

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

GRACIELA DUTRA SEHNEM

**SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE QUE VIVE COM HIV/AIDS:
CONTRIBUIÇÕES PARA A VISIBILIDADE DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Porto Alegre

2014

GRACIELA DUTRA SEHNEM

**SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE QUE VIVE COM HIV/AIDS:
CONTRIBUIÇÕES PARA A VISIBILIDADE DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família.

Orientadora: Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Sehnm, Graciela Dutra

Sexualidade do adolescente que vive com HIV/aids:
contribuições para a visibilidade da educação em saúde
/ Graciela Dutra Sehnm. -- 2014.

287 f.

Orientadora: Eva Neri Rubim Pedro.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Adolescência. 2. Sexualidade. 3. Síndrome da
imunodeficiência adquirida. 4. Enfermagem. 5.
Educação em saúde. I. Pedro, Eva Neri Rubim, orient.
II. Título.

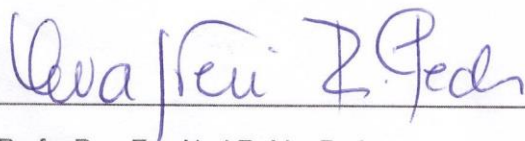
GRACIELA DUTRA SEHNEM

Sexualidade do adolescente que vive com HIV/Aids: contribuições para a visibilidade da educação em saúde.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

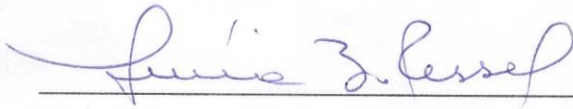
Aprovada em Porto Alegre, 24 de julho de 2014

BANCA EXAMINADORA



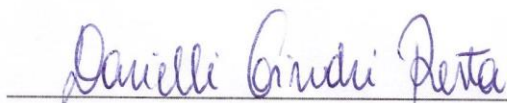
Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Presidente – PPGENF/UFRGS



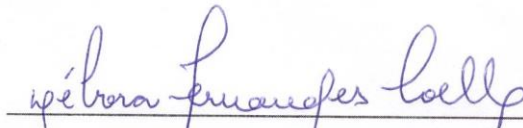
Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Membro – UFSM



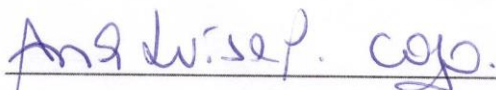
Profa. Dra. Darielli Gindri Resta

Membro – UFSM



Profa. Dra. Débora Fernandes Coelho

Membro – UFCSPA



Profa. Dra. Ana Luísa Petersen Cogo

Membro – PPGENF/UFRGS

Dedico esta tese...

... e o meu carinho, aos adolescentes que vivem com HIV/aids que conheci e com quem convivi e que muito me ensinaram sobre a vida com (e para além do) HIV/aids.

.... e o meu amor profundo, ao meu marido, Domingos Junior.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A Deus, pela presença e proteção constantes, por iluminar e proteger meus passos, confortar meu coração nos momentos difíceis e me fortalecer espiritualmente a cada momento desta longa caminhada.

Ao meu grande amor, Junior, por ser meu porto seguro e estar ao meu lado idealizando e concretizando tantos sonhos. O teu apoio, carinho e cuidado incondicionais foram fundamentais para a realização desta tese, por isso, a vitória também é tua. Sinto que se não fosse o teu amor nada disso seria possível. Você ilumina a minha vida. Amo-te profundamente!

À minha orientadora, profa. Eva Neri Rubim Pedro, por ter conduzido esta caminhada com tanto respeito, sensibilidade e competência. Sou muita grata pelos momentos de aprendizado e pelo cuidado que tivestes comigo em cada encontro. Sua postura possibilitou que estabelecêssemos uma verdadeira relação horizontal no processo educativo. Tenho por você uma grande admiração pela profissional competente e generosa e pela pessoa afetuosa e querida que és. Tens minha eterna gratidão e amizade.

Aos meus pais, Aulério e Nara, que sonharam comigo todos os meus sonhos e, mesmo distantes, me transmitiram energia, confiança e fé para trilhar o processo de doutoramento.

Obrigada por acreditarem em mim! Amo-os incondicionalmente!

À minha irmã, Gabriela, por ser presença constante em minha vida, pelo cuidado que sempre teve comigo, demonstrando tanto carinho e amizade. A sua alegria de ser ilumina minha vida. Amo-a incondicionalmente!

À minha eterna orientadora e amiga, profa. Lúcia Beatriz Ressel, pelo carinho que tantas vezes recebi de você e de sua família, pelos conselhos de professora, por ter potencializado os meus “primeiros passos” na vida acadêmica, por ter vibrado e se emocionado com as minhas conquistas e por ter despertado em mim o desejo de trilhar os estudos acerca da sexualidade, tema desta tese. És uma pessoa iluminada!

Às professoras Dra. Lúcia Beatriz Ressel, Dra. Darielli Gindri Resta, Dra. Débora Fernandes Coelho e Dra. Ana Luísa Petersen Cogo, pela disponibilidade em participarem da construção deste estudo e pelas valiosas contribuições. Vocês têm a minha admiração!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, pelos questionamentos e aprendizados que muito contribuíram para a minha formação acadêmica e profissional.

Aos adolescentes que vivem com HIV/aids, sujeitos deste estudo, por compartilharam suas vidas e suas experiências, sem as quais esta tese não teria sentido. Obrigada pela alegria de cada encontro e pela confiança, afeto e amizade. Obrigada por me ensinarem que a vida pode ser simples, apesar dos percalços que possam existir.

Aos profissionais da saúde participantes deste estudo, pela disponibilidade e gentileza com que me acolheram, viabilizando a realização desta investigação. Obrigada pela confiança!

À equipe do Serviço de Assistência Especialidade em HIV/aids de Uruguaiana, que gentilmente me acolheu, colaborou com a proposta deste estudo e me possibilitou aprender.

Às amigas e colegas da UNIPAMPA, Fernanda, Jussara, Josefina, Márcia e Cenir, por compartilharem suas experiências de vida, pelo apoio, pela convivência, pelas longas conversas, pelos momentos de risada e de descontração.

À minha querida amiga Joice, que embora esteja longe dos meus olhos está sempre perto do meu coração. É muito bom sentir a força da nossa amizade.

Aos colegas do Curso de Doutorado, por compartilharem conhecimentos e experiências, alegrias e incertezas nesta caminhada.

Às amigas Maria Aparecida, Marta e Sandra, que foram grandes parceiras na concretização deste trabalho e por vislumbrarem que a educação em saúde com adolescentes é um caminho possível de ser trilhado.

Aos auxiliares desta pesquisa, Natália, Caroline, Rodrigo, Karen e Vanessa, pela competência na transcrição das informações. A parceria de vocês foi essencial para a concretização deste trabalho.

A todos que, próximos ou distantes, com suas palavras e gestos ampararam e fortaleceram esta caminhada, fica a minha gratidão!

RESUMO

SEHNEM, Graciela Dutra. **Sexualidade do adolescente que vive com HIV/aids: contribuições para a visibilidade da educação em saúde.** 2014. 287 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Este estudo teve como objetivos: analisar as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade e as implicações para a educação em saúde e conhecer as perspectivas dos profissionais da saúde em relação às experiências de sexualidade dos adolescentes que vivem com HIV/aids e as implicações para a educação em saúde. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. A investigação teve como cenário o Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids do Município de Uruguaiana/RS e foi realizada junto a 15 adolescentes que vivem com HIV/aids e nove profissionais da saúde, no período entre julho e novembro de 2013. Para a coleta das informações junto aos adolescentes foi empregada a entrevista semiestruturada e com os profissionais da saúde foi utilizada a técnica do grupo focal. Para a análise das informações adotou-se a análise temática e os resultados estão organizados em cinco categorias temáticas e em subcategorias. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob o número 295.045. A análise evidenciou, segundo os adolescentes, que o processo de adolecer com HIV/aids é marcado por muitas mudanças e por sentimentos e vivências relacionados ao diagnóstico do HIV/aids. As relações familiares desses sujeitos apresentaram-se fragilizadas. As suas percepções de saúde ora foram amplas e sociais, ora reducionistas. A sexualidade foi permeada de significações por eles e suas experiências revelaram-se por meio do ficar, do namorar, das relações sexuais e das perspectivas de projetos de vida. As informações relativas à sexualidade, para os adolescentes, advêm dos amigos ou de algum membro da família e do acesso a fontes midiáticas. O diálogo sobre sexualidade no meio familiar se constituiu um tabu e, quando abordado, a figura da mãe e a prevenção eram evidentes. A escola e o serviço de saúde foram assinalados como espaços de socialização de informações biológicas acerca da sexualidade. O aprendizado da sexualidade decorreu, especialmente, das múltiplas experiências vivenciadas pelos adolescentes. Para os profissionais da saúde, a sexualidade perpassava uma variedade de significações e era mantida velada no cotidiano do cuidado em saúde. A educação em saúde voltada para adolescentes que vivem com HIV/aids ainda é mantida na invisibilidade do cuidado. Há um distanciamento significativo entre os dizeres e os fazeres dos profissionais da saúde em relação à educação em saúde. As abordagens individuais ou grupais foram entendidas como interessantes, desde que ocorram a partir de uma perspectiva dialógica, e as atividades lúdicas foram consideradas potentes para a construção do saber acerca da sexualidade. Considera-se que o encontro dialógico para a educação em saúde, entre profissionais e adolescentes que vivem com HIV/aids, precisa alicerçar-se nas experiências relacionadas à sexualidade por estes vivenciadas e na criação e manutenção de um vínculo, desenvolvido por meio de estratégias criativas, por uma vontade política e pela sensibilização dos envolvidos. Com isso, a enfermagem, como integrante da equipe de saúde, precisa desencadear propostas educativas pautadas na ciência e na arte do fazer, escutar, criar e ousar em uma educação em saúde voltada a esse público.

Palavras-chave: Adolescência. Sexualidade. Síndrome da imunodeficiência adquirida. Enfermagem. Educação em saúde.

ABSTRACT

SEHNEM, Graciela Dutra. **Sexuality of adolescent living with HIV/aids:** contributions to the visibility of health education. 2014. 287 f. Thesis (PhD in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

The present study aimed at analyzing the experiences of HIV/AIDS adolescents concerning sexuality and the implications for health education and at knowing the perspective of health professionals in relation to the experiences of sexuality of HIV/AIDS adolescents and the implication for health education. It consists of a qualitative exploratory and descriptive approach research. The investigation was carried out at the Specialized Assistance Service in HIV/AIDS in the city of Uruguaiana/RS and had a total of 15 adolescents with HIV/AIDS and nine health professionals, in the period between July and November 2013. In order to collect information with the adolescents a semi-structured interview was used and with the health professionals the focus group technique was used. To analyze the information we used the thematic analysis and the results are organized in five thematic categories and in subcategories. The study was approved by the Research Ethics Committee from UFRGS under the number 295.045. The analysis highlighted, according to the adolescents, that the process of growing up with HIV/AIDS is marked by several changes, feelings and experiences related to the diagnosis of HIV/AIDS. The family relationships of such subjects were seen as fragile. Their perceptions of health were wide and social at times and reductionist at others. The sexuality was permeated by meanings by them and their experiences were revealed by hanging out, dating, sexual intercourse and their perspectives of life projects. The information concerning sexuality, for the adolescents, comes from friends or a family member and the access to media sources. The dialogue about sexuality in the family environment is seen as a taboo and, when brought out, the figure of the mother and the prevention were evident. The school and the health service were pointed out as socialization spaces of biological information concerning the sexuality. The learning about sexuality occurred, mainly, from multiple experiences the adolescents had. For the health professionals, the sexuality overreached a range of significations and was kept covered in the everyday health care. The health education focused on adolescents who live with HIV/AIDS is still kept in the invisibility of care. There is a significant distance between what is said and what is done by health professionals concerning health education. The individual or group approaches were seen as interesting, as long as they are carried out from a dialogical perspective, and the playful activities were considered powerful to build knowledge about sexuality. It is considered that the dialogical meeting for the health education, between professionals and adolescents with HIV/AIDS, needs to be strongly based on experiences related to sexuality faced by them and on the opening and keeping of a bond, developed through the use of creative strategies, a political will and the awareness of those involved. Thus, nursing, as part of a health area, needs to bring educational proposals based on the science and the art of doing, listening, creating and daring a health education towards this public.

Keywords: Adolescence. Sexuality. Acquired immunodeficiency syndrome. Nursing. Health education.

RESUMEN

SEHNEM, Graciela Dutra. **La sexualidad del adolescente que vive con el VIH/SIDA: contribuciones a la visibilidad de la educación para la salud.** 2014. 287 f. Tesis (Doctorado en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Este estudio tuvo como objetivos: examinar las experiencias de los adolescentes que viven con el VIH / SIDA sobre la sexualidad y las implicaciones para la educación en salud y conocer las perspectivas de los profesionales de la salud en relación a las experiencias de la sexualidad de los adolescentes que viven con el VIH / SIDA y las implicaciones para la educación en salud. Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva. El estudio tuvo como escenario el Servicio de Asistencia Especializada en VIH/SIDA del Municipio de Uruguaiana/RS y fue realizado con 15 adolescentes que viven con la enfermedad y nueve profesionales de la salud, en el período entre julio y noviembre de 2013. Para la recogida de las informaciones con los adolescentes fue empleada la entrevista semiestructurada y con los profesionales de la salud fue utilizada la técnica del grupo focal. Para el análisis de los datos fue adoptado el análisis temático y los resultados están organizados en cinco categorías temáticas y en subcategorías. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de UFRGS con el número 295.045. El análisis evidenció, de acuerdo con los adolescentes, que el proceso de convertirse en un adolescente con VIH/SIDA está marcado por muchos cambios y sentimientos y experiencias relacionadas con el diagnóstico de VIH/SIDA. Las relaciones familiares de estos sujetos se presentaron fragilizadas. Sus percepciones de la salud fueron amplias y sociales, y a veces reduccionistas. La sexualidad estaba cargada de significado para ellos y sus experiencias se revelaron a través del enamoramiento, de las relaciones sexuales y de las perspectivas de los proyectos de vida. Las informaciones relativas a la sexualidad, para los adolescentes, provienen de amigos o de algún miembro de la familia y del acceso a las fuentes de los medios de comunicación. El diálogo sobre la sexualidad en la familia constituye un tabú y, cuando abordado, la figura materna y la prevención eran evidentes. La escuela y el servicio de salud fueron reportados como espacios de socialización de informaciones biológicas sobre la sexualidad. El aprendizaje de la sexualidad se llevó a cabo, sobre todo de las múltiples experiencias vivenciadas por los adolescentes. Para los profesionales de la salud, la sexualidad propasaba una variedad de significados y se mantenía velada en el cotidiano del cuidado en salud. La educación en salud dirigido a los adolescentes que viven con el VIH/SIDA aún es mantenida en la invisibilidad de los cuidados. Existe una brecha significativa entre los dichos y hechos de los profesionales de la salud en relación con la educación en salud. Los enfoques individuales o de grupos fueron entendidos como interesantes, desde que ocurran a partir de una perspectiva dialógica, y las actividades recreativas fueron consideradas de gran alcance para la construcción del conocimiento sobre la sexualidad. Se considera que el encuentro dialógico para la educación en salud entre los profesionales y los adolescentes que viven con el VIH/SIDA, debe basarse en las experiencias relacionadas con la sexualidad por éstos vivenciados y la creación y mantención de un vínculo, desarrollado a través de estrategias creativas, por una voluntad política y por la sensibilización de los involucrados político. Con esto, la enfermería, como parte del equipo de salud, necesita hacer propuestas educativas guiadas por la ciencia y en el arte de hacer, escuchar, crear y atreverse en una educación en salud dirigido a este público.

Palabras clave: Adolescencia. Sexualidad. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Enfermería. Educación en salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias e subcategorias temáticas do processo de análise das informações.....77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GEPEETec	Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HAART	Terapia Antirretroviral Altamente Ativa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PROEXT	Programa de Extensão Universitária
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNIPAMPA	Universidade Federal do Pampa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1	O processo de adolecer vivendo com HIV/aids	23
2.2	A sexualidade de adolescentes que vivem com HIV/aids	34
2.3	A educação em saúde como estratégia para o processo de emancipação dos sujeitos	44
3	PERCURSO METODOLÓGICO	57
3.1	Tipo de estudo	57
3.2	O universo empírico da pesquisa: cenário investigativo e participantes do estudo	58
3.3	Coleta das informações	63
3.3.1	Coleta das informações com os adolescentes	64
3.3.2	Coleta das informações com os profissionais da saúde	68
3.4	Análise das informações	72
3.5	Considerações bioéticas	74
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
4.1	Caracterização dos participantes	79
4.2	Ser adolescente vivendo com HIV/aids	81
4.2.1	<i>É legal a adolescência, a gente aprende a ser adulto: as (muitas) mudanças vivenciadas no adolecer</i>	81
4.2.2	<i>Me senti esquisita, diferente dos outros: sentimentos e vivências relacionados ao diagnóstico de HIV/aids</i>	93
4.2.3	<i>Meu pai e minha mãe morreram: fragilidades dos vínculos familiares</i>	107
4.2.4	<i>Saúde é bom para a gente viver a vida, para curtir as experiências da vida: significações acerca da saúde</i>	115
4.3	Experiências dos adolescentes que vivem com HIV/aids relacionadas à sexualidade	120
4.3.1	<i>Sexualidade tem a ver com amor: significações da sexualidade para os adolescentes</i> .	120
4.3.2	<i>Ficar e namorar eu já experimentei: experiências de interações afetivas</i>	125
4.3.3	<i>Não pode ser só uma transa qualquer: experiências de relações sexuais</i>	137
4.3.4	<i>Precisa ter amor e confiar para contar: dilemas vividos na revelação da condição nas relações afetivas</i>	152
4.3.5	<i>Quero ser feliz, alegre e sonhadora: perspectivas de projetos de vida</i>	157

4.4 A sexualidade no cuidado em saúde sob a ótica dos profissionais da saúde	165
4.4.1 <i>Sexualidade é tudo que envolve a vida: a sexualidade sob a ótica dos profissionais da saúde</i>	166
4.4.2 <i>Esse tema ainda é um tabu: a sexualidade no cotidiano do cuidado em saúde</i>	176
4.5 Fontes de informação e experiências delimitando aprendizados acerca da sexualidade	183
4.5.1 <i>A gente aprende as coisas juntos: pares, família e mídia como espaços de socialização de informações</i>	183
4.5.2 <i>Ela só conversava sobre sexo, já estava chato: educação e saúde como espaços de socialização de informações biológicas</i>	195
4.5.3 <i>Tudo que me falaram fugia na hora: aprendizados acerca da sexualidade construídos a partir de experiências</i>	203
4.6 Educação em saúde com o adolescente que vive com HIV/aids: um caminho possível de ser trilhado nos serviços de saúde	208
4.6.1 <i>Os adolescentes estão soltos e invisíveis aqui no serviço: a (in)visibilidade da educação em saúde no serviço de saúde</i>	208
4.6.2 <i>Algumas coisas a gente sabe e outras não, aprendemos juntos: dizeres e fazeres dos profissionais acerca da educação em saúde com adolescentes</i>	218
4.6.3 <i>O profissional tem que estar aberto para o diálogo: abordagens de educação em saúde acerca da sexualidade com adolescentes</i>	225
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	238
6 REPERCUSSÕES DO ESTUDO	246
6.1 Recomendações do estudo	247
REFERÊNCIAS	250
APÊNDICE A – Questionário	269
APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista Semiestruturada	271
APÊNDICE C – Guias de Temas dos Grupos Focais	273
APÊNDICE D – Formulário Autoaplicável	277
APÊNDICE E - Solicitação de Autorização para Realização de Pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana-RS	278
APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Familiar ou Responsável Legal	279
APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Adolescente	281

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais da Saúde.....	283
ANEXO A – Aprovação na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	285
ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	286

1 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, evidenciando a pauperização, a interiorização, a heterossexualização, a feminização e a juvenização da aids (CASTILHO; CHEQUER, 1997; PAULA, 2008; BRASIL, 2013a). Os casos notificados prevaleceram em populações mais vulneráveis socioeconomicamente, que possuem menor nível de escolarização e menor acesso aos serviços de saúde. Além disso, houve a disseminação de casos de grandes metrópoles para municípios de médio e pequeno porte, além de um incremento na transmissão por relações heterossexuais e da inversão na distribuição de casos entre homens e mulheres. Também ressalta-se que a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na população jovem apresenta tendência de aumento (BRASIL, 2013a).

Os avanços proporcionados pela evolução da tecnologia, dos métodos de diagnóstico, das pesquisas e, especialmente, do tratamento da aids, alteraram a evolução e a tendência da epidemia, tendo em vista que as pessoas que vivem com aids passaram a ter uma sobrevida maior, caracterizando uma tendência à cronicidade desta doença (PADOIN, 1999). As evoluções técnico-científicas e, principalmente, farmacológicas, essencialmente após o desenvolvimento da terapia antirretroviral combinada, têm possibilitado aos indivíduos que têm aids um viver com a doença e não para a doença, como nos anos iniciais, transformando uma síndrome que era percebida culturalmente como um resultado de morte anunciada em uma doença com perspectivas de cronicidade (SEFFNER, 1995; SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006). No Brasil, ações e políticas foram determinantes para enfrentar a aids, destacando-se o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a profilaxia da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 1996; 2010a), o que reduziu a morbidade e mortalidade e melhorou a perspectiva de vida das pessoas infectadas pelo HIV.

Com os investimentos crescentes para dar conta do agente etiológico da aids, na busca de garantir a sobrevivência, diante da ausência de cura, passou-se a vivenciar um novo momento da epidemia, com maiores perspectivas de vida para as pessoas infectadas pelo HIV. Assim, um grupo de crianças infectadas por transmissão vertical do HIV sobreviveu e venceu a etapa da infância, adentrando em uma nova fase do desenvolvimento humano. Esse grupo é

conhecido como a primeira geração que nasceu infectada pelo HIV e está adolescendo com aids (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2009; SCHAURICH; MEDEIROS; MOTTA, 2007).

Na tessitura do processo de adolescer com a condição de cronicidade da aids, destaca-se que o adolescente vivencia um cotidiano terapêutico 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 (PAULA, 2008). O modo de cada adolescente vivenciar os desafios, os medos, o cotidiano, o cuidado de si, a adesão à terapêutica medicamentosa e demais questões dos cuidados de saúde está diretamente relacionado ao modo com que cada um confere sentido ao seu viver no cotidiano (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2009). No entanto, na pluralidade do processo de adolescer com aids, parece que as singularidades desse processo têm adquirido menos visibilidade no emaranhado das investigações que privilegiam meramente as questões clínicas e epidemiológicas (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2009).

O adolescente que vive com aids possui características comuns aos adolescentes que não têm a infecção, ao transitar por essa fase do desenvolvimento. Estudo revela que esse adolescente se encontra quase sempre envolvido com as mesmas rotinas diárias que os seus demais colegas e mais as demandas particulares de sua condição sorológica. No seu cotidiano, o adolescente relaciona-se com familiares e amigos e mantém suas atividades diárias. Porém, também se reconhece como adolescente com aids, o que por vezes pode considerar difícil de aceitar e enfrentar. Assim, vivencia uma situação complexa, de ser adolescente e viver com aids (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2009).

A adolescência, tanto para aqueles que vivem com aids quanto para aqueles que não têm a infecção, se constitui em uma fase única e diversa, marcada por mudanças intensas e multidimensionais, construída a partir de critérios múltiplos que abrangem a dimensão biológica, a psicológica, a social e a cultural. Porém, essa fase ainda tem sido tratada como um conjunto de fenômenos universais, limitada a uma definição conceitual relacionada mais a um aspecto biológico de vivências orgânicas do que à articulação de suas várias dimensões (RESSEL et al., 2009). Tal abordagem, centrada meramente nas questões biológicas, homogeneiza e universaliza essa fase. Desse modo, necessita-se despertar para um olhar ampliado acerca da adolescência, que não se volte apenas a questões como a gravidez, o desenvolvimento hormonal, as doenças sexualmente transmissíveis, entre outras, o que se acredita fragmentar, reduzir e limitar o cuidado com o adolescente.

No processo de adolescer com HIV/aids encontram-se implicações no vivenciar a sexualidade, tendo em vista que esta, muitas vezes, passa a ser controlada, restringida e velada

quando associada à questão do HIV/aids. As experiências relacionadas à sexualidade de tais adolescentes estão imersas em diversos paradoxos envolvendo os relacionamentos afetivos, a revelação do diagnóstico ao parceiro ou parceira, o estigma e o preconceito, as questões reprodutivas, a alteração da imagem corporal, o desejo de constituir família, os planos futuros, as percepções da família quanto à vivência de sua sexualidade, entre outros.

As aspirações e necessidades do adolescente que vive com HIV/aids tendem a ser restringidas, por eles mesmos ou por pessoas com que convive, se comparadas com aquelas de outros adolescentes de sua idade, como se a condição de soropositividade fosse, por si só, razão para considerar que suas práticas de autocuidado com a saúde, vida afetiva, sexual e reprodutiva não merecessem planos e investimentos (AYRES et al., 2004).

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 (PAIVA et al., 2011). A vivência da sexualidade na adolescência aparece geralmente associada a questões como gravidez não planejada, aborto, risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e o HIV, entre outras.

Ressalta-se que, no presente estudo, buscar-se-á um direcionamento para um olhar ampliado acerca da questão da sexualidade, entendendo-a como uma categoria fortemente contextualizada. Para tanto, ampara-se na conceituação da Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca da sexualidade, que a concebe como um aspecto central da vida do ser humano, que abarca uma diversidade de questões, perpassando sexo, questões de gênero, identidades sexuais, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade se expressa por pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, sendo influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Cabe compreender que a sexualidade está presente na vida dos adolescentes que vivem com HIV/aids como desejo e dificuldade. Caso prevaleça a omissão diante das dificuldades, os desejos não deixarão de surgir e serão conduzidos sem a informação e o apoio necessários, o que poderá gerar mais sofrimento (PAIVA et al., 2011).

Assim, a sexualidade desses adolescentes necessita de uma abordagem em saúde que não restrinja o cuidado meramente à proteção contra os riscos da vida sexual. É preciso abordá-la em um contexto dialógico, onde os adolescentes possam ser entendidos como sujeitos e protagonistas conscientes (PAIVA et al., 2011). Os adolescentes vivendo com HIV/aids precisam ser ouvidos, respeitados, tidos como existentes. E, também, o momento de

encontro com eles deve ser compreendido como uma oportunidade para os profissionais da saúde revisitarem seus conceitos sobre sexualidade, adolescência e aids (CRUZ, 2007).

As experiências dos adolescentes relacionadas à sexualidade, tanto daqueles que vivem com HIV/aids, ou não, sofrem influências do meio em que vivem e convivem, entre elas, as da dinâmica familiar, amigos, mídia, escola, enfim, tudo o que os cerca e interessa de forma positiva ou negativa. Em vista disso, a educação em saúde pode ser entendida como parte de um processo educativo mais amplo, constituindo-se tanto como um espaço importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais, o que pode também influenciar no viver desses adolescentes (MEYER et al., 2006). Nesse sentido, é importante reconhecer que existem muitas e diferentes instâncias e instituições sociais envolvidas com esses processos de educar, algumas delas explicitamente direcionadas para isso, enquanto que em outras esses processos educativos não são tão explícitos e nem mesmo intencionais (MEYER et al., 2004).

No contexto de tais discussões, entende-se que a educação em saúde constitui-se em uma prática social complexa, na qual precisam ser considerados os diversos determinantes sociais e culturais de vida dos sujeitos, tendo em vista que a saúde é construída por meio da estreita relação dos indivíduos com suas crenças, ideias, valores, pensamentos, sentimentos e relações sociais. Sendo assim, não se concebe a educação em saúde como uma proposta para gerar uma mera mudança de comportamento, mas sim como uma possibilidade de desenvolvimento da consciência crítica e do exercício da autonomia dos sujeitos, potencializando o processo de emancipação destes frente às suas condições de vida.

Desse modo, considera-se que os profissionais da saúde, inseridos na dinâmica das relações sociais, precisam atuar na promoção da consciência crítica dos sujeitos, no que tange às potencialidades e às fragilidades de seu contexto de vida. Para tanto, é fundamental que suas práticas de cuidado estejam alicerçadas em uma proposta educacional emancipatória, na qual o saber passa a ser compartilhado entre educadores e educandos, por meio da ação dialógica. Assim, tais sujeitos podem se posicionar acerca de suas concepções, valores e escolhas, o que oportuniza o compartilhamento das diferentes visões de mundo e a construção de novos saberes e interpretações acerca da realidade.

As inquietações e questionamentos que se constituíram na mola propulsora para se atentar a este contexto de como os adolescentes que vivem com HIV/aids experienciam a sexualidade são oriundas de minha trajetória acadêmica e profissional, como enfermeira, docente e pesquisadora do campo da saúde do adolescente. Tendo em vista minhas

experiências e vivências profissionais no ensino, na pesquisa, na extensão e no cuidado a adolescentes e famílias, desafio-me a problematizar esta temática, na busca de proporcionar aos adolescentes que vivem com HIV/aids uma qualidade de vida melhor, experienciando e vivenciando sua sexualidade de forma tranquila e saudável.

O encontro com o mundo do adolescente, imbricado por suas necessidades e possibilidades, se deu no início de minha trajetória acadêmica e profissional na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por meio do desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão vinculados ao Departamento de Enfermagem da UFSM, e da atuação como Professora Substituta do Departamento de Enfermagem dessa Universidade, na qual foi possível a aproximação com componentes curriculares teórico-práticos que abordavam a saúde do adolescente e de suas famílias. No que tange às atividades de pesquisa, ressalta-se a participação no projeto intitulado “A influência cultural na vulnerabilidade das adolescentes participantes do projeto *Adolescer, Crescer e Viver*”, de cunho qualitativo, que objetivou conhecer como a cultura influencia o comportamento das adolescentes, contribuindo na sua vulnerabilidade (RESSEL et al., 2009; 2011). Já, em relação às ações extensionistas, destaca-se a participação no projeto “*Adolescer, Crescer e Viver*”, o qual objetivava promover atividades educativas em saúde junto a grupos de adolescentes de escolas públicas de ensino fundamental do Município de Santa Maria/RS, oportunizando a reflexão crítica acerca dos temas frequentes no processo do *adolescer* (RESSEL et al., 2009; 2011).

Já o aprofundamento de estudos sobre a questão da sexualidade se deu a partir da realização da dissertação de mestrado “*Percepções culturais de estudantes de enfermagem acerca da sexualidade: o dito e o velado*”, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFSM. Nesse estudo, buscou-se compreender de que forma a sexualidade é entendida e vivenciada pelos estudantes de enfermagem, em sua maioria adolescentes. Os resultados evidenciaram que as questões relativas à sexualidade no cuidado de enfermagem, no âmbito da formação acadêmica, são ainda mantidas veladas, sendo que a abordagem da temática ocorre a partir de um enfoque de neutralidade, de proibições e de assexualização (SEHNEM, 2009).

Atualmente, como docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Campus Uruguaiana-RS, coordeno o projeto de extensão intitulado “*Adolescer Vivendo com HIV/aids: Saber, Compreender e Conviver*”, o qual teve início no corrente ano e constitui-se em uma das ações extensionistas integrantes do “Programa de Promoção dos Direitos Humanos em Crianças e Adolescentes que Vivem com HIV/aids de Uruguaiana/RS”, vinculado ao Programa de Extensão Universitária (PROEXT) do Ministério

da Educação. O referido projeto tem como cenário de atuação o Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/aids do Município de Uruguaiana/RS e como participantes adolescentes que vivem com HIV/aids conhecedores de seu diagnóstico e autorizados pelos pais ou responsáveis. Esse projeto tem como objetivo desenvolver ações integradas de educação em saúde que propiciem aos adolescentes que vivem com HIV/aids espaços dialógicos e reflexivos acerca dos diversos aspectos que perpassam o processo de adolecer. Além disso, no que se refere às atividades de ensino realizadas no referido Curso, estou inserida em componentes curriculares nos quais são abordadas as questões da adolescência, sexualidade e HIV/aids. As aulas práticas possibilitam a aproximação com os adolescentes nos diversos cenários de atenção à saúde, o que torna possível observar e conhecer as curiosidades, dúvidas, preocupações, ansiedades, preconceitos e tabus que se fazem presentes nas suas experiências relacionadas à sexualidade.

Além disso, a inserção, na linha de pesquisa “Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família”, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), suscitou e amadureceu questões relativas à temática proposta. Também, no que se refere, especificamente, à questão da educação em saúde, a aproximação com esse campo de estudos ocorreu por meio da participação, no mestrado, na linha de pesquisa “Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde”, vinculada ao Departamento de Enfermagem da UFSM, e no Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias (GEPEETEC), da Escola de Enfermagem da UFRGS, o que possibilitou reflexões singulares acerca das implicações desse tema na saúde do adolescente.

Esta proposta de estudo se justifica na medida em que analisar as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids relacionadas à sua sexualidade pode possibilitar a eles que a experienciem com menos angústias, preocupações, constrangimentos e medos. Percebe-se que o cuidado ao adolescente que vive com HIV/aids, no que tange à questão da sua sexualidade, precisa ser repensado, rediscutido e reorientado por todos os envolvidos nesse processo, ou seja, os profissionais da saúde, as famílias e os próprios adolescentes. Desse modo, tratar desta temática junto aos profissionais da saúde pode permitir a eles desvelarem e refletirem acerca desta dimensão humana no cuidado, despindo-se de preconceitos, tensões e tabus que possam perpassar suas concepções acerca da temática, bem como abordá-la junto aos adolescentes a partir do exercício positivo de sua vivência.

Outra questão que justifica a realização deste estudo deve-se ao fato de que Uruguaiana ocupa o 9º lugar em casos de aids dos municípios da Região Sul do país com mais

de 50 mil habitantes, com um índice de 66,2 para cada 100.000 habitantes, o que demonstra uma realidade alarmante e que necessita de um olhar atento e particular (BRASIL, 2012a).

Desse modo, o propósito deste estudo é contribuir para que os profissionais do campo da saúde não restrinjam a sua intervenção com os adolescentes que vivem com HIV/aids à proteção contra os perigos da vida sexual e possam abordá-la em um contexto dialógico. Ainda, pode contribuir despertando nesses profissionais que sua atuação junto aos adolescentes não se relacione ao controle do exercício da sexualidade dos mesmos. Ao contrário, é preciso fornecer subsídios aos adolescentes para uma vivência plena, saudável e tranquila da sua sexualidade, por meio da promoção de espaços dialógicos e de um cuidado norteado pela escuta e acolhimento das singularidades e diversidades, de forma a promover a autonomia destes sujeitos em relação à sua vida sexual e reprodutiva. Entende-se que, quando o adolescente torna-se consciente da sua realidade e dos determinantes desta, tem a possibilidade de desenvolver escolhas e mudanças conscientes na vivência da sua sexualidade e, assim, insere-se em um processo contínuo de emancipação.

Também, este estudo poderá proporcionar, na prática do cuidado, tratar a questão da sexualidade com adolescentes que vivem com HIV/aids por meio de uma abordagem dialógica de educação em saúde, a qual está centrada em um incremento da consciência crítica e no estímulo ao processo de emancipação dos sujeitos em relação às suas escolhas de vida, bem como afastar-se de uma abordagem fundamentada na transmissão do conhecimento e no relacionamento desigual entre educador e educando (FREIRE, 2005).

Os principais benefícios que se pode obter com os resultados deste estudo estão relacionados à melhoria da qualidade do cuidado aos adolescentes que vivem com HIV/aids e à ampliação da construção do conhecimento científico na área da saúde acerca dessa temática. Acredita-se que a produção científica deste estudo pode representar uma contribuição para a área da saúde e, mais especificamente, para o campo da saúde do adolescente, e em especial para os adolescentes que vivem com HIV/aids assistidos não somente no serviço cenário desta pesquisa, mas podendo ser estendida a outros serviços.

Tais reflexões nortearam o desenvolvimento do estudo, que buscou sustentar a **tese** de que a visibilidade da educação em saúde com adolescentes que vivem com HIV/aids se torna possível por meio do encontro dialógico dos saberes técnico-científicos dos profissionais da saúde com os saberes construídos pelas experiências relacionadas à sexualidade destes adolescentes.

O estudo insere-se na área de concentração “Cuidado em Enfermagem e Saúde” do PPGENF da UFRGS, na linha de pesquisa “Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher,

Criança, Adolescente e Família” e no eixo temático “Saúde do recém-nascido, criança, adolescente e família”. Além disso, também está inserido no GEPEETec, vinculado à Escola de Enfermagem da UFRGS, um núcleo que vem discutindo e desenvolvendo investigações sobre questões relativas ao cuidado em determinados períodos da vida dos indivíduos, em diversos contextos de saúde e educação.

