilização do preservativo para não infectar seus parceiros ou suas parceiras e de dialogar com eles sobre a sua condição sorológica. Além disso, ressaltaram as consequências que a gravidez poderia ter na vida deles e todas as responsabilidades que dela advêm. As próximas falas caracterizam essa descrição:

Eu tenho HIV, então tenho o compromisso de usar camisinha. Não posso passar para os outros. Não quero que ela engravide, se eu estiver estudando vou ter que parar de estudar e começar a trabalhar. Tem que ter compromisso com o filho (A7).

Eu não quis mais ficar com ele, porque eu tenho medo de tudo, de fazer algo errado, da camisinha estourar e ele pegar, também, o HIV (A1).

Eu usaria camisinha para ela não pegar, por me preocupar com ela. Acho que primeiro de tudo, se tiver confiança, tem que contar as coisas [sobre o HIV], porque não adianta contar depois de fazer (A5).

Às vezes eu lembro, às vezes ela lembra, sempre um de nós lembra. Ela pede para ir sem camisinha, mas não aceito. Fico com medo de estourar a camisinha. Não quero deixar ela doente de aids. Sempre fico pensando nisso na hora H [relação sexual] (A14).

Observou-se que, entre os adolescentes, havia um conhecimento internalizado sobre a relação entre o sexo e os riscos de contrair alguma infecção sexualmente transmissível, pois pareceram bem conscientes da necessidade de se proteger de outras infecções.

Eu vou usar camisinha, porque ela pode ter outras doenças. A que eu tenho pode se juntar com a dela e pode ficar pior ainda (A8).

Numa balada, por exemplo, eu não vou saber se ela tem alguma doença. A primeira vez que a gente olhar a pessoa não vai saber quem tem doença e quem não tem. Se eu usar camisinha e ela tiver, não passa para mim (A7).

Tem que usar para se proteger de outras doenças, tipo gonorréia e sífilis, e se proteger de uma gravidez (A14).

Além disso, alguns adolescentes discutiram as dificuldades encontradas, por si próprios ou pelos amigos daqueles que ainda não se haviam iniciado sexualmente, no manejo do uso preservativo nas relações sexuais. Tais dificuldades estão associadas à crença de que tanto o método masculino quanto o feminino diminuem o prazer sexual. As próximas falas ilustram essa descrição:

Os guris não gostam de usar camisinha, acho que pode apertar por causa do elástico. Mas, comigo, se não colocar não rola (A12).

Eles não se esquecem, não usam [preservativo] porque não querem mesmo, porque acham chato ficar com aquilo grudado nas partes íntimas. A camisinha da mulher fica esquisito de usar, é muito grande aquele negócio, maior do que a dos homens. Acho que é desconfortável (A13).

Eles dizem que incomoda, que aperta. A minha amiga me contou que quando mandou ele botar [o preservativo] ele disse que não iria, que preferia ficar sem, porque incomoda (A3).

Outra questão significativa revelada foi o fato de que, embora os adolescentes tenham o conhecimento do preservativo e reconheçam sua importância, não o utilizam

em todas as relações sexuais. Isso pode advir do entendimento do sexo como algo espontâneo, da dificuldade de negociação entre os sexos, da pouca comunicação entre os parceiros e do estabelecimento de relações estáveis. Seguem-se as falas que sinalizam esses achados:

Eu e meu namorado não usamos camisinha. Na primeira vez que a gente transou ele já sabia do HIV. Nós não conversamos sobre isso, ele não puxa conversa, não dá abertura. Ele sabe dos riscos, mas ele não gosta, fala que diminui o prazer. Ele não fez o teste, fala que não está preparado (A2).

Teve uma vez só que eu não coloquei [preservativo]. Sei que tenho que usar, mas é chato, porque esfria a relação. Tem que começar tudo de novo quando para a relação para botar (A14).

Os adolescentes anunciaram que a iniciação sexual não pode ser entendida simplesmente como a primeira relação sexual, mas como um percurso que atravessam de forma não linear, com regras próprias a serem respeitadas ou reafirmadas, com recuos e avanços, experimentações e escolhas. Foi possível identificar que estavam sujeitos às normas sociais que regem a construção da sexualidade, largamente influenciada pelas relações de gênero.