Portanto, a partir de tais considerações, a tese está alicerçada na seguinte **questão de pesquisa**: Como os adolescentes que vivem com HIV/aids experienciam a sexualidade e quais as implicações para a educação em saúde? Para responder a essa indagação, o estudo teve como **objetivos**:

- Analisar as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade e as implicações para a educação em saúde;
- Conhecer as perspectivas dos profissionais da saúde em relação às experiências de sexualidade dos adolescentes que vivem com HIV/aids e as implicações para a educação em saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os conceitos apresentados e discutidos nesta seção versam acerca das temáticas: adolecer com HIV/aids, sexualidade e educação em saúde. A literatura apresentada a seguir serviu de fundamentação teórica para o desenvolvimento desta pesquisa e foi definida por meio de uma revisão da literatura publicada na área. Desse modo, os fundamentos teóricos que deram sustentação a esta proposta estão estruturados em três partes: O processo de adolecer vivendo com HIV/aids; A sexualidade de adolescentes que vivem com HIV/aids; e A educação em saúde como estratégia para o processo de emancipação dos sujeitos.

2.1 O processo de adolecer vivendo com HIV/aids

A adolescência, recentemente, a partir do século XX, passou a ser uma preocupação social, uma vez que a valorização dessa fase do ciclo vital associou-se ao desenvolvimento do processo de industrialização capitalista. Desse modo, ao se estabelecer a necessidade de preparo qualificado e capacitação técnica para o trabalho, aumentou-se a escolaridade nesta fase. No entanto, à medida que os adolescentes passaram a se identificar com seus pares, começaram a desenvolver interesses comuns, provocando inquietações a partir da percepção das incongruências do mundo adulto e expressando-se em movimentos de desacordo com ele. Este talvez tenha sido o mecanismo que deu visibilidade à adolescência como uma categoria social na sociedade moderna (SOARES, 2009).

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela OMS como a faixa etária entre 10 e 19 anos e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) entre 12 e 18 anos (BRASIL, 2008). A adoção do critério cronológico objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, porém, ignora as demais características da adolescência (BRASIL, 2005). Esta demarcação por faixa etária não abarca o entendimento da adolescência como um processo social, no qual estão imbricadas as condições econômicas, políticas, sociais e culturais que determinam comportamentos individuais e grupais dos adolescentes.

A adolescência é uma categoria sociocultural, historicamente construída a partir de critérios múltiplos que abrangem tanto a dimensão biológica e psicológica quanto a cronológica e a social (FERREIRA et al., 2007). Essa fase é constituída de algumas peculiaridades, tanto no crescimento quanto no desenvolvimento. O crescimento é

caracterizado intensamente pela puberdade, em que ocorrem mudanças físicas, as quais variam de pessoa para pessoa, sendo influenciado por diversos fatores como os genéticos, os nutricionais, os sociais e os econômicos, entre outros. Já, em relação ao desenvolvimento do adolescente, este se constitui em um movimento de aquisição de papéis cada vez mais complexos, sendo resultante da combinação de fatores individuais, sociais, econômicos, políticos, culturais e éticos (VITALLE; MEDEIROS, 2008).

Nesse sentido, diante dessas peculiaridades, faz-se necessário não falar na adolescência, mas nas adolescências, que são definidas pelos contextos socioculturais, compreendendo-as em seu tempo e em sua cultura. Essa perspectiva possibilita compreender o sujeito adolescente nas dimensões social, política, institucional e pessoal (BRASIL, 2005). Tal compreensão não desvaloriza a singularidade da fase, ao contrário, permite considerá-la e inseri-la em uma pluralidade de contextos, os quais são significativos, uma vez que implicam na história e nas maneiras de ser de cada adolescente (RIBEIRO, 2011).

Na área da saúde, o processo de adolecer, como objeto de estudo, tem sido tratado, muitas vezes, como um processo universal, limitado a uma definição conceitual relacionada mais a um aspecto biológico de vivências orgânicas do que à articulação de suas várias dimensões (RESSEL et al., 2009). Tal abordagem, centrada meramente nas questões biológicas, homogênea e universaliza essa fase. Assim, percebe-se a necessidade de um olhar ampliado, que não se volte apenas a questões como a gravidez, o desenvolvimento hormonal, as doenças sexualmente transmissíveis, entre outras, o que se acredita fragmentar, reduzir e limitar o cuidado com o adolescente.

Cabe ressaltar que o processo de adolecer é complexo, uma vez que envolve diferentes contextos de convívio social, como ambientes familiares, escolares, entre outros, nos quais os adolescentes se relacionam e interagem (ARAÚJO et al., 2010). Desse modo, para compreender esse processo é necessário lançar um olhar atento aos espaços em que ocorrem as relações e interações sociais dos adolescentes.

Esta fase do desenvolvimento humano apresenta transformações associadas a dúvidas e ansiedades, sendo esse período caracterizado por descobertas de si e do meio em que se vive. O adolescente transita da fase infantil, na qual há dependência de seus familiares com autonomia parcial, para uma fase que procura independência e identificação de si em suas ações cotidianas (VITALLE; MEDEIROS, 2008).

O adolescente desenvolve o pensamento crítico, contestador, em uma busca pela construção de sua identidade pessoal e autonomia. Nesse processo, já não se entende mais como criança, o mundo espera dele outro padrão de comportamento e ele não quer ser

rotulado de infantil, não se permitindo, para tanto, tomar atitudes que possam caracterizá-lo dessa maneira. Portanto, evita recorrer aos pais, buscando mostrar-se mais adulto e independente. Desse modo, desliga-se dos modelos anteriormente enaltecidos e busca no grupo de pares o auxílio para a tomada de decisões (ALMEIDA et al., 2007).

Ressalta-se que a família, na figura dos pais, possui a responsabilidade de discutir e orientar seus filhos com relação a dúvidas, ansiedades, tabus e preconceitos que possam emergir nessa fase. Porém, a maioria dos adolescentes afirma que seus pais têm dificuldade de abordar alguns temas que perpassam a adolescência, como a questão da sexualidade, da violência e das drogas. Além disso, o atual modo de vida, associado às demandas do mundo globalizado, caracterizado pelo afastamento familiar, pode não propiciar que pais e filhos estejam próximos para dialogar acerca dos diversos aspectos que perpassam o universo do adolescer (ALMEIDA et al., 2007).

Desse modo, quando os adolescentes não dispõem de apoio familiar para dividir suas dúvidas e anseios, ou mesmo quando têm esse apoio, mas negam dialogar com os pais, acabam por procurar amigos. Além disso, é comum, nesta fase, o afastamento da família e a identificação a grupos de sua semelhança (ARAÚJO et al., 2010).

As relações interpessoais dos adolescentes também são estabelecidas no espaço escolar, o qual proporciona a eles experimentar a formação da sua identidade para além da família. A escola precisa ser entendida e entender-se como espaço que promove a formação e informação, sanando dúvidas, despertando reflexões e promovendo a sensibilização dos adolescentes, a fim de contribuir para a formação de seres humanos com capacidade de realizar escolhas conscientes e tomar decisões responsáveis (RODRIGUES et al., 2010). No entanto, na maioria das vezes, os professores restringem as abordagens acerca da adolescência à apresentação da função reprodutiva dos órgãos sexuais, métodos contraceptivos, uso indevido de drogas, dentre outras questões que, embora importantes, precisam ser ampliadas. E aí reside a questão do preparo do professor, da sua atualização e também da sua vontade em (re)conhecer as particularidades que permeiam a vida de adolescentes, sejam eles de classes sociais, econômicas e culturais diferentes ou não. Caso isso não aconteça, pode consistir em um mecanismo gerador de dúvidas, conflitos e inseguranças no que tange às questões mais amplas do processo de adolescer.

A mídia também constitui instância informadora e socializadora do adolescente em seu processo de desenvolvimento, pois a comunicação por meio da televisão, rádio, revistas e Internet permite que muitos adolescentes adquiram informações relacionadas a temas como o corpo, seus atributos e modos de comportamento (LIMA, 2006). No entanto, percebe-se que

em alguns momentos a mídia promove a exacerbação de estímulos relacionados à sexualidade, bem como a veiculação de mensagens que valorizam a erotização, o culto ao corpo e a necessidade de desenvolver uma forma física perfeita (ALMEIDA et al., 2007).

A partir de tais reflexões, reforça-se que a adolescência não deve ser tomada como um conjunto de fenômenos universais implicados no crescimento e desenvolvimento somático-mental, uma vez que as transformações pelas quais passam os adolescentes também resultam de processos inerentes aos contextos sociais, culturais, históricos, políticos e econômicos nos quais os sujeitos adolescentes estão imersos (RAMOS, 2001).

Diante do exposto, todas as situações e particularidades que envolvem o processo de adolecer podem ser transportadas para outra parcela de adolescentes, aqueles que vivem com HIV/aids, os quais podem ter adquirido o HIV por transmissão vertical ou horizontal. A transmissão vertical acontece durante a gestação, o trabalho de parto, o parto ou a amamentação. Já a transmissão horizontal acontece principalmente por via sexual e pelo uso de drogas injetáveis (BRASIL, 2006).

No que se refere à transmissão vertical, ressalta-se que o declínio no índice de adolescentes infectados por esta via permite refletir sobre os avanços da terapia medicamentosa profilática na gestação e no parto. Na última década, foi possível observar, no Brasil, que a redução na incidência de casos de aids em crianças menores de cinco anos chegou a 35,8% (BRASIL, 2013a). Nesse contexto, ações e políticas foram determinantes para enfrentar a aids, destacando-se o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais vinculado ao SUS e a profilaxia da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 1996; 2010a), o que minimizou significativamente a incidência de casos de aids em crianças (PAULA, 2008).

Os adolescentes e jovens em que a aquisição do vírus foi pela via sexual têm apresentado prevalências nos últimos anos. Na faixa etária de 13 anos de idade ou mais, do total de 5597 casos de aids no sexo masculino notificados no ano de 2013, 52,7% foram por relações heterossexuais, 32,5%, por relações homossexuais, 9,0%, por relações bissexuais, em detrimento de 5,0% dos casos por uso de drogas injetáveis, e 0,9% dos casos, por transmissão vertical. Já, no sexo feminino, nesse mesmo ano, foram notificados 2782 casos; destes, 97% foram por relações heterossexuais, 2,1%, por uso de drogas injetáveis e 0,8% ocorreram por transmissão vertical (BRASIL, 2013a).

Passadas três décadas, o país tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade. Entre 1980 e 2013 foram notificados 686.478 casos de aids, e 539.508 correspondem a pessoas na faixa

etária acima de 13 anos de idade. As mulheres em idade reprodutiva, portanto com potencial para a transmissão vertical do HIV, corresponderam a 181.567 casos (BRASIL, 2013a). Esses números evidenciaram a pauperização, a interiorização, a heterossexualização, a feminização e a juvenização da aids (CASTILHO; CHEQUER, 1997; PAULA, 2008; BRASIL, 2013a).

Quanto à pauperização, as populações mais vulneráveis socioeconomicamente se encontram em contínuo processo de infecção pela síndrome. Além disso, as notificações apontaram que a aids não só atinge as camadas mais pobres da sociedade como, também, as que possuem menor nível de escolarização e com menor acesso aos serviços de saúde. A interiorização se relaciona à disseminação de casos de grandes metrópoles para municípios de médio e pequeno porte (BRASIL, 2013a). Quanto à heterossexualização, constitui na atualidade uma importante característica da epidemia, havendo um incremento desta forma de transmissão de 26,7% no início da epidemia para 52,7% em 2013 no sexo masculino e de 85,6% no início da epidemia para 97,0% em 2013 no sexo feminino (BRASIL, 2013a). Já a feminização evidencia-se pelos valores da razão de sexo, que passaram de 40 homens para cada mulher com aids no ano de 1983, para 1,7 homens para cada caso em mulheres no ano de 2013 (BRASIL, 2013a). No que se refere à juvenização da epidemia, os dados epidemiológicos evidenciam que, de 1980 a 2013, foram notificados, segundo a faixa etária de 10 a 19 anos de idade, 15.480 casos, sendo 8016 notificados no sexo masculino e 7464 no sexo feminino (BRASIL, 2013a).

Os avanços proporcionados pela evolução da tecnologia, dos métodos de diagnóstico, das pesquisas e, especialmente, do tratamento da aids, alteraram a evolução e a tendência da epidemia, tendo em vista que as pessoas que vivem com aids passaram a ter uma sobrevida maior, caracterizando uma tendência à cronicidade desta doença (PADOIN, 1999). Além disso, Ribeiro (2011) sinaliza que as alterações no padrão dessa epidemia são resultado, também, das ações de prevenção, controle da infecção, da profilaxia, do manejo clínico das infecções oportunistas e da redução das internações hospitalares, por meio de uma assistência ambulatorial especializada. Tais ações, em conjunto, proporcionaram a redução da morbidade e mortalidade de pessoas infectadas pelo HIV.

As evoluções técnico-científicas e, principalmente, farmacológicas, essencialmente após o desenvolvimento da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART), têm oportunizado aos indivíduos que têm aids um viver com a doença e não para a doença, como nos anos iniciais, transformando uma síndrome que era percebida culturalmente como tendo

um resultado de morte anunciada, em uma doença com perspectivas de cronicidade (SEFFNER, 1995; SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Desse modo, pode-se compreender a aids como uma doença crônica, ou seja, como uma possibilidade permanente de existência que altera o processo de ser saudável e relaciona-se com os significados estabelecidos para o processo de viver, pois a dimensão da doença envolve, além dos aspectos biológicos, as questões sociais, culturais, psicológicas, entre outras (FREITAS; MENDES, 2004; SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Nesse contexto, Canesqui (2007) aponta que a cronicidade apresenta-se como uma concepção referente às condições de falta de saúde que podem ser gerenciadas, mas não curadas, e, por essa razão, passam a fazer parte da história de vida de seus portadores. Na sua maioria, manifestam sintomas periódicos ou contínuos, que repercutem em várias dimensões da vida de seus portadores. A mesma autora discorre que a experiência da enfermidade é subjetiva, estando alicerçada nos contextos socioculturais vividos.

A vivência de uma doença crônica pode provocar mudanças significativas no cotidiano dos adolescentes, considerando que precisam conviver com uma realidade permeada por restrições e necessidades que afetam suas atividades cotidianas e diversas áreas de suas vidas. Estudo revela que os principais aspectos que frequentemente são alterados, nessa condição, dizem respeito à escolarização e alimentação. Quanto à escolarização, os próprios sintomas da doença podem prejudicar o aprendizado do adolescente, assim como há o afastamento do ambiente escolar quando necessárias as hospitalizações. Em relação ao aspecto da alimentação, as restrições nesse campo são vivenciadas com sofrimento e há uma dificuldade de incorporar novos hábitos alimentares (SCHNEIDER; MARTINI, 2011). Para Motta, Issi e Ribeiro (2009), a doença crônica emerge como um agravante na vida de adolescentes e suas famílias, deixando marcas profundas, imprevistas e intransferíveis. Desse modo, evidencia-se que a doença crônica pode interferir de forma significativa na vida de tais adolescentes, pois modifica práticas cotidianas e interfere na qualidade de vida.

Na tessitura do processo de adolescer com a condição de cronicidade da aids, destaca-se que o adolescente vivencia um cotidiano terapêutico, o qual é perpassado por questões que precisam ser consideradas, 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, dentre outras (PAULA, 2008). No entanto, Paula, Cabral e Souza (2009) ressaltam que, na pluralidade do processo de adolescer com aids, parece que as singularidades desse processo têm adquirido menos visibilidade no emaranhado das investigações que privilegiam meramente as questões clínicas e epidemiológicas. As autoras

ressaltam que o modo de vivenciar os desafios, os medos, o cotidiano, o cuidado de si, a adesão à terapêutica medicamentosa e demais questões dos cuidados de saúde é diretamente relacionado ao modo com que cada um confere sentido ao seu viver no cotidiano.

De acordo com Paula, Cabral e Souza (2011), o adolescente que vive com aids possui características comuns aos adolescentes que não têm a infecção, ao transitar por essa fase do desenvolvimento. As mesmas autoras, em outro estudo, pontuam que o adolescente que vive com aids se anuncia e se reconhece como adolescente e, às vezes, ainda gostaria de voltar a ser criança, vivenciando uma alternância entre a vontade de voltar à infância e de fazer coisas de adolescente, entre as perdas e conquistas dessa fase. O adolescente que convive com essa situação sorológica se encontra quase sempre envolvido com as mesmas rotinas diárias que os seus demais colegas e mais as demandas particulares de sua condição sorológica. No seu cotidiano, o adolescente revela relacionar-se com familiares e amigos, manter suas atividades diárias e considera que o que está acontecendo é igual ao que acontece com todos os adolescentes. Além disso, revela que está adquirindo experiência, aprendizado e maturidade, conquistando, assim, sua liberdade e privacidade. Porém, também se reconhece como adolescente com aids, o que considera difícil de aceitar e encarar. Assim, mostra-se uma situação complexa, de ser adolescente e viver com aids (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2009).

Neste contexto de adolecer com aids, o estudo de Barreto (2011) sinaliza para uma diferenciação nas vivências de adolescentes que contraíram o vírus por transmissão vertical e sexual. Conforme esse estudo, adolescentes contaminados por transmissão vertical não apresentaram mudanças significativas nas suas práticas cotidianas, enquanto que aqueles contaminados por via sexual indicaram sentimentos e práticas negativas, envolvendo sentimentos como negação, revolta e tristeza.

Dentre as questões que perpassam o cotidiano de adolescentes que vivem com HIV/aids, encontra-se o tratamento medicamentoso, sendo que a terapia combinada com três drogas antirretrovirais, incluindo duas classes de fármacos diferentes, é o tratamento inicial recomendado para crianças e adolescentes com infecção pelo HIV. A escolha das drogas para compor o esquema antirretroviral para uso em adolescentes deve considerar, sempre que possível, o estilo de vida, hábitos, práticas esportivas, escola, vida familiar, adaptações dos horários diários, apresentações das drogas e efeitos colaterais (BRASIL, 2006; 2009).

A utilização da terapia antirretroviral combinada tem reduzido significativamente a morbidade e mortalidade de adolescentes, no entanto apresenta outro desafio, o da adesão. Conforme Brasil (2009), o conceito de adesão ao tratamento é bem mais amplo do que a simples ingestão de medicamentos, incluindo, para tanto, aspectos como o estabelecimento de

vínculo entre usuário e equipe de cuidado, o acesso à informação, o acompanhamento clínico e laboratorial, a adequação do tratamento às especificidades individuais e o compartilhamento das decisões acerca do tratamento. Desse modo, a adesão se constitui em processo dinâmico e multifatorial, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre o usuário do serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio, nas quais sejam consideradas as singularidades sociais, culturais e subjetivas dos indivíduos (BRASIL, 2006).

O estudo de Paula et al. (2012) revelou os principais motivos associados à não adesão de adolescentes à terapêutica, dentre eles a rotina que permeia o tratamento, as características físicas do medicamento, a falta de orientação no serviço de saúde sobre como tomar os medicamentos, a omissão das doses pelo fato de não utilizar algo que auxilie a lembrar da medicação, o desconhecimento dos adolescentes no que se refere à sua condição de saúde e a ação dos antirretrovirais no organismo. Outro estudo demonstrou que as principais dificuldades enfrentadas perpassam o preconceito, a discriminação e o estigma, que podem causar sentimentos que tendem a deixá-los vulneráveis ao abandono do tratamento (SUET, 2011). Aliado a isso, os adolescentes, na tentativa de serem aceitos pelo grupo social, escondem medicamentos e pulam doses em momentos de interação social (MONTENEGRO, 2009). No estudo de Botene e Pedro (2011), que ouviram crianças que vivem com aids, estas também apresentaram episódios de esquecimento de doses de medicação, referiram pouco conhecimento sobre o medicamento e demonstraram opiniões dúbias no que se refere à palatibilidade, ora afirmavam que a medicação não era ruim, ora que era desagradável. Nesse mesmo estudo, revelou-se que o principal motivo da ingesta da medicação antirretroviral era o medo da morte.

Estudo sugere que o suporte familiar constitui-se em um fator essencial no dia a dia do tratamento antirretroviral dos adolescentes, tendo em vista que a presença de alguém que os ajude a lembrar dos medicamentos e que lhes apoie os faz se sentirem mais amparados e seguros (SUET, 2011). Além disso, a participação em grupos de orientação em relação à aids pode estimular a adesão ao tratamento, uma vez que cria uma aproximação com o serviço de saúde, possibilitando troca de experiências, compreendendo demandas e intervindo precocemente (KOURROUSKI; LIMA, 2009).

Ribeiro (2011) entende que a família, em especial a mãe, participa de alguma forma no cotidiano do adolescente que vive com aids, envolvendo-se tanto nos aspectos que a doença desencadeia em sua vida quanto nas questões que perpassam o seu tratamento, a sua relação com os pares e a sua sexualidade. Essa autora percebeu, em seu estudo, que essa relação com o adolescente está alicerçada no diálogo.

No espaço familiar emergem questões complexas, como, por exemplo, entre tantas outras relacionadas ao tratamento em si, a revelação do diagnóstico. Esta deve ser tratada como um processo gradual, progressivo e contínuo, devendo ser considerados a abordagem individualizada, o momento apropriado, o nível de informação e o contexto psicossocial e familiar em que o adolescente esteja inserido (BRASIL, 2006). Além da revelação, outra situação complexa, de difícil abordagem pela família ou mesmo entre os adolescentes com HIV/aids e os sem a patologia, é a questão da sexualidade. Entre os e as adolescentes este é um tema que desperta interesse, curiosidade, revelações de quem namora quem ou quem “fica” com quem, além de outros temas como quantas(os) namoradas(os), o que é bom, como se relacionam sexualmente, entre outras questões.

No entanto, devido ao medo da discriminação e do preconceito, da reação no momento da revelação da soropositividade, da exposição da história familiar e do que poderá acontecer, acredita-se que, muitas vezes, com seus pares, nas conversas “íntimas”, a questão sexual é tratada veladamente, e a sexualidade ainda desconhecida não faz parte do momento. Portanto, nesse processo, a vivência da sexualidade encontra-se imersa em diversos paradoxos relacionados com o namorar e o “ficar”, a revelação do diagnóstico, o estigma e o preconceito, o medo da doença, as questões reprodutivas, o desejo de constituir família, os planos futuros, entre outros.

Ao encontro de tais questões, Ayres et al. (2004) enfatizam que a mentira e a omissão acerca da situação sorológica servem, muitas vezes, como importante estratégia para manter a privacidade e o sigilo, proteger-se de situações de estigmatização e evitar conflitos abertos. No que se refere ao estigma, tais autores ressaltam que a luta contra ele é dolorosa, desgastante e diária. O estigma e a discriminação constituem processos de desvalorização, que podem reforçar diversas iniquidades sociais, tais como aquelas relacionadas à raça, classe, gênero e preferências sexuais (AYRES et al., 2004).

Conforme Della Negra (2004), de acordo com a forma de aquisição do vírus, os adolescentes podem apresentar distintas maneiras de conhecerem seu diagnóstico. Os que se infectaram por transmissão horizontal normalmente descobrem seu diagnóstico quando procuram um centro de aconselhamento para realizar o teste anti-HIV por terem vivenciado situação de risco, ou quando as meninas estão grávidas, descobrindo seu estado sorológico durante o pré-natal. Esses adolescentes recebem o resultado do diagnóstico, na maioria das vezes, sem nenhum preparo prévio. Já aqueles que se infectaram pela transmissão vertical, geralmente, são cuidados por sua família de origem, por uma família substituta ou estão institucionalizados. Porém, a família de origem apresenta resistência em revelar o diagnóstico

e, com isso, eles chegam à adolescência sem saberem de sua infecção e a razão pela qual realizam o acompanhamento clínico.

A revelação do diagnóstico constitui-se em um fenômeno que gera preocupações nos familiares. Tais preocupações perpassam questões acerca do momento ideal, de como isso deve ser feito e do grau de consciência e de maturidade necessários. Os familiares preocupam-se, também, em não mentir ou enganar a criança quanto ao seu diagnóstico, possibilitando informações condizentes com suas dúvidas, conhecimentos e desenvolvimento (SCHAURICH, 2011).

O estudo de Lima e Pedro (2008) apontou como fatores limitantes da revelação do diagnóstico a preocupação dos familiares em manter o diagnóstico velado, estendendo esse silêncio a pessoas do meio familiar, por entenderem que a doença apresenta ainda um estigma social que pode levar à discriminação, que atinge tanto o adolescente quanto a família. Para as autoras, isso pode interferir no processo de adolecer, em seus diversos aspectos, como na vivência da sexualidade, na relação com os pares, no conhecimento do corpo e de suas modificações.

Outro estudo realizado com adolescentes soropositivos, que buscou descrever os comportamentos que estes utilizam para lidar com a estigmatização, encontrou resultados semelhantes. Nesse estudo, a manutenção do silêncio foi o comportamento utilizado para se proteger de estigmatização e discriminação. Desse modo, o estado sorológico não era revelado aos amigos e familiares, sendo que apenas as mães e avós, principais cuidadoras, conheciam a situação sorológica do adolescente (TSHWENEAGAE, 2010).

Conforme o estudo de Kennedy et al. (2010), embora algumas famílias tenham vivenciado certas experiências negativas no processo de revelação, a maioria considerou seus aspectos positivos, dentre eles o aumento da proximidade familiar e uma melhoria no relacionamento entre pais e filhos.

Ayres et al. (2004) ressaltam que a revelação do diagnóstico apresenta-se como um momento especial no processo de atendimento aos adolescentes infectados pelo HIV e suas famílias. Possibilita ao profissional que as condutas sejam discutidas com o paciente e cuidadores de maneira clara e sem segredos. Aos pacientes, lhes permite escolhas e decisões, exercendo autonomia. Para os pais e cuidadores, é um desafio necessário e irremediável a ser enfrentado. Os autores entendem que a manutenção do segredo, além de desconfortável, é angustiante.

Afora as complexas questões já mencionadas, que perpassam o adolecer com aids, há ainda outras preocupações que podem estar presentes nessa fase, como a orfandade. Para

França Junior, Doring e Stella (2006), a aids impacta a qualidade de vida de crianças e adolescentes, pois pode gerar sucessivas perdas como a do convívio com os pais e seus familiares, além de sua própria saúde.

Nesse contexto, Paula (2008) reforça que as crianças e adolescentes que perdem seus pais podem ser afetados por dificuldades econômicas, falta de proteção e afeto, abandono dos estudos, problemas psicológicos, maiores riscos de violência, subnutrição e doença, além do estigma, discriminação e isolamento, sendo, muitas vezes, forçados a assumir responsabilidades para as quais podem não estar preparados.

Estudo realizado em Uganda buscou conhecer quem são os principais cuidadores de crianças e adolescentes órfãos, e revelou que em sua maioria são cuidadoras do sexo feminino, principalmente as avós. Os resultados desse estudo apontam para a necessidade do desenvolvimento de programas que ajudem as avós a se ajustarem a esse novo papel, de cuidadoras de seus netos. Além disso, sugerem que tais programas auxiliem no fortalecimento das famílias para cuidarem de crianças e adolescentes órfãos, incluindo outros familiares que possam fornecer apoio e cuidado (KARIMLI; SSEWAMALA; ISMAYILOVA, 2012).

Os adolescentes, muitas vezes, devido à orfandade ou à impossibilidade de estarem com familiares que se comprometam com seu cuidado, passam a viver em instituições como as casas de apoio. Conforme Medeiros e Motta (2008), essas casas não deixam de ser um lugar estigmatizado perante a sociedade e onde pode acontecer a privação do convívio familiar e social. Desse modo, a adoção se constitui em uma forma de encontrar uma nova família, contudo, quando se trata de uma doença estigmatizante, essa possibilidade se torna ainda mais difícil (MEDEIROS; MOTTA, 2008).

Ainda de acordo com o estudo de tais autoras, a casa de apoio é entendida pelas crianças como um lugar bom para estar, no qual podem brincar, passear e onde recebem carinho e atenção. Porém, a maioria das crianças entende que a casa de apoio não é sua família e gostaria de estar vivendo com seus familiares, independente de suas condições socioeconômicas. Nesse sentido, cuidar de crianças e adolescentes com aids, que vivem em casa de apoio, longe de seus familiares, é um processo complexo que exige cuidados físicos, emocionais e sociais (MEDEIROS; MOTTA, 2008). Estar adolescendo com aids em casa de apoio exige dos cuidadores presença e diálogo para ajudar esses adolescentes no enfrentamento de perdas, lutos, fantasias e ansiedades (PAULA, 2008).

No processo de adolescer com aids, também encontram-se implicações no vivenciar a sexualidade. Contudo, no presente estudo, por entender-se que a adolescência e a sexualidade, no âmbito da aids, se constituem em categorias fortemente contextualizadas e abarcam a

temática estudada, tais questões serão discutidas de forma aprofundada no próximo item do referencial teórico.

2.2 A sexualidade de adolescentes que vivem com HIV/aids

A sexualidade constitui-se em um conceito em disputa, historicamente, e, a depender do autor, do olhar informado, da área de conhecimento, dos atores em suas vivências e ideários, pode tomar acentos particulares quanto à referência ao sexo, o que se confunde com distintos constructos de vida.

Como tema de estudo, a sexualidade permite uma diversidade de entendimentos e conceituações, construídos singularmente, a partir da visão de mundo de cada ser humano. Por essa razão, ela pode ser abordada de diferentes ângulos e sua delimitação ou conceituação relaciona-se com os esquemas conceituais utilizados (LOYOLA, 1999).

Nas ciências sociais, não existe uma abordagem única da sexualidade; a polissemia que caracteriza esse objeto pode ser compreendida como uma tentativa de articular abordagens situadas em níveis distintos (LOYOLA, 1999). Isso pode estar associado à questão da sexualidade constituir-se em um campo de estudos em pleno processo de construção, no qual diferentes disciplinas esforçam-se para definir uma visão acerca dessa temática, em um esforço de (re)apropriá-la como objeto de estudo.

Conforme Parker e Barbosa (1996), durante a maior parte do século XX a sexualidade humana foi ignorada como uma questão de reflexão e pesquisa social, o que pode ser resultado da proximidade desse tema em relação ao corpo e à existência biológica. Tais autores entendem que, quando apropriada pelas ciências biomédicas, a sexualidade se tornou objeto de uma literatura médica, que não a relacionou com os problemas da vida social.

Quando apropriada pela medicina, a sexualidade passou a ser creditada como instinto biológico, voltado meramente para a reprodução da espécie, e a ser entendida e identificada como genitalidade e heterossexualidade (LOYOLA, 1999). A partir dessa interpretação, que emanou das ciências biológicas e biomédicas, a temática adotou um caráter fundamentalmente biologicista, patologizante e reprodutivista (BARBOSA, 1997).

Conforme Parker e Barbosa (1996), foi apenas nos últimos anos que tanto a submissão da sexualidade à racionalidade médica quanto a sua marginalidade nos estudos começaram a ser questionadas, proporcionando espaço para uma perspectiva de análise política e social mais abrangente, fortalecendo-se como um campo de pesquisa social.

Para esses autores, os motivos para o aumento significativo dos estudos acerca da sexualidade tangenciam, principalmente, a ocorrência de uma sucessão de movimentos sociais. Essa explosão de estudos pode estar associada, ao menos em parte, às amplas transformações sociais iniciadas durante os anos 60, e de forma especial devido ao crescimento dos movimentos feminista, *gay* e lésbico, os quais se tornaram forças políticas nos anos 70 e 80 (PARKER; BARBOSA, 1996).

Na década de 70, houve maior expressão de estudos sobre gênero, decorrentes do movimento feminista, inclusive no pensamento acadêmico, que passou a visualizar, a partir de uma nova ótica, questões teóricas e de investigação sobre sexualidade. Nesse contexto, os fóruns internacionais, de forma especial o ciclo de conferências sociais das Nações Unidas, tornam mais visíveis a complexa dimensão social e política da relação entre sexualidade, saúde, construção de cidadania e o exercício efetivo de direitos. Na mesma direção, entende-se que as discussões sobre os direitos reprodutivos e os direitos sexuais podem ser pensadas como um enorme avanço em termos políticos (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004).

Com a eclosão da aids, os investigadores da área passaram a compreender que ainda havia muitas limitações no que se refere ao conhecimento sobre a diversidade de formas de expressão da sexualidade humana. De acordo com Camargo, Rohden e Cáceres (2011), nas últimas três décadas, a resposta global à epidemia de HIV/aids gerou novas discussões acerca da sexualidade. Para esses autores, no início dos anos 80 houve um predomínio nas investigações epidemiológicas a respeito de condutas sexuais associadas ao risco de infecção pelo HIV e investigação sobre fatores associados a condutas sexuais de risco, como conhecimentos, atitudes e práticas. Já, no início dos anos 90, os estudos direcionaram-se para investigações qualitativas acerca da sexualidade e risco, a partir da antropologia, e os estudos envolvidos enfatizaram as culturas e os significados sexuais.

Conforme Cáceres (2011), os últimos anos se caracterizaram por situações paradoxais. De um lado se reconhece uma desconfiança na efetividade de estratégias preventivas biomédicas orientadas apenas para a mudança de comportamento, com enfoque de prevenção baseado em evidências. De outro lado se reconhece o papel da diversidade nas formas de vivência da sexualidade na disseminação global da epidemia.

Assim, se, por um lado, tais estudos sobre a sexualidade contribuíram para que ela terminasse por ser frequentemente associada nas investigações da área da saúde a uma dimensão meramente biológica, por outro garantiram, pelo menos em parte, que o estudo da sexualidade e a sua dimensão social, cultural e política emergissem centrais aos debates que

tiveram lugar na sociedade, no final do século XX (PARKER; BARBOSA, 1996; LOYOLA, 1999).

No presente trabalho, a pesquisadora busca direcionar-se a um olhar ampliado acerca da questão da sexualidade, entendendo-a como uma categoria fortemente contextualizada. Desse modo, corrobora-se com a OMS, quando entende a sexualidade como um aspecto central da vida do ser humano, que abarca em sua conceituação uma diversidade de questões, perpassando sexo, questões de gênero, identidades sexuais, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Ela se expressa por pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, sendo influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

De acordo com Louro (2007), a sexualidade, muitas vezes, é entendida como algo que homens e mulheres possuem naturalmente, como algo dado pela natureza. Para a autora, ao aceitar-se essa ideia, afasta-se da dimensão social e política da sexualidade, bem como de seu caráter de construção. De acordo com ela, a sexualidade envolve rituais, linguagens, representações e símbolos, que se constituem em processos profundamente culturais e plurais. Ressalta ainda que, por meio dos processos culturais, a natureza e a biologia são produzidas e transformadas, tornando-se históricas.

Nesse alinhamento de pensares, Heilborn (2006) também compreende a sexualidade como um processo de aprendizagem. Pontua que a sexualidade pode ser pensada a partir da articulação entre a sociedade e a trajetória individual e biográfica dos indivíduos. Assim, esclarece que a sexualidade do indivíduo espelha-se nas múltiplas e diferentes socializações que ele experimenta ao longo da vida, na família, escola, no acesso a meios de comunicação e redes de amizade.

Para Heilborn (1999), as práticas sexuais se diferenciam em cada sociedade e essas diferenças são dependentes dos referenciais agregados aos segmentos sociais. Dessa forma, é a partir dos relacionamentos, da comunicação, das representações pessoais que cada ser torna singular sua participação na convivência social. Esse processo de singularização ocorre por meio da aquisição e da interiorização de valores que irão compor o universo simbólico pessoal (RESSEL, 2003).

A partir das relações familiares no decorrer da infância e da adolescência é que são transmitidos, definidos e construídos os valores culturais acerca da sexualidade. É na instituição familiar que os indivíduos têm a formação de valores enraizados para toda a vida, sendo, portanto, determinante a maneira como a sexualidade é tratada. No convívio com

os pais e demais familiares se estrutura o padrão cultural da sexualidade (RESSEL et al., 2011).

Para tanto, Ressel (2003) reforça que a sexualidade se caracteriza como uma elaboração singular de cada indivíduo, sendo resultado de sua construção histórica, social e cultural. Dessa forma, a sexualidade envolve as vivências de cada ser humano, atuando na maneira como cada um se expressa, sente e age.

Heilborn, Aquino e Knauth (2006) consideram que a sexualidade se apresenta na adolescência como uma das esferas de aquisição de autonomia individual em relação à família de origem e deriva de prescrições culturais que mudam conforme o tempo histórico, o meio social e o sexo.

A adolescência, pela combinação das modificações biológicas, psicológicas e sociais que perpassam esta fase da vida e pela necessidade de explorar o novo, torna o adolescente um ser vulnerável à infecção pelo HIV (BRÊTAS, 2010). Uma das questões que norteiam a vulnerabilidade na adolescência é a forma como esses adolescentes vivenciam sua sexualidade, a qual é uma área circunscrita por valores, preconceitos e vivências, singulares para cada um deles.

De acordo com Paiva et al. (2011), 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. Nesse contexto, o enfoque de risco, na vivência da sexualidade na adolescência, aparece geralmente associado a questões como gravidez não planejada, aborto, risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e o HIV, entre outras. O risco generalizado parece, dessa forma, definir e circunscrever negativamente esse período da vida (BRÊTAS, 2010). Porém, tais aspectos assumem diferentes nuances se for adotada a noção de vulnerabilidade para compreender as experiências dos adolescentes (BRÊTAS, 2010).

A vulnerabilidade pode ser considerada como uma chance de exposição das pessoas ao adoecimento, resultante não apenas de um conjunto de aspectos individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, a disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES et al., 2009).

Desse modo, Ayres et al. (2009) referem que a vulnerabilidade não compreende apenas a redução de riscos exclusivamente individuais, e sim engloba as etapas históricas da doença e as características sociais que fazem parte do cotidiano das pessoas. Além disso,

precisam ser consideradas as questões de acesso aos serviços de saúde, existência de políticas públicas e recursos para a manutenção de uma vida saudável.

Tais autores entendem que a vulnerabilidade singulariza as diferentes situações de suscetibilidade das pessoas tanto em âmbito coletivo quanto individual, e desconstrói conceitos de grupos e comportamentos de risco caracterizados no decorrer da epidemia da aids, tendo em vista que todos estão suscetíveis a adquirirem o HIV em maior ou menor grau. A vulnerabilidade está articulada em três eixos interdependentes, quais sejam o componente individual, o social e o programático.

O componente individual da vulnerabilidade refere-se ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem acerca do problema; à capacidade de elaborar informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas de prevenção (AYRES et al., 2009).

Já o componente social busca focalizar diretamente nos fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual. Assim, aspectos como a obtenção de informações, as possibilidades de metabolizá-las e o poder de incorporá-las nas mudanças práticas não dependem só das pessoas individualmente, mas de questões como o acesso a meios de comunicação, a escolarização, a disponibilidade de recursos materiais, o poder de influenciar decisões políticas, a possibilidade de enfrentar barreiras culturais. Tais questões precisam ser incorporadas às análises de vulnerabilidade (AYRES et al., 2009).

Quanto ao componente programático, este busca avaliar como as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem ou aprofundam as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. Desse modo, elementos como o grau e a qualidade de compromisso desses serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento das ações, a sustentabilidade das propostas e o estímulo à participação e autonomia dos sujeitos sociais são aspectos fundamentais no enfoque das situações de vulnerabilidade (AYRES et al., 2009).

Alguns autores focalizam seus estudos para compreender aspectos da vivência da sexualidade na adolescência e situações que possam vulnerabilizar o adolescente à infecção pelo vírus do HIV. Tais estudos perpassam questões relacionadas aos comportamentos e práticas de adolescentes, relações desiguais de gênero, informações acerca da temática, atitudes e percepções dos adolescentes em relação ao contágio nas doenças sexualmente transmissíveis e no HIV/aids, a influência da família na vivência da sexualidade, dentre outras

(CEDARO; VILAS BOAS; MARTINS, 2012; RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011; MOREIRA; SANTOS, 2011; RESSEL et al., 2011; DIAS et al., 2010; BRÊTAS; OHARA; JARDIM, 2008).

Resultados de um estudo realizado com adolescentes de uma escola de Porto Velho mostraram uma precocidade na iniciação sexual, o que ocorreu por volta dos 12 anos tanto em meninos quanto em meninas (CEDARO; VILAS BOAS; MARTINS, 2012). Da mesma forma, outro estudo realizado com adolescentes escolares evidenciou que a iniciação sexual dos adolescentes ocorreu com 14 anos ou menos, confirmando que os adolescentes têm iniciado sua vida sexual cada vez mais cedo. Isso pode colaborar para que não utilizem proteção na primeira relação sexual devido à imaturidade etária, emocional e afetiva desta fase (BRÊTAS; OHARA; JARDIM, 2008).

No que se refere aos preservativos, mesmo que tenha havido um aumento de seu uso entre os adolescentes, ele ainda não é usado por todos nem em todas as relações sexuais (BRÊTAS; OHARA; JARDIM, 2008). Estudo realizado com adolescentes em Fortaleza aponta como fator predisponente ao não uso do preservativo a interferência causada por esse método no prazer durante a relação sexual (DIAS et al., 2010). Além disso, os participantes dessa pesquisa enfatizaram que o namoro aumenta a confiança no parceiro, fazendo com que as práticas sexuais desprotegidas se tornem frequentes em decorrência do envolvimento afetivo e da intimidade do casal.

Dessa forma, o tipo de vínculo que se estabelece no relacionamento afetivo do adolescente, “ficar” ou namorar, influencia na decisão do uso de preservativo. O namoro é entendido pelos adolescentes como um relacionamento sério, que envolve confiança e prazer de estar com a pessoa enamorada. Já o “ficar” é descrito como algo provisório e apenas diversão, ele também é visto como primeiro passo para namoro, é uma fase de observar e de conhecer (RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011).

Além de tais aspectos, as questões de gênero também podem influenciar o uso do preservativo na adolescência. De acordo com Ribeiro, Silva e Saldanha (2011), a diferença nas relações de poder entre os sexos, construídas socialmente e culturalmente, são evidenciadas na família, especialmente nos conteúdos vinculados ao domínio familiar, os quais divergem de acordo com o sexo. Para as mulheres são abordadas as temáticas da virgindade e gravidez, enquanto que para os homens questões referentes à relação sexual.

A sexualidade pode ser vivenciada de maneira diversa entre meninos e meninas, sendo a mulher tradicionalmente preparada para o matrimônio e a reprodução e exaltados os discursos familiares acerca da virgindade e fidelidade, favorecendo a conformação repressora

da sexualidade feminina (MOREIRA; SANTOS, 2011). Ressalta-se que o comportamento diferenciado dos pais em relação à abordagem da sexualidade das filhas e dos filhos interfere diretamente na formação da identidade e na postura que eles assumem em relação à vivência da sexualidade (RESSEL et al., 2011).

Quanto ao conhecimento dos adolescentes acerca da temática, estudo revelou que eles conhecem os métodos de contracepção e de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e sabem onde buscar informação e orientação sobre essas questões. Entretanto, apareceram, nesse estudo, relatos de opção pelo coito interrompido e pelo uso da pílula do dia seguinte, ou ainda, de prática sexual sem a preocupação de qualquer cuidado profilático, assertivo ou não (CEDARO; VILAS BOAS; MARTINS, 2012).

No que se refere ao entendimento dos adolescentes a respeito das doenças sexualmente transmissíveis e da aids, pesquisa demonstra que eles têm dúvidas em relação ao próprio corpo e apresentam dificuldades para reconhecer os sintomas que tais doenças podem provocar. Além disso, relatam conhecimento insuficiente acerca das formas de transmissão da aids (DIAS et al., 2010).

Em relação às fontes de informação acerca da sexualidade, destacam-se os pais e os amigos (BRÊTAS et al., 2011). Outras fontes se constituem em livros, revistas, Internet, profissionais da saúde e da educação, porém de forma menos expressiva (CEDARO; VILAS BOAS; MARTINS, 2012). No entanto, muitos pais apresentam dificuldades quando se trata da sexualidade dos filhos adolescentes, acabando por transferir o papel educativo a terceiros e reproduzir formas disciplinadoras de controle da sexualidade (BRÊTAS; OHARA; JARDIM, 2008).

Reforçando essa questão, estudo realizado por Ressel et al. (2011), com mulheres adolescentes, revelou que os pais apresentam dificuldades em falar sobre sexualidade com suas filhas, o que pode ser justificado pelo fato de que a sexualidade, apesar do período de transição em que se vive, ainda é entendida como um evento permeado por mitos, tabus, proibições e silêncios.

Além disso, os pais podem sentir-se intimidados para abordar a questão da sexualidade com seus filhos, principalmente quando a sua educação sexual foi permeada por repressão. Tal dificuldade na comunicação familiar transparece nas marcas de um discurso onde a sexualidade era relacionada estritamente à questão da reprodução. Desse modo, torna-se importante que os pais reconheçam as diferenças históricas e culturais que interferem na vivência e no entendimento da sexualidade de seus filhos (RESSEL et al., 2011).

Tais questões, que perpassam a vivência da sexualidade na adolescência, muitas vezes, passam a ser controladas, restringidas e veladas quando associadas ao universo de adolecer com HIV/aids. Ayres et al. (2004) apresentam preocupação com o estreitamento dos horizontes de possibilidades e perspectivas que se abrem para o adolescente que vive com HIV/aids. A vivência da sexualidade de tais adolescentes encontra-se imersa em diversos paradoxos, como os relacionamentos afetivos, a revelação do diagnóstico ao parceiro ou parceira, o estigma e o preconceito, as questões reprodutivas, o desejo de constituir família, os planos futuros, as percepções da família quanto à vivência de sua sexualidade, entre outros.

A sexualidade do adolescente que vive com HIV/aids é vista, na maioria das vezes, como um problema que merece intervenção, principalmente pelo perigo de infecção que os “positivos” podem representar para os outros, “os negativos” (AYRES, 2004). Dessa forma, é importante compreender e buscar superar as restrições não justificáveis, alicerçadas em desconhecimento, preconceito, medo, despreparo ou falta de apoio ao adolescente ou aos que se relacionam com ele (AYRES, 2004).

No que se refere aos relacionamentos afetivos, estudo realizado com adolescentes que vivem com HIV e seus cuidadores revelou que os adolescentes namoram ou querem namorar e que estão começando a vivenciar as primeiras experiências sexuais nas relações que denominam como “ficar”. Também demonstraram não se sentirem à vontade para falar sobre assuntos que perpassam a sexualidade (PAIVA et al., 2011).

Além disso, o envolvimento nos relacionamentos afetivos não acontece sem preocupações para o adolescente, o que traduz a sua preocupação em cuidado com o outro com quem se relaciona. O adolescente tem dúvidas sobre o risco de contaminar o companheiro ou a companheira e apreensões quanto às repercussões de uma gravidez indesejada e todas as responsabilidades que ela requer (PACHECO; PAZ; SILVA, 2011).

No tocante à revelação do diagnóstico para namorados ou parceiros eventuais, adolescentes referem que, independente do tipo de relacionamento afetivo, “ficando” ou namorando, não comunicam imediatamente seu estado sorológico, sendo necessário confiar no outro para revelar (PAIVA et al., 2011). Os adolescentes temem que a divulgação leve a uma reação negativa e rejeição de seus companheiros. Assim, para manterem o segredo de sua condição sorológica utilizam argumentos, como o medo da gravidez ou outras sensações, a fim de que seja utilizado o preservativo nas relações sexuais, sem despertar dúvidas em seu parceiro (FERNET et al., 2007).

Ao se relacionarem afetivamente ou sexualmente com outros adolescentes, vivenciam o temor da rejeição por serem portadores do vírus HIV e de ficarem sós, distantes daqueles

com quem podem compartilhar carinho, afetos e prazeres (PACHECO; PAZ; SILVA, 2011). O estigma pode levar à não divulgação ou ao atraso na mesma para os parceiros sexuais (HODGSON et al., 2012). Dessa forma, a vivência da sexualidade na adolescência é marcada por sentimentos que expressam a dificuldade em lidar com a soropositividade, tendo em vista que muitos adolescentes têm receio de serem vítimas de preconceito ou discriminação (RODRIGUES et al., 2011).

Sobre o uso do preservativo, estudo realizado com adolescentes soropositivos observou que eles nem sempre se sentiam confortáveis ou estavam completamente informados sobre prevenção sexual ou vertical do HIV. Por conseguinte, tais sujeitos indicaram a necessidade de apoio para o uso consistente do preservativo e de orientações mais precisas e detalhadas (PAIVA et al., 2011). Da mesma forma, em outro estudo os adolescentes relataram o uso do preservativo, mas não sem alguma dificuldade ocasional. Além disso, aqueles que foram infectados por transmissão vertical expressaram baixos níveis de conscientização sobre o HIV (PAIVA; AYRES; GRUSKIN, 2010).

Corroborando com esses achados, estudo desenvolvido com adolescentes soropositivos de Juiz de Fora demonstrou que eles apresentavam dúvidas e inseguranças quanto ao uso correto do preservativo. Em relação às práticas preventivas, os resultados mostraram que os adolescentes sabiam da importância de sua utilização em todas as relações sexuais, mas precisavam de informações mais claras sobre como utilizá-lo, para não se colocarem vulneráveis à reinfeção e não contaminarem os futuros parceiros (PACHECO; PAZ; SILVA, 2011).

Pesquisa realizada no Canadá indicou que os adolescentes soropositivos, sexualmente ativos ou não, estão preocupados com o potencial de transmissão do vírus e enfatizam a importância da proteção do parceiro atual ou futuro. Assim, a utilização de preservativos foi expressa como um sentimento de responsabilidade interpessoal (FERNET et al., 2007).

Quanto aos planos para o futuro, os adolescentes que vivem com HIV/aids têm o desejo de construir família e de ter filhos, mas esses projetos são acompanhados, muitas vezes, pela ambiguidade e medo. No entanto, tais planos poucas vezes são discutidos abertamente com a família ou com os profissionais da saúde (PAIVA et al., 2011; PAIVA; AYRES; GRUSKIN, 2010; AYRES et al., 2006).

No que tange às percepções da família quanto à sexualidade do adolescente que vive com HIV/aids, percebe-se que o desencadear e a discussão desse assunto no âmbito familiar ainda é problemático e difícil para pais, cuidadores e filhos (LIMA; PEDRO, 2008). Lima e Pedro (2008) consideram que o processo de crescimento e desenvolvimento dos adolescentes,

as modificações corporais significativas da etapa, o interesse em viver um relacionamento afetivo e amoroso e as informações acerca da sexualidade precisam ser assuntos contemplados pela família, por ocasião das discussões próprias a esta fase do desenvolvimento.

Estudo realizado por Paiva et al. (2011) identificou no depoimento dos cuidadores de tais adolescentes preocupações quanto à vivência da sexualidade deles, sendo que muitos não se sentiam capacitados para conversar e orientá-los sobre esse assunto. Nesse estudo, os cuidadores mostraram-se conscientes quanto à necessidade da adoção de práticas sexuais seguras para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez, porém ansiosos acerca de quando e como orientar sobre essas questões. Além disso, as preocupações dos cuidadores com a vida sexual e reprodutiva associaram-se a questões como constituição de família, imagem corporal do adolescente, transmissão da doença, além do enfrentamento de situações difíceis impostas pela condição de soropositividade. Da mesma forma, em uma pesquisa realizada na Zâmbia as famílias apresentaram dificuldade em discutir assuntos relacionados à sexualidade com adolescentes soropositivos (HODGSON et al., 2012).

De acordo com Paiva et al. (2011), a sexualidade está presente na vida dos adolescentes que vivem com HIV/aids como desejo e dificuldade. Para esses autores, caso prevaleça a omissão diante das dificuldades, os desejos não deixarão de surgir e serão conduzidos sem a informação e o apoio necessário, o que poderá gerar mais sofrimento.

Dessa forma, a sexualidade desses adolescentes necessita de uma abordagem em saúde que não restrinja o cuidado à proteção contra os riscos da vida sexual. É preciso abordá-la em um contexto dialógico, onde os adolescentes possam ser entendidos como sujeitos e protagonistas conscientes (PAIVA et al., 2011). Os adolescentes vivendo com HIV/aids precisam ser ouvidos, respeitados, tidos como existentes. E, também, o momento de encontro com eles deve ser entendido como uma oportunidade para revisar os conceitos sobre sexualidade, adolescência e aids (CRUZ, 2007).

É interessante ressaltar que a sexualidade é ainda mantida velada nas situações que envolvem o cuidado em saúde, sendo caracterizada pelos silêncios, pelo ocultamento de sua existência e, até mesmo, pela mudança do foco do assunto, para não explicitá-la. Na área da saúde, em que constantemente interagem corpos sexuados, daquele que cuida e é cuidado, muitas vezes é negada a existência da sexualidade, embora ela se manifeste por meio de gestos, olhares, silêncios e atitudes que são insinuados muito mais do que são externados (RESSEL; GUALDA, 2003).

A sexualidade, nesta área, tem aparecido associada a tabus e preconceitos, que perpassam tanto a formação acadêmica quanto a prática profissional. É no momento do cuidado, a partir da interação dos corpos de quem o pratica e de quem o recebe, que a sexualidade ganha espaço para emergir. Porém, quando velada, pode consistir em mecanismo gerador de ansiedades, incertezas e constrangimentos mútuos (RESSEL, 2003).

Nessa direção, um estudo desenvolvido com enfermeiras docentes e assistenciais, contribui expressando que o ocultamento da sexualidade é significativo, quando se sabe de sua existência. Para a autora, talvez pela formação cultural, ela é mantida escondida, veladamente encoberta, não sendo manifestada no cuidado e nem permitido que os pacientes a demonstrem (RESSEL, 2003). No mesmo estudo é reforçado ainda que a sexualidade torna-se invisível quando não questionada a possibilidade de sua existência, considerando que não a vemos, não a tocamos, tornando-se totalmente subjetiva e abstrata, sendo assim, a desconhecemos e a ignoramos na prática de enfermagem.

Entende-se que as dificuldades que perpassam a abordagem desta temática no cuidado podem estar relacionadas à forma com que é tratada na formação acadêmica dos profissionais. Nesse contexto, dissertação de mestrado que buscou compreender a forma como a sexualidade é vivenciada pelos estudantes de enfermagem em sua formação acadêmica evidenciou que questões que perpassam a sexualidade no cuidado são ainda mantidas veladas, repercutindo em uma assexualização do mesmo (SEHNEM, 2009). Também, nesse estudo, a sexualidade foi relacionada, na prática do cuidado, a sentimentos como nervosismo, insegurança, angústia e constrangimento. Acredita-se que esses sentimentos perpassam qualquer situação em que haja encontro com indivíduos, estando eles hospitalizados ou não, sendo adultos ou mesmo adolescentes, em sala de aula, atividades grupais ou mesmo em entrevistas ou consultas individuais.

Dessa forma, entende-se que a sexualidade de adolescentes que vivem com HIV/aids precisa ser abordada a partir de um contexto dialógico, onde profissionais possam despir-se desse modelo assexualizado de cuidado e adolescentes possam tomar as decisões relativas à vivência de sua sexualidade de forma emancipada, como protagonistas conscientes de suas decisões.

2.3 A educação em saúde como estratégia para o processo de emancipação dos sujeitos

As modificações ocorridas na sociedade, nas últimas décadas, repercutiram, também, na área da saúde, a qual vem sofrendo transformações significativas em seu campo conceitual

e prático. Desse modo, um novo paradigma está orientando olhares dos profissionais da saúde. Essa mudança paradigmática é oriunda da ênfase dada à promoção da saúde a partir da reorganização da vida social e não apenas dos serviços de saúde, por meio da articulação de estratégias mais amplas na construção da cidadania e na transformação da cultura da saúde (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2008).

A partir do reconhecimento dos limites das abordagens biomédicas, instalou-se uma crise na saúde pública, o que fez com que se tornassem urgentes e necessárias as discussões acerca das questões desse campo, bem como a estruturação de propostas que dessem conta de uma nova concepção de saúde (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2008). O cenário que estava sendo delineado sinalizava para a necessidade da articulação de movimentos que buscassem transcender as bases da saúde pública, até então alicerçadas no modelo biomédico, cujo foco principal residia nas causas das doenças em nível individual e definia saúde simplesmente como ausência de doença (SOUZA et al., 2005).

Desse modo, o conceito de saúde amplia-se de uma visão negativa, entendida pela mera ausência de doença, para uma perspectiva positiva, de completo bem-estar físico e mental, e, daí, para a visão mais ampla que abarca uma adequação de vida social. Isso caracterizou uma mudança de paradigma e uma ruptura entre o conceito atual de saúde e o anterior. Esse encaminhamento à nova visão da saúde contribui para um dos elementos mais importantes do novo paradigma, a promoção da saúde (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Santos e Westphal (1999) entendem que, com a ruptura da visão simplista do conceito de saúde, entendida meramente como a ausência da doença, a melhor definição para o novo paradigma é a de produção social da saúde. O movimento de construção da nova saúde pública pressupõe superar definitivamente o enfoque vertical e paternalista, decorrente do modelo biomédico e alicerçado em práticas prescritivas dos profissionais da saúde. Da mesma forma, tal movimento precisa considerar o desenvolvimento de novas relações com o Estado e com a sociedade civil, bem como o desenvolvimento de novas habilidades dos profissionais, a fim de implementar novas práticas (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Nesse entendimento, Buss (2009) ressalta que o conceito atual de promoção da saúde, bem como a sua prática, surgiu e se desenvolveu de forma mais significativa nos últimos 25 anos e emerge como reação à intensa medicalização da saúde tanto na sociedade quanto no sistema de saúde. Esse autor, ao realizar uma análise do conceito de promoção da saúde vigente, refere que:

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000, p. 165).

O termo “promoção da saúde” recebeu destaque na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa, no ano de 1986 (SOUZA et al., 2005). Essa Conferência teve como principal produto a Carta de Ottawa, a qual tem sido o principal marco de referência da promoção da saúde e fundamental no desenvolvimento das suas ideias em todo o mundo (BUSS, 2009).

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19). Além disso, o documento propõe que a saúde seja concebida de forma positiva, como um recurso para a vida, ressaltando o uso tanto de recursos sociais e pessoais quanto das capacidades físicas. Também ressalta que indivíduos e grupos, para alcançarem bem-estar físico, mental e social, precisam identificar aspirações, atender necessidades e modificar de forma positiva o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde e vai além da adoção de um estilo de vida saudável (BRASIL, 2002).

No mesmo ano, no Brasil, a conceituação ampliada de saúde assume destaque, tendo sido incorporada ao Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi considerada como marco histórico na reforma da saúde pública do país. Nesse momento, ampliou-se a visão de saúde, até então fundamentada em conceitos biomédicos, para determinantes mais amplos, como a alimentação, a moradia, a educação, o meio ambiente, o trabalho e o acesso aos serviços de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Além disso, assegurou à população brasileira o direito à saúde, a qual deve ser garantida pelo Estado, com condições dignas de vida e acesso igualitário e universal aos serviços de saúde.

Desse modo, promover a saúde circunscreve uma abrangência muito maior do que o campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, além da incorporação de determinantes físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2009). Para tanto, a promoção da saúde requer o envolvimento entre os diversos setores da sociedade, como o lar, a escola, o trabalho ou qualquer espaço coletivo, que se constituem em ambientes onde realmente as pessoas vivem, adoecem, amam e, inexoravelmente, morrem. Diante disso, diversas organizações devem se responsabilizar por ações que perpassem a promoção da saúde (BUSS, 2009).

Dessa forma, embora não se questione o avanço nos conceitos e práticas da saúde pública, emergentes da formulação de uma concepção positiva de saúde, é necessário reconhecer que nesta percepção promover a saúde se torna uma tarefa mais complexa e ampla do que era antes. Assim, promover a vida em suas diversas dimensões implica, de um lado, envolver ações do Estado, e, de outro, considerar as singularidades e autonomia dos sujeitos, o que não pode ficar a cargo de uma área específica de conhecimentos e práticas (CZERESNIA, 2009).

Diante dessa complexidade, promover a saúde vai além de uma aplicação técnica e normativa, pois envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para tratar com a diversidade de determinantes da saúde. Nessa concepção, um dos aspectos fundamentais é o estímulo à autonomia dos sujeitos, por meio do fortalecimento da construção da capacidade de escolha (CZERESNIA, 2009).

Oliveira (2011) ressalta que, desde o início da história do movimento de promoção da saúde, este vem articulando seus projetos promocionais por meio de investimentos na autonomia dos sujeitos para o cuidado de si. De acordo com a autora, no novo paradigma, “o indivíduo deve ser estimulado a tomar decisões sobre a sua própria vida, uma noção de autonomia que cria um ideal de autogoverno” (OLIVEIRA, 2005, p. 425).

No que se refere à questão da autonomia, Freire (2007, p. 107) entende que ela vai se constituindo historicamente na experiência das diversas decisões que os sujeitos vão tomando ao longo de suas vidas. Para esse autor, “ninguém é sujeito da autonomia de ninguém”, a autonomia se constitui em um processo de vir a ser, não ocorrendo em um determinado momento ou em data marcada. Assim, uma pedagogia da autonomia precisa estar centrada em experiências respeitadas da liberdade, que sejam estimuladoras de decisões e responsabilidades. Desse modo, esta é uma conquista autêntica do sujeito e com ela espera-se que possa tomar decisões e escolhas conscientes relacionadas à sua própria vida.

Conforme Oliveira (2011), para o projeto da promoção da saúde é essencial capacitar os indivíduos para o autocuidado, o que precisa ser viabilizado por intermédio de ações educativas. Para a autora, a educação é uma estratégia de excelência para a promoção da saúde da população, sendo esta viabilizada a partir da autonomia para o autocuidado.

Neste cenário de profundas transformações, considerando a ampliação do conceito de saúde, as práticas educativas também experienciaram mudanças nos pressupostos que as orientaram durante muito tempo. Corroborando com o exposto, Oliveira (2005) refere que as mudanças na saúde pública, em especial o movimento de promoção da saúde, acarretaram

mudanças importantes nos princípios que sustentaram, durante algum tempo, a educação em saúde. Desse modo, a autora ressalta:

Na “velha” saúde pública, a educação em saúde tinha um único enfoque, o da prevenção de doenças. A “nova” educação em saúde deve superar a conceituação biomédica de saúde e abranger objetivos mais amplos, uma vez que a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida (OLIVEIRA, 2005, p. 424-425).

À luz dessas contemplações, a educação em saúde pode ser entendida como parte de um processo educativo mais amplo, constituindo-se tanto como um espaço importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais (MEYER et al., 2006).

De acordo com Oliveira (2005), apesar dos propósitos da nova saúde pública, a maioria das ações de educação em saúde ainda têm sido desenvolvidas, no âmbito internacional e nacional, voltadas à prevenção de doenças e à responsabilização individual, o que sugere que os determinantes sociais da falta de saúde têm sido pouco considerados. Desse modo, para os educadores em saúde que atuam na transição proposta, tem sido difícil lidar com os conflitos gerados entre “novas teorias e antigas práticas” (OLIVEIRA, 2005, p. 427). Para tanto, Meyer et al. (2006) ponderam a necessidade de agregar aos projetos educativos em saúde a complexidade e as interferências das diversas dimensões envolvidas no processo saúde/doença.

No campo das ações de saúde existe uma diversidade de modelos de educação em saúde (OLIVEIRA, 2005). Apesar dessa variedade de maneiras de se educar em saúde, neste momento serão abordados dois modelos de educação, referenciados como Modelo Tradicional ou Preventivo e Modelo Radical ou Dialógico.

O modelo tradicional de educação, também chamado de modelo preventivo, está alicerçado nos princípios da velha saúde pública, o que representa dizer baseado no modelo biomédico e em práticas educativas que objetivam meramente a prevenção de doenças (OLIVEIRA, 2005). Esse modelo trabalha com a ideia de que os modos de vida dos indivíduos são as principais causas da falta de saúde, sendo que hábitos considerados insalubres são tidos como consequência de decisões individuais equivocadas, o que acaba produzindo uma ideia de falta de saúde como uma falha moral do indivíduo (OLIVEIRA, 2005). Tal discurso, ao desconsiderar a influência social e cultural na determinação das doenças, reduzindo a saúde, que é um produto social, ao controle individual, concebe que

todas as pessoas vivem nas mesmas condições estruturais e são capazes de cuidar de si (OLIVEIRA, 2005). Essa abordagem, que considera os indivíduos como os únicos responsáveis pelas suas condições de saúde, produz uma culpabilização da vítima pela sua condição (OLIVEIRA, 2005; VALLA, 1993).

Neste modelo de educação em saúde, o objetivo de prevenção das doenças deve ser alcançado por meio da persuasão dos indivíduos, para que estes adotem comportamentos considerados pelos profissionais do campo da biomedicina como saudáveis. Este modelo ampara-se na ideia de que os profissionais da saúde sabem o que se constitui em um estilo de vida saudável e que modos de vida não saudáveis são atribuídos à ignorância dos indivíduos quanto ao correto estilo de vida (OLIVEIRA, 2005).

Corroborando com o exposto, Meyer et al. (2006) esclarecem que os projetos educativos em saúde seguem sendo, em sua maioria, inscritos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, que os profissionais da saúde detém e ensinam para uma população por eles considerada leiga. De acordo com esses autores, nessa abordagem, o saber-viver dos indivíduos é desvalorizado e/ou ignorado.

Nesse contexto, se exercita uma forma de comunicação de caráter essencialmente cognitivo e racional, na busca da mudança imediata e unilateral de comportamentos individuais, a partir de decisões informadas sobre a saúde. Essa abordagem de educação em saúde, que se preocupa em definir formas “certas” e “erradas” de viver, passa a ser concebida e exercitada como processo de instrução passiva para o exercício do poder sobre a própria saúde (MEYER et al., 2006).

Essa concepção de educação é definida por Freire (2005, p. 67) como ensino bancário, pois “na visão bancária da educação, o saber é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber”. Desse modo, na concepção bancária o educador é o sujeito que conduz os educandos à memorização mecânica de conteúdos, o que os transforma em passivos recipientes do conhecimento oferecido pelo professor. Assim, a educação se transforma em um ato de depositar, de transferir e de transmitir conhecimentos, no qual, tanto mais os educandos se deixem encher docilmente de tais conhecimentos, mais bem educados estarão.

No que se refere à relação entre os envolvidos nesse processo de educação, educador e educando, esta é estabelecida verticalmente, caracterizada pela posição ativa do educador e passiva do educando (FREIRE, 2005; OLIVEIRA, 2005). Dessa forma, a educação bancária procura manter uma relação de contradição entre tais sujeitos, mediada na relação de dominação e alienação do educador sobre o educando, o que se dá por meio da negação da dialogicidade como essência da educação. Com isso, a eficácia desse tipo de abordagem

educativa estaria focada na quantidade de informação adquirida pelo educando e não em promover um momento de reflexão sobre seu contexto de vida (OLIVEIRA, 2005).

Por conseguinte, Freire (2005, p.68) ressalta que, nessa relação entre o educador que tudo sabe e os educandos que nada sabem, o saber deixa “de ser de experiência feita para ser de experiência narrada ou transmitida”. Por conseguinte, quanto mais os educandos se tornam seres de adaptação e não de transformação, e quanto mais experimentam o arquivamento dos depósitos que lhes são feitos, menos desenvolverão a consciência crítica necessária para a transformação de sua realidade.

Nesse sentido, Ayres (2002) sinaliza o desafio da efetiva superação de uma atitude modeladora por uma atitude emancipadora nas práticas educativas, nas quais o profissional deixa de ser detentor do saber e passa a ser mediador desse processo. Para tanto, sugere pensar em contextos de intersubjetividade, os quais são mais porosos às relações simétricas entre educador e educando, ao efetivo compartilhamento de problemáticas e à criatividade individual e comunitária.

Em contrapartida ao modelo tradicional de educação, o conjunto de ações educativas em saúde que levam em consideração referenciais ampliados, propondo-se a atender às complexidades de uma nova saúde pública e a trabalhar desde uma perspectiva mais moderna de educação, tem sido chamado de modelo radical (OLIVEIRA, 2005) ou dialógico (FREIRE, 2005). O objetivo desse modelo é promover a saúde no seu sentido positivo, como subsídio para uma vida com qualidade. Para atingir tal objetivo precisa promover a consciência crítica das pessoas acerca dos aspectos da realidade pessoal e coletiva, no intuito de identificar as origens dessa realidade e transformá-la. Sua meta de ação está inteiramente relacionada à noção de conscientização (FREIRE, 2005).

Os pressupostos desse modelo têm origem nas ideias de Paulo Freire, que destaca a importância do modelo educativo que trabalha com o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, o qual somente se dá com um processo educativo de conscientização, que exige um trabalho de promoção e crítica. Essa consciência se caracteriza pela busca da profundidade na análise dos problemas, pelo reconhecimento do caráter mutável da realidade, pela busca da causalidade dos fatos, pela negação de preconceitos, pela inquietude e por amparar-se no diálogo. A ideia é de que a educação invista em um indivíduo mais crítico e questionador (FREIRE, 2011a).

A educação em saúde radical, na medida em que se encontra alicerçada em tais pressupostos, aposta em uma abordagem na qual o educador em saúde tem o papel de facilitador das descobertas sobre a realidade, promovendo o processo de reflexão, construção

ou reconstrução dessa realidade, juntamente com os indivíduos da comunidade (SOUZA et al., 2005). Nesse sentido, Freire (2011a) aponta que a educação não deve ser um processo de adaptação do indivíduo à realidade, mas um instrumento para transformá-la. Para esse autor, quando o homem realiza uma reflexão sobre si mesmo e sobre a sua realidade, inicia uma busca constante de ser mais, e, assim, descobre-se como um ser inacabado e em permanente busca.

Nessa direção, Freire (2005) aponta que, quanto mais as massas populares desvelam a realidade objetiva e desafiadora sobre a qual devem incidir sua ação transformadora, tanto mais se inserem nela criticamente. Assim, educador e educando, liderança e massas, cointencionados, se encontram em uma tarefa em que ambos são sujeitos, não somente de desvelar e criticamente conhecer a realidade, mas de recriá-la. Dessa forma, ao alcançarem na reflexão e na ação em comum este saber da realidade, esses parceiros se descobrem como seus refazedores permanentes.

Com amparo nas ideias desse autor, este modelo educativo que suscita o desenvolvimento da consciência crítica dos sujeitos acerca da sua realidade, na busca de ser mais, instaura um processo contínuo de libertação e emancipação. Desse modo, a emancipação humana não acontecerá por eventualidade ou por concessão, mas será uma conquista efetivada pela práxis humana, que demanda uma luta ininterrupta. Freire não defende uma libertação fora dos homens, a qual os alienaria, mas como condição imprescindível ao movimento de busca em que estão inscritos como seres inconclusos (FREIRE, 2005).

No que se refere à libertação, Freire (2005) a concebe como superação das situações de opressão a que os sujeitos estão submetidos e, conseqüentemente, a transformação de suas condições de vida. A superação desta contradição opressores-oprimidos é um processo que traz ao mundo novos seres, não mais opressores, nem oprimidos, mas homens libertando-se.

Destarte, o processo de emancipação humana na perspectiva de Freire (2005) contempla o processo de humanização tanto do oprimido quanto do opressor. Essa luta unicamente tem sentido quando os oprimidos, ao buscarem reconstruir sua humanidade, não se sentem idealisticamente opressores, nem se tornam, de fato, opressores dos opressores, mas restauradores da humanidade em ambos. Para esse autor, “aí está a grande tarefa humanista e histórica dos oprimidos – libertar-se a si e aos opressores” (FREIRE, 2005, p. 33).

Assim, a emancipação, na perspectiva de Freire (2005), é apropriar-se e experimentar o poder de pronunciar o mundo, a vivência da condição humana de ser protagonista de sua

história. Nesse sentido, a emancipação será sempre um processo em construção, um vir a ser, um vivenciar cotidiano, não um projeto a ser concretizado somente em um futuro longínquo.

Além disso, o modelo radical ou dialógico rejeita o uso da persuasão nas abordagens educativas (OLIVEIRA, 2005) e implica a participação ativa e o diálogo constante entre educandos e educadores. Na ação dialógica, “o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa” (FREIRE, 2005, p. 79). Assim, educador e educando assumem-se como sujeitos de um aprendizado mútuo, no qual os argumentos da autoridade já não têm mais valor (FREIRE, 2005).

Freire (2007; 2011b) considera necessário que o educador tenha disponibilidade para o diálogo, porém este se estabelece somente quando há uma relação horizontal entre educador e educandos. O diálogo gera criticidade, nutre-se de humildade, esperança, fé e confiança, por isso só nele há comunicação. Já a postura antidialógica implica em uma relação verticalizada, é acrítica, desesperançosa, arrogante e autossuficiente, por isso não comunica, faz comunicados (FREIRE, 2005; 2011b).

Na obra de Freire (2005), o diálogo é entendido como uma exigência existencial, sendo o encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo. E, como ele é o encontro dos homens onde se solidariza o refletir e o agir, voltados à transformação da realidade e do mundo, não pode reduzir-se a um mero ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem caracterizar-se apenas pela simples troca de ideias. O diálogo se constitui em um ato de criação, que possibilita o processo de libertação e emancipação dos homens para a conquista do mundo.