Dilemas vividos na revelação da condição nas relações afetivas

Os adolescentes descreveram a necessidade de ter confiança para contar seu diagnóstico, como pode ser evidenciado nos depoimentos a seguir:

Teria que conhecer bem para contar. Se eu casasse, aí eu iria contar, porque é questão de respeito não enganar os outros. Teria que sentir muita confiança e ser alguém que gostasse de mim, que soubesse o que é a doença, porque não é nenhum monstro (A12).

Eu precisei de um tempo para contar. Primeiro eu fiquei bastante com ele, beijei e namorei bastante, aí eu resolvi contar. Eu sempre trancava na hora de falar, o dia que fui falar para ele sentia um nó na garganta. Conteí que meus pais biológicos morreram quando eu era pequena. Comecei a me abrir com ele, falei do HIV. Foi o único que eu conteí (A3).

Eu ainda não conteí para o meu namorado, porque recém conheci ele. Tem que ter amor e confiança para con-

tar. Tenho medo que se a gente terminar ele saia falando para todo o mundo. Eu nunca confiei em ninguém para contar (A9).

O preconceito, por vezes vivido, por vezes introjetado, representado pelo estigma reflete-se ainda na revelação do diagnóstico para os parceiros afetivos e/ou sexuais. Desse modo, os adolescentes enfrentam o desafio de imaginar a vida futura com medo do abandono. As falas abaixo demonstram essa descrição:

As pessoas têm muito preconceito, porque não conhecem, não sabem, quem não tem não conhece. Está na televisão, toda hora, mas não prestam atenção (A12).

Se a minha madrasta não tivesse se intrometido e contado para ela [namorada], eu contaria. Precisa de confiança, coragem e sorte, porque vai que ela termine comigo e espalhe para todo mundo. Posso começar a ficar sem ninguém (A14).

Para contar tem que estar namorando e muito sério. Às vezes, a gente não conhece direito a guria quando está só ficando e ela pode sair falando. Teria medo que ela me deixasse por causa disso e que tivesse preconceito comigo (A10).

Algumas adolescentes, entretanto, encontraram namorados que as apoiaram, o que se revelou pelo incentivo ao uso correto da medicação e pela aceitação da condição sorológica, como está descrito nos próximos relatos:

Tinha medo de contar para o menino que eu namorava, mas não queria mentir para ele. Sempre me abri com ele. Ele disse assim: eu te dou a maior força para tomar os remédios direitinho. Ele me deu bastante apoio, dizia para mim me cuidar (A3).

Contei e ele me aceitou como eu sou. Foi quando comecei a namorar que contei. Tive muito medo antes de contar para ele, de que ele fizesse alguma coisa comigo, fizesse algum mal para mim (A2).

Uma situação preocupante identificada, no presente estudo, foi a revelação, pela família, do diagnóstico aos namorados e namoradas dos adolescentes. Essa situação foi relatada com certo descontentamento e revolta pelos adolescentes, como anunciam a seguir:

Minha mãe que contou para a minha namorada. Ela foi na casa dos pais dela [namorada] e a primeira coisa que

falou é: ele tem HIV. Ela disse que mesmo sabendo não iria mudar nada, que gostava de mim e iria me apoiar (A14).

Meu padrasto falou na cara dura para ele [namorado]. Não queria que soubesse assim. Na hora que ele descobriu me deu medo que ele fosse embora. Ainda bem que meu namorado aceitou. (A11).

Administrar a condição de soropositividade em seus relacionamentos afetivos é uma das questões que mobiliza o cotidiano dos adolescentes. Mesmo namorando, predominou a opção de não comunicar imediatamente seu diagnóstico, devido ao medo da rejeição. Alguns, entretanto, encontraram namorados que os apoiaram.

■ DISCUSSÃO

Os depoimentos dos adolescentes destacaram diversas formas de relacionamentos vivenciadas em seus cotidianos, caracterizadas por ficar e namorar. Essas modalidades, distinguidas com clareza entre os adolescentes, desvelam-se tanto em relações pautadas na fidelidade mútua e no sentimento de confiança, quanto aquelas basicamente instantâneas e momentâneas, sem continuidade ou aprofundamento na vida dos adolescentes.

Tais interações afetivas sinalizam, sobretudo, a vontade de se relacionar de um jeito próprio e abrir-se a experiências⁽¹¹⁾. É por meio destas interações que os adolescentes que vivem com HIV/aids se deparam com suas potencialidades e fragilidades, lidam com as situações imprevistas, se defrontam com suas limitações e lançam mão das possibilidades que lhes surgem, em um processo contínuo de conhecimento de si e do outro e de construção da autonomia⁽¹¹⁻¹²⁾.

Nas relações afetivas caracterizadas pelo ficar, não é costumeiro o vínculo entre os adolescentes, que, na maioria das vezes, se separam sem a perspectiva de um novo encontro⁽¹³⁾. Já o namoro, parece ocupar uma dimensão mais profunda na vida dos adolescentes, pois além de beijos e abraços, é a partir desta experiência que estabelecem um compromisso e vivenciam a iniciação sexual⁽¹³⁾.

A experiência da relação sexual é dimensionada pelos adolescentes que vivem com HIV/aids como um rito de passagem para a vida adulta, cujo momento ideal relaciona-se à "sensação" de maturidade. Para tanto, a iniciação sexual destes adolescentes os coloca como autores de seus atos, exigindo atitudes responsáveis, tomadas de decisão e, conseqüentemente, responsabilização pelos mesmos, inserindo-os em um universo de maior maturidade. Tais achados coadunam com os resultados de pesquisa realizada com adolescentes canadenses que vivem com essa

condição⁽¹²⁾, os quais consideraram necessária uma maior maturidade para experimentar a primeira relação sexual.

Entre adolescentes que vivem com HIV/aids, a sexualidade, também, se apresenta como uma das esferas de aquisição de autonomia individual em relação à família de origem. Nessa fase, representações, valores e comportamentos relativos à sexualidade e aos papéis de gênero são estruturados, na medida em que meninos e meninas começam a experimentar relações afetivas que ampliam seu universo de vínculos para além da família⁽¹²⁾.

Percebe-se que, no meio familiar, esta, é entendida a partir de uma dimensão reprodutiva, sendo os meninos estimulados a comportamentos liberais e à iniciação sexual, ao contrário das meninas, mantidas alheias a esse conhecimento e estimuladas à preservação de sua virgindade. É importante ressaltar que o comportamento diferenciado dos pais ou cuidadores em relação à educação das meninas e dos meninos interfere diretamente na formação da sua identidade e na postura que eles assumem em relação à sexualidade.

Tais discursos disciplinadores sob o enfoque de gênero também foram observados em pesquisa realizada com meninas adolescentes no sul do Brasil⁽¹⁴⁾, na qual as adolescentes relataram que suas famílias tratavam de forma diferenciada a sexualidade entre os filhos homens e as filhas mulheres. Isso implica no maior controle e regulação exercidos pelos pais às adolescentes, além da menor liberdade nas atividades diárias para elas.

A sexualidade é um tema ainda muito reprimido pela sociedade e a repressão na educação da temática, desde a infância, acarreta sucessivos “nós” que vão se emaranhando e dificultando a sua vivência. Os adolescentes transpareceram um temor em conversar com os pais ou cuidadores acerca de suas relações afetivas, o que os levava a esconder os fatos, a não falar sobre suas dúvidas e a se privar de vivenciar algumas experiências⁽¹⁵⁾.

Isso posto, considera-se que, quando os pais não reconhecem as experiências de sexualidade de seus filhos, desperdiçam a oportunidade de proporcionar espaços para a discussão sobre suas vivências e o esclarecimento de dúvidas⁽¹⁶⁾. Além disso, falar com censura ou ser indiferente à sexualidade pode potencializar uma prática sexual insegura, desprovida de orientações ou baseada em informações inadequadas, o que os torna vulneráveis.