Outra característica da educação radical ou dialógica é trabalhar com grupos, ao invés de trabalhar com os indivíduos, como alvos isolados, na perspectiva de que o ambiente coletivo facilita o incremento da consciência crítica devido ao seu potencial para promover a troca de ideias entre os participantes (OLIVEIRA, 2005). Acredita-se que o diálogo criado nesse contexto promove uma conscientização coletiva sobre as condições de vida e a compreensão do potencial do indivíduo e do grupo para a promoção da mudança de tais condições (OLIVEIRA, 2005). Nesse sentido, Freire (2005) ressalta que ninguém educa ninguém e nem mesmo a si próprio, pois os homens se educam em um exercício de comunhão.

De acordo com Oliveira (2005), a diferença entre o modelo tradicional e o modelo radical é que este último busca, em maior proporção, a mudança social, em detrimento das mudanças pessoais. A abordagem radical da educação em saúde tem a finalidade de promover

nos indivíduos tanto decisões relacionadas à sua própria saúde quanto aquelas voltadas à sociedade em que estão inseridos. A mesma autora compreende que indivíduos conscientes são capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde, articulando intervenções no ambiente que resultem na manutenção da mesma.

Para atingir tal objetivo do modelo radical, é necessário “incorporar o *empowerment* de indivíduos e comunidades como condição *sine qua non* para o cumprimento dos objetivos da educação em saúde”, o que significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo essencial da promoção da saúde (OLIVEIRA, 2005, p. 428).

Freire (2007) alerta acerca da importância do respeito que o educador precisa ter para com a autonomia e a identidade do educando, esclarecendo que isso perpassa questões éticas. Desse modo, embora a autonomia não seja uma concessão do educador para o educando, mas sim um processo permanente de construção, a presença do educador pode tanto auxiliar quanto perturbar a busca inquieta dos educandos. Isso representa dizer que a posição do educador precisa ser a de respeito à pessoa que queira mudar ou que se recuse a tal, embora, em nome desse respeito ao educando, o educador não possa se omitir, tendo em vista que ao ocultar a sua posição assumiria uma neutralidade que não existe no processo educativo. Com isso, o papel do educador precisa ser o de quem testemunha o direito de comparar, de escolher, de romper, de decidir e de estimular a emergência da construção da autonomia por parte dos educandos. É com a construção da autonomia que o processo de libertação e emancipação vai sendo conquistado.

No entanto, apesar de o modelo radical ou dialógico ser congruente com os propósitos da promoção da saúde, seu enfoque na promoção da autonomia por meio da educação não está isento de críticas (OLIVEIRA, 2005). Nesse sentido, Oliveira (2005) instiga a reflexão acerca de questões que emergem do projeto da nova saúde pública, enredada entre concepções tradicionais e propostas inovadoras, tais como o paradoxo de como promover a autonomia dos sujeitos, sem abandonar o saber científico advindo da formação sobre o que é saúde, como evitar a sua perda e como recuperá-la. Desse modo, a questão a ser destacada não é, exatamente, a impossibilidade da promoção de escolhas, mas a promoção concomitante da liberdade e da autonomia dos sujeitos (OLIVEIRA, 2005).

A mesma autora reforça que as escolhas não ocorrem no vácuo, mas são feitas de acordo com o contexto social em que são determinadas. É importante ressaltar que o ambiente impõe limites às escolhas diárias, sendo uma ilusão pensar no ato de escolher como resultado de um estado de pura liberdade. Assim, a promoção de decisões autônomas é complexa, pois

existe uma combinação de fatores e elementos que, em grande parte, não são passíveis de controle individual e precedem essas decisões (OLIVEIRA, 2005).

Outra questão a ser pensada é que este movimento na direção da promoção da autonomia individual, por meio de escolha informada, pode acabar reduzindo as possibilidades da liberdade pretendida, tendo em vista que emerge de um discurso imbricado de preposições consideradas verdadeiras pela ciência (OLIVEIRA, 2011). Por conseguinte, o que antes era alvo de críticas, ou seja, o potencial de sujeição dos modelos tradicionais de educação que não valorizavam a autonomia dos indivíduos, passou a ser aceito, sob o pretexto de que a promoção da “livre escolha” possibilitaria assumir responsabilidades perante a sociedade e exercer a cidadania. Desse modo, os insistentes investimentos no autocuidado como um desejável resultado dos empreendimentos educativos em saúde guarda relação com a questão do individualismo, na qual é central a noção de autonomia individual (OLIVEIRA, 2011).

Outro ponto gerador de críticas a esse modelo se refere à aceitação acrítica do pressuposto de uma relação igualitária entre educadores e educandos (OLIVEIRA, 2005). Dessa forma, mesmo para os educadores mais conscientes dos objetivos da educação radical ou dialógica, é complicado garantir que o contexto da ação educativa seja permeado por uma distribuição equânime de poder entre os envolvidos. No entanto, Freire (2011a) adverte que, sendo o homem um ser de relações, estas não podem ser de dominação, submissão ou resignação.

A partir de tais considerações, Oliveira (2011) alerta que uma possível solução para essas questões seja a priorização da escuta no cotidiano de trabalho, tanto a escuta do outro, que é o sujeito da prática da educação em saúde, quanto a escuta de si próprio, no sentido da produção de uma prática educativa reflexiva e não automatizada. Caso contrário, tais práticas podem ser reduzidas a prescrições, a verdades descontextualizadas e a autoritarismos. Assim, Freire (2007) corrobora dizendo que somente quem exercita escutar paciente e criticamente o outro consegue falar com ele e não a ele, o que do contrário não geraria comunicação, mas comunicados.

Nesse processo de escuta, a partir do encontro entre o educador e educando, poderão ser construídos, de forma compartilhada, projetos educativos orientados na direção de interesses comuns. Talvez este seja um caminho para a promoção da autonomia dos sujeitos, distanciando-se do sentido paternalista, alguém outorgando autonomia a um outro, e do unilateral, a garantia do livre arbítrio ao sujeito (OLIVEIRA, 2011). Assim, poderá se construir uma autonomia que seja regulada pelo sentido ético do encontro, o que configura a

ética da responsabilidade mútua para com os projetos de felicidade do outro (OLIVEIRA, 2011; AYRES, 2004).

Além disso, para que se concretize o processo educativo, é igualmente importante conhecer e considerar o saber popular nas práticas de saúde. De acordo com Meyer et al. (2006), nas práticas de saúde o conhecimento científico é um elemento que passa pela vida das pessoas por meio de uma espécie de filtro de seus próprios saberes, gerando um conhecimento diferente, reconstruído de acordo com a sua visão de mundo e em consonância com suas experiências.

Desse modo, a construção de práticas educativas que permitam investir em possibilidades de transformação das condições de vida demanda do educador apreensão e compreensão da diversidade de determinantes que modulam as crenças, os hábitos e os comportamentos dos indivíduos e grupos com os quais interage. Nessa perspectiva, a produção de experiências mais ou menos promotoras de saúde ou de doença está associada às relações que se estabelecem na experiência de construção e reconstrução de padrões culturais validados socialmente (MEYER et al., 2006).

Nesse sentido, é interessante incorporar nas práticas educativas a noção de que a educação envolve o conjunto dos processos pelos quais indivíduos se transformam em sujeitos de uma cultura, reconhecendo que existem muitas e diferentes instâncias e instituições sociais envolvidas com esses processos de educar, algumas delas explicitamente direcionadas para isso, enquanto que em outras esses processos educativos não são tão explícitos e nem mesmo intencionais (MEYER et al., 2004). Nesse contexto, cultura é entendida como o conjunto de códigos, constantemente produzidos e modificados, por meio dos quais se atribuem sentidos às coisas, sentidos estes passíveis de serem compartilhados por um determinado grupo (MEYER et al., 2006).

A educação em saúde, orientada por esse pressuposto, pode ser pensada não como uma estratégia de persuasão ou como um recurso para uma aprendizagem sanitária satisfatória, mas como escolhas político-pedagógicas possíveis para um determinado grupo e contexto (MEYER et al., 2006). Nesse sentido, as práticas educativas precisam buscar pontos de encontro entre o saber científico dos profissionais e o saber prático dos indivíduos, não na busca da homogeneização de formas de pensar e levar a vida, mas na construção e no fortalecimento de cumplicidades na busca de proteção (MEYER et al., 2006).

A partir dessas perspectivas, a educação em saúde que busca articular dimensões complementares com intento de construir respostas sociais significativas torna-se possível quando se concebe que ela não trata de definir comportamentos certos ou errados para os

indivíduos, mas de criar possibilidades de reflexão crítica e interação dialógica entre os sujeitos sociais (MEYER et al., 2006).

A partir dessas reflexões, acredita-se que, embora ambos os modelos de educação em saúde apresentem pontos problemáticos, a abordagem radical é a mais coerente com os pressupostos da promoção da saúde, tendo em vista que estimula os indivíduos a assumirem um maior controle sobre suas vidas por meio do desenvolvimento de atitudes críticas, tanto no âmbito individual quanto coletivo (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

No contexto de tais discussões, entende-se que a educação em saúde constitui-se em uma prática social complexa, na qual precisam ser considerados os diversos determinantes de vida dos sujeitos, inscrevendo-se aqui as diversidades intrínsecas aos contextos sociais e culturais. Sendo assim, ela não se concentra na mera mudança de comportamento, mas possibilita o desenvolvimento da consciência crítica e do exercício da autonomia dos sujeitos, potencializando o processo de emancipação destes frente às suas condições de vida.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente seção apresenta o percurso metodológico que foi empreendido para a coleta e análise das informações, com vistas a alcançar o objetivo proposto neste estudo. Inicialmente explicita-se o delineamento da pesquisa e, em seguida, são apresentados o cenário investigativo e os participantes do estudo, elementos que compõem o universo empírico da pesquisa. Sobre a coleta das informações, especificam-se todas as técnicas que foram utilizadas para operacionalizar o estudo. Já, no item relativo à análise das informações, discute-se a técnica que foi empregada para o tratamento das mesmas. Por fim, apresentam-se as considerações bioéticas desta pesquisa, que envolve seres humanos.

3.1 Tipo de estudo

Para alcançar o objetivo proposto, a presente pesquisa se norteou metodologicamente pela abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva.

A abordagem qualitativa é entendida como adequada ao problema de pesquisa, uma vez que a metodologia qualitativa, conforme Minayo (2012), aprofunda-se no mundo dos significados das relações humanas, permitindo explorar uma realidade que não pode ser capturada por meio de dados quantitativos. Essa abordagem não persegue um critério de representatividade numérica, mas um aprofundamento e uma abrangência para compreender o fenômeno estudado. É, segundo Minayo (2012), o método que melhor conforma-se com as pesquisas de grupos delimitados, com o intuito de compreender as histórias sociais na visão de seus atores. Além disso, está relacionado aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como compreendem este mundo e, para tal, faz perguntas investigadoras acerca da natureza dos fenômenos sociais.

O método qualitativo aplica-se ao estudo das relações, representações, crenças e percepções, fruto das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, como constroem suas vidas e a si mesmas (MINAYO, 2012). Por essa razão, visualiza-se como método privilegiado para analisar a realidade dos sujeitos e compreender as diversas maneiras com que interpretam suas experiências de vida. A abordagem qualitativa foi escolhida, neste estudo, em razão de se buscar analisar as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade e as implicações para a educação em saúde e conhecer as perspectivas dos profissionais da saúde em relação às experiências de sexualidade desses adolescentes e as implicações para a educação em saúde, inquietações estas que, acredita-se,

só possam ser apreendidas por meio desta abordagem. Além disso, considera-se que tal abordagem possibilitou uma interpretação com lentes ampliadas do objeto de estudo, a partir da percepção da problemática tal como ela se apresentou na realidade da vida das pessoas, compreendendo suas causas, relações e consequências mediadas por uma construção histórica, social e cultural singular.

No que se refere aos estudos exploratórios, estes se dedicam a investigar um tópico pouco conhecido, permitindo ao investigador aumentar sua experiência sobre esse fenômeno e os processos com os quais ele se relaciona (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Dessa forma, a pesquisa de natureza exploratória possibilita a familiarização com o objeto de estudo, sejam pessoas, grupos ou instituições, e suas características. A fase exploratória de uma pesquisa é essencial para clarificar os impasses e os bloqueios capazes de impedir o desenvolvimento de uma pesquisa (POUPART et al., 2008).

Já as pesquisas do tipo descritivas têm por finalidade principal a descrição das características de determinada população ou de um fenômeno (GIL, 2008). O estudo descritivo busca conhecer as distintas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e nos diferentes aspectos do comportamento humano, tanto isoladamente quanto em grupos e comunidades complexas. Esse tipo de estudo trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade, objetivando abordar dados e problemas relevantes cujo registro não consta de documentos (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

3.2 O universo empírico da pesquisa: cenário investigativo e participantes do estudo

O universo empírico da pesquisa refere-se ao local onde será desenvolvida a investigação e ao grupo que será estudado, devendo apresentar as melhores condições de explicitação da problemática da investigação (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Para o presente estudo, foi considerado como **cenário investigativo** o SAE do Município de Uruguaiana/RS, um serviço de referência para o atendimento de pessoas que vivem com HIV/aids na região oeste do estado. Os serviços ambulatoriais em HIV e aids são serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento para as pessoas vivendo com HIV ou aids. Objetivam prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais da saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros (BRASIL, 2012b).

O Município de Uruguaiana está localizado no extremo oeste do Estado do Rio Grande do Sul, na fronteira com a Argentina e a 634 km da capital do estado, Porto Alegre. Esse município possui uma população de 125.435 habitantes, conforme o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2010. Na economia uruguaianense destacam-se a cultura de arroz, a pecuária e o comércio exterior, este último devido à vasta infraestrutura portuária. O município conta com 45 estabelecimentos de saúde, sendo 21 privados e 24 públicos, dos quais um é federal e 23 são estaduais (IBGE, 2010). No que se refere à educação pública superior, em Uruguaiana está localizado um dos dez *campi* da UNIPAMPA, a qual foi criada pelo governo federal para minimizar o processo de estagnação econômica, cultural e social da região onde está inserida.

O SAE do Município de Uruguaiana iniciou suas atividades em 1995. Presta atendimento, exclusivamente, a portadores de doenças sexualmente transmissíveis, HIV e aids por meio de uma equipe multidisciplinar. Atualmente, esse SAE possui um total de 1208 prontuários abertos, o que corresponde ao número de pacientes que recebem atendimento especializado no local. Desse total de prontuários, 1045 são de pacientes adultos, 71 são de adolescentes e 92 são de crianças. No que se refere aos adolescentes, 28 são meninos e 43 são meninas.

A escolha desse campo de estudo justifica-se devido ao fato de que no referido serviço são realizados o atendimento e acompanhamento de adolescentes que vivem com HIV/aids do Município de Uruguaiana e de alguns outros municípios da região oeste do estado. Além disso, em relação ao contexto local, Uruguaiana ocupa o 9º lugar em casos de aids dos municípios da região sul do país com mais de 50 mil habitantes, com um índice de 66,2 para cada 100.000 habitantes, o que requer uma atenção especial (BRASIL, 2012a).

Outra questão que justifica a escolha do cenário do estudo refere-se ao conhecimento prévio e à proximidade da pesquisadora com o serviço, o que se tornou possível por meio do desenvolvimento de um projeto de extensão junto a esse serviço. Tal projeto intitula-se “A educação em saúde como estratégia para promoção da saúde de gestantes e puérperas que vivem com HIV/aids”, o qual foi registrado na Comissão de Extensão da UNIPAMPA Campus Uruguaiana, sob o número de protocolo 10.039.12, e já está concluído.

Dessa forma, entende-se que para abordar a temática em questão é imprescindível que a pesquisadora conheça o cenário de estudo, o que do contrário exigiria um período prévio de reconhecimento e aproximação do campo, além da constituição de vínculo com os profissionais da saúde. Desse modo, o desenvolvimento da presente pesquisa em outro serviço de saúde que atenda adolescentes que vivem com HIV/aids poderia ocasionar o aumento no

período destinado ao reconhecimento do campo, ao estabelecimento de vínculo e, por conseguinte, à coleta de dados.

Um dos aspectos que contribuem para o sucesso de uma pesquisa qualitativa é que o trabalho de campo propriamente dito seja precedido por uma exploração do local em que será realizado. Portanto, a entrada no campo merece preparação por parte do pesquisador, no sentido de identificar com quem deve estabelecer o primeiro contato, como apresentar-se e como descrever sua proposta de pesquisa (MINAYO, 2012).

Nesse sentido, Víctora, Knauth e Hassen (2000) esclarecem que o local escolhido precisa garantir as melhores condições de acesso ao grupo, tanto no que se refere à disponibilidade de participantes para a pesquisa quanto no que diz respeito à aceitação da presença do pesquisador por parte dos membros do grupo. Desse modo, as autoras reforçam que é importante privilegiar determinados serviços de saúde quando se tem a aceitação do responsável para a realização da pesquisa ou, ainda, em razão do prévio estabelecimento de vínculos.

Já, em relação aos **participantes** do presente estudo, estes foram adolescentes que vivem com HIV/aids em acompanhamento no SAE de Uruguaiana e profissionais da saúde que atuam nesse serviço. Foi considerada cronologicamente a adolescência como a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, conforme definição da OMS e critério adotado no Brasil pelo Ministério da Saúde.

Nesta pesquisa, os critérios de inclusão de adolescentes que vivem com HIV/aids foram os seguintes: adolescentes que vivem com HIV/aids, independente da via de aquisição do vírus, em uso ou não de antirretrovirais, na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, conhecedores do diagnóstico, em acompanhamento no SAE de Uruguaiana e que apresentem condições cognitivas e emocionais para participar da pesquisa. Já, em relação aos critérios de exclusão, 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, responsáveis legais pelo adolescente e/ou junto aos profissionais do serviço.

No que tange aos critérios de inclusão dos profissionais da saúde, foram considerados os seguintes: ser profissional da saúde, estar lotado no SAE de Uruguaiana, realizar como parte de seu trabalho o acompanhamento de adolescentes que vivem com HIV/aids nesse serviço, estar ativo no período da coleta das informações e ter disponibilidade de participar da pesquisa. Diante disso, portanto, os critérios de exclusão de tais sujeitos do estudo foram: não

realizar acompanhamento dos adolescentes que vivem com HIV/aids, mesmo sendo profissional da saúde, ou estar afastado por férias ou licenças. A escolha pela participação dos profissionais no estudo se deve ao fato de que a sua atuação direta junto aos adolescentes que vivem com HIV/aids, de alguma forma, traz intrínseco um processo educativo que pode revelar e discutir nos encontros grupais e que seja significativo para a saúde e sexualidade destes adolescentes, principalmente pelo conhecimento que possuem sobre o contexto sociocultural em que os adolescentes estão inseridos.

Dessa forma, compreender as implicações da educação em saúde realizada pelos profissionais faculta a estes despirem-se de preconceitos, tensões e tabus que possam perpassar a sexualidade e abordá-la junto aos adolescentes a partir da dimensão positiva de sua vivência. Isso pode possibilitar aos adolescentes que a experienciem de forma mais tranquila, qualitativa e com menos angústias, preocupações, constrangimentos e medos. Tratar desta temática junto aos profissionais lhes permite se afastarem do modelo assexualizado de cuidado, ainda bastante presente nas práticas de cuidado, e estimular o desenvolvimento do processo de emancipação dos adolescentes para tomarem decisões relativas à vivência de sua sexualidade.

Em relação ao número de sujeitos, participaram da pesquisa 15 adolescentes e nove profissionais da saúde, totalizando 24 participantes conforme os critérios anteriormente descritos. Ressalta-se que a equipe de saúde é composta por 11 profissionais que pertenciam às profissões de médico, assistente social, enfermeiro, psicólogo, biólogo e técnico de enfermagem e que o SAE do Município de Uruguaiana, no período de coleta de dados, assistia a 70 adolescentes. Fizeram parte entre um e três profissionais de cada área. Entende-se que o número de participantes foi adequado à proposta de pesquisa, considerando que permitiu a produção de informações significativas para a análise.

O número de sujeitos eleitos para o acontecimento da pesquisa esteve embasado nos pressupostos da abordagem qualitativa, na qual o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização dos fenômenos e mais com o seu aprofundamento e a sua intensidade em um grupo social (MINAYO, 2012). Ressalta-se que o número de sujeitos que participam desta pesquisa foi determinado de acordo com o critério de saturação dos dados que, segundo Minayo (2012), representa o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo em estudo. A autora ainda aponta que essa compreensão pode ser alcançada à medida que o pesquisador abarcar o aprofundamento, a abrangência e a diversidade das informações necessárias. Para tanto, nesse tipo de abordagem

não há preocupação com o número de sujeitos e com a generalização dos achados, mas com o aprofundamento das questões relevantes e a abrangência dos atores principais acerca do tema.

Além disso, uma das técnicas de coleta das informações desta pesquisa foi o grupo focal, realizado com os profissionais da saúde, o qual do ponto de vista operacional compreende reuniões com um pequeno número de informantes, com no mínimo seis e no máximo 15 pessoas (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

No que se refere à fase de seleção dos participantes, esta seguiu as orientações de Minayo (2012), a qual esclarece que, anteriormente ao início do trabalho de campo propriamente dito, é essencial proceder a partir de um momento exploratório, que contemple, entre outras questões, a escolha do grupo de pesquisa. No caso desta pesquisa, esse momento exploratório propiciou, especialmente, a aproximação com os adolescentes que vivem com HIV/aids, tendo em vista que já havia sido realizado um contato prévio com os profissionais da saúde. Para a referida autora, o processo de definição dos sujeitos, na pesquisa qualitativa, deve considerar alguns critérios, os quais busquem garantir que o grupo de informação conjugue as experiências e expressões que se pretende conhecer na pesquisa. Da mesma forma, os critérios devem privilegiar os sujeitos sociais que possuam as características que o investigador pretende desvelar. Sendo assim, o grupo escolhido para o estudo precisa apresentar as melhores condições de explicitação da proposta de pesquisa (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A seleção dos profissionais da saúde foi intencional, de acordo com o objetivo do estudo. Além disso, eles participaram dos grupos focais, nos quais a amostra pode ser intencional e os integrantes devem apresentar, entre si, pelo menos uma característica comum importante para o estudo proposto (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; BARBOUR, 2009).

Cabe destacar que, na fase inicial da pesquisa, os profissionais da saúde estiveram mais envolvidos, pois atuaram como mediadores tanto para a seleção dos adolescentes, indicando nomes de possíveis participantes que preenchessem as condições do estudo, quanto efetuaram as apresentações entre a pesquisadora e estes sujeitos.

Nesse sentido, Víctora, Knauth e Hassen (2000) referem que uma pesquisa sobre a realidade social, em que o pesquisador precisa estar inserido no contexto dos sujeitos, implica o estabelecimento de uma relação social entre os envolvidos. Para tanto, o pesquisador precisa ser aceito pelas pessoas da comunidade em que irá pesquisar, o que demanda um

planejamento cuidadoso, principalmente acerca do primeiro contato com os sujeitos da pesquisa.

Já, para a seleção dos adolescentes, foi realizada uma busca nos prontuários dos mesmos no serviço, nos quais foi possível a identificação do nome do adolescente, dos seus pais ou responsáveis legais, do endereço, do telefone e se estavam em acompanhamento junto à equipe.

Em relação à captação dos profissionais da saúde, esta ocorreu mediante a realização de um encontro com a equipe de saúde para a apresentação do projeto de pesquisa. Nesse encontro, foram distribuídos convites que apresentavam o objetivo e a metodologia do estudo, além de ser destinado um espaço para a inscrição e o registro do telefone de contato dos profissionais interessados em participar do estudo. Cabe destacar, também, que foram realizadas conversas individuais com cada profissional da saúde interessado em participar da pesquisa, de modo a esclarecer dúvidas que pudessem ter permanecido após a conversa grupal e combinar uma data para a realização do primeiro grupo focal. Antes da realização do primeiro encontro, os profissionais foram contatados para ratificação da data do mesmo.

Para a captação dos adolescentes, contou-se com o auxílio dos profissionais da saúde do local, os quais propiciaram o primeiro contato entre os adolescentes, as suas famílias e a pesquisadora, informando sobre o estudo e solicitando a autorização para que a pesquisadora contatasse com eles. A sensibilização inicial para a pesquisa se deu por meio da divulgação da mesma no momento de contato do adolescente e/ou de seus pais ou responsáveis com o serviço. Foram distribuídos convites que informavam o objetivo e a metodologia do estudo. Tais convites foram distribuídos tanto nas consultas, pela pesquisadora, antes e após o acontecimento das mesmas, quanto nos demais momentos de contato dos adolescentes com o serviço, pelos profissionais da saúde. As consultas foram previamente listadas junto à equipe do serviço. Ressalta-se que os profissionais foram esclarecidos acerca das condições de inclusão dos adolescentes no estudo, tendo em vista que também fizeram a entrega dos convites. Além disso, foi realizado um extenso processo de aproximação, ambientação e sensibilização com os adolescentes, prévio à coleta das informações.

3.3 Coleta das informações

A coleta propriamente dita teve início somente após aprovação do projeto no exame de qualificação no Curso de Doutorado em Enfermagem do PPGENF da UFRGS e, posteriormente, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição a que o

mesmo está vinculado. A coleta das informações aconteceu no período de julho a novembro de 2013, mediante técnicas definidas pela pesquisadora a partir das possibilidades de abordagem da temática, descritas a seguir.

3.3.1 Coleta das informações com os adolescentes

O preparo do campo de estudo foi iniciado após a pesquisa ter sido aprovada no CEP da UFRGS. Primeiramente, foi realizada uma reunião com a coordenadora do SAE do Município de Uruguaiana, em que foram explicitados o objetivo do estudo e a necessidade de apoio da equipe de saúde para o andamento da pesquisa. Conforme sugestão da coordenadora do SAE, foi realizada uma reunião com os profissionais da saúde do referido serviço com o intuito de sensibilização e contribuição dos mesmos para a efetivação da proposta de pesquisa. Nesse encontro, foi apresentado o objetivo da pesquisa e solicitado que divulgassem a mesma entre os adolescentes e seus pais ou responsáveis. A partir desse momento, a equipe solicitou aos pais ou responsáveis autorização para que a pesquisadora entrasse em contato com os adolescentes.

É importante ressaltar que, anteriormente ao início da coleta das informações com os adolescentes, foi realizado um trabalho exaustivo de aproximação, ambientação e diálogo com os mesmos, pois, devido ao próprio comportamento típico dessa fase, poderiam ocorrer desistências ou faltas aos momentos da entrevista.

A aproximação de maneira informal, que transmitia confiança, que fosse simples e amigável, em que o adolescente percebesse que era aceito independente de sua condição sorológica, foi fator importante nesse processo. Para isso a pesquisadora, despojada de crenças, valores e outras situações que envolvem esta temática, se fez conhecer de um modo inteiro e caloroso com esse adolescente. As conversas iniciais de aproximação foram no sentido de impregnar-se de como esse adolescente a receberia. A aproximação partiu de um encontro afetivo, com abraços e apertos de mãos, com palavras e expressões conhecidas por eles. Foram sempre chamados pelos nomes ou apelidos, foram questionados sobre seus gostos musicais, estudos, tipos de lazer, o que gostavam e o que não gostavam e, também, foi oportunizado que fizessem perguntas à pesquisadora. Dessa forma, buscou-se construir uma relação de respeito, empatia e confiança com esses adolescentes, que fosse embasada em pressupostos éticos, desde o primeiro contato.

É importante ressaltar que previamente ao desenvolvimento desta pesquisa, poucos adolescentes tinham contato com o SAE, considerando que a medicação, na maioria das

vezes, era buscada pelos seus pais ou responsáveis e que os adolescentes compareciam no serviço apenas no momento da coleta de exames laboratoriais. Tal situação decorre, muitas vezes, do medo da discriminação e do preconceito, como relatado: “eu só vou quando tenho que fazer exame, tenho medo que algum amigo ou vizinho me vejam lá, eu não gosto de ir no posto”, dentre vários outros relatos que evidenciaram essa situação. Isso se caracterizou como um desafio significativo à pesquisa, pois foi essencial refletir acerca de estratégias que possibilitassem aproximá-los do serviço.

Como estratégia de aproximação e de ambientação com os adolescentes, foram utilizados jogos educativos interativos e curso de maquiagem. Essas atividades ocorriam semanalmente em uma sala do SAE, em datas previamente escolhidas por eles, nos turnos da manhã e da tarde. Ressalta-se que previamente à realização do encontro a pesquisadora contatava os familiares ou cuidadores para lembrar a data do encontro. As atividades eram desenvolvidas pela pesquisadora, com auxílio de uma discente da UNIPAMPA Campus Uruguaiana. Tais atividades lúdicas, além de terem se constituído em fonte de prazer e descoberta para os participantes, contribuíram também para revelar atitudes, crenças e valores dos adolescentes e para o estabelecimento de sólidos vínculos.

Os jogos interativos e o curso de maquiagem foram extremamente bem-vindos entre os adolescentes, que enfatizaram a importância dos encontros realizados e demonstravam prazer e satisfação em participar de todos os encontros. É possível afirmar que essa estratégia, na realização de pesquisas com adolescentes, é profícua e pertinente para a aproximação com os mesmos, especialmente para os que vivenciam tal condição, pois propicia momentos de interação e de socialização. Além disso, tais atividades aperfeiçoam a criatividade dos envolvidos e propiciam ambiente prazeroso de aprendizado.

O caráter lúdico dos encontros permitiu a participação dos adolescentes de forma intensa, descontraída, divertida, prazerosa e interativa, o que facilitou a aproximação e a ambientação. É interessante ressaltar que, nos primeiros encontros, a maioria dos adolescentes ainda encontrava-se tímida, envergonhada e preocupada em estar naquele espaço, o que foi sendo superado com a realização dos encontros, com o estabelecimento de vínculo de confiança e de relações respeitadas e acolhedoras.

Estudo realizado com adolescentes, no Município de Santo André, evidenciou resultados positivos na utilização de jogos educativos para a coleta de dados de pesquisas (YONEKURA; SOARES, 2010). Esse estudo ressaltou a potência dos jogos para desenvolver discussões sobre questões delicadas e pessoais, que apresentem componentes subjetivos. Conforme os autores, o caráter lúdico desinibe, estimulando os participantes a propor,

justificar e defender algo que acreditam, além de possibilitar troca de vivências, com base em conteúdos temáticos sobre o assunto a ser trabalhado.

Essa primeira etapa foi essencial para a aproximação e ambientação entre a pesquisadora e os adolescentes, possibilitando a realização de uma entrevista profunda e de qualidade. Somente depois desse momento, importante e necessário, e após a pesquisadora esclarecer por que e como seria a entrevista, é que foi iniciada a coleta das informações. Após esses momentos de contato inicial foi agendada, com cada adolescente, a data para a realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade de cada um.

Para a coleta das informações junto aos adolescentes foi empregada a entrevista, a qual representa uma forma privilegiada de comunicação e de interação social e possibilita uma relação informal, aberta e de confiança entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa (GIL, 2008). Constitui-se, segundo Minayo (2012), de uma conversa entre dois ou mais interlocutores, norteada pelo entrevistador, com a finalidade de coletar informações pertinentes ao objeto da pesquisa. Como técnica de coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca das ideias, crenças, maneiras de pensar e sentir, opiniões, sentimentos, maneiras de atuar, condutas e razões de escolha das pessoas por determinadas atitudes e comportamentos. Em se tratando de tema complexo, difícil e desafiador, a manutenção da individualidade foi um fator importante para o estudo com essa população.

Previamente ao início da entrevista, os adolescentes preencheram um questionário (APÊNDICE A), adaptado de Resta (2012), que teve como objetivos coletar informações que contribuíssem para a caracterização dos adolescentes e ampliar a compreensão dos diálogos oriundos das entrevistas. Assim, de acordo com os propósitos deste estudo, foi utilizada a entrevista semiestruturada, organizada em forma de roteiro ou guia (APÊNDICE B), para orientar a pesquisadora na condução da entrevista, além de assegurar a flexibilidade no diálogo e não limitá-lo, permitindo a emergência de novos temas e questões trazidas pelos sujeitos (MINAYO, 2012; GIL, 2008).

A opção por essa técnica de coleta de informações se deve ao fato de que a mesma permite uma interação mais próxima entre entrevistador e entrevistado, que se considerou interessante para ser realizada com os adolescentes que vivem com HIV/aids. A situação de viver com essa doença ainda é significativamente permeada por preconceitos, estigmas, tabus e constrangimentos e a opção por um estudo em grupo poderia envolver e suscitar questões que talvez ainda não estivessem suficientemente compreendidas e elaboradas pelo adolescente, tais como a revelação do diagnóstico e assumir-se como portador do vírus diante

de seus pares e da sociedade. Cabe ressaltar que, em diálogos informais com a equipe de saúde do SAE de Uruguaiana, foi possível perceber que os adolescentes sentem-se constrangidos, até mesmo, de irem ao serviço buscar a medicação antirretroviral. A partir de tais constatações, optou-se pela entrevista para garantir um momento privilegiado de interação social e, conseqüentemente, assegurar a qualidade das informações.

A coleta das informações foi realizada, em sua maioria, no SAE, em uma sala apropriada para manter um diálogo com garantia de privacidade. No entanto, dois adolescentes solicitaram que a entrevista ocorresse em seu domicílio, por entenderem que poderiam estar expondo seu diagnóstico ao irem no serviço de saúde. As entrevistas eram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. Após o período de ambientação, utilizavam-se os momentos das atividades lúdicas para combinar com os adolescentes datas e horários para as entrevistas.

As entrevistas foram um momento de aprendizado mútuo e de cuidado. A maioria das entrevistas representou para os adolescentes a primeira oportunidade que tiveram de compartilhar suas experiências acerca da sexualidade com algum profissional da área da saúde. Alguns expressaram como estavam se sentindo naquele momento: “Foi bom conversar contigo, me aliviei”, “Me senti bem, mais tranquila”, “Foi legal, eu desabafei”, “Me senti à vontade para conversar, nunca conversei esses assuntos com ninguém”, “Eu gostei porque eu fiquei mais aliviada, eu conversei sobre a minha amiga e sobre os guris, teve o desabafo da saudade da minha mãe e chorei um pouco”, “me senti bem à vontade, porque não sou muito aberta com as outras”, o que reafirma que esses espaços se traduziram em possibilidade de escuta sensível e de cuidado.

As 15 entrevistas realizadas tiveram duração variável, estimadas em média de aproximadamente uma hora e meia. Foi necessário, nesses momentos de cuidado, que a pesquisadora permitisse o envolvimento subjetivo, respeitando a singularidade de cada um, as vivências que foram compartilhadas, as lembranças e sentimentos despertados, os comportamentos expressos e a disponibilidade para o tempo de cada participante, que com certeza não é o cronológico, mas o vivido no momento do encontro.

Acredita-se que foi possível exercitar o cuidado como uma dimensão emancipadora, pois por vários momentos foi necessário escutar, calar, sentir, falar e refletir. Assim, em todos os momentos de encontro a pesquisadora precisou estar atenta não apenas para ouvir o que foi dito, mas para observar as outras formas de comunicação. Aconteceu um processo de entrega genuíno entre pesquisadora e pesquisados, no qual foi possível compartilhar histórias de vida,

na maioria das vezes, permeadas de muito sofrimento, e assumir responsabilidades a partir do vínculo estabelecido e das experiências relatadas.

A realização das entrevistas ratificou a relevância do olhar trazido para o objeto de investigação deste estudo e, além disso, reafirmou que a proposta que sustenta este estudo é possível e necessária para o cuidado a adolescentes que vivem com HIV/aids.

3.3.2 Coleta das informações com os profissionais da saúde

Buscando coerência com o objetivo expresso nesta pesquisa, foi utilizada para a coleta das informações junto aos profissionais da saúde a técnica do grupo focal.

A técnica do grupo focal encontra ressonância em estudos que se propõem a investigar um tema em profundidade por meio de uma abordagem coletiva, oportunizando momentos de interação e debates em um grupo específico (DALL'AGNOL et al., 2012). Essa técnica valoriza a interação grupal para a geração de dados, tendo em vista que as pessoas são estimuladas a falar umas com as outras, a questionar, a trocar histórias e ideias e a comentar acerca de experiências e pontos de vista (KITZINGER, 2009).

As discussões em grupo permitem aos participantes da pesquisa trocar, concordar ou discordar sobre opiniões, atitudes e experiências, constituindo-se em um recurso valioso para explorar questões pouco investigadas ou tópicos mais sensíveis (SHAHA; WENZEL; HILL, 2011). Pondera-se que as discussões geradas no grupo fomentam a construção de novas ideias e descobertas (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996). Além disso, a partir dos encontros focais, pode-se observar e conhecer os comportamentos, as atitudes, as linguagens e as percepções do grupo em estudo acerca de determinado fenômeno (DEBUS, 1997).

Ressalta-se que o desenvolvimento da técnica do grupo focal requer o conhecimento de diversos aspectos, dentre os quais o domínio teórico do tema a ser discutido, clareza dos objetos da pesquisa e da própria técnica, preocupação com a organização do ambiente e capacidade crítico-reflexiva do moderador e observador do grupo. Para a operacionalização do grupo focal, alguns aspectos relevantes precisam ser considerados, dentre eles o número de encontros requeridos, a duração das sessões, a composição e a dimensão dos grupos focais, além da preocupação com a organização do ambiente em que ocorrerão as sessões grupais (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Foram realizados dois encontros com os profissionais, que permitiram alcançar informações suficientes para atender o objetivo do estudo. Para Gatti (2005), o número de

sessões a serem realizadas depende da natureza do problema discutido, do estilo de funcionamento que o grupo adotará e da avaliação do pesquisador sobre a suficiência da discussão em relação aos seus objetivos. A autora menciona que, em geral, com uma ou duas sessões grupais se obtêm as informações necessárias a uma boa análise, porém há grupos que demandam mais sessões, porque, em função das características dos participantes, pode haver necessidade de mais encontros para se produzir uma subcultura grupal.

Já, no que tange à duração das sessões, Dall'agnol e Trench (1999) orientam que o tempo ideal destinado às sessões deve ser entre uma e duas horas de duração, pois além disso pode ocorrer fadiga entre os participantes ou intelectualizações excessivas acerca do tema. Seguindo tais orientações, a duração dos encontros foi de aproximadamente duas horas, o que permitiu um aprofundamento das reflexões oriundas do grupo.

Quanto à composição do grupo, deve-se considerar que os participantes tenham, entre si, pelo menos um traço comum, ou seja, uma característica importante para o estudo proposto (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; BARBOUR, 2009), para o que, neste estudo, foram consideradas a experiência e as atividades desenvolvidas com os adolescentes. Participaram desta pesquisa nove profissionais da saúde, tendo sido possível incluir pelo menos um profissional de cada categoria, como previamente referido.

No que se refere à escolha e organização do ambiente, é importante que este assegure a privacidade e o conforto, seja neutro e de fácil acesso aos participantes (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Assim, o local das sessões deve contar com boa iluminação, ventilação, e com o arranjo dos assentos em forma circular, de modo a promover a participação e propiciar uma boa interação face a face (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; RESSEL et al., 2008). Além disso, o pesquisador precisa propiciar um ambiente permissivo e não constrangedor, no qual os participantes consigam expressar suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

A partir de tais ponderações, selecionou-se como local para o desenvolvimento das sessões grupais uma sala do SAE de Uruguaiana, a qual era de fácil acesso aos profissionais, confortável, facilitadora do debate, com boa iluminação, ventilação e que assegurava a privacidade, características de um ambiente que favorece a interação. O preparo do local contou com o arranjo dos assentos em forma circular, de modo a promover a participação e propiciar uma boa interação face a face. Além disso, o moderador e o observador procuraram ocupar lugares que possibilitassem a comunicação não verbal e evitaram assentos que atribuíssem ideia de controle ou prestígio.

Antes do início de cada encontro, chegava-se com uma hora de antecedência ao local, de modo que fosse possível organizar o ambiente, tornando-o agradável e acolhedor. Da mesma forma, se houvesse algum imprevisto seria possível pensar uma alternativa com mais tranquilidade e aguardar os profissionais de forma relaxada e concentrada, para o início do grupo focal.

Em relação à preparação dos encontros, buscou-se atenção aos objetivos e questões disparadoras que seriam utilizadas, de forma a não haver distanciamento do foco deste estudo. Para facilitar e estimular as discussões se fez necessário, em alguns momentos, o amparo em técnicas que possibilitassem a expressão de emoções, sentimentos, preconceitos, tabus e atitudes de enfrentamento para tratar desta temática. Para tanto, foi utilizada a técnica *Brainstorming* ou, em português, chuva de ideias, a qual conforme Minayo (2012) é adequada ao campo da pesquisa social, pois permite discutir conceitos novos. Percebeu-se que esse recurso propiciou, a partir de um debate não constrangedor, a revelação de ideias novas e criativas acerca do tema em foco.

Além de tais preocupações, a pesquisadora contou com a presença de um observador, o qual tinha a função de auxiliar a registrar na condução da sessão, intervir para obter esclarecimentos, realizar encaminhamentos, além de colaborar com a moderadora no controle do tempo e na monitoração do equipamento de gravação, e ao final da sessão contribuir com seu parecer (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; DEBUS, 1997; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Neste estudo, a pesquisadora atuou como moderadora dos grupos focais e foi convidada uma discente da UNIPAMPA Campus Uruguaiana para atuar como observadora.

Cabe esclarecer que, ao final de cada encontro, a moderadora e a observadora reuniam-se, no intuito de realizar uma avaliação sobre o que transcorreu e como transcorreu o encontro. Isso possibilitava a troca de impressões sobre o desempenho de ambas e do grupo como um todo. De acordo com Debus (1997), esse processo oportuniza esclarecer os significados do que foi dito, dissuadir conclusões prematuras, reorganizar o guia de temas, entre outras possibilidades.

Para a operacionalização da dinâmica dos encontros elaboraram-se guias de temas (APÊNDICE C), também denominados de guias de tópicos para o desenvolvimento das sessões grupais, de acordo com os propósitos da pesquisa (DEBUS, 1997; BARBOUR, 2009). Esse instrumento serviu como um esquema norteador, sistematizando questões e objetivos para cada grupo focal. Para Debus (1997), o guia de temas constitui-se em uma lista de questões que serão tratadas no grupo focal, sendo um exercício para o pesquisador organizar

seus pensamentos e analisar cuidadosamente os objetivos da investigação. Esses guias, além de orientarem a discussão, precisam apresentar flexibilidade, possibilitando que ajustes no decorrer do trabalho sejam feitos, como abordagem de tópicos não previstos ou substituição de questões, em função do processo interativo concretizado (GATTI, 2005).

No primeiro encontro do grupo focal, seguindo as orientações de Dall’Agnol e Trench (1999), foram dadas as boas-vindas aos participantes; realizadas as explicações sobre o objetivo e as finalidades da pesquisa e da técnica de pesquisa; foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizada a gravação em gravador digital. Foi entregue aos participantes um formulário autoaplicável (APÊNDICE D) para que preenchessem com seus dados de identificação.

Além disso, atendendo às recomendações dessas autoras, no momento inicial do primeiro encontro do grupo focal, foi estabelecido o *setting*, que diz respeito a regras básicas de convivência do grupo, ou seja, pontualidade e assiduidade nos encontros, respeito à fala do outro e sigilo das informações trazidas pelo grupo. Considera-se que esse comprometimento recíproco foi fundamental para um bom processo interativo em todos os encontros.

Kitzinger (2009) ressalta a importância das diferenças nas discussões grupais, as quais não podem se restringir a consensos, uma vez que as discrepâncias podem ser usadas para estimular os participantes a esclarecer seus pontos de vista. Estas experiências de articulação das diferenças, desentendimentos, desacordos e dificuldades de compreensão mútua em relação ao dito estiveram presentes nos encontros, nos quais a moderadora encorajou os profissionais a teorizarem sobre essas diferenças.

No momento final dos encontros era realizada uma síntese dos mesmos pela moderadora, sendo oportunizado espaço aos profissionais para acrescentarem e esclarecerem alguma ideia referida na discussão. Além disso, no último encontro foi solicitada a eles uma avaliação acerca dos encontros focais, emergindo relatos que explicitaram a valorização desses momentos de discussão grupal tanto para a troca de experiências entre os profissionais quanto para se pensar o cuidado aos adolescentes. Alguns deles estão aqui representados: “Fazer a troca entre a equipe é importante, que bom que você oportunizou esses momentos, senão a gente acaba não tendo tempo de parar e conversar. Eu adoro esse tipo de trabalho”, “A gente tem que ter esse trabalho mais vezes, tem que ter essas paradas para poder conversar, poder trocar, fazer estudos de caso, isso é importante porque um fortalece o outro”, “Foi um momento que se teve para resgatar uma coisa que, no setor, fazia tempo que não tinha, que é o sentar e o conversar”, “Os dois momentos foram de extrema importância para equipe e para o nosso trabalho, para a gente parar, rever vários conceitos, tentar mudar e ter

um olhar diferente para o adolescente. Realmente começar a enxergar esse adolescente dentro do serviço de saúde e tentar aproximá-lo do serviço”, “Essa forma de interação que a gente está fazendo aqui é uma atividade onde tem troca de vivências”, “Esses encontros fizeram a gente repensar, porque a gente fica naquela correria do dia e não reflete”. Na finalização dos encontros, foi feito um agradecimento especial a todos os que contribuíram para essa construção, sendo entregue uma lembrança a cada participante.

Acredita-se que essa técnica de coleta das informações favoreceu, por meio da valorização da interação grupal, pensar coletivamente a temática em estudo e gerar ideias novas e originais para o cuidado. Além disso, essa técnica propiciou conhecer as percepções dos profissionais da saúde acerca da sexualidade, da educação em saúde e das principais abordagens educativas que entendem necessárias para tratar da sexualidade no cuidado com esses adolescentes. Considera-se que isso permitiu reflexões singulares e quiçá despertará para um cuidado ao adolescente mais crítico, inovador e menos reiterativo, no qual a sexualidade possa ser tratada para além dos limites do proibido, do silêncio, do velado, do constrangimento, dos tabus e das dificuldades.

Ressalta-se que todas as informações obtidas neste estudo foram gravadas em áudio em gravador digital, mediante autorização, e posteriormente transcritas de maneira integral, para serem submetidas em conformidade com a análise selecionada. As informações coletadas geraram 1.400 minutos (23h 33min) de gravação, sendo 1.160 minutos (19h 33min) de entrevistas com os adolescentes e 240 minutos (4h) de grupos focais com os profissionais da saúde. A transcrição desse material culminou em 621 páginas digitadas no *software* Microsoft Word® versão 2010, fonte *Times New Roman*, corpo 12 e espaçamento de 1,5 linhas.

3.4 Análise das informações

Para a análise das informações adotou-se a análise temática, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido que constituem uma comunicação em que a frequência ou a presença possuam algum significado para o objeto analítico. Por conseguinte, para uma análise de significados, o surgimento de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento que podem estar ocultos no discurso (MINAYO, 2012).

Minayo (2012) descreve que a análise temática segue operacionalmente três etapas, quais sejam a Pré-Análise, a Exploração do Material, e o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. Nesta pesquisa, as etapas compreenderam o desdobramento a seguir.

A primeira etapa foi composta pela Pré-Análise, a qual consistiu na seleção dos documentos a serem analisados a partir do resgate do problema e do objetivo da pesquisa. Nessa etapa, a pesquisadora fez questionamentos sobre as relações identificadas durante a coleta de dados e pôde formular indicadores que orientaram na compreensão e na interpretação do material. Tal etapa consistiu em três momentos: o primeiro momento foi a Leitura Flutuante do conjunto das informações, que compreendeu o contato direto e intenso da pesquisadora com o material de campo, período de impregnação do conteúdo pela investigadora. Já o segundo momento consistiu na Constituição do Corpus, que diz respeito à validação qualitativa da totalidade estudada. Nesse momento, o material coletado respondeu a algumas normas de validade qualitativa, tais como exaustividade (dados contemplando todos os aspectos dos instrumentos de pesquisa), representatividade (dados com características essenciais do universo pretendido), homogeneidade (os dados seguem critérios precisos de seleção quanto aos temas abordados, às técnicas utilizadas na coleta de dados e às características dos participantes) e pertinência (os dados analisados possibilitam alcançar o objetivo do estudo). Em relação ao terceiro momento, este perpassou a Formulação e a Reformulação de Hipóteses e Objetivos, que consistiu na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro da leitura exaustiva dos materiais as questões iniciais de pesquisa. Neste momento, foi importante repensar o rumo da interpretação e compreender aspectos não previstos no planejamento da pesquisa, para possíveis correções de rumos interpretativos ou para fornecer espaço para novas indagações.

Dessa forma, a etapa pré-analítica determinou a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que nortearam a análise.

A segunda etapa consistiu na Exploração do Material, que se delineou basicamente em uma operação classificatória para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nessa etapa, a pesquisadora encontrou as categorias temáticas, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. Este foi o instante em que a pesquisadora organizou os dados a partir de categorias, reduzindo o texto a expressões ou palavras significativas.

A terceira etapa constituiu o Tratamento dos Resultados Obtidos e a Interpretação. Nessa etapa, os resultados brutos foram submetidos a operações estatísticas simples, que permitiram colocar em relevo as informações. Nesse momento, foram realizadas inferências e interpretações, correlacionando-as com o quadro teórico inicial, mas, também, permitindo a

abertura de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas a partir da leitura do material coletado.

3.5 Considerações bioéticas

O projeto de pesquisa foi submetido a exame de qualificação no Curso de Doutorado em Enfermagem do PPGENF da UFRGS e foi avaliado pela banca examinadora como aprovado. Após, foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, sendo aprovado sob o número 24861 (ANEXO A) e posteriormente foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana (APÊNDICE E). Depois disso, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS para ser avaliado e foi considerado aprovado sob o número 295.045 (ANEXO B).

Os preceitos da Resolução nº. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, foram seguidos durante todas as etapas da pesquisa (BRASIL, 2013b).

Diante das diretrizes preconizadas por tal Resolução, foram elaborados, para a coleta das informações juntos aos adolescentes, dois Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), um para o familiar ou responsável legal do adolescente (APÊNDICE F) e outro para o próprio adolescente (APÊNDICE G). Salienta-se que para os adolescentes menores de 18 anos o Termo de Assentimento consta no próprio TCLE do familiar ou responsável legal pelo adolescente. O TCLE e o Termo de Assentimento foram assinados após os devidos esclarecimentos em relação à pesquisa. Os adolescentes e seus pais ou responsáveis legais foram esclarecidos, em linguagem acessível, detalhada e livre de qualquer coerção, acerca do objetivo, da técnica de coleta das informações e da participação voluntária. Esclareceu-se que poderia haver desistência em qualquer etapa da pesquisa, sem que essa decisão causasse qualquer tipo de dano ou prejuízo ao tratamento ou acompanhamento no serviço de saúde. Foram salientados a eles que o estudo apresenta riscos mínimos inerentes à pesquisa, como a mobilidade emocional ao discutir o tema, e a inexistência de riscos às dimensões física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos adolescentes. Caso acontecesse alguma mobilidade emocional ao discutir o tema da pesquisa, como constrangimento, angústia, tristeza, vergonha ou qualquer outra reação durante a entrevista, esta seria suspensa e tais demandas seriam encaminhadas para a equipe de psicologia do SAE de Uruguaiana, conforme acordo previamente estabelecido.

A participação dos profissionais da saúde também se deu mediante a assinatura do TCLE (APÊNDICE H), previamente ao início da coleta das informações. Estes também foram informados de que sua participação previa riscos mínimos inerentes à pesquisa, como a mobilidade emocional, uma vez que o próprio tema na adolescência por si só é desencadeador de reflexões e incertezas. Foi ressaltada a inexistência de riscos de outras naturezas, como de ordem física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Se isso ocorresse, estes sujeitos poderiam solicitar sua retirada da pesquisa em qualquer momento, tendo a liberdade de deixarem de participar do estudo, se assim desejassem.

Também foi explicitado que a participação tanto dos profissionais quanto dos adolescentes não previa custos e quaisquer compensações financeiras. Essas informações constam no TCLE, que foi assinado em duas vias, pela pesquisadora e pelo participante, ficando uma das vias de posse do profissional ou do adolescente e de seus pais ou responsáveis legais, e a outra, da pesquisadora. Além disso, todas as páginas desse Termo foram rubricadas.

Os principais benefícios esperados com a pesquisa estão relacionados à melhoria da qualidade do cuidado aos adolescentes que vivem com HIV/aids e à ampliação da construção do conhecimento científico na área da saúde acerca dessa temática.

Foi ressaltado, ainda, que todas as informações coletadas seriam exclusivamente de uso científico para a área da saúde e utilizadas apenas nesta pesquisa, podendo ser divulgadas e publicadas em eventos científicos e revistas científicas, ficando assegurada a garantia do anonimato dos sujeitos em todos os momentos da pesquisa. Assim, para fins de preservação do anonimato dos participantes, optou-se pela utilização do sistema alfanumérico, com uma codificação por letras seguidas de algarismos representando a ordem em que foram entrevistados ou a ordem das falas no primeiro grupo focal. Adotou-se a letra “A” para a identificação dos adolescentes e a letra “P” para a dos profissionais. Assim, entenda-se A1 como o primeiro adolescente entrevistado e P1 como o primeiro profissional da saúde a verbalizar no primeiro grupo focal e, assim, sucessivamente. Da mesma forma, para assegurar o anonimato dos sujeitos e o caráter ético da pesquisa, nomes de pessoas citados nas falas foram omitidos por meio da substituição por generalizações do termo ou simbologias, a fim de preservar qualquer forma de identificação dos participantes.

As gravações das entrevistas e dos grupos focais ficarão armazenadas com a pesquisadora pelo período mínimo de cinco anos e, passado esse tempo, serão inutilizadas, de acordo com a Lei dos Direitos Autorais nº 9.610/1998 (BRASIL, 1998).

Ressalta-se que o processo interacional para a realização desta investigação foi permeado, em todos os momentos, pelo respeito à individualidade, à singularidade, aos valores e à cultura de cada pessoa participante do estudo.

O relatório deste estudo ficará disponível ao público pelo LUME - Repositório Digital da UFRGS, assim como em cópia física disponível na biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS e no serviço de saúde que sediou o estudo. Além disso, artigos e eventos científicos serão utilizados como meio de divulgação dos resultados. Também cabe ressaltar que o compromisso ético desta pesquisa implicará para a pesquisadora retornar os resultados aos sujeitos envolvidos no processo, facultando, assim, um momento de ponderação, de reflexão e de discussão acerca das experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids sobre a sexualidade e das implicações para a educação em saúde.

Tais medidas poderão fomentar discussões e debates no campo de estudos da saúde do adolescente, o que poderá possibilitar melhorias no setor saúde e na qualidade do cuidado ao adolescente que vive com essa condição crônica. Acredita-se que isso simbolize o comprometimento ético implicado no desenvolvimento deste estudo.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados do estudo e as interpretações das informações. Busca-se confrontar os resultados com o referencial teórico para possibilitar espaços de reflexão e discussão acerca do cuidado a adolescentes que vivem com HIV/aids no que se relaciona à sua sexualidade.

Após apresentar as principais características dos participantes da pesquisa, o presente capítulo aborda o viver dos adolescentes com HIV/aids. Na sequência discutem-se as experiências destes adolescentes relacionadas à sexualidade. Posteriormente, também aborda-se a sexualidade no cuidado em saúde sob a ótica dos profissionais da saúde. Ademais, serão apresentadas e discutidas as fontes de informação e as experiências que delimitam os aprendizados de tais adolescentes acerca da sexualidade. Por fim, aborda-se a educação em saúde como um caminho possível de ser trilhado nos serviços de saúde com os referidos adolescentes.

No quadro seguinte, podem-se evidenciar as categorias e subcategorias emergidas do processo de análise temática dos materiais coletados, em conformidade com o objetivo e com o referencial teórico e metodológico propostos no estudo.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias temáticas do processo de análise das informações

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Ser adolescente vivendo com HIV/aids	<i>É legal a adolescência, a gente aprende a ser adulto:</i> as (muitas) mudanças vivenciadas no adolescer
	<i>Me senti esquisita, diferente dos outros:</i> sentimentos e vivências relacionados ao diagnóstico de HIV/aids
	<i>Meu pai e minha mãe morreram:</i> fragilidades dos vínculos familiares
	<i>Saúde é bom para a gente viver a vida, para curtir as experiências da vida:</i> significações acerca da saúde
Experiências dos adolescentes que vivem com HIV/aids relacionadas à sexualidade	<i>Sexualidade tem a ver com amor:</i> significações da sexualidade para os adolescentes
	<i>Ficar e namorar eu já experimentei:</i> experiências de interações afetivas
	<i>Não pode ser só uma transa qualquer:</i> experiências de

	relações sexuais
	<i>Precisa ter amor e confiar para contar:</i> dilemas vividos na revelação da condição nas relações afetivas
	<i>Quero ser feliz, alegre e sonhadora:</i> perspectivas de projetos de vida
A sexualidade no cuidado em saúde sob a ótica dos profissionais da saúde	<i>Sexualidade é tudo que envolve a vida:</i> a sexualidade sob a ótica dos profissionais da saúde
	<i>Esse tema ainda é um tabu:</i> a sexualidade no cotidiano do cuidado em saúde
Fontes de informação e experiências delimitando aprendizados acerca da sexualidade	<i>A gente aprende as coisas juntos:</i> pares, família e mídia como espaços de socialização de informações
	<i>Ela só conversava sobre sexo, já estava chato:</i> educação e saúde como espaços de socialização de informações biológicas
	<i>Tudo que me falaram fugia na hora:</i> aprendizados acerca da sexualidade construídos a partir de experiências
Educação em saúde com o adolescente que vive com HIV/aids: um caminho possível de ser trilhado nos serviços de saúde	<i>Os adolescentes estão soltos e invisíveis aqui no serviço:</i> a (in)visibilidade da educação em saúde no serviço de saúde
	<i>Algumas coisas a gente sabe e outras não, aprendemos juntos:</i> dizeres e fazeres dos profissionais acerca da educação em saúde com adolescentes
	<i>O profissional tem que estar aberto para o diálogo:</i> abordagens de educação em saúde acerca da sexualidade com adolescentes

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Ressalta-se que cada categoria, com suas subcategorias, será analisada, interpretada e discutida à luz dos referenciais teóricos pertinentes.

4.1 Caracterização dos participantes

A pesquisa incluiu 24 participantes. Destes, 15 eram adolescentes que viviam com HIV/aids, com os quais foram realizadas entrevistas semiestruturadas, e nove, profissionais da saúde do SAE do Município de Uruguaiana, que participaram dos grupos focais.

Dos 15 adolescentes participantes do estudo, 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. Quanto à procedência, todos eram residentes de Uruguaiana/RS. 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 irmãos maternos e paternos, no entanto alguns só sabiam de sua existência. A aids afeta as famílias como um todo, especialmente no caso da transmissão vertical, onde muitos pais encontram-se doentes ou falecidos. A orfandade e a troca frequente de cuidadores são vivências comuns a este grupo (BARROS et al., 2013). Todos esses fatores possibilitaram refletir acerca das fragilidades dos vínculos familiares e das diversas situações de vulnerabilidade a que tais adolescentes estão expostos.

No que se relaciona a ficar e namorar, 11 adolescentes referiram já ter experienciado ficar ou namorar alguém. Apenas dois adolescentes experienciaram relações sexuais, e a iniciação sexual de ambos ocorreu aos 14 anos. Sobre a idade da iniciação sexual, outros estudos também evidenciaram resultados semelhantes. Nos estudos de Paiva et al. (2008) e de Tronco e Dell'Aglio (2012) a média de iniciação sexual entre os adolescentes foi 14,9 anos e

de 14,25 anos, respectivamente. Além disso, no presente estudo, tais adolescentes relataram não se sentirem preparados para vivenciar isso naquele momento. Quanto ao uso do preservativo, ambos referiram não fazer uso em todas as relações sexuais e que tinham acesso ao mesmo no próprio SAE. Uma adolescente estava vivenciando a gravidez no momento da coleta das informações e disse que não se sentia preparada para experienciar a maternidade nessa fase da vida, embora estivesse se sentindo feliz.

Quanto ao acesso aos meios de comunicação, a maioria disse gostar de assistir televisão e de ouvir rádio. Os programas preferidos dos adolescentes eram de novelas, de esportes, de filmes e de músicas. A maioria disse gostar de ler jornais e revistas, e as revistas mais acessadas eram as voltadas ao público adolescente. Assuntos relacionados a novelas, moda, maquiagem, roupas e acessórios, gravidez na adolescência, esportes, sexo, ficar, namorar e corpo eram os que mais chamavam a atenção do público investigado. Poucos referiram fazer leitura de livros e, quando o faziam, gostavam do gênero literário romance. Apenas três adolescentes referiram ter acesso à Internet, sendo os seus principais *sites* de pesquisa os das redes sociais.

Para conviver com os amigos, namorar e se divertir costumavam frequentar lugares como as praças e os parques da cidade, as residências de amigos e familiares, as igrejas, as festas e a escola. Para se divertir gostavam de jogar futebol ou jogos eletrônicos, passear com os amigos e familiares, dançar, ir a festas e a pescarias.

No que tange aos profissionais da saúde, a idade variou entre 25 e 55 anos. Quanto ao sexo, oito eram do sexo feminino e um do sexo masculino. O tempo de formação variou entre três anos e 24 anos, e apenas três profissionais apresentavam tempo de formação inferior a cinco anos. O tempo de experiência profissional variou entre 18 meses e 24 anos. O tempo de atuação no SAE de Uruguaiana variou de três meses a 17 anos. Em relação ao estado civil sete profissionais declararam-se casados, um era solteiro, e um, divorciado. No que tange à religião sete disseram serem católicos, a maioria não praticante, um declarou-se agnóstico e um declarou-se ateu. Quanto ao cargo, dois profissionais eram coordenadores do SAE. No que se refere à pós-graduação e formação complementar, os profissionais da saúde de nível médio (técnicos de enfermagem) apenas realizaram os cursos de capacitação interna e nenhum cursava ensino superior. Já, entre os profissionais de nível superior, seis possuíam especialização *lato sensu* e um possuía mestrado.

4.2 Ser adolescente vivendo com HIV/aids

Nesta categoria, as linhas que se seguem retratam, sob a ótica dos adolescentes, as muitas mudanças vivenciadas na adolescência; os sentimentos e vivências relacionados à condição de viverem com HIV/aids; as fragilidades dos seus vínculos familiares; e as suas concepções acerca do significado de saúde em suas vidas.

4.2.1 *É legal a adolescência, a gente aprende a ser adulto*: as (muitas) mudanças vivenciadas no adolecer

Nesta subcategoria temática os adolescentes relataram que essa etapa de suas vidas se anunciava como uma fase marcada por muitas mudanças e que a estavam vivenciando em toda a sua singularidade, mas com identidade própria com seus desafios e reveses. Alguns vivenciavam a dualidade de estar entrando numa nova fase, com todas as mudanças que ela trazia consigo, mas ainda gostavam de coisas que faziam na infância, como brincar, por exemplo. Ao se reconhecerem como adolescentes, se descobriam em meio a tudo o que faz parte dessa fase da vida, mudavam seu jeito de ser, se relacionavam com os pares, iam a festas, usavam a Internet, assistiam televisão, vestiam-se como gostavam, descobriam relações como o ficar e o namorar e ajudavam em casa. Conheciam sensações importantes para a construção de si, como a de curtir e a de viver experiências e sensações diferentes, mas, também, de ter liberdades e responsabilidades. Os trechos a seguir evidenciam essa descrição:

Está mudando muita coisa, estou ficando madura. Estou crescendo, sou pré-adolescente. Mudei bastante, agora é outra coisa, é outra vida, nem brinco tanto assim. Em casa tenho que ajudar a lavar, a varrer e a passar. (A13)

Mudou tudo, eu evoluí. Antes eu brincava na rua, agora não brinco mais. Fico mais dentro de casa e no computador, nas redes sociais, e fazendo as coisas aqui em casa, não vou mais andar de bicicleta. (A12)

Mudou muita coisa, é bem diferente agora, parece que a gente tem mais intimidade com as pessoas e tem mais amizade, tem muito mais coisas do que antes. Agora saio mais, porque a vó deixa eu sair. (A8)

Sinto que estou amadurecendo. Estou entrando numa nova fase. É legal a adolescência, a gente aprende a ser adulto. Antes eu brincava e agora não brinco mais. Agora só passo olhando televisão e jogando bola com os amigos. Minha mãe não me deixava sair, agora estou começando. (A7)

Mudou tudo. Antes eu não tinha namorado, agora tenho. Quando era criança não podia fazer nada, agora posso. Eu brincava de boneca, agora

não brinco mais. [...] Minhas colegas me chamaram de machorra, gosto de ir maquiada para a escola, mas não tenho dinheiro para comprar. Vou de bermudinha ou de calça jeans e uma camiseta mostrando a barriga. (A11)

Agora a minha mãe me deixa sair mais, vou nos bailes funk. Quando saio com as minhas amigas, ela fica preocupada, é que as amigas que tenho são mais soltas que eu, mais saidinhas. Sempre tenho que avisar aonde vou. (A9)

Os adolescentes assumiram o lugar de protagonistas de suas vivências, adquirindo experiência, aprendizado, maturidade e conquistando liberdade e privacidade. Percebiam que precisavam ter mais responsabilidade consigo e com a família. Demonstravam alegria por estarem vivenciando essas mudanças e por poderem aproveitar a vida, mas reconheciam também limites acerca do que entendiam, socialmente, como certo ou errado.

Identifica-se que alguns adolescentes têm ideia de que este processo de transição traz certas liberdades, como sair com os amigos, mas, também, responsabilidades, como ajudar os pais ou os avós e dar explicações a eles. Chamou a atenção que os adolescentes deste estudo entendem essa etapa como um período que solicita maturidade, responsabilidade, autonomia, respeito aos limites, amadurecimento das ideias e atitudes, e que estão se desfazendo de comportamentos infantis e transitando para a fase adulta. Isso vai ao encontro do estudo realizado por Araújo et al. (2010), no qual os adolescentes demonstraram necessidade de respeitar limites, como em relação a ambientes e modos de se comportar, apesar de sentirem-se não suficientemente maduros para tomarem decisões e ainda precisarem dos pais para aconselhamentos.

Quanto à questão da imagem corporal, esta é bastante valorizada pelas adolescentes, que buscam a sua própria identidade, querendo estar dentro dos padrões considerados normais, como se viu no relato de uma adolescente em que aparece a sua preocupação em ser aceita pelo grupo, revelada na forma de vestir e no uso de maquiagens. A preocupação com a aparência e a busca por atender a padrões estéticos de beleza são aspectos significativos dessa faixa etária e aparecem em outras investigações (FERREIRA, 2006; BRAGA; MOLINA; FIGUEIREDO, 2010; PASSOS et al., 2013). No estudo de Ferreira (2006), os adolescentes referiram modos e maneiras de cuidarem da aparência que nem sempre condizem com um estilo saudável de vida, como, por exemplo, a utilização de dietas. Já Braga, Molina e Figueiredo (2010) investigaram as representações do corpo entre os adolescentes de classes populares e verificaram que, para os meninos, um corpo musculoso e forte foi destacado e, para as meninas, detalhes como cabelo, cor da pele e até acessórios da moda foram citados. Para os adolescentes que participaram do estudo de Passos et al. (2013), o fato de

conseguirem um emprego, um parceiro, ou atraírem os olhares do outro são alguns dos prestígios conquistados com o corpo belo. Além disso, para os sujeitos do referido estudo, o padrão estético refletiu em sentimentos de discriminação e preconceito, especialmente para os que se sentiam fora do modelo reproduzido pela sociedade. Desse modo, observa-se que essas qualificações referentes à estética corporal são as mesmas ditadas pela sociedade, na qual a mídia tem um papel particularmente importante.

Pode-se verificar que os adolescentes percebem que, conforme vão crescendo, o seu jeito de ser vai mudando, comportando-se ora de um modo, ora de outro, vivenciando um sentimento de ambivalência, de perdas e conquistas, de fazer coisas de criança, como brincar, e a vontade de se comportar como característico do adolescente. Isso supera a visão da adolescência como algo acabado, com início e fim bem definidos, e ratifica que é um processo dinâmico, em que a compreensão da relatividade do tempo é necessária.

Tais questões encontram ressonância em estudos da área da saúde e das ciências sociais, que entendem a adolescência como um fenômeno que ultrapassa aspectos cronológicos e biológicos e esbarra em condições sociais, culturais, históricas e emocionais específicas. Para Heilborn (2012), os marcos etários que estabelecem os limites entre as fases do ciclo de vida são móveis e variam de acordo com as concepções sociais acerca do humano e das relações de um dado momento histórico. Ressel et al. (2009) consideram a adolescência como um fenômeno único e diverso, pois as necessidades dos adolescentes dependem de seu meio social, cultural, econômico e psicológico, devendo, portanto, este evento ser compreendido como circunscrito cultural e historicamente.

Para os adolescentes, essa fase foi entendida como ousada e diferente do que já haviam experimentado até então. Eles a valorizaram positivamente, pois nela aconteceram, por exemplo, a construção de vínculos de amizade e as primeiras interações amorosas. Os adolescentes do estudo, os quais viviam com HIV/aids, mostraram-se como todos os adolescentes na maneira de agir, de comportar-se, na aparência e no humor. Não nominaram, em nenhum momento, o vírus, o que revela que os seus processos de adolecer não estão limitados em sua condição sorológica. Isso pode ter acontecido para que, subjetivamente, não se sentissem diferenciados das outras pessoas, pois serem considerados diferentes os pode expor a preconceitos e discriminações, o que dificultaria a convivência com seus pares. Eles referiram o que é comum e esperado por todos nessa fase e apresentavam as mesmas rotinas do dia a dia que os seus amigos e colegas, acrescidas ainda das demandas particulares da sua condição sorológica.

Essa questão encontra ressonância em estudos da área da enfermagem, que apontaram que o adolescente que vive com HIV/aids tem o seu dia a dia permeado de várias atividades comuns a qualquer outro adolescente, como ir à escola, brincar, ir a festas, conversar com os amigos, usar o computador, falar de namoro e de sua imagem corporal (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2009; RIBEIRO et al., 2013). Em tais estudos os participantes revelaram características próprias da adolescência, mostrando-se semelhantes aos demais, o que é interessante, pois eles se fortalecem no grupo. Além disso, para que não se diferenciem dos demais, nivelam-se naquilo que é comum e esperado por todos (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2009).

Em meio a tantas diversidades encontradas no universo adolescente, alguns referiram que as mudanças de comportamento e as variações de humor são constantes, merecendo destaque frente à complexidade do adolecer, como pode ser vislumbrado nas respostas que se seguem:

De vez em quando a mãe fica tirando sarro comigo e aí fico meia virada e dou uns gritos com ela. (A13)

Eu era muito quieta quando era pequena, tinha vergonha de tudo, era distante de todo o mundo, agora sou bem mais agitada. Sempre quero irritar meus irmãos, quando eles estão quietos eu começo a cutucar. (A3)

Mudou a relação com a minha família. Agora não gosto muito de conversar com eles. Antes eu gostava. Gosto de ficar quieta. (A15)

Agora eu converso menos com a minha mãe, tenho vergonha de contar umas coisas para ela. (A9)

O fato de os adolescentes não aceitarem, muitas vezes, imposições ou opiniões dos pais relaciona-se à busca pela independência e autonomia. Logo, aceitarem determinados conselhos e auxílios dos pais torna-se uma tarefa difícil, pois os adolescentes procuram justamente o contrário, ou seja, desejam solucionar seus problemas sozinhos, mesmo, talvez, não dispendo de amadurecimento necessário para tal conduta. Não querem ser vistos como uma criança que ainda precisa de ajuda e suporte. Esse tipo de impasse é percebido pelos familiares, na maioria das vezes, como um ato de rebeldia por parte do adolescente.

Heilborn (2012) alerta que, em nossa sociedade, as representações correntes sobre a adolescência carregam estereótipos como sendo esta uma fase problemática da vida, na qual ocorrem as crises. A passagem para a vida adulta não pode ser reduzida ao desenvolvimento psicológico como diversas vezes é proposto, pois as trajetórias juvenis são modeladas de

forma distinta, segundo as condições de existência, ou seja, as questões sociais e culturais estão entrelaçadas às formas como são vivenciadas pelos adolescentes, como se expressam e se comportam.