Vulnerabilidade que se acentua quando relacionada a outro aspecto trazido à tona pelos adolescentes deste estudo, que anunciam que o preservativo não era utilizado por todos e em todas as relações sexuais, apesar de conhecerem os riscos a que estavam expostos. Isso representa que eles resignificaram, por meio das influências sociais e cultu-

rais, as informações que receberam, produzindo ações diferentes daquelas propostas, por exemplo, pelos serviços de saúde. Assim, fica evidente, que o uso destas informações depende, entre outros fatores, do envolvimento afetivo do momento, do acesso aos métodos, bem como do grau de liberdade e autonomia alcançados nessa faixa etária^(4,17).

Estudo semelhante indicou que, muito embora os adolescentes que viviam com HIV/aids reconhecessem a importância, revelaram que não usar o preservativo era tentador. Para esses adolescentes a espontaneidade da relação e o momento em si são fatores que dificultam o uso do método. Ademais, para eles o uso do preservativo limitava a intimidade, distanciando-os do parceiro ou parceira, e os lembrava constantemente do seu estado sorológico⁽¹²⁾.

Quanto aos aspectos relacionados à revelação do diagnóstico aos parceiros afetivos, percebe-se que esta assume uma complexidade ainda maior para os adolescentes. Se, por um lado, reconhecem que é necessário proteger o parceiro da possibilidade de infectar-se pelo vírus, por outro, revelarem sua condição e serem discriminados apresenta-se como um acontecimento possível e que lhes trará sofrimento. O resultado deste processo é deixarem para contar quando tiverem uma confiança estabelecida na relação. Dessa forma, a ameaça representada pela discriminação e o estigma quanto à sua condição acaba adiando a decisão de revelar para o parceiro. É interessante perceber que, a partir deste entendimento dos adolescentes, eles pressupõem que quem os ama não os abandonará mediante a revelação.

A respeito disso, a divulgação não é um ato simples, pelo contrário, trata-se de uma análise cuidadosa sobre para quem e quando revelar e depende de uma preparação prévia e de uma decisão pessoal⁽¹⁸⁾. Pesquisas internacionais, em consonância, revelaram que a divulgação do *status* sorológico aos parceiros afetivos e/ou sexuais é uma questão complexa e desafiadora^(5,7). Os adolescentes sentem-se presos entre o desejo de compartilhar o segredo, a culpa por esconder a verdade e o medo da rejeição^(5,12,19). Estudo ainda evidencia que os sentimentos de confiança e apego, para os adolescentes, desenvolvem-se com o tempo e são elementos essenciais para discutir a condição do HIV⁽¹²⁾.

É interessante atentar que o temor à rejeição pode provocar isolamento e sofrimento, além de dificultar e adiar a revelação para os parceiros atuais ou futuros. A respeito disso, o medo do estigma e da discriminação associados ao HIV são descritos como um dos principais fatores que impedem a divulgação da soropositividade aos parceiros sexuais. Lidar com o risco de perder o parceiro ou a parceira no contexto de uma relação afetiva envolve a gestão de riscos, não só da transmissão potencial de HIV, mas especialmente da possibilidade de rejeição^(5,7).

Deslinda-se, a partir dos relatos, que alguns poucos adolescentes aventuraram-se pelos caminhos do processo de revelação do diagnóstico aos parceiros afetivo-sexuais, enredados entre medos relativos à rejeição e desejos de vivências afetivas sem segredos ou omissões. Os adolescentes, na maioria das vezes, desejam que a revelação do diagnóstico de HIV ao parceiro ou parceira contraste com afeto, amor e apoio.

Há que se considerar, ainda, a preocupação dos adolescentes frente a revelação do diagnóstico aos parceiros pela família⁽²⁰⁾. De acordo com as falas, os adolescentes não solicitaram auxílio para tal revelação, o que se constituiu, portanto, em uma situação desrespeitosa à autonomia e à liberdade destes adolescentes, considerando que os seus direitos de manterem o sigilo do diagnóstico foram violados.

Isso pode decorrer da preocupação dos familiares ou cuidadores com os “problemas” advindos da sexualidade, entendendo como um perigo iminente o início das primeiras experiências afetivo-sexuais. As preocupações desses, com a vida sexual e reprodutiva dos adolescentes, associam-se de modo estreito a questões como a transmissão da doença. Assim, entendem ser imperativo revelar essa condição aos parceiros ou parceiras dos adolescentes e, com isso, distanciam-se deles, deixando escapar a oportunidade de dialogar acerca dos diversos constructos que perpassam o aprendizado da sexualidade nesta fase da vida.