A comunicação da família com os filhos, durante o período da adolescência, embora muitas vezes difícil e conflituosa, precisa ser sempre estimulada, pois é nesta fase que os adolescentes mais necessitam de informações. O diálogo franco com os filhos pode ser considerado uma estratégia facilitadora para melhorar o processo de comunicação entre adolescentes e família, podendo ainda ser um momento de reflexão de sentimentos, de confrontar e estabelecer limites. A relação interpessoal entre pais e filhos adolescentes é um momento único e precisa ser vivenciada, pois é justamente neste tipo de contato que acontece a apreensão de valores que tendem a permanecer para o resto da vida. Sabe-se que muitas vezes uma comunicação harmoniosa com seus filhos nessa fase é tarefa complexa e delicada, pelas múltiplas características dos adolescentes, e também pelas características do mundo moderno em que o afastamento entre pais e filhos ocorre. No entanto, os pais ainda são os principais e mais importantes educadores e, quando a questão é a sexualidade, deveria ser deles a atribuição de discutir e orientar.

Uma das adolescentes que estava vivenciando a gestação, no momento da realização da pesquisa, considerou que essa situação limitou a vivência do seu processo de adolecer, pois passou a se sentir “presa”, como pode ser observado a seguir:

Depois que eu engravidei minha vida mudou muito. Não posso ter uma vida solta como a que eu tinha antes. Não posso mais sair e me divertir com as minhas amigas. Estou me sentindo presa. (A2)

A partir do relato da adolescente, vislumbrou-se que a gravidez estava sendo vivida como momento de renúncias e que os conflitos se relacionavam à gestação ter sido um acontecimento indesejado, evidenciando que a condição de mãe representava um marco de ruptura entre a adolescência e a vida adulta, caracterizada pela perda da identidade adolescente e da liberdade. As adolescentes grávidas, na maioria das vezes, vivem estes momentos de dúvidas, anseios e contestações, somados à aquisição de uma nova identidade para a qual podem não estar preparadas.

Para Moreira et al. (2008), a gestação na adolescência é, de modo geral, enfrentada com alguma dificuldade, porque a gravidez nessas condições significa uma rápida passagem da situação de filha para mãe. Nessa transição abrupta do seu papel de mulher, ainda em formação, para o de mulher-mãe, a adolescente pode viver uma situação conflituosa. A grande

maioria está despreparada emocionalmente, socialmente e economicamente para exercer o novo papel materno. Algumas vezes, essa vivência ocorre associada à repressão familiar e ao abandono pelo parceiro, muitas vezes também adolescente.

No presente estudo, a religião apresentou-se como uma instância reguladora do processo de adolecer, reforçando, por meio da repressão de algumas vivências, a necessidade de manter uma ordem moral e de seguir padrões de conduta considerados ideais. Isso pode ser evidenciado no depoimento a seguir:

Hoje estou na igreja evangélica e não posso mais sair para festas. Não posso mais beber, também. Parei por causa dela [namorada], ela mandou eu me batizar na igreja. (A14)

Ressalta-se que a adolescência é resultado de uma construção sociocultural, pois é a partir dos relacionamentos, dos cenários de convívio e das representações pessoais interiorizadas na socialização, que a pessoa singulariza sua existência no mundo. A socialização resulta da interiorização de valores e regras, como, por exemplo, os relacionados à religião. Assim, entende-se que a adolescência, nos diversos processos de socialização, pode ser vivenciada de forma positiva ou negativa, de acordo com as possibilidades ou limitações em que ocorre, o que repercute na contínua construção do ser.

Paiva et al. (2008) demonstraram, em sua pesquisa com adolescentes, que o sentido da iniciação sexual e o crescimento do uso do preservativo na primeira relação sexual tem acontecido de forma diferenciada entre grupos de diferentes religiões. A proporção crescente de católicos que iniciaram a vida sexual com preservativo foi significativa, assim como o crescimento da proporção de jovens pentecostais sexualmente ativos, sem que tenha, no entanto, crescido o uso de preservativo neste último grupo.

No que se refere às relações afetivas, a amizade, nesse período, apresenta grande valor e também grande influência no desenvolvimento saudável ou não dos adolescentes. Estes, geralmente, andam agrupados, o que caracteriza um estilo próprio da adolescência para relacionarem-se e interagirem com os pares. Neste estudo, a relação com os pares foi relatada como uma forma de compartilhar mediada pela confiança no outro, conforme pode ser observado nos trechos que se seguem:

Eu tenho uma melhor amiga. A gente conversa sobre tanta coisa, somos muito palhaças. Confio nela e ela confia em mim, também. Amizade é a gente poder confiar em alguém de olhos fechados e saber que nunca vai

tropeçar. A gente é muito parecida, até na relação com os pais. O pai dela também não deixa ela namorar, então é isso que a gente conversa. (A12)

Quando meus amigos vão lá em casa eu trato bem eles, a gente conversa, toma mate, essas coisas. Tenho uma amiga predileta. Por exemplo, quando ela está sem namorado eu que faço os lados para ela e ela faz os meus lados. Ela me diz: “Tu é a minha fofuchinha.”. (A3)

Tenho um melhor amigo. Ele tem a mesma idade que eu. A gente joga bola, mexe no computador. Gosto mesmo é de conversar com os meus amigos, porque meus colegas são os meus colegas, eu não conheço eles. (A7)

Agora minhas amigas conversam mais comigo, ficam falando sobre a escola, sobre os guris, sobre namorado. (A1)

Gosto de conversar com os meus amigos, tem uns que eu confio. A gente conversa de tudo. É bom conversar com eles, porque é difícil a gente ficar guardando as coisas quieto. A gente se sente aliviado depois que conversa. Eles falam com que guria ficaram, se estão namorando ou não. (A10)

Amigas é o que eu mais tenho, mas que guarda o que eu falo é uma só. Agora gosto mais de falar com a minha amiga e um pouco menos com a minha mãe e com o meu pai. (A6)

Nesses relatos, os adolescentes revelaram terem amigos, que são aqueles que querem o seu bem e com quem podem contar sempre. Com muitos ou poucos amigos, o que importa é estarem unidos. Juntos, gostam de conversar e aproveitar a vida, fazendo coisas de adolescentes como rir, ajudar uns aos outros, jogar bola e jogos eletrônicos, conversar sobre a escola, sobre as relações familiares, sobre as interações amorosas e sobre as coisas que gostam de fazer.

Os adolescentes estão inseridos em uma rede de vínculos de amizade, que constitui, entre inúmeros outros, um espaço fundamental de socialização e aprendizado. Assim, a construção da identidade do adolescente potencializa-se na interação com pares em grupos, transferindo-se, nessa fase da vida, do espaço familiar para o meio social, o que pode ser ratificado quando referem que gostam mais de conversar com os amigos do que com a família. Nessas relações, também, acabam emergindo sentimentos de fidelidade, cumplicidade e confiança com os pares, o que se torna condição para que possam compartilhar as dúvidas, as expectativas e as experiências.

Resultados semelhantes a esses foram encontrados em uma pesquisa realizada com adolescentes escolares irlandeses, na faixa etária entre 12 e 18 anos, que objetivou examinar qualidades positivas e negativas nas suas relações interpessoais (KENNY; DOOLEY; FITZGERALD, 2013). Foram entendidas pelos autores como qualidades de relacionamentos positivos o companheirismo, o apoio emocional, a aprovação e a satisfação, e como

qualidades de relacionamentos negativos o conflito, a crítica, a pressão, a dominação e a exclusão. As meninas participantes relataram mais qualidades positivas em seus relacionamentos com os pares do que os meninos e ambos referiram qualidades negativas em suas relações com as mães.

Nesse sentido, o afastamento do meio familiar para o diálogo também pode acontecer, porque os pares, em relação aos pais ou outros adultos, são menos propensos a serem críticos, o que possibilita um canal para um diálogo franco e a exploração de questões, incluindo as relacionadas à sexualidade. Além disso, as atitudes e os comportamentos dos amigos passam a ser considerados a fonte mais imediata de referência e de influência (LYONS et al., 2011).

A formação de grupos de pares é uma característica importante que ocorre na adolescência. Ter amizades pode ser entendido, também, como pertencer a um grupo, o que é de extrema relevância, pois essa característica serve de busca de sustentação dos adolescentes, individual e coletivamente, formando o mundo de transição entre a independência e a autonomia (FREITAS; DIAS, 2010).

No entanto, cabe destacar que esse modo de os adolescentes agirem diante da vida social, andando quase sempre agrupados, além de confirmar e caracterizar o estilo próprio de relacionar-se e interagir com seus semelhantes, pode influenciá-los a condutas de vícios e hábitos, como o uso de drogas, por exemplo (ARAÚJO et al., 2010). A esse respeito, Soares et al. (2008) afirmam que a amizade tem grande influência no desenvolvimento dos adolescentes, uma vez que essa influência, quando aliada à falta de informação, pode torná-los mais vulneráveis a várias questões, como doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.

A inserção do adolescente ao meio social inclui distintas possibilidades, dentro e fora da família, que podem contribuir ou estar relacionadas à iniciação do uso de álcool. Os adolescentes relataram ter consumido bebidas alcoólicas e tabaco, até mesmo por entenderem que a adolescência é a fase da vida em que podem ocorrer tais experimentações. Seguem-se as falas que demonstram tal questão:

Gosto muito de tomar cerveja. No Natal passado meu pai pediu autorização para o médico para mim tomar. Ele disse que não era para tomar o remédio junto. Como ele abriu a exceção, eu me prevaleci. Pensei: vai ser hoje, já que eu não aproveito nunca. Tomei tanto que fiquei tonta. (A3)

Antes de frequentar a igreja eu bebia, gostava de tomar cerveja. Cigarro só uma vez que tentei pegar. Me afoguei e depois nunca mais peguei. (A14)

Bebi quando fui na casa do meu namorado, tomei um vinho e uma cerveja, mas foi só um pouquinho. Ele [namorado] fuma e bebe. (A11)

O álcool é a substância psicoativa mais consumida entre os adolescentes, e a idade de início de uso tem sido cada vez menor, aumentando o risco de dependência futura. Por se tratar de uma droga de fácil acesso e lícita, o álcool se apresenta como um dos principais antagonistas de uma vivência saudável da adolescência e constitui uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade em relação às doenças sexualmente transmissíveis; violência, incluindo a sexual; gravidez indesejada; distúrbios comportamentais e de conduta; absenteísmo escolar e déficit de aprendizagem; problemas familiares; e morte por acidente (SAMPAIO FILHO et al., 2010; ROZIN; ZAGONEL, 2012).

Na pesquisa de Jesus et al. (2011) meninos e meninas revelaram já terem feito uso de drogas ilícitas, aos 15 anos, e a cocaína e a maconha foram as mais relatadas. Praticamente metade dos adolescentes investigados, nesse estudo, consumiram bebidas alcoólicas, sendo a cerveja a mais comum. Alguns se declararam fumantes, tendo a maioria iniciado o consumo aos 15 anos.

O maior consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes ocorre em festas e comemorações, evidenciando o apelo social do álcool, que representa um facilitador para a interação, socialização e permissividade de atitudes e pensamentos não aceitos socialmente. As consequências danosas são relatadas pelos adolescentes sempre em relação a experiências distantes de si, atribuídas a outros grupos de adolescentes. Quando referem a si próprios, mesmo aqueles que consomem grande quantidade e com alta frequência, não identificam o vício como algo iminente, caracterizando esse consumo como simples hábito e sempre o relacionando à positividade e a comemorações. Em relação à quantidade, esta varia desde pouco, como uma dose, no grupo feminino, até o consumo altamente excessivo, observado especialmente entre os meninos (MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

Outro aspecto revelado na pesquisa se refere às mudanças corporais vividas pelos adolescentes, que se constituem de mais uma dentre tantas que permeiam essa fase da vida e foram relatadas, também, pelos participantes deste estudo. Para as meninas e suas famílias a chegada da menarca constituiu um acontecimento importante, sendo definida como um rito de passagem da infância para a fase adulta. Além disso, o aparecimento de outras características sexuais secundárias, como o crescimento dos seios, o alargamento do quadril e das coxas e o aparecimento da acne estão presentes nessa transição. Os trechos citados a seguir caracterizam tais mudanças:

Eu menstruei com 11 anos. Senti que estava numa nova fase, mais mulher, mais madura no pensamento. (A12)

Estou ansiosa para menstruar, vou me sentir mais mocinha, vai mudar meu jeito de ser, vai mudar meu jeito de infantil para adolescente. Quando eu menstruar vou ter que fazer as coisas de casa. Já estão crescendo meus seios, tenho que usar esse sutiã. (A13)

Quando menstruei a minha vó falou que eu tinha virado uma mocinha. (A15)

O que mudou foi que eu menstruei. Foi com 12 anos. É uma coisa nojenta, ruim, a gente fica suja. Tem que ficar trocando o absorvente. Quando a gente menstrua a primeira vez acha chato, mas depois vai se acostumando. Me senti mais moça, diferente. Eu não tinha nada de peito, agora tenho. Mudou tudo, agora tenho bumbum, antes era sem bunda. (A11)

Eu me senti mais mocinha. Meu pai e minha mãe falaram que estou entrando na adolescência. [...] Uma vez fui ao médico porque estavam nascendo uns carocinhos, tinha 11 anos. Aí o doutor falou que estavam crescendo meus seios. (A6)

Mudou muito. Eu cresci e já menstruei. Agora nasceu bumbum e o peito cresceu. As coxas aumentaram. Nasceram espinhas no meu rosto. (A4)

Percebe-se que a primeira menstruação, para as adolescentes, é um marco na transição da fase infantil para a adolescência, entendido como se tornar “mocinha”. Traz consigo as questões de responsabilidade, maturidade e maior liberdade dos pais. Esse momento é comemorado e compartilhado por suas famílias. Entretanto, a adolescente que ainda não havia tido a primeira menstruação relatou esperar ansiosamente por esse acontecimento. A maioria das adolescentes considera que a menarca interfere no crescimento e no desenvolvimento do corpo.

No senso comum, tornar-se "mocinha" é adquirir um novo *status* perante o grupo e a família. Este é um momento esperado ansiosamente pelas meninas e, muitas vezes, leva a uma competição entre elas, acerca de quem ficará menstruada primeiro. Isso pode acontecer por ser um fenômeno ligado à saúde reprodutiva da mulher, considerando que a menarca representa também o início da capacidade reprodutiva feminina, evento este relacionado à fertilidade que, culturalmente, é tida como importante na vida das mulheres (BRÊTAS et al., 2012).

Além disso, em um dos depoimentos foi possível perceber um sentido negativo atribuído à menstruação, com conotação de algo ruim, sujo e nojento, que remete a cuidados especiais, como a troca do absorvente íntimo. Esse resultado também encontrou ressonância na pesquisa de Brêtas et al. (2012), na qual as adolescentes associaram a menstruação à noção

de impureza, doença ou contaminação, razão pela qual, muitas vezes, o período menstrual é denominado como incômodo e sujo, fazendo com que este episódio tenha imagens negativas sobre a mulher. Desse modo, o significado da menarca, carregado de sentimentos negativos, pode ser decorrente de uma cultura que não valoriza o diálogo e o conhecimento das questões referentes ao corpo.

Já para os meninos as mudanças corporais se evidenciaram, principalmente, com o crescimento dos pelos na região pubiana e no rosto, com o aumento do tamanho dos pés e com o aumento da estatura, conforme as falas a seguir:

Estão crescendo pelos envolta do pênis. (A8)

Estou mais alto. Meu pé está maior. Tenho até bigode. Os pelos dos meus amigos são mais demorados para aparecerem. (A7)

Eu fiquei mais alto. (A10)

Os meninos adolescentes demonstraram entendimento de que o surgimento das características sexuais masculinas depende da especificidade de cada pessoa e que é independente da diferença de idade, pois em alguns surgem mais rápido enquanto que em outros demora mais. Para eles isso acontece naturalmente.

De acordo com Brêtas, Muroya e Goellner (2009), o corpo sofre profundas e rápidas metamorfoses em decorrência das mudanças hormonais que aceleram o crescimento físico e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Tais elementos também configuram a identidade do adolescente, a qual sofre influência de processos sociais e culturais que desenham sua construção.

O corpo assume um papel fundamental na relação de gênero, pois é o principal veiculador de práticas e comportamentos entre homens e mulheres. A linguagem corporal imprime à realidade biológica um significado social. Esse corpo, que é biológico e social, em profundas transformações na adolescência, tem um significado de extrema relevância nessa fase, pois será por meio dele que haverá a identificação consigo próprio e com o grupo de pares (BRÊTAS; MUROYA; GOELLNER, 2009). Nesse sentido, Louro, Neckel e Goellner (2003) referem que os indivíduos são examinados, classificados, ordenados, nomeados e definidos pelas marcas que são atribuídas a seus corpos.

Ainda em relação à questão do corpo, um dos paradoxos vividos por esses adolescentes é encontrar-se entre os benefícios da terapia antirretroviral para o desenvolvimento saudável e seus efeitos colaterais, como a lipodistrofia, a qual leva à alteração da imagem corporal. Os

adolescentes consideravam-se magros e com crescimento prejudicado, contudo não associaram isso ao uso dos medicamentos antirretrovirais, o que talvez aconteça por desconhecerem os efeitos colaterais dos mesmos. Seguem-se os depoimentos que ilustram essa descrição:

Eu sou muito baixinho. (A8)

Sou a mesma magrela de sempre. Gordura nem pensar, eu tenho um pouquinho de gordurinha, mas nem tanto. (A13)

Eu sou magra, mas tem gente que tem [aids] e é gordo. (A12)

Todo mundo me chama de sequinha. (A3)

Eu sou bem magrinha, mas acho que é por causa da gravidez. (A2)

Sou magrela, mas agora aumentaram as pernas, o peito e o bumbum. (A15)

Eu tenho problema de crescimento, fui no médico para tomar um remédio para crescer um pouco mais. (A4)

É importante considerar que essa problemática atinge diretamente os adolescentes que vivem com HIV/aids, os quais, como anteriormente anunciaram, possuem necessidades características dessa fase do desenvolvimento, como o querer parecer e comportar-se como os pares. Assim, esse comprometimento da imagem corporal, que é tão valorizada na adolescência, pode também comprometer a adesão ao tratamento antirretroviral, devido ao medo da discriminação e do preconceito consequentes a uma possível revelação do seu diagnóstico de HIV/aids.

Os avanços alcançados no âmbito do tratamento do HIV/aids impuseram novos desafios. A síndrome da lipodistrofia apresenta-se, atualmente, como um dos mais preocupantes problemas decorrentes da terapia antirretroviral de combate ao vírus do HIV. A respeito disso, pesquisa realizada por Tsuda et al. (2012) alerta que, das alterações causadas por essa síndrome, as que provocam alterações na imagem corporal causam muito impacto negativo nas atividades diárias dessas pessoas. Nesse estudo, no qual participaram 139 pessoas que viviam com HIV/aids e em tratamento com terapia antirretroviral havia no mínimo 18 meses, 66 delas apresentaram algum tipo de alteração corporal decorrente da lipodistrofia.

A lipodistrofia tem contribuído para que a aids tenha novamente características semelhantes àsquelas dos primórdios da epidemia, o que tem possibilitado a associação corpo/doença como mecanismo de revelação do diagnóstico das pessoas que vivem com

HIV/aids no meio social. Tal possibilidade, conseqüentemente, favorece a manifestação de reações e atitudes preconceituosas e estigmatizantes (ARAÚJO et al., 2011).

Essas alterações corporais tem impacto no bem-estar psicossocial, afetando a qualidade de vida e ocasionando perturbações nas relações sociais, entre elas, ansiedade e infelicidade, problemas nas relações sexuais, redução da autoestima e depressão (FERNANDES et al., 2007; SEIDL; MACHADO, 2008). Pesquisa realizada no Canadá, com mulheres que viviam com HIV/aids, ressaltou que sentimentos de impotência, desespero e raiva são comuns na vivência da lipodistrofia (GAGNON; HOLMES, 2011). As estratégias de enfrentamento relatadas com maior frequência estão associadas à prática de atividade física, uso de roupas que escondam as mudanças corporais, realização de procedimentos estéticos e adoção de novos hábitos alimentares (SEIDL; MACHADO, 2008).

No estudo em tela não se observou de maneira explícita essas situações, no entanto ficou evidente nos relatos a preocupação com o peso e a altura, o que provavelmente já pode indicar alguma manifestação do tratamento. Desse modo, entende-se serem necessários estudos que contribuam com o necessário conhecimento e compreensão dessas novas questões que podem interferir no viver dos adolescentes com HIV/aids.

4.2.2 *Me senti esquisita, diferente dos outros*: sentimentos e vivências relacionados ao diagnóstico de HIV/aids

Alguns adolescentes referiram que ficaram sabendo do diagnóstico antes mesmo de seus cuidadores revelarem, pois começaram a ficar curiosos e a desconfiar de que havia algo diferente quando iniciaram o tratamento. Além disso, antes da revelação ouviram falar sobre a doença na escola, por meio de palestras realizadas por profissionais da saúde. Desse modo, alguns cresceram sabendo de sua condição, mesmo que ninguém lhes tenha revelado o diagnóstico. Referiram que o vírus foi transmitido na gravidez pela mãe, que já tinha a doença e que não conhecia o seu diagnóstico, ou no momento da amamentação. Alguns adolescentes lembraram que a descoberta de seu diagnóstico aconteceu quando alguém da família contou. Para outros a revelação aconteceu associada às primeiras experiências relacionadas à sexualidade. O momento da revelação foi marcado como uma vivência conflituosa, em que a reação inicial foi de choro acompanhado de sentimentos de tristeza, não aceitação e surpresa. No início não aceitavam ter a doença, pois se percebiam diferentes dos outros, de seus pares e de seus irmãos. Relataram, também, preocupação com o estigma quando souberam do diagnóstico. Os próximos depoimentos esclarecem tais vivências:

Foi meu pai que me contou, tinha 11 anos. Tinha que saber o porquê estava tomando aquilo [medicação]. O primeiro momento foi horrível, porque sei que as pessoas têm preconceito, mas, como não mostra nada no corpo, não tem problema. Só se não se cuidar, se não se alimentar. Mas eu já sabia antes de me contarem, eles [profissionais da saúde] fazem palestras no colégio, falam muita coisa sobre isso. Meu irmão fez um tratamento desde pequeno, aí não pegou. Eu mamei até quando era grandinha. (A12)

A minha mãe tinha aids, ela não sabia e eu mamei. Fiquei sabendo quando tinha 11 anos, minha vó que me contou. Me senti muito triste, me senti mal, senti que não era igual aos outros, me sentia diferente. (A2)

Fiquei sabendo com 15 anos, quando comecei a namorar minha mãe me contou. Os meus irmãos não têm. Quando ela me contou comecei a chorar. A mãe me disse assim: “Tu é doente.”. Perguntei que doença era, ela falou que era HIV e que quando eu começasse a namorar não iria poder transar sem usar camisinha, senão iria passar para o outro. Me senti esquisita, diferente dos outros, não queria ser doente. (A11)

Eu tinha uns dez anos quando a minha vó me contou. Fiquei surpreso e assustado. Não fazia ideia que tinha isso. No início não sabia direito o que era, no colégio ensinaram e fui aprendendo um pouco. (A10)

Fiquei sabendo que eu tenho aids quando tinha 12 anos. Não acreditei quando a minha mãe me contou. Foi horrível. Perguntei por que tomava injeção e ela falou que é porque tenho essa doença. (A9)

É importante considerar que a revelação da infecção pelo HIV torna-se o marco inicial para a construção de uma nova história do adolescente. Contudo, esse momento, embora necessário na vida dos adolescentes e em seus cuidados, traz à tona diversas reações e sentimentos, muitas vezes negativos, visto tratar-se de uma doença que afeta sobremaneira aspectos sociais e emocionais em virtude do estigma ainda vigente na sociedade. Conforme Ayres et al. (2004), esses sentimentos estigmatizantes mobilizam forças contraditórias, pois de um lado é preciso tentar se reorganizar e levar a vida, reagrupando forças para cuidar de si e dos seus, de outro surge uma vontade de desistir, permeada por uma forte sensação de desesperança.

A descoberta da soropositividade geralmente é relatada como um momento crítico, quando emergem medos, situações de rejeição e negligência. Seus impactos no modo de vida das pessoas talvez sejam oriundos do reconhecimento, por si mesmo e pelos outros, de que a condição de portador poderá ser alvo de preconceito e discriminação. Os portadores percebem, de forma antecipada e internalizada, situações em que podem ser estigmatizados. Isso leva a mudanças drásticas na vida das pessoas, podendo afetar sua participação afetiva e social em suas famílias e comunidades (AYRES et al., 2004).

À medida que os adolescentes têm o diagnóstico revelado sentem-se diferentes em meio aos seus pares e é esperado normalmente algum tipo de sofrimento, considerando que possuem necessidades características dessa fase do desenvolvimento, como o querer parecer e comportar-se como os pares. É considerável que esse sentimento de diferenciação em relação aos pares possa surgir como resultado das fragilidades familiares, como de ter os pais falecidos; de precisarem tomar os remédios cotidianamente; de seguirem uma rotina de exames e consultas; de terem que lidar com a manutenção do silenciamento do seu diagnóstico, para não serem estigmatizados, entre outras questões. Semelhanças foram encontradas nos estudos de Paula (2008) e Brum (2013), nos quais os adolescentes relataram sentirem-se diferentes das outras pessoas, envergonhados e tristes.

Ainda na infância começaram a refletir sobre a necessidade de manter um acompanhamento de saúde diferente da maioria das crianças; isso os levou, na adolescência, a diversos questionamentos que suscitaram a revelação do diagnóstico. As famílias tendem a postergar o momento da revelação do diagnóstico, até mesmo porque isso pode implicar na revelação da própria infecção ou de outros aspectos delicados e estigmatizados da vida da família. Sendo assim, as crianças ficam sabendo o que têm antes mesmo de a família revelar. Isso acontece em meio às situações de solidão e à falta de comunicação clara, reproduzindo o silêncio. No que se refere à compreensão sobre a transmissão do HIV, geralmente é na escola que as crianças e os adolescentes têm informações básicas sobre a aids. Essa manutenção do silêncio pode prejudicar a vivência plena do processo de adolecer, permeando-o de dúvidas, inquietações e sofrimento.

Além disso, de acordo com Guerra e Seidl (2009) o silêncio prolongado e a pobreza na comunicação também podem resultar em dificuldades de adesão à terapia, em distúrbios de comportamento, em dúvidas a respeito da vivência da sexualidade e em maiores níveis de estresse psicológico, tanto dos adolescentes quanto dos seus cuidadores. As famílias e os profissionais não estão preparados para revelar tal condição tanto na infância quanto na adolescência (PAULA, 2008). Nessa direção, Brondani e Pedro (2013) vislumbram horizontes para este cuidado, sugerindo que seja utilizada a contação de histórias como recurso para que crianças que vivem com HIV compreendam seu processo de saúde e doença. Os benefícios deste recurso estão relacionados ao exercício de ações de educação em saúde, à compreensão do estado de saúde, à participação no processo terapêutico e ao estímulo à convivência com outras crianças que se encontram em situação semelhante.

Ayres et al. (2004) sinalizam que, para os adolescentes, o conhecimento de suas histórias de vida e a revelação de seu diagnóstico possibilitam que se coloquem frente a uma

nova realidade, fazendo escolhas e tomando decisões dentro de alternativas reais, com autonomia. Já, do ponto de vista dos pais e cuidadores, a revelação do diagnóstico é reconhecida como necessária, irremediável e um desafio a ser enfrentado, considerando que a manutenção do segredo é desconfortável e angustiante.

No entanto, há muitos adolescentes que não têm informações completas sobre sua história de vida, ainda que a recomendação predominante na literatura seja o estabelecimento de um diálogo contínuo entre equipe de saúde, adolescente e família, de modo a aproximá-los progressivamente do momento da revelação. Um dos motivos que leva à necessidade de revelação são os esquemas terapêuticos complexos, que requerem explicações detalhadas e uma adequada compreensão e adesão dos pacientes (MARQUES et al., 2006). O processo de revelação também pode ser desencadeado pelo universo de preocupações e desafios frente à sexualidade com aids (AYRES et al., 2004).

Outro aspecto que merece ser destacado nas falas dos adolescentes é um eixo estruturante reiteradamente encontrado nas entrevistas: a preocupação com a normalidade, o ser normal. Há evidente empenho em descrever como “foi normal”, “agora eu sei, normal”, “não mudou nada na minha vida”, “não senti nada”, dentre outros depoimentos esclarecedores dessa percepção, apresentados a seguir:

Fiquei sabendo quando tinha oito anos. Foi normal, porque nem entendi direito. Depois não gostei de começar tomar remédio. (A8)

Foi com 15 anos. Todos os dias minha mãe me mandava tomar o remédio e eu dizia que tinha nojo de ter que tomar essa porcaria de remédio todos os dias. Ela me disse que eu precisava tomar para a minha saúde e contou toda a história da minha mãe biológica. Daí eu disse: agora eu sei, normal. (A3)

Fiquei sabendo quando perguntei para minha mãe por que usava remédio e ela disse que eu tinha HIV. Nem sabia o que era isso, achei normal, tinha uns 11 anos. (A7)

Não me contaram, descobri sozinho por causa dos remédios que tomava. Quando comecei a ficar doente, meu irmão me falou: “Isso é por causa do remédio que tu não toma.”. Não mudou nada na minha vida. (A14)

Fiquei sabendo com 14 anos. Perguntei para a vó por que eu tomava esses remédios. Ela me contou o que era e nem dei bolas para ela. Depois pensei que eu ia morrer, só chorava. (A1)

Foram as tias do CACAU [Centro de Atenção à Criança e ao Adolescente de Uruguaiiana] que me contaram, a psicóloga e a enfermeira. Não senti nada, quando elas falaram eu fiquei quieta. (A4)

Os depoimentos expressam que os adolescentes vivenciaram uma ambivalência, na medida em que disseram que a revelação foi normal, mas que precisavam tomar remédios, dos quais não gostavam; que já haviam adoecido quando não usavam as medicações; que pensavam que iriam morrer; que choraram e que silenciaram diante da revelação. Aqui pode ser verificado que existe uma dualidade importante, pois revelaram a compreensão da situação por um lado e uma não aceitação por outro, o que demonstra que, para assemelhar-se aos demais, não refletiam acerca das suas singularidades.

Para Marques et al. (2006), essa normalidade é obstaculizada, no entanto, pela necessidade de se cuidar e cuidar do outro e porque foram obrigados a encarar, mais cedo do que a maioria dos adolescentes, o fato de serem mortais e correrem risco de morte. Ainda pontuam que a relevância desses limites entre ser normal ou não sentir-se assim faz do momento da revelação um ponto crítico nas suas biografias e torna bastante importante o modo como se dá essa revelação.

No estudo realizado por Brum (2013), os adolescentes também revelaram que levavam uma vida normal, mas que apresentavam restrições em virtude do tratamento, se sentindo diferentes em meio aos iguais. Ao quererem ser iguais aos outros de sua faixa etária, os adolescentes anunciaram como queriam ser vistos pelos seus pares e demais pessoas de seu contexto: como normais. Ao compartilharem as relações com seus pares e familiares, revelaram que queriam ser como todos são e esperavam que eles fossem.

Foi, também, um achado expressivo no presente estudo a importância de que as informações transmitidas ao adolescente na revelação do diagnóstico sejam claras e precisas e que se use uma linguagem apropriada, considerando que vários sinalizaram não entenderem do que se tratava a condição de viver com HIV/aids, o que é presumidamente de fácil compreensão. Se para o adulto, em uma situação complexa de doença, e para a sua família é difícil entender e assimilar um diagnóstico, para uma criança ou um adolescente essa informação vem acompanhada de dúvidas, medos e negação. Concorda-se com Ayres et al. (2004), quando referem que, para uma revelação diagnóstica ser efetiva e adequada, é necessário que se estabeleça um processo contínuo de discussão envolvendo cuidadores e equipe multiprofissional a respeito dos critérios que cada família adotará para eleger qual o melhor momento e maneira de efetuar a revelação.

A respeito disso, não existe uma idade predeterminada para a revelação, mas discute-se a importância de seu desenvolvimento na infância (DOMEK, 2010). Nesse sentido, Brondani e Pedro (2013) expressam que é possível conversar com a criança que vive com HIV sobre sua situação, contribuindo para a compreensão do processo saúde/doença, sem

revelar o diagnóstico, sem mentir, e ainda assim protegê-la, utilizando-se de histórias infantis como ferramentas.

Cabe destacar que um dos adolescentes entrevistado acreditava que sua mãe havia se recusado a fazer os exames ou a seguir o tratamento, como uma forma de negligência. O trecho a seguir ilustra essa descrição:

Meus pais faleceram. Sempre morei com a minha vó. A minha mãe nunca foi presente na minha vida. Não sinto falta dela. Ela não me dava atenção. É meio estranho, porque as minhas irmãs nasceram da minha mãe, também, e elas não têm HIV, por isso eu acho que a minha mãe não se importou muito comigo. Tenho raiva dela, muita raiva mesmo. Ela era uma mulher adulta, deveria saber e não se cuidou. Mesmo que ela não soubesse, não vai mudar nada o que eu sinto por ela. Não me sinto bem sabendo que parece até que ela não deu bolas para mim. Me sinto diferente das minhas irmãs e dos meus amigos por ter HIV. Não perdoei ela. Seria diferente sem essa doença. (A10)

A vida desses adolescentes se inicia marcada pela herança da aids, o que representa dizer pelas perdas e pela orfandade. Por tudo isso, o adolescente se sente desamparado pela ausência da mãe e do pai no seu cotidiano. O adolescente demonstrou revolta porque entendeu que não teve escolha quanto ao seu nascimento com HIV nem tampouco quanto a viver sem essa doença, que trouxe estigmas e rotinas diferenciadas de seus irmãos. Quando ele diz “ela não deu bolas para mim”, emerge a sensação de rechaço, de insignificância que perpassa o seu ser. A partir desse dramático achado, como os profissionais da saúde e, também, os da educação trabalham com esse sentimento? Que arcabouços tais profissionais dispõem para compreender e assistir um adolescente que não perdoa, mesmo que inconscientemente tenha falado isso? Previamente a tais questionamentos, a preocupação inicial é se há acolhimento nos serviços de saúde para os adolescentes verbalizarem tais sentimentos, que são causadores de angústias e sofrimentos para o seu viver.

Também se observa que o adolescente se preocupa em justificar os motivos pelos quais não deva ocorrer o preconceito. O fato de a infecção ser por categoria de exposição da transmissão vertical, o impulsionava a pensar que a infecção não havia ocorrido devido a um ato ou situação de vida em que ele tivera algum envolvimento, mas que ele nasceu com isto, portanto, livre de ser julgado.

Nos depoimentos os adolescentes revelaram que, desde o momento do conhecimento da sua situação sorológica, foi estabelecido um acordo de silêncio entre eles e seus familiares, na tentativa de protegerem-se de estigmatizações e eventuais discriminações. Os adolescentes achavam que, se contassem para os seus amigos, estariam comprometendo sua rede de

relações, o que se evidencia em “tenho medo que ele seja preconceituoso, que não queira se misturar comigo”. Além disso, ratificaram que a confiança é condição fundamental para que possam revelar o diagnóstico a seus pares. As falas que se seguem retratam essas questões:

Eu não conto para os meus amigos, porque amigo não é nada da gente. Só quem precisa saber é a família e a namorada. Só conto para pessoas de confiança. Se tu conta para um que finge ser teu amigo, ele conta para outro. Tem gente falsa que pode colocar na Internet. (A5)

Nenhuma amiga sabe, só a minha família. As pessoas não precisam saber porque têm preconceito. Existe bastante preconceito da sociedade. A gente tem que contar para quem confia mesmo. Eu confio nela [amiga], mas não para isso, porque não tem necessidade dela saber. A gente não sabe se a amizade de agora vai levar para o resto da vida ou não. Posso contar uma coisa íntima de mim e ela pode contar para alguém. (A12)

Só a minha família sabe. Meu melhor amigo não sabe, porque tenho medo que ele seja preconceituoso, que não queira se misturar comigo. Só contaria se ele não tivesse esse preconceito, até para ele não sair contando para todo mundo. (A7)

Ninguém sabe, só a minha família e o meu namorado. Não quero que ninguém saiba, porque senão vão começar a me chamar de doente. (A11)

Eu não conto para ninguém, mas sei que alguns amigos meus sabem, não fui eu que contei. Tem que ter muita confiança para contar. No colégio ninguém sabe. Não conto porque tenho medo que fiquem falando de mim. (A10)

Só a minha família sabe. Acho que não devo contar isso para ninguém, porque eles podem contar para todo mundo e me botarem apelidos. (A4)

O conhecimento do diagnóstico determina um novo questionamento: a quem contar? A revelação de sua condição constituiu importante fonte de dificuldades para os adolescentes, que conviviam com um questionamento acerca do que fazer com esse segredo. Ao revelar aos seus pares, livravam-se do peso do silenciamento, mas conviviam com os riscos de possíveis rejeições. Ao suportá-lo, não se expunham a julgamentos, no entanto conviviam com incertezas, angústias e isolamentos. Os adolescentes tinham medo que descobrissem sua condição sorológica, pois isso poderia desencadear um conjunto de situações em sua vida, como o preconceito e a discriminação. Para não incorrerem nesses riscos poucos sabiam de seu diagnóstico, apenas algumas pessoas de sua família e, às vezes, o namorado.

Na pesquisa de Marques et al. (2006), também, foi observada uma certa restrição do círculo de pessoas que sabiam do diagnóstico dos adolescentes, sendo que este era revelado apenas para alguns membros do núcleo familiar, aqueles que eram mais próximos do adolescente, e ocultado dos amigos e/ou vizinhos. Já Ribeiro et al. (2013) revelaram que o

adolescente teme que a qualquer momento, nas suas relações interpessoais, seja descoberta a sua doença, pois é amedrontado pelo preconceito. Sendo assim, a doença se fecha na rede primária, pois, se for descoberta por seus pares, estes podem mudar o comportamento, rejeitando-o e apontando-o publicamente, além de disseminarem a informação a outras pessoas, o que pode fazer com que se sinta sozinho diante do fato. Portanto, sua rede de apoio é restrita à família, o que o afasta cada vez mais de poder se abrir para o mundo de possibilidades na relação com o outro. Desse modo, percebe-se que nesses estudos as implicações da revelação são relatadas, em geral, como experiências bastante delicadas e difíceis. Há que se considerar que o medo do preconceito é um limitador importante.

Motta et al. (2013) sinalizam que a escola configura-se como uma instituição social muito presente e importante na formação das relações sociais dos adolescentes, portanto, silenciar o diagnóstico nesse lugar é bastante comum. Participar de espaços sociais com outros adolescentes não os coloca à vontade para compartilharem seu diagnóstico, o que pode ser ratificado quando um dos participantes afirma “no colégio ninguém sabe”.

Por vezes, os adolescentes compartilham sua situação com alguém que julgam especial em suas vidas. Houve relatos de experiências positivas na revelação para os pares, as quais foram permeadas de confiança e apoio. As falas sinalizam estes achados:

Eu confio muito nela [amiga], ela sabe tudo sobre mim, sabe da minha vida. Quando estou quieta, ela fala coisas para eu dar risada. Ela vai lá em casa para conversar comigo e pergunta por que não estou indo no colégio. Ela me apoia, fala que não tenho que dar bola para os outros. (A3)

Todas as minhas amigas que eu confio sabem e me apoiam. (A1)

Conforme tais relatos, os adolescentes sentem que precisam confiar muito na amizade, na reciprocidade de sentimentos e na capacidade do outro de acolhê-los para se sentirem confortáveis para revelar sua condição. Dialogar com os pares, além de ser uma característica própria dessa fase, possibilita construir vínculos e sentirem-se fortalecidos para enfrentar os desafios impostos pela doença. No entanto, aqueles que escolhem permanecerem em silêncio, ocultando seu segredo e suas angústias, acabam afastando-se dos seus pares e vivenciando intenso isolamento e sofrimento, deixando de viver todas as possibilidades que a adolescência oferece. Além disso, conviver com esse segredo pode ser muito pesado para os adolescentes, além de desestimular seus projetos de vida.

Pode haver espaço de acolhimento a tais adolescentes na escola, com amigos e na vizinhança, com namorados e parceiros sexuais, independentemente do perfil dos

adolescentes ou da sua história de vida, sendo que é possível construir de forma compartilhada um processo em que eles mesmos e as pessoas envolvidas na situação estejam maduros para enfrentar o medo da rejeição e a estigmatização (AYRES et al., 2004).

Os adolescentes relataram situações de estigma e de discriminação vivenciadas nas relações com amigos, colegas, professores e nas interações amorosas. Essa realidade é retratada nos depoimentos que se seguem:

Tomei o remédio na frente de uma amiga e ela saiu falando para todo mundo. [...] Na escola os colegas ficam perguntando por que minha mão está assim. Uma colega me falou: “Parece que tu está aleijada.”. É preconceito dos colegas. [...] Quando a professora de ciências estava falando sobre HIV, um colega me olhou e disse: “HIV, quando a pessoa tem, morre.”, aí comecei a chorar. Eles não estão livres de acontecer isso e ficam julgando os outros. Meus pais foram falar com o diretor. (A3)

Eu namorava escondido, porque os pais dela [namorada] não aceitavam. Não fiquei nada bem nessa época. Só aceitaram quando um dia ela fugiu comigo. O pai dela é brabo, qualquer coisinha quer me matar. Os pais dela são muito preconceituosos. Esses dias ela estava com afta e o pai dela falou: “Te prepara para fazer o tratamento, tu já tem aids.”. [...] A minha madrasta, às vezes, me diz: “Tomara que tu morra!”. (A14)

Lembro de uma situação quando estava na sétima série, a minha colega disse para o outro colega que não era para sentar onde eu estava sentada, senão ele iria pegar aids. A professora viu tudo e começou a dar risada. Na secretaria da escola não fizeram nada. [...] Eu sempre ando de galera, a gente tem a mania de andar abraçado ou pegando na mão, tem uns que dizem que não é para se abraçar em mim porque tenho aids. (A1)

Ressalta-se a escola como um espaço importante no aprendizado e nas relações desses adolescentes, sendo também o principal cenário de vivências discriminatórias. Os relatos de estigma indicam restrições no ambiente escolar que se tornam obstáculos para o exercício do direito à educação, bem como para a sociabilidade desses adolescentes.

Nesse alinhamento de pensamentos, as situações relacionadas à discriminação vivenciadas por esses adolescentes se configuram não apenas como uma situação de desrespeito, mas também como uma violação dos seus direitos à liberdade, ao respeito e à dignidade, previstos no Capítulo II, artigo XVI, do ECA (BRASIL, 2008). No inciso V, desse artigo, está assegurado o direito do adolescente de participar da vida familiar e comunitária, sem qualquer forma de discriminação, o que não foi possível evidenciar nos diversos espaços sociais em que transitavam os adolescentes participantes deste estudo.

O estigma pode ser dividido em dois aspectos inter-relacionados, quais sejam o estigma sentido e o estigma vivido. O estigma sentido se caracteriza por sentimentos de

vergonha relacionados à condição de estigmatizado e pelo medo de ser discriminado. Já o estigma vivido consiste em evidências práticas de ações ou atitudes discriminatórias. Ambos os processos causam impacto na vida dos portadores, violando seus direitos e interferindo severamente no modo como as pessoas organizam seu cotidiano e nas possibilidades de terem uma boa qualidade de vida (AYRES et al., 2004).

Muitas vezes, as pessoas que convivem com o adolescente que vive com HIV/aids, ou até mesmo o próprio adolescente, tendem a restringir suas aspirações e necessidades, se comparadas com aquelas de seus pares, especialmente no que se refere às questões relacionadas à sexualidade (AYRES et al., 2004). Isso se clarifica em um dos depoimentos apresentados acima, no qual o adolescente anunciou ter sofrido com o preconceito e discriminação emanados da família da namorada.

Estudo realizado por Zucchi et al. (2010) evidenciou que o estigma e a discriminação relacionados ao HIV/aids podem aprofundar uma desigualdade social já instalada no âmbito da educação, constituindo obstáculos ao direito à educação, ao lazer, à privacidade, ao sigilo e confidencialidade e à vida afetiva dos jovens. A vida afetiva dos adolescentes, participantes do referido estudo, sofreu interferência direta da escola, caracterizada por situações envolvendo restrição do namoro ou entendimentos de que as experiências relacionadas à sexualidade desses adolescentes eram problemáticas.

Considerando a estigmatização como um processo socialmente construído de desvalorização do indivíduo, a escola é um espaço potencial para a sua perpetuação. A desinformação é, sem dúvida, um importante ingrediente do preconceito, mas este precisa ser considerado em toda a sua complexidade, examinando-se as relações políticas de poder e dominação imbricadas (ZUCCHI et al., 2010). Nesse sentido, Freire (2007) lembra que não há prática pedagógico-progressista possível somente com ciência e técnica; há virtudes indispensáveis ao educador, como a aceitação e o respeito às diferenças, abertura à justiça e recusa aos fatalismos.

Sob esse olhar, Bubadué et al. (2013) sugerem que a inserção de atividades de educação em saúde na escola pode ser ferramenta transformadora para promover o diálogo e a reflexão crítica sobre o estigma envolvendo a doença, a fim de inserir os indivíduos integralmente na comunidade em que vivem, minimizando a discriminação e o preconceito. No entanto, Zucchi et al. (2010) alertam que, se a escola optar por abordar a temática da aids somente no que diz respeito a evitar a infecção pelo HIV, como uma questão meramente biológica, ficam excluídas as dimensões vividas por aqueles já infectados, como, por

exemplo, o estigma da aids. Em outras palavras, são esquecidos e desaparecem do cenário escolar os que vivem com o HIV/aids.

Os depoimentos apresentados servem para revelar as dificuldades de adolescentes e de seus cuidadores e as estratégias que utilizam para enfrentá-las. Mas, também, podem ser utilizados para alertar áreas que necessitam de intervenção contra o estigma para aqueles interessados em propiciar cuidado efetivo a essas pessoas.

Viver com uma condição crônica não é fácil em qualquer fase da vida, ainda mais quando essa enfermidade é a aids, incurável até o momento, e que carrega consigo um cotidiano terapêutico desafiador e o simbolismo da morte. Esse fato pode se agravar na adolescência, fase em que ocorre a busca de identidade e autonomia. No que se refere a adesão à terapia, os adolescentes começaram um exercício de autonomia para cuidar da saúde, passando a assumir gradativamente o seu tratamento, atentando para as doses e horários prescritos sem a necessidade, na maioria das vezes, da cobrança ou lembrança de seus familiares ou cuidadores. Revelaram entender os motivos de manter o tratamento, que está relacionado à manutenção da vida, visto que os medicamentos auxiliam o organismo a controlar a doença e evitar outros problemas de saúde e, inclusive, a morte. Então, entendiam que tinham de ingerir os medicamentos, mesmo apresentando efeitos colaterais. Mas, ratificaram que, se não precisassem, não o fariam. Contaram como tomavam os remédios e quais estratégias utilizavam para lembrarem os horários. Referiram que, por tomar os remédios há tanto tempo, alguns até já se haviam acostumado, embora se sentissem presos a isso. Os depoimentos abaixo ilustram tais questões:

Agora é normal, já acostumei com os comprimidos. Eu uso sete horas da manhã e, depois, sete horas da noite. Tomo com bastante água, aí engulo direto, não mastigo. Lembro todos os dias. (A12)

Para mim é normal, não me sinto ruim, porque já estou acostumado. Tomo todos os dias. De manhã acordo e tomo o remédio. De noite, quando termina o jornal, já sei que tenho que tomar. Às vezes, a minha mãe nem sabe quantos comprimidos, sou eu que cuido. (A7)

Já me acostumei. Consigo tomar, só que às vezes eu me esqueço, passa um horário, mas logo que eu lembro, eu tomo. Tomo todos os dias, duas vezes por dia, de manhã e de noite. Se eu pudesse, eu não tomava, acho o gosto ruim e me dá enjoo. (A15)

Me sinto preso à medicação. Mas, já me acostumei. Tomo três vezes ao dia. Quando saio com os amigos geralmente levo junto. Me lembro de tomar, mas, às vezes, quando me esqueço a vó lembra. Sei que eu tenho que tomar meus remédios para controlar o HIV. (A10)

Eu sinto aquele gosto ruim do remédio. Quem tem aids e não toma remédio fica doente, fica no hospital. Ainda bem que tomo os meus remédios todos os dias. Minha mãe não tomava e por isso que ela faleceu. (A4)

Pode-se observar o engajamento dos adolescentes no seu tratamento, demonstrando compromisso diante da terapia antirretroviral. Quanto a entender os motivos de manter o tratamento, sabiam dos benefícios da medicação para o controle da doença e para a melhora da qualidade de vida. Apesar dos efeitos adversos oriundos das medicações antirretrovirais, eles tinham consciência de sua necessidade e enfrentavam esses efeitos em uma dualidade cotidiana entre a rejeição e a aceitação.

Ainda em relação à percepção dos adolescentes sobre as razões pelas quais acreditavam que precisavam usar a medicação revelou-se o medo da morte, principalmente por já terem presenciado a morte de familiares que não tomavam a medicação, especialmente da mãe. A partir disso, é possível inferir que os adolescentes associam a não adesão à terapia a uma sentença de morte. Essa questão também foi observada em estudos da área da enfermagem, realizados com crianças que viviam com HIV/aids, nos quais a adesão ao tratamento foi motivada pela crença de que se não ingerissem a medicação morreriam (BOTENE; PEDRO, 2011; KUYAVA; PEDRO; BOTENE, 2012). Embora hoje a aids seja considerada uma doença com características de cronicidade, ainda é vista por muitos como uma doença limitante e responsável pela abreviação da vida. Diante da certeza de que a morte é universal e do fato de já ter atingido pessoas em condições semelhantes às aquelas em que eles se encontram, como os familiares, é possível compreender o temor presente na vida desses adolescentes (BOTENE; PEDRO 2011).

Quanto a ingerir a medicação diariamente, os adolescentes apresentaram diferentes estratégias para não esquecerem, como, por exemplo, utilizar programas de televisão e atividades diárias como marco para o horário da medicação. Essa associação do horário da medicação com uma atividade diária pode contribuir para a ingestão da medicação diariamente nos horários adequados. Além disso, os profissionais da saúde podem ser importantes instrumentos para melhorar a adesão, auxiliando o paciente a encontrar estratégias para o não esquecimento da medicação (KUYAVA; PEDRO; BOTENE, 2012).

Com relação às dificuldades para aderir à terapia antirretroviral, relataram as características físicas dos medicamentos, a palatabilidade, os efeitos adversos, as doses, as alterações nas rotinas diárias e o uso continuado. Referiram que os remédios interferiam no dia a dia, pois o horário de tomar o remédio podia ser quando estivessem com os amigos que não conheciam seu diagnóstico. Se isso acontecesse, acabavam não utilizando a medicação

naquele horário, para não arriscarem a revelação de seu diagnóstico. Disseram, também, que precisavam da ajuda de alguém para lembrar de tomar a medicação, como de um familiar ou até mesmo da namorada. Além disso, a ausência de sintomas da doença e o desconhecimento dos efeitos dos antirretrovirais levaram um dos adolescentes a acreditar que estaria curado. As falas a seguir elucidam essa descrição:

Me dá ânsia de vômito, porque tem um gosto ruim, tranca na garganta e, às vezes, me dá diarreia. Antes eu tomava três, agora eu tomo dois. Agora eu tomo só o da cápsula amarela e o redondinho. O amarelo é muito forte, não consigo nem sentir o cheiro. Eu esqueço quase todos os dias, porque às vezes de manhã eu não tomo. A minha mãe tem que me lembrar. (A13)

Não gosto, às vezes não tomo. Parece que fica aqui na garganta. Enjoa ficar sempre tomando, às vezes a gente está fazendo alguma coisa e tem que sair para tomar. Fica estranho quando a gente está posando na casa de algum amigo e tem que levar, daí já fica sabendo o que a gente tem. Eu levo, mas não tomo, deixo escondido na mochila. Se um dia me perguntarem por que eu estou tomando, digo que é para crescer, porque sou baixinho. Quase nunca tomo e não acontece nada, acho que não tenho mais o vírus. (A8)

É chato tomar medicação, por causa do cheiro. Às vezes, eu me esqueço. É só a minha namorada que lembra. (A14)

Às vezes não tomo, é ruim. Dá uma coisa ruim, antes queimava a garganta, agora se tomo não me dá fome e me dá ânsia de vômito e tontura. (A1)

Eu não gosto muito. Um que eu tomo, branco pequenininho, às vezes me atola na garganta e não desce. Às vezes não lembro, durmo e no outro dia de manhã eu tenho que tomar. Não falei para ninguém que tomo. (A6)

Às vezes, não tomo porque me dá ânsia de vômito. Não gosto de tomar. Quando saio com as gurias e poso na casa delas não tomo. (A9)

É indiscutível que a terapia antirretroviral trouxe significativos avanços rumo ao aumento da expectativa de vida dos portadores de aids, porém, acarretou os efeitos adversos associados à sua ingestão. Há que se considerar que o prolongado tempo de uso e as implicações para o viver cotidiano dos adolescentes alteram suas rotinas, suas relações e sua vida social. A adesão à terapia antirretroviral encontra vários obstáculos, pois, além da própria dificuldade de ingerir diariamente diversas pílulas ou comprimidos, há ainda a questão dos efeitos indesejáveis ocasionados pela ingestão diária e prolongada.

A literatura da área demonstra que as dificuldades de seguir o tratamento estão associadas a fatores como a quantidade; o número de doses; as reações adversas; as características físicas do medicamento, como o gosto, tamanho e cheiro; os horários prescritos, que acabam interferindo nas rotinas dos adolescentes; o uso prolongado, entre

outros e que, apesar do avanço da terapia antirretroviral, esses fatores fragilizam a continuidade do tratamento (PAULA et al., 2013; MOTTA et al., 2013).

Semelhante aos resultados encontrados no presente estudo, pesquisa realizada por Botene e Pedro (2011) identificou que os adolescentes utilizavam maneiras alternativas para identificar o medicamento, como, principalmente, a cor e o tamanho dos comprimidos. Essas alternativas para identificar a medicação, provavelmente, foram utilizadas pelo fato de os antirretrovirais apresentarem nomes bastante complexos e extensos, difíceis de pronunciar e de memorizar até mesmo pelos adultos.

Além disso, outro resultado que encontra ressonância na pesquisa realizada por essas autoras diz respeito ao conhecimento superficial dos adolescentes no que se refere à ação dos antirretrovirais no organismo, pois entenderam que estariam curados ao não apresentarem mais sintomas da doença. A partir dessa questão, é importante indagar: Como receberam as informações sobre a doença ou o vírus e sobre o tratamento e quem os orientou? O conhecimento sobre o HIV/aids, para os adolescentes, geralmente se dá mediado pelos meios de comunicação de massa, pela interação com as outras pessoas e pelo ambiente escolar. No entanto, essas formas de apreensão de conhecimento, por vezes, não são suficientes para preencher as lacunas de conhecimento seja das pessoas que vivem com HIV/aids ou mesmo da sociedade em geral, talvez pelo tipo de mensagens que emitem, ora pouco esclarecedoras, ora aterrorizadoras. Nesse sentido, ressalta-se a importância da atuação da equipe de saúde, de modo a atender as carências apresentadas pelo usuário do sistema, seja na forma de sanar suas dúvidas ou lhes proporcionar um espaço para falar sobre a doença e suas dificuldades (BOTENE; PEDRO, 2011).

Percebeu-se que os adolescentes se preocupam e temem a descoberta do diagnóstico ao utilizarem a medicação em locais públicos ou na casa de seus amigos, devido ao preconceito, sendo esta uma situação que afetou de modo importante a utilização dos antirretrovirais. O uso de medicação no espaço social pode influenciar o comportamento das crianças e adolescentes em relação ao tratamento, pois os medicamentos podem ser a prova da aids (MOTTA et al., 2012; MOTTA et al., 2013).

Acerca dessas questões que perpassam a adesão à terapia, entende-se que a equipe de saúde precisa fornecer informações claras e práticas, para que adolescente e cuidador compreendam sua importância. No entanto, é necessário que o profissional de saúde esteja embasado teoricamente no processo de adoecimento e tratamento em HIV/aids para tal instrumentalização.

4.2.3 *Meu pai e minha mãe morreram: fragilidades dos vínculos familiares*

Neste estudo as relações familiares caracterizaram um importante elemento de vulnerabilidade na vida dos adolescentes, pois foram afetados pela perda de seus pais e consequente orfandade; pela falta de amor, proteção e afeto; pelo abandono dos estudos; pelas dificuldades econômicas; pela violência intrafamiliar; pela desestruturação familiar; entre outros. Na ausência dos pais, muitas vezes, precisaram enfrentar responsabilidades para as quais talvez não estivessem preparados, tornando-os mais vulneráveis ainda.

A isso Ayres, Paiva e França Júnior (2012) nominam de vulnerabilidade social, pois compreende os aspectos contextuais que conformam as vulnerabilidades individuais. Na dimensão social da vulnerabilidade, há vários aspectos que precisam ser considerados, como as liberdades, as relações de gênero, as relações entre gerações, os processos de estigmatização e discriminação, a exclusão social, o acesso a emprego, saúde, educação, justiça, cultura, lazer, entre outros.

Em sua maioria os adolescentes do estudo eram órfãos, e, quando a mãe faleceu, quem assumiu o seu cuidado foi geralmente a avó e, por vezes, a tia. Desse modo, os avós ocupavam uma posição importante na vida desses adolescentes. Alguns relataram terem sido adotados, reconhecendo como mãe aquela pessoa que assumiu o seu cuidado no lugar da mãe biológica. Possuíam famílias expandidas, constituídas de avós e tios. Relataram que tinham irmãos com os quais não conviviam ou pouco conviviam. Vivenciavam relações familiares permeadas de dificuldades econômicas oriundas do desemprego de seus cuidadores. As descrições que sinalizam a vulnerabilidade familiar podem ser observadas a seguir:

Moro com a minha vó, que é quem me cuida e me cria. Meus pais morreram. Ela [mãe] teve outro namorado e nasceram meus dois irmãos, mas eu não convivo com eles. (A5)

Moro com a minha mãe adotiva, que é a minha tia. Meu pai e minha mãe morreram. Minha irmã de sangue, às vezes, vem me buscar para ir na casa dela. (A13)

Meus pais faleceram. Eu morava com a minha mãe, meus pais estavam separados. Agora moro com a vó e com o vô. (A8)

Sou adotado desde os nove meses. A minha mãe adotiva me disse que a outra [mãe biológica] não tinha condições para me sustentar. Meu pai biológico nunca conheci. Acho que nem minha mãe que me deu a vida sabe quem é meu pai, ela era prostituta. Meu pai adotivo já faleceu. (A7)

A minha mãe é falecida. Depois que a mãe morreu fui morar com a minha irmã, depois morei com meu pai e agora me juntei com a minha namorada. De vez em quando eu vou na casa do meu pai. Não vou muito, porque, às vezes, tem brigas por causa da minha madrasta. (A14)

Moro com os meus avós, minha irmã e meu tio. Minha mãe faleceu. Meu pai mora em outro estado, ele está desempregado. Não sei se tenho irmãos por parte de pai. (A15)

Pode-se identificar que os adolescentes denunciaram as diversas fragilidades familiares que perpassavam o seu viver, como a morte dos pais e, por vezes, a perda de uma referência materna ou paterna; a transição por vários núcleos familiares; as relações desgastadas entre seus pais; as dificuldades financeiras; os precários vínculos de afeto entre os irmãos; entre outras, demonstrando as dificuldades familiares que os levaram a um amadurecimento precoce.

Acerca disso, o estudo de Bubadué et al. (2013) demonstrou que a orfandade foi identificada como vulnerabilidade ao adoecimento, considerando que os adolescentes relataram que a falta da figura maternal e/ou paternal para acompanhá-los ao serviço de saúde fazia com que se sentissem sozinhos. No que se refere à condição sorrológica, a falta de apoio dos pais pode ter resultados negativos na adesão ao tratamento, pois o adolescente, embora esteja na busca pela conquista da sua autonomia, precisa da ajuda para tomar os medicamentos e manter a assiduidade nas consultas. Além dessa questão, a orfandade pode comprometer vários outros direitos dos adolescentes, como educação, moradia, alimentação, não discriminação, integridade física e mental (FRANÇA JUNIOR; DORING; STELLA, 2006).

Os relatos anunciaram ainda a precariedade econômica como uma importante vulnerabilidade social nas vivências desses adolescentes, quando mostraram que a mãe não possuía condições para dar o seu sustento ou que o pai não estava trabalhando. De acordo com Gontijo e Medeiros (2009), a precariedade econômica contribui para a desestruturação da família. Além disso, ressaltam que o desemprego, realidade vivenciada por muitas famílias, é a manifestação mais visível do processo de precarização presente nas sociedades capitalistas atuais.

É interessante ressaltar que a estruturação da família está intimamente vinculada com o momento histórico que atravessa a sociedade, uma vez que os diferentes tipos de composições familiares são determinados por um conjunto significativo de variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas, religiosas e históricas. Dentre esses

novos arranjos e rearranjos encontram-se as diversas (des)estruturações familiares dos adolescentes que ficaram órfãos pela aids.

Para Resta (2012) a família, embora esteja inserida no sistema social, possui condições marcadamente suficientes para criar diferentes situações de vulnerabilidade. Nessa análise, a autora faz referência à vulnerabilidade familiar, que é compreendida como a carência de afeto, de aconchego, de apego e de pertencimento. Esclarece, também, que sentir-se seguro, protegido, amado e desejado é importante para as vivências dos jovens.

Embora a família seja responsável por prover aportes afetivos e materiais necessários para o desenvolvimento dos adolescentes, garantindo assim a sua sobrevivência e proteção integral, isso nem sempre acontece, como está destacado no próximo depoimento de uma adolescente que relatou vivenciar um período de institucionalização.

Fiquei lá no CACAU [Centro de Atenção à Criança e ao Adolescente de Uruguaiana] porque a minha mãe usava drogas. Somos 13 irmãos, mas um morreu, tem uma que não conheço. Meus pais morreram. Tenho um irmão pequeno que não mora com nós. Agora estou na casa da minha irmã, é um passeio prolongado. Tenho uma audiência para ver com quem a gente vai ficar. A minha irmã disse que a gente tem que falar que ela sustenta nós e que não briga, mas ela briga, às vezes. Não gosto muito de morar com ela, tenho que limpar a casa, fazer comida e cuidar do bebê dela. (A4)

Essa fala permite inferir que o viver dessa adolescente era permeado de muito sofrimento, decorrente de diversas perdas, dentre elas a perda da mãe, do pai, dos irmãos, do convívio familiar, do direito a uma vida longe das drogas, da liberdade e, quiçá, do processo de adolecer. Não obstante, a adolescente apresentou preocupações e utilizou uma linguagem que nada tem a ver com um processo de adolecer saudável e positivo, especialmente quando referiu a “tenho uma audiência”. Além disso, acabava se privando de vivências características da adolescência, pois precisava assumir funções em casa que não lhes cabiam nessa etapa da vida. Ainda, era instigada pela irmã a omitir algumas situações, para a justiça, para que não retornasse ao abrigo. Nessa situação apresentada, aparecem falhas ou omissões que impediram ou interferiram na função de proteção, revelando que a desintegração do núcleo familiar devia-se não apenas à aids, mas à pobreza, ao uso de drogas pelos pais e à incapacidade dos pais ou cuidadores de responsabilizarem-se por essa adolescente. Esse somatório de perdas era, com certeza, grande fonte de angústia para a adolescente.

A esse respeito, Cavalcante e Silva (2010) consideram que o desligamento da instituição de abrigo e o retorno ao lar podem ocorrer em circunstâncias ainda pouco satisfatórias. Nem sempre as condições avaliadas como inadequadas à convivência familiar

foram efetivamente superadas em favor da segurança e do bem-estar do adolescente. Muitas vezes, a realidade social e familiar foi apenas alterada parcialmente e os conflitos seguem existindo.

Sabe-se que os abrigos, nos dias atuais, compreendem um lugar de passagem e não de reclusão e permanência, uma casa de apoio e não um lar. A institucionalização pode significar um lugar em que as crianças e adolescentes terão cuidados específicos em relação à sua saúde e ao tratamento antirretroviral, proteção contra a violência e maus-tratos, garantia do acesso a serviços de saúde e escolarização (MEDEIROS; MOTTA, 2008).

A passagem pela institucionalização é intensa e geralmente difícil para todos os envolvidos, especialmente para os adolescentes. Trata-se de uma experiência que exige um processo de adaptação e readaptação, envolvendo a vivência de um processo de luto pelas mudanças, separações e perdas vividas, luto este entendido como uma reação ao rompimento de vínculos. Cabe ressaltar que a vivência do adolescente que é institucionalizado em uma casa de abrigo normalmente envolve, além do afastamento de sua família e de sua casa, o afastamento de tudo o que lhe era conhecido, como da relação entre os pares, dos hábitos, do contato com vizinhos e comunidade, dos lugares conhecidos que frequentava, entre tantas outras coisas. Trata-se, portanto, de uma experiência de múltiplos rompimentos, que requer a elaboração de múltiplos lutos (TINOCO; FRANCO, 2011).

De acordo com Gontijo e Medeiros (2009), no contexto brasileiro, marcado pela extrema desigualdade social, as famílias têm encontrado dificuldades para cumprir tarefas básicas destinadas a elas, como a proteção de seus membros, em decorrência das situações de vulnerabilidade nas quais se encontram. Essa vulnerabilidade familiar também é revelada quando os adolescentes relataram que conviviam, nas relações familiares, com o uso de álcool e drogas ilícitas e que, em decorrência disso, vários familiares encontravam-se em situação prisional. Essa realidade alarmante pode ser evidenciada nas próximas falas:

Meu irmão é usuário de crack. Ele ficou preso um ano, não porque era usuário, mas porque se meteu na casa de uma mulher que é traficante e foi preso junto. É difícil sair disso. Ele trabalha só para sustentar o vício. Ele roubou a bicicleta do meu primo e vendeu para comprar crack. (A12)

Meus pais estavam presos porque meu pai vendia droga. Minha mãe foi presa porque estava junto. A polícia bateu lá em casa e viu que tinha droga. Eu desmaiei quando isso aconteceu, porque eu sou muito nervosa. (A3)

Meu pai estava preso, ele não trabalha, era traficante. Eu morava com a minha vó, mas agora que engravidei moro com meu namorado. (A2)

Meu pai está preso e minha mãe faleceu. Moro com a minha vó. Meu tio que mora junto é traficante e querem matar ele por dívida de droga. (A1)

Meu pai faleceu quando eu tinha sete anos. Minha mãe está grávida de cinco meses e meu padrasto está preso. Ele é traficante de drogas. (A9)

Meu pai bebe muito, mas não mora com nós. Meu tio, que mora comigo, bebe todos os dias. (A15)

Meu pai que passou aids para a minha mãe, porque ele era drogado. (A11)

Esses depoimentos mostram uma triste realidade enfrentada por esses adolescentes. O convívio cotidiano com o uso de álcool e drogas ilícitas favorece a sua exposição a essas substâncias e compromete a sua integridade física e mental. Estes adolescentes estão com seus direitos violados, considerando que, conforme o ECA, em seu artigo 19, todo adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, quando necessário, em família substituta, assegurada a convivência familiar livre de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes (BRASIL, 2008).

Sentir-se seguro é uma experiência fundamental para o desenvolvimento dos jovens, o que se percebe estar muito distante da realidade vivenciada por estes adolescentes. Cuidar de um filho é tarefa dos pais, que precisam prover condições para educação, crescimento e desenvolvimento dos filhos, considerando que a privação destes elementos fundamentais acarreta grande vulnerabilidade familiar, que repercutirá na vida dos jovens de maneira significativa. A situação de privação de direitos básicos, como de proteção e de liberdade aqui expressados, leva o indivíduo à descrença de si mesmo, tornando-o frágil e com baixa autoestima para enfrentar as diversas situações apresentadas pela vida, podendo perder a capacidade de amar e de ser amado, incorporando um sentimento desagregador (RESTA, 2012).

Há que se considerar que a aids afeta as famílias como um todo, principalmente no caso da transmissão vertical, onde muitos pais encontram-se doentes ou falecidos. A orfandade e a troca frequente de cuidadores são vivências comuns a esses adolescentes. Todos esses fatores podem gerar sofrimento, tornando-os, muitas vezes, ainda mais vulneráveis à violência. Neste estudo, a violência, apareceu como outro elemento de vulnerabilidade para esses adolescentes, especialmente, a violência intrafamiliar. Os depoimentos esclarecem que os adolescentes presenciaram cenas de violência no âmbito familiar, o que clarifica relações de casais desgastadas pela falta de respeito, carinho e compromisso. No entanto, uma das adolescentes demonstrou perpetrar a violência nas relações familiares. As falas retratam essa questão:

A minha mãe não sabia o que fazer comigo e com a minha irmã quando éramos pequenas, porque ela apanhava do meu pai. (A3)

Moro com a minha mãe, minha irmã e meu padrasto. Meu pai já faleceu. Depois que meu pai e minha mãe descobriram que tinham aids, meu pai bateu nela. [...] Tem dias que meu padrasto quer bater na minha mãe. [...] Ele chama a minha irmã de vagabunda. [...] Meu padrasto quase pegou a gente [adolescente e namorado] no esquentão e falou e que iria bater no meu namorado. Aí o meu namorado disse que ia bater nele, também. (A11)

Não me sinto bem morando na casa da minha vó porque a minha tia que mora junto se encarna em mim. Ela diz que eu sou puta. A gente se bate, eu bato nela e ela me dá, também. (A1)

Além da precariedade econômica presente no contexto familiar dos adolescentes entrevistados, notadamente a precariedade afetiva também compõe esse universo, fragilizando os vínculos e desestruturando o que deveria ser uma rede de apoio aos adolescentes para o seu desenvolvimento como seres humanos e cidadãos. A violência é perpetrada por aqueles que deveriam proteger e fornecer afeto. Essa composição familiar desestruturada que foi apresentada pelos adolescentes, geradora de hostilidade e onde ocorriam inúmeros conflitos, retrata as manifestações da violência intrafamiliar como a negligência, a privação, os notáveis conflitos verbais e as agressões físicas. As situações de violência, nas quais os adolescentes participaram, geraram sentimentos como desamparo, rejeição, medo, culpa e raiva, que podem refletir na estruturação de sua personalidade.

Existe uma diversidade de definições e representações acerca das significações de violência, que tornam difícil caracterizá-la sob uma única ótica, pois há consonâncias e diferenças no seu entendimento, dada a sua natureza como fenômeno complexo e de multideterminação. Para tanto, será utilizada aqui a definição da Organização Pan-Americana de Saúde (2002), segundo a qual a violência pode ser definida como o uso deliberado da força física ou de poder, seja em grau de ameaça ou efeito contra si mesmo, contra outra pessoa, um grupo ou a comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos do desenvolvimento ou privações.

Conforme Lopes et al. (2008), a vulnerabilidade social é produzida na conjunção da precariedade do trabalho com a fragilidade do vínculo social, sendo uma categoria capaz de descrever a situação de uma grande parcela da população brasileira. Como resultado desses processos tem-se adolescentes em situação de rua, vítimas da exploração do trabalho infantil, da violência doméstica (física, sexual e/ou psicológica), da violência urbana ou mesmo de

formas mais ocultas de violência, como a negligência, que os impedem de usufruir seu lugar de sujeito e de cidadão de direitos.

De acordo com Barros et al. (2013), dentre os fatores de vulnerabilidade à violência familiar destacam-se as condições de pobreza; a falta ou precariedade de moradia; famílias em situação de crise, como desemprego e separação do casal; famílias baseadas numa distribuição desigual de autoridade e poder; história de violência intrafamiliar; prole numerosa; ausência de uma rede de apoio em situações de dificuldade; dependência química; antecedentes criminais; entre outros. Tais autores ressaltam que adolescentes que vivem com HIV/aids por transmissão vertical, em decorrência da orfandade e da troca frequente de cuidadores, apresentam alta prevalência de violência intrafamiliar, seja ela física ou psicológica. Chamam a atenção, ainda, para o fato de que adolescentes que são vítimas de violência intrafamiliar ou que testemunham a violência entre os pais podem, quando adultos, apresentar distúrbios emocionais, cognitivos e comportamentais. Desse modo, compreende-se que esses adolescentes podem se tornar futuros perpetradores ou futuras vítimas de violência, considerando que aprendem a ser e estar no mundo de forma violenta.

As situações de violência a que os jovens estão submetidos podem acarretar seu envolvimento com as drogas e com a criminalidade, estando presentes, inclusive, na forma como vivenciam suas primeiras experiências relacionadas à sexualidade. A vivência de um conflito social e familiar que submete os jovens a cenas dolorosas e frustrantes de cuidado pode instaurar o aparecimento de traumas (RESTA, 2012).

Desse modo, diante de tais depoimentos cabe uma reflexão mais profunda acerca do papel dos profissionais da saúde frente a essas situações. Para tanto, surgem importantes questões que podem apoiar esta reflexão: Que estratégias desenvolvem os profissionais para lidarem com estes adolescentes que vivenciam situações conflituosas? Esse conhecimento de relações conflituosas, turbulentas e desafiadoras, pode desencadear nos profissionais em geral, e especificamente nos profissionais que lidam diretamente com estes adolescentes, algum tipo de reflexão que os leve a aprofundar o conhecimento sobre relações humanas e, mais ainda, a buscar evidências em outras áreas do conhecimento, para aperfeiçoarem-se? Ou ainda, conhecer essas vivências pode levar esses profissionais a excluírem-se do processo de cuidar, uma vez que percebem as situações como fora de seu alcance, e fica-se “no faz de conta que cuida”? São questões complexas para o cuidado e merecedoras de um olhar especial.