Nessa direção, seria interessante o investimento da enfermagem em espaços de diálogo que incorporem os parceiros afetivos e a família desses adolescentes, para apoiá-los em seus dilemas e ansiedades. Além disso, que os enfermeiros estabeleçam canais de comunicação sobre a questão da sexualidade com as demais instâncias envolvidas com o cuidado e a educação dos adolescentes, como a escola, por exemplo.

O enfermeiro, para abordar a sexualidade com os adolescentes, precisa compreender que ela não se reduz à explicação do amadurecimento sexual orgânico, pois abrange as experiências por eles vivenciadas. Aqui destaca-se a possibilidade da atuação deste profissional nas práticas de educação em saúde com este público, especialmente, para estimular a sua autonomia.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aprendizado da sexualidade extrapola o acesso às informações, decorrendo, especialmente, das múltiplas experiências vivenciadas, do momento e dos distintos cenários em que elas se inserem.

As primeiras interações afetivas descritas pelos adolescentes foram experienciadas por meio do ficar e namorar e

se constituíram uma possibilidade de autoconhecimento e construção da autonomia. Esses relacionamentos foram dicotomizados pelos adolescentes e, fortemente, influenciados pela valência diferencial de gênero.

As experiências de relações sexuais são decorrentes da dimensão afetiva do relacionamento, em que o gostar e o confiar se fizeram presentes. As questões de gênero apresentaram interessantes atravessamentos nas decisões que cercam a iniciação dessa prática. O envolvimento em tais práticas não se dava sem preocupação para alguns adolescentes, devido ao temor de infectar seus parceiros ou suas parceiras. Considera-se que tais questões merecem um olhar atento, pois são geradoras de dúvidas, medos e incertezas para os adolescentes.

Administrar a condição de soropositividade em seus relacionamentos afetivos é uma das questões que mobilizava o cotidiano dos adolescentes. Mesmo namorando, predominou em alguns a opção de não comunicar imediatamente seu diagnóstico, devido ao medo da rejeição. Outros, entretanto, encontraram namorados que os apoiaram.

A realização deste estudo constituiu-se de desafios, pois o tema é complexo e polêmico de ser abordado com o grupo em questão. As limitações do estudo estão relacionadas à difícil abordagem da temática, considerada delicada, uma vez que, discutir a sexualidade pode possibilitar a emergência de sentimentos como a timidez, a vergonha e o constrangimento.

Na esfera da assistência, recomenda-se que os profissionais da saúde sejam sensíveis para o acolhimento, para o estabelecimento de vínculos e para o aperfeiçoamento de espaços de escuta atenta e livre de preconceitos e condenação moral das experiências relacionadas à sexualidade dos adolescentes que vivem com esta condição. No que tange o ensino, sugere-se incluir a sexualidade como temática transversal nas grades curriculares dos cursos da área da saúde. Ademais, no que se refere à pesquisa, recomendam-se novos estudos sobre a temática, contemplando outras regiões do país, a partir de uma perspectiva que vá além da dimensão biológica, pois esse tema, compreendido em sentido amplo, perpassa a identidade cultural e a vivência dos papéis sexuais.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. 2017(48):1.
2. Sehnem GD, Brondani JP, Kantorski KJC, Silva SC, Ressel LB, Pedro ENR. Health in adolescence with HIV/aids: paths for a post-2015 schedule. Rev Gaúcha Enferm. 2015 [cited 2016 Dec 19];36(spe):39-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500039&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