As vulnerabilidades presentes no núcleo familiar podem implicar no afastamento ou no abandono escolar, o que representa novamente uma privação dos direitos desses adolescentes, especialmente no que diz respeito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer.

Dentre os relatos, emergiram o afastamento escolar e a necessidade de parar de estudar para trabalhar, como pode ser observado a seguir:

Por enquanto não estou indo, eu não gosto. (A3)

Não estou indo na escola. Só depois que ganhar o bebê vou ver se volto a estudar. (A2)

Eu não gosto de estudar, porque chego na escola cansado de trabalhar. Trabalho como pedreiro. O serviço é muito pesado, vou sem vontade para a aula. (A14)

A professora falou para a vó que eu estava matando um monte de aulas. É porque eu ia para a casa do meu namorado. (A1)

Eu não gosto de ir no colégio, vou porque sou obrigado a ir. (A10)

Nessa fase do desenvolvimento se espera que o adolescente esteja participando da vida escolar, construindo seus sonhos e o seu processo de formação para o ingresso na vida adulta. No entanto, as desigualdades sociais, as fragilidades familiares e o medo ou a vivência do estigma e da discriminação devido à sua condição acabam tanto desestimulando e afastando o adolescente do ambiente escolar, quanto forçando um amadurecimento antecipado.

A interrupção do processo de formação, a falta de apoio dos familiares e amigos e a futura exclusão do mercado de trabalho são alguns dos dilemas que as adolescentes enfrentam quando se veem à espera de um filho, o que se revela em “não estou indo na escola”. É a continuidade dos estudos o projeto de vida mais prejudicado com a maternidade na adolescência (SOARES; LOPES, 2011). Além disso, com filhos para criar e com baixa escolaridade, as oportunidades profissionais se abreviam, impossibilitando a formalização de empregos e a inserção no mercado de trabalho remunerado com garantias sociais e apoio institucional. Restam, muitas vezes, os empregos informais e com baixa remuneração, tornando-as dependentes dos familiares ou companheiros.

De acordo com a fala da adolescente que estava vivenciando a gestação, embora tivesse renunciado à sua formação, naquele momento, ainda planejava continuar seus estudos após o nascimento do filho. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Santos (2013), no qual as mães adolescentes demonstraram interesse em continuar estudando, pois reconheciam que isso traria oportunidades para que nada faltasse ao seu filho e para que pudessem ter um futuro melhor.

Além disso, outro adolescente relatou sentir-se desestimulado para ir à escola, considerando que sua rotina de trabalho era desgastante e cansativa. Acerca dessa situação,

Resta (2012) diz que os jovens assumem responsabilidades com o trabalho ou mesmo com sustento da família precocemente, e o que motiva o abandono escolar e a inserção precoce no trabalho são as fragilidades familiares. A pesquisa realizada por Reis et al. (2013a) mostra um percentual preocupante de adolescentes que trabalhavam, oriundos de famílias em condição de pobreza. Segundo tais autores, o trabalho na adolescência está, na maioria das vezes, associado à baixa condição econômica, uma vez que representa uma das estratégias pessoais ou familiares de suprir as necessidades básicas, garantindo auxílio no pagamento de despesas e aquisição de bens de consumo.

Ademais, as exigências impostas pela família acerca da necessidade de contribuir financeiramente aliadas ao desinteresse pela escola, a qual por vezes desconsidera o universo desse adolescente, podem comprometer o seu futuro, na medida em que não lhes é proporcionada qualificação profissional. Desse modo, cria-se um círculo vicioso, no qual sem escolaridade as oportunidades são escassas e a escassez de oportunidades os impede de frequentar a escola, o que gera indivíduos com limitadas possibilidades de escolhas, pouca informação e, conseqüentemente, mais vulneráveis (SCHWONKE; FONSECA; GOMES, 2009).

Cabe aqui salientar que no ECA estão previstos, como direitos do adolescente, o acesso à escola, à saúde e à profissionalização, entre outros (BRASIL, 2008); porém, observa-se que muitos destes direitos não saíram do papel, o que potencializa as situações de vulnerabilidade e exclusão social sofridas por esses adolescentes.

4.2.4 *Saúde é bom para a gente viver a vida, para curtir as experiências da vida: significações acerca da saúde*

Para compreender a forma como os adolescentes vivenciam a aids, como condição crônica em suas vidas, considera-se importante conhecer suas concepções acerca da saúde. Os significados e a polissemia que os adolescentes atribuíam à saúde em seu cotidiano perpassou por uma perspectiva ampla e social, traduzida como qualidade de vida e bem-estar, e por concepções reducionistas, que remetem à medicalização, ao paradigma biomédico e ao discurso normalizador da saúde.

Alguns participantes apresentaram uma concepção bastante ampla sobre a saúde. Evidenciou-se, nas argumentações, a concepção de saúde relacionada a aspectos subjetivos e às relações pessoais e familiares, entendida como potencial para viver a vida. É interessante

pontuar que, quando os adolescentes foram instigados a refletir acerca da saúde, o fizeram a partir das suas experiências de vida. As falas ilustram essa concepção:

Saúde é vida. É amor pelo pai, pela mãe, pela família, pela vida da gente. Ter saúde para mim é olhar televisão, ir para a escola, brincar com meus cachorros. (A5)

Com saúde tu faz tudo, pode sair, ir para festas, pode fazer um monte de coisa legais, que não dá para fazer quando está doente ou não tem saúde. Eu estou sempre bem, é difícil eu ficar doente. (A8)

Saúde é bom para a gente viver a vida, para curtir as experiências da vida. Eu sou saudável, gosto de jogar bola toda a semana. (A7)

Saúde é poder namorar, sair e passear. (A2)

Saúde é se cuidar, é ir na escola. Gosto de ir na escola, porque quando fico em casa tenho que ajudar arrumar as coisas, não gosto de fazer isso. (A6)

O conteúdo das falas sobre a saúde revela um modo de viver a vida muito característico dos adolescentes e não retrata a aids em nenhum momento. A saúde para esses adolescentes não seria meramente não ter doença ou não adoecer, mas sim se expressa pelo quanto se pode fazer vivendo as coisas boas da vida. Esta elaboração do pensamento é interessante porque elucida, justamente, que a realidade se constrói a partir da experiência social. Desse modo, esses relatos indicam percepções subjetivas e ampliadas de saúde, desvinculadas da ideia de doença e de faltas. Essas expressões sugerem uma representação de saúde como algo positivo, pois se associam com sentido de vida e de bem-estar, tanto individual quanto coletivo (ACIOLI, 2006). Buscam o bem-estar nas atividades de lazer e nas relações com os amigos, namorados e no convívio familiar, identificando tais situações como marcadores diretos em sua condição de saúde.

Outro aspecto observado, na fala dos adolescentes, foi a relação entre a concepção de saúde e a disposição de vida, no sentido de assumir um posicionamento de estímulo frente à realização de atividades, como o lazer e o próprio gosto de se relacionar com as pessoas. Assim, a saúde representaria um elemento propulsor em todos os aspectos da vida desses sujeitos e está vinculada à concepção de movimento voltado para sensações e necessidades que valorizam o bem-estar pessoal e a possibilidade de desenvolvimento das práticas cotidianas (ACIOLI, 2006). Esse sentido, no presente estudo, foi explicitado quando os adolescentes mencionaram “brincar, jogar, namorar, passear, sair”, entre outras ações.

Similaridades podem ser observadas no estudo de Ferreira et al. (2007), no qual os adolescentes participantes da pesquisa centraram a construção das suas concepções de saúde em discursos fora do campo biológico e/ou patológico quando se reportavam a si. Isso traz à tona a questão de que a saúde do adolescente, como um campo de saberes e de práticas profissionais, precisa ser seriamente refletida a partir de outra lógica que não a do discurso biomédico.

Desse modo, sustentar as ações de saúde em aspectos unicamente biológicos ou patológicos é insuficiente para a construção de uma prática que aborde a compreensão da totalidade da vida e a influência desta nas questões de saúde. Tem-se, com isso, a necessidade de compreender a saúde como uma construção que se dá no cotidiano dos adolescentes, em que se materializam as possibilidades e as limitações do viver. É para além do biológico que as políticas de saúde precisam ser pensadas e formuladas, levando em conta, sobretudo, as experiências dos adolescentes (HORTA; SENA, 2011). Somente a partir do momento em que não se tentar normatizar a vida dos adolescentes e sim entender as suas singulares e experiências, é que será possível relacionar-se com eles e, talvez, compreendê-los.

Para tanto, cabe aqui uma reflexão aos profissionais da saúde, em especial aos enfermeiros que se propõem a cuidar desses adolescentes que têm aids: será que as ações de saúde que estão sendo desenvolvidas estão limitadas apenas à dimensão biológica? Ou está sendo lançado um olhar atento para vislumbrar o adolescente em sua singularidade? São questões importantes para reflexão e ação no cuidado a tais sujeitos.

Ao serem solicitados para relatarem sobre os conceitos de saúde, alguns adolescentes interpretaram-na como a mera ausência de doença. Observou-se o predomínio de uma visão biologicista acerca da saúde, ao considerarem apenas os fatores físicos, ou seja, apenas a visão da saúde do corpo, desconsiderando os demais determinantes envolvidos nesse processo. Nessa perspectiva, associaram o conceito de saúde com não ter doença, com não precisar ir ao serviço de saúde e com não permanecer acamado. As frases abaixo exemplificam essa argumentação:

É uma pessoa sem doença. Eu acho que eu sou saudável. (A3)

É ser saudável, é não ter nenhuma doença. (A13)

Saúde é não ficar deitado numa cama toda hora, não ter que ir para o hospital, não ficar doente. (A10)

A ideia de saúde como falta de adoecimento relaciona-se à vivência que os adolescentes têm do processo de adoecimento, estando, portanto, diretamente ligada às suas experiências, desde a infância, com uma doença crônica. A aids, mesmo apresentando-se com uma condição crônica, não foi nominada pelos adolescentes, porém a sua história de vida é marcada pelas repercussões dessa doença tanto no seu processo saúde/doença quanto de sua família. Sua história de vida mostra que a doença determinou o hospital como um dos cenários de seu cotidiano, visto que, desde o nascimento ou infância, em alguns momentos precisaram da assistência dos profissionais desse local. Pôde-se verificar que, para esses adolescentes, pelo fato de a aids não restringir suas atividades diárias ou não incapacitá-los, eles não se consideravam como pessoas doentes.

No que se refere ao entendimento do adolescente de que saúde está relacionada a movimento, ou seja, a “não ficar deitado numa cama toda hora”, segundo Acioli (2006) as percepções de doença baseadas na dor física e em problemas de saúde ligados ao corpo são comuns, pois as pessoas referem que não querem ou não podem ficar doentes para não perderem a possibilidade de se movimentar, considerando que a doença também implica na relação com o grupo social de referência. Desse modo, no estudo dessa autora o movimento também foi relatado como algo necessário para dar conta das atividades diárias. Para o adolescente participante do presente estudo, o movimento é entendido como parte importante dos sentidos de saúde.

Em relação às práticas de saúde, os adolescentes articularam diferentes práticas que impactam na saúde no dia a dia, como aquelas provedoras da vitalidade necessária à manutenção de suas vidas. São práticas advindas da história e da vida cotidiana de cada um, trazendo marcas do âmbito familiar, das relações sociais, das relações com os serviços de saúde e dos diversos contextos em que estão inseridos. Os depoimentos clarificam tais práticas:

Para mim ter saúde é se alimentar bem, é tomar o medicamento certo para poder ter uma vida boa e saudável. Eu como muito bem, sou magra assim de ruim. Com saúde consigo fazer tudo, não tenho exceção de nada. (A12)

Saúde é se cuidar, às vezes eu me cuido. Não ando de pés descalços, porque eu ficava ruim quando andava, me dava tosse. É bom ter saúde para poder ficar perto da minha namorada, poder sair e me divertir. (A14)

Ter saúde é se cuidar, se transar tem que usar camisinha. É não andar de pés descalços, porque depois pode ficar tossindo. (A11)

Saúde é tomar remédio e comer. (A4)

As práticas de saúde são as atividades identificadas pelas pessoas como ações que contribuem para que se sintam saudáveis e são influenciadas por aspectos institucionais, familiares e culturais. Elas são o resultado de relações e, por conseguinte, possuem uma multiplicidade de sentidos que misturam elementos da biomedicina, de outras racionalidades médicas e de práticas alternativas de caráter popular (ACIOLI, 2006). Nesse sentido, tais práticas pressupõem a existência de um saber prático, advindo da experiência cotidiana das pessoas, que tem como eixo o senso comum e que se caracteriza por uma pluralidade e não compartimentalização do conhecimento.

Os relatos apresentados elucidam uma visão, por vezes medicalizada, sobre o processo saúde/doença/cuidado. A submissão do viver aos saberes da ciência da saúde acaba medicalizando as situações corriqueiras da vida, pois o paradigma biomédico possui um efeito normalizador (HORTA; SENA, 2011). Para esses adolescentes, o sentido de ter saúde está atribuído ao uso do medicamento, reforçando a ideia de que é por meio desse consumo que são estabelecidos os parâmetros do ser saudável.

Nesse enfoque comportamental, relacionado ao querer ou não se cuidar, evidenciou-se a responsabilização imputada aos adolescentes pela manutenção da sua condição de saúde. Entende-se que a concepção de cuidado, nessa perspectiva, reduz as práticas de vida das pessoas a escolhas individuais e que podem acabar num processo de culpabilização do sujeito, pela sua condição de saúde e/ou doença.

Além disso, as falas permitiram elucidar, ainda mais, a assertiva de que os adolescentes constroem ações promotoras da saúde com base em suas experiências cotidianas. Horta e Sena (2011) ratificam que isso desvenda os passos e descompassos entre as demandas, as necessidades e a oferta de ações de saúde para esse público.

Ademais, entende-se que, para o cuidado ao adolescente, é condição fundamental acessar tais saberes e entender as práticas populares de cuidado de que eles dispõem, quando se pensa de fato em uma prática educativa que se proponha libertadora, dialógica e promotora da autonomia dos sujeitos no cuidado de si. Do contrário, a prática será alicerçada no estabelecimento de normas e condutas que serão, na maioria das vezes, não seguidas por serem descontextualizadas.

4.3 Experiências dos adolescentes que vivem com HIV/aids relacionadas à sexualidade

Nesta categoria, serão discutidas, conforme os depoimentos dos adolescentes, as significações da sexualidade; as experiências de interações afetivas; as experiências de relações sexuais; os dilemas vividos na revelação da condição nas relações afetivas; e as perspectivas de projetos de vida.

4.3.1 *Sexualidade tem a ver com amor*: significações da sexualidade para os adolescentes

A sexualidade abarca uma multiplicidade conceitual, pois a significação dos sujeitos a respeito das diversas formas de representação da sexualidade ganha sentido a partir dos aprendizados de suas vivências históricas e culturais. Entende-se como condição essencial que os adolescentes compreendam a sexualidade para que possam desfrutar das possibilidades que ela proporciona para suas vidas. Daí emerge a importância em se conhecer o que pensam os adolescentes que vivem com HIV/aids a respeito dessa temática. As significações direcionam a maneira de cada pessoa expressar seu corpo sexuado no mundo por meio de simbolizações singulares. Significados de sexualidade foram descritos pelos adolescentes de maneira bastante complexa e diversa, revelando pontos ambíguos, ora aproximando-se da afetividade, do gênero e das relações interpessoais, ora dirigindo-se para o biológico e o genital.

Quando inqueridos sobre como concebiam o tema sexualidade, alguns adolescentes o relacionaram às questões de gênero, apontando para sua influência na formação da identidade feminina e masculina, nos relacionamentos afetivos e no exercício da sexualidade. Isso pode ser evidenciado a seguir:

É o jeito da pessoa ser, homem, mulher, gays, lésbicas. Tipo assim, tem homem que é gay, tem mulher que beija mulher. (A5)

Sexualidade significa ser gay, travesti ou bissexual, um desses gêneros. O homem pode estar namorando com homem ou a mulher com a mulher, isso faz parte da natureza e pode ter muito carinho, isso faz parte da vida. (A13)

Sexualidade é no caso homem ser homem e a mulher ser mulher ou o homem querer ser mulher ou a mulher querer ser homem. Uns querem ser como são e outros não. (A10)

No tocante a essas narrativas, percebe-se que ser homem ou ser mulher corresponde a pertencer ao gênero masculino ou feminino. O conceito de gênero enfatiza a pluralidade e conflitualidade dos processos pelos quais a cultura constrói e distingue corpos e sujeitos

femininos e masculinos, sendo necessário compreender que isso se expressa pela articulação de gênero com outras categorias sociais, tais como classe, etnia, sexualidade, geração, religião, nacionalidade (MEYER, 2007).

Neste estudo, os adolescentes demonstraram um posicionamento liberal em relação à questão da homossexualidade, pois foi considerada como algo natural, afastando-a do conceito de desvio e de doença. Consideraram a relação homossexual como relativa à sexualidade, pois envolve carinho com o outro, independente de ser do mesmo sexo. Semelhanças podem ser encontradas no estudo de Freitas e Dias (2010), no qual os adolescentes referiram-se à homossexualidade sem demonstrar discriminação ou preconceito, embora tenham mencionado pessoas próximas, sem citar a própria escolha de identidade sexual.

No entanto, embora em tais estudos a homossexualidade tenha sido vislumbrada a partir de outra ótica, a sociedade busca, intencionalmente, por meio de múltiplas estratégias e táticas, fixar uma identidade masculina ou feminina “normal” e duradoura. Esse intento articula, então, as identidades de gênero “normais” a um único modelo de identidade sexual, a identidade heterossexual (LOURO, 2007). Para Louro (2007), a heterossexualidade tem sido concebida como “natural” e também como universal e normal. Aparentemente supõe-se que todos os sujeitos tenham uma inclinação inata para eleger como objeto de seu desejo e como parceiro de seus afetos alguém do sexo oposto. Consequentemente, as outras formas de vivenciar a sexualidade são constituídas como peculiares e anormais e, portanto, estigmatizadas e discriminadas.

Outros adolescentes, além de trazerem as questões de gênero, consideraram que a sexualidade está relacionada à noção de corpo e de relacionamento humano, este especialmente associado às interações amorosas vivenciadas na adolescência. É o que pode ser observado nos depoimentos a seguir:

É uma relação entre um homem e uma mulher. Tem a ver com o corpo, um sente o corpo do outro. Isso é sexualidade, não sexo. Para mim sexualidade é tudo o que falam sobre o sexo da pessoa. Tipo sexo feminino e sexo masculino. Órgão da menina e órgão do menino, isso é sexualidade. (A12)

É fazer sexo, transar, ficar e namorar. Tem a ver com gay e com lésbica. (A4)

A sexualidade, ao ser compreendida nesse viés, extrapola o exercício da genitalidade, para ser entendida como resultado da forma das pessoas viverem o mundo e de se

relacionarem. Como forma de relacionar-se foram anunciados o “ficar” e o namorar, pois é na adolescência que essas relações vão ganhando significativa importância e que os adolescentes começam a experimentar relações afetivas que ampliam seu universo de vínculos para além da família. Nesse sentido, Costa e Gualda (2008) reforçam que a sexualidade é um conceito amplo, que não se reduz à genitalidade nem ao ato sexual em si, no entanto influencia as relações entre as pessoas e a maneira como se constrói e se entende o mundo. Para as autoras, a sexualidade é resultado de uma construção cultural, pois a maneira como a vemos e os valores aos quais a associamos dependem da cultura, variando em diversos aspectos de uma cultura para outra.

Nessa dimensão complexa e na qual vários fatores estão implicados, cabe refletir acerca de como os profissionais da saúde e educação podem apreender o entendimento de sexualidade desses adolescentes. As respostas foram surpreendentes e fazem pensar o quanto, muitas vezes, subestima-se a capacidade de expressão dos adolescentes acerca desta temática, a qual ocupa em suas vidas uma dimensão que extrapola a questão reprodutiva e do ato sexual.

A sexualidade também foi relacionada a significados que remetem a sentimentos de afetividade, como o amor. O adolescente expressou o amor a partir de uma percepção ampliada, como condição para a existência humana, o que se afasta de um entendimento meramente relacionado à questão da genitalidade e das relações sexuais. O trecho a seguir ilustra esta percepção:

Sexualidade tem a ver com amor, porque se não tem amor não tem nada. O amor une as pessoas. (A7)

A sexualidade possibilita refletir sentimentos como o carinho, o afeto, o amor e, ao mesmo tempo, singulariza o vivenciar do sujeito nas diversas relações interpessoais. No estudo de Ressel e Gualda (2004) a sexualidade foi alojada em um patamar de expressão corporal, que reflete sensações, sentimentos e emoções elaborados por um corpo sexuado. De acordo com as autoras, as sensações, os sentimentos e as emoções são culturalmente construídos e a sexualidade, como um elemento também culturalmente estruturado, oportuniza a explicitação dos sentidos, sentimentos e emoções por meio do corpo nos relacionamentos sociais. Para tanto, a sexualidade se manifesta na expressividade corporal, por meio dos silêncios, gestos, olhares, toques, entre outras expressões corporais.

A afetividade, como forma de manifestação da sexualidade, envolve complexos processos de aprendizagem sociocultural e se atualiza cotidianamente por meio das formas sociais culturalmente convencionadas. O exercício da sexualidade pode emanar de um gesto que consolida uma relação afetiva (HEILBORN, 2012).

É importante ressaltar que, quando questionados sobre a sexualidade, os adolescentes demonstraram certa dificuldade em definir o que pensavam sobre isso, ou o que era isso para eles. Em algumas respostas emergiu o padrão tradicional, que atribui à sexualidade a mera realização da prática da relação sexual.

Sexualidade para mim é sexo. (A3)

Me vem à cabeça sexo, cuidado com as doenças sexualmente transmissíveis e com a gravidez. (A14)

É ter prazer, tem a ver com corpo, porque tem que usar o corpo na relação sexual. (A1)

Eu acho que é ter relação sexual. (A15)

Sexualidade para mim é transar. (A6)

Ao definirem sexualidade, alguns adolescentes salientaram a função reprodutora e de perpetuação da espécie. Nesse sentido, a sexualidade aparece como sinônimo de ato sexual e sua definição é pautada apenas na biologia dos corpos. Esses entendimentos derivam de discursos que atrelam a vivência da sexualidade a uma perspectiva genitalizante, biologicista e reducionista, e ainda são hegemônicos nos entendimentos da temática. Nessa direção, Gomes et al. (2008) consideram que a visão da sexualidade como estritamente relacionada ao ato sexual tem estado presente nos processos de subjetivação contemporâneos.

Acredita-se que muito dessa percepção e dessa dificuldade de conceituar o que para eles é sexualidade advém da subjetividade do próprio tema. Além disso, há pouco ou nenhum espaço de diálogo e esclarecimento acerca da sexualidade na família ou na escola, o que faz com que não tenham clareza acerca dessa temática. Desse modo, reproduzem o que ouviram dos amigos, os alertas da família e dos professores e a banalização que observam na mídia.

Conforme Heilborn (2003), uma das primeiras formas de classificação no mundo social relaciona-se ao sexo das pessoas. A palavra “sexo”, contudo, pode ter vários sentidos superpostos, denotando tanto o formato físico dos corpos quanto, também, a atividade sexual. Isso representa dizer que o sexo é parte constituinte da sexualidade e não sinônimo desta dimensão humana, a qual abarca outras questões já referidas.

A concepção que relaciona a sexualidade com genitalidade, reprodução e relação sexual tem origem em uma perspectiva reducionista que a estabelece como um elemento determinante da espécie. A associação entre sexualidade e sexo é uma construção por vezes embaraçosa, considerando que a relação sexual é entendida como pertencente ao domínio do proibido, sendo incutida como algo feio, perigoso e interdito às mulheres e, dessa forma, ensinada como algo que não faz ou não deve fazer parte da vida (RESSEL, 2003).

Estudos da área da enfermagem, realizados com adolescentes, encontraram semelhanças acerca desse entendimento. Na pesquisa de Moreira e Santos (2011), é possível perceber uma convergência conceitual no que diz respeito a sexo e à sexualidade, o que de acordo com os autores reflete os modos repressores utilizados pela família, religião e sociedade para negar essa dimensão humana. Já Macedo et al. (2013) evidenciaram que as representações sobre sexualidade limitaram-se ao ato sexual ou ao relacionamento a dois. E, ainda, nesse estudo os adolescentes mostraram-se bastantes confusos quanto à concepção de sexualidade, compreendendo-a a partir dos aspectos relativos à reprodução, o que elucida uma limitação da visão multidimensional dos fatores que a envolvem.

A sexualidade também foi refletida a partir de um caráter de risco, quando o adolescente revelou que precisa ter cuidado com a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e de uma gravidez indesejada. Isso ocorre porque em algumas famílias as questões relacionadas à sexualidade começam a ser discutidas na adolescência, abordadas por meio de um caráter preventivo e proibitivo, que ressalta riscos e alertas. Nesse viés, entende-se que a vivência da sexualidade, quando conduzida sob um discurso repressor, no qual são enfocados as proibições e os perigos, possibilita a emergência de sentimentos de medo, de vergonha, de angústia e de constrangimento. O estudo de Soares et al. (2008) revelou perspectiva semelhante, pois os adolescentes associaram a significação de sexualidade ao medo decorrente de uma gravidez indesejada, de adquirir doenças sexualmente transmissíveis e de a camisinha estourar no momento da relação.

Desse modo, entende-se que as agências de socialização dos adolescentes, especialmente a família, a escola e o serviço de saúde, precisam em seus discursos e práticas ir além dos aspectos biológicos que envolvem a questão da sexualidade, centrados no problema, no desvio e na anormalidade. Ir além da abordagem dos perigos e problemas representa falar dos cuidados com a vida, a partir das experiências por eles vivenciadas, no campo da sexualidade.

A noção de prazer, relacionada ao conceito de sexualidade, também foi referida por um dos adolescentes. Nessa perspectiva, entende-se que, como todo corpo é sexuado, possui

possibilidades de sentir e produzir prazer, o que pode ou não estar associado ao ato sexual. Nesse sentido, o autoconhecimento referente à sexualidade e a conscientização da constante presença dela no corpo, por meio dos gestos, do toque, do olhar, do tom de voz e de tantas outras expressões corporais, são importantes aliados para o sujeito se perceber sexuado, expandir suas possibilidades de prazer e, ainda, resolver conflitos relacionados à sexualidade (RESSEL; GUALDA, 2004).

Foi possível perceber que, ao anunciarem suas percepções acerca da sexualidade, não mencionaram em nenhum momento a aids, o que talvez tenha acontecido por ser a sexualidade uma dimensão de suas vidas, assim como de qualquer outro adolescente, que é experienciada de acordo com seus horizontes de possibilidades. Ademais, entende-se que as significações acerca da sexualidade apresentadas advêm da bagagem cultural de cada adolescente, que é definida e modelada de acordo com os valores e conceitos oriundos dos diversos processos de socialização que experienciam. Sendo assim, foi possível perceber a ampla extensão conceitual deste tema, caracterizada pela ambiguidade e diversidade de significações que o envolvem.

4.3.2 *Ficar e namorar eu já experimentei*: experiências de interações afetivas

Os adolescentes abordados neste estudo, como muitos da sua idade, 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. Os adolescentes assinalaram a transitoriedade das interações afetivas, as quais constituem possibilidade de autoconhecimento e construção da autonomia. Os depoimentos a seguir descrevem isso:

Eu nunca fiz nada [relação sexual], foram só beijinhos. Sempre fico nervosa quando vou beijar alguém. Fico bastante com os gurus. 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)

Ficar e namorar eu já experimentei, mas o melhor é namorar. Eu fiquei a primeira vez com treze anos. (A1)

A primeira vez que eu fique foi só um selinho. Agora estou namorando, por enquanto está bom. Gosto de beijar na boca. [...] Não ter namorado é palha. Quando a gente não tem namorado, falam que a gente é machorra. (A11)

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. Depois que minha mãe morreu fui para o CACAU [Centro de Atenção à Criança e ao Adolescente de Uruguaiiana] e aí não ficamos mais. Agora estou gostando de um guri, mas tenho vergonha de falar com ele. (A4)

Os depoimentos indicam as diversas formas de relacionamentos destacadas pelos adolescentes e vivenciadas em seus cotidianos, caracterizadas por beijinhos, ficar e namorar. Essas modalidades incluem tanto relações pautadas na fidelidade mútua e no sentimento de confiança, quanto aquelas basicamente instantâneas e momentâneas, sem continuidade ou aprofundamento na vida dos adolescentes. As interações afetivas sinalizam a vontade de se relacionar de um jeito próprio e abrir-se a experimentações. É por meio destas interações que os adolescentes 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. Nesse processo, marcado pela experimentação e transitoriedade, vão delineando as trajetórias para a vida adulta, que tendem a ser cada vez mais individualizadas, conformando os mais diferentes percursos.

A experiência emerge de um encontro ou de uma relação com algo que se experimenta, que se prova, assim:

A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece (BONDÍA, 2002, p. 21).

Desse modo, Bondía (2002) reitera que a experiência ao passar, acontecer e tocar tem potencial para formar e transformar os sujeitos e somente este sujeito da experiência está aberto à transformação. Para tanto, este sujeito, por vezes, sofre, padece, aceita e interpela, do

contrário ter-se-ia um sujeito firme, impávido, inatingível, anestesiado e apático, definido apenas por seu saber e por sua vontade. Nesse alinhamento de pensamentos, é por meio da experimentação que os adolescentes constroem a autonomia para o exercício da sua sexualidade e, também, para gerir as demais dimensões da sua vida, como, por exemplo, a independência parental.

Portanto, a sexualidade se apresenta, na adolescência, 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. Namorar e ficar são experiências que impulsionam o exercício da elaboração da identidade adolescente, mediados por prescrições culturais que se modificam conforme o tempo histórico, o meio social e as questões de gênero (HEILBORN; AQUINO; KNAUTH, 2006; HEILBORN, 2012).

Nessa direção, Brandão e Heilborn (2006) esclarecem que a sexualidade fomenta o processo de construção de si na adolescência. Ela pode ser compreendida, de acordo com as autoras, como mediadora de relações sociais, tendo em vista que as interações afetivas e sexuais na adolescência encontram-se menos atreladas ao casamento e mais voltadas ao desenvolvimento pessoal e interação com o outro. Desse modo, os vínculos afetivo-sexuais são importantes para a individualização do adolescente e condensam possibilidades de exercício da autonomia pessoal.

Pode-se assim aventar que o adolescente, por meio das experiências relacionadas à sexualidade, constrói novos papéis sociais, exerce a sociabilidade e elabora sua identidade. Acerca disso, Abramovay, Castro e Silva (2004) elucidam que a identidade adolescente vai se delineando e redefinindo nos vários encontros com o outro, ou seja, quando há oportunidade de confrontar valores, crenças e emoções. Desse modo, nas relações consigo e com outros, a sexualidade sendo experienciada vai colaborando para demarcar fases e maneiras de ser e estar no mundo, ou seja, vai levando o adolescente ao exercício da autonomia.

Para entender a autonomia da qual se fala, ampara-se, neste estudo, nas ideias de Freire (2007), segundo o qual ela pode ser entendida como um processo de decisão e consciência crítica que o sujeito constrói historicamente, a partir das inúmeras decisões que precisa tomar ao longo de sua vida. Isso representa dizer que a construção da autonomia faz interface com as várias experiências de decisões que vão sendo tomadas pelas pessoas. Assim, imersos no processo inexaurível de construção da autonomia, espera-se que os adolescentes consigam trilhar o curso da sua vida fazendo escolhas relacionadas à vivência da sexualidade

e responsabilizando-se por elas. Nessa fase, o ato de responsabilizar-se ainda se configura como difícil e desafiador, perpassado por indecisões e pelo pensamento mágico, o que, muitas vezes, interfere na sua visão de mundo e, também, no olhar social que é lançado a eles. Cabe reiterar que tais escolhas são sempre contextualizadas, pois estão alicerçadas nas possibilidades do contexto sociocultural em que estão inseridos.

No estudo de Resta (2012), os jovens também relataram suas experiências relacionadas à sexualidade por meio das vivências do namoro, do ficar e dos beijinhos. Nesse estudo, os jovens provaram das experiências de maneira livre e prazerosa, havendo concordância entre eles acerca do caráter exploratório dos relacionamentos nesta fase da vida. Revelaram a inauguração de sensações importantes para a construção de si, como, por exemplo, a sensação de curtir, provar e experienciar. De acordo com essa autora, as relações afetivo-sexuais na juventude representam um espaço tanto para o exercício da sexualidade quanto para a construção de atributos do jovem como um ser humano separado da identidade familiar. Considera, ainda, que a sexualidade, nesta fase, caracteriza-se como um espaço de experimentação, inaugurando sensações importantes para o desenvolvimento do jovem. Nesse sentido, a sexualidade ocupa um espaço importante para ser discutido na juventude, além de ser um campo instigante para as perspectivas de cuidado em saúde.

Os adolescentes dicotomizaram o ficar do namorar. Em muitos dos depoimentos, sejam eles de meninos ou meninas, 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. O tempo de duração do relacionamento, o gostar, o nível de compromisso e seriedade, assim como a confiança e a sinceridade definem o limite entre o ficar e o namorar, como pode ser observado a seguir:

Namorar é ficar um bom tempo juntos. Já ficar, fica um dia com uma pessoa, outro dia com outra. No compromisso de 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)

Ficar tu conhece mais pessoas. A gente tem que namorar quando estiver gostando da pessoa e não pode ficar com mais ninguém. (A15)

O que é legal de namorar é sentir o amor das pessoas, é gostar bastante da pessoa, é ter uma companheira para compartilhar as coisas da vida. Ficar não é legal, porque não tem amor pela pessoa. Tu fica com uma e com outra, mas está sempre sozinho. (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 muda muito, a responsabilidade é bem maior. (A10)

Ficar é só ficar, dar beijo e sair. Namorar é dar beijo, carinho, brincar, conversar, se abraçar, ficar junto e não brigar para não se separar. (A4)

Os adolescentes fazem clara distinção entre ficar e namorar. Ficar está associado a um momento apenas, sem compromisso ou criação de vínculo. Já namorar reflete um envolvimento maior, um compromisso, torna-se algo mais sério, associado à fidelidade e à intimidade. Alguns depoimentos apontam o ficar como sendo um constructo do presente, estendendo-se, no máximo, a alguns encontros esporádicos e fortuitos. Namorar, por sua vez, sinaliza maturidade em escolher, em tomar decisões e em assumir que se gosta de alguém, mesmo sabendo haver outras opções. No namoro, a fidelidade parece adquirir um lugar especial, pois o medo de ser traído também está envolvido nas diferenças existentes entre o ficar e o namorar. Se, por um lado, os adolescentes preferem as interações afetivas do ficar, em razão da fluidez dos acordos, principalmente, no que tange aos compromissos do namorar, por outro entendem que o namorar é permeado de amor, carinho, confiança, companheirismo e cuidado. Percebe-se que não há contornos rígidos que determinem a impossibilidade do ficar se transmutar em uma relação de namoro, considerando que o ficar pode ser uma etapa que precede o namorar. É importante reiterar, também, que o ficar, na medida em que flexibiliza projetos, tempos, e aponta para o temporário e passageiro, colabora para abrir possibilidade de experimentação.

Acerca das relações afetivas caracterizadas pelo ficar, Heilborn (2012) assinala que as modificações recentes nos costumes sexuais no Brasil introduziram essa nova temporalidade da sexualização no namoro e em outras formas de relacionamento entre os adolescentes. O ficar, para a autora, caracteriza um modo de encontro ou relacionamento que possibilita a interação corporal entre os adolescentes. Este tipo de relação acontece, geralmente, em locais públicos, como nas festas, e a atração dos indivíduos suscita contato corporal, por meio de beijos, carícias e, por vezes, relações sexuais. Nesse tipo de relacionamento não é costumeiro o vínculo entre os adolescentes, que, na maioria das vezes, se separam sem a perspectiva de

um novo encontro. Já o namoro, para essa autora, trata-se de uma relação de exclusividade entre dois parceiros, que requer, em geral, ser comunicada para os amigos e para a parentela.

O ficar configura-se, de certa forma, como uma interação afetiva onde se pode lidar com as demandas referentes às relações de namoro, consideradas mais rígidas. Nesse sentido, o ficar aparece como uma forma alternativa ao namorar, no qual ocorre o relaxamento dos acordos mais complexos, intrínsecos