3. Paiva V, Segurado AC, Filipe EMV. Self-disclosure of HIV diagnosis to sexual partners by heterosexual and bisexual men: a challenge for HIV/AIDS care and prevention. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(9):1699-710. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900004>.
4. Fair C, Wiener L, Zadeh S, Albright J, Mellins CA, Mancilla M. et al. Reproductive health decision-making in perinatally HIV-infected adolescents and young adults. *Matern Child Health J*. 2013[cited 2016 Dec 19];17(5):797-808. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3687209/>.
5. Mburu G, Hodson I, Haamujompa C, Cataldo F, Lowenthal ED, Ross D. Adolescent HIV disclosure in Zambia: barriers, facilitators and outcome. *J Int AIDS Soc*. 2014 [cited 2016 Dec 19]; 17(1): 18866. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3956312/>.
6. Abubakar A, Van de Vijver FJR, Fischer R, Hassan AS, Gona JK, Dzombo JT, et al. "Everyone has a secret they keep close to their hearts": challenges faced by adolescents living with HIV infection at the Kenyan coast. *BMC Public Health*. 2016 [cited 2016 Dec 19];16:197. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2854-y>.
7. Madiba S, Mokgatle M. Perceptions and experiences about self-disclosure of HIV status among adolescents with perinatal acquired HIV in poor-resourced communities in South Africa. *AIDS Res Treat*. 2016 [cited 2016 Dec 19];2016:2607249. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5031873/>.
8. Ferraz D, Paiva V. Sex, human rights and AIDS: an analysis of new technologies for HIV prevention in the Brazilian context. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 [cited 2016 Dec 19];18(Suppl 1):89-103. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000500089&lng=en&nrm=i&so&tIng=en.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.
10. Sehnm GD. Sexualidade do adolescente que vive com HIV/aids: contribuições para a visibilidade da educação em saúde [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
11. Bongardt DV, Yu R, Deković M, Meeus WHJ. Romantic relationships and sexuality in adolescence and young adulthood: the role of parents, peers, and partners. *Eur J Dev Psychol*. 2015 [cited 2016 Dec 19];12(5):497-515. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17405629.2015.1068689>.
12. Fernet M, Wong K, Richard ME, Otis J, Lévy JJ, Lapointe N, et al. Romantic relationships and sexual activities of the first generation of youth living with HIV since birth. *AIDS Care*. 2011 [cited 2016 Dec 19];23(4):393-400. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121.2010.516332?journalCode=caic20>.
13. Heilborn ML. For a positive agenda of sexual rights of adolescents. *Psicol Clin*. 2012 [cited 2016 Dec 19];24(1):57-68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652012000100005. Portuguese
14. Silva SC, Ressel LB, Pedro ENR, Alves CN, Stumm K, Wilhelm LA. Perceptions of adolescent women regarding gender differences: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2014 [cited 2016 Dec 19];13 (2):259-67. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4236>.
15. Savegnago SDO; Arpini DM. Talking about sexuality in the family: views of girls in lower class groups. *Cad Pesqui*. 2013;43(150):924-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742013000300010>. Portuguese
16. Kennedy EC, Bulu S, Harris J, Humphreys D, Malverus J, Gray NJ. "These issues aren't talked about at home": a qualitative study of the sexual and reproductive health information preferences of adolescents in Vanuatu. *BMC Public Health*. 2014 Jul [cited 2016 Dec 19];14:770. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133612/>.
17. Silva WS, Oliveira FJ, Serra MA, Rosa CR, Ferreira AG. Factors associated with condom use in people living with HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm*. 2015 [cited 2016 Dec 19];28(6):587-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600587&lng=en&nrm=iso&tIng=en.
18. Toska E, Cluver LD, Hodes R, Kidia KK. Sex and secrecy: How HIV-status disclosure affects safe sex among HIV-positive adolescents. *AIDS Care*. 2015 [cited 2016 Dec 19];27(Suppl 1):47-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4699474/>.
19. Galano E, Turato EG, Delmas P, Côté J, Gouvea AFTB, Succi RC, et al. Experiences of adolescents seropositive for HIV/AIDS: a qualitative study. *Rev Paul Pediatr*. 2016 [cited 2016 Dec 19];34(2):171-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4917267/>.
20. Wolf HT, Halpern-Felsher BL, Bukusi EA, Agot KE, Cohen CC, Auerswald CL. "It is all about the fear of being discriminated [against]... the person suffering from HIV will not be accepted": a qualitative study exploring the reasons for loss to follow-up among HIV-positive youth in Kisumu, Kenya. *BMC Public Health*. 2014 [cited 2016 Dec 19];14:1154. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4232620/>

Autor correspondente:

Graciela Dutra Sehnm

E-mail: graci_dutra@yahoo.com.br

Recebido: 24.09.2017

Aprovado: 04.01.2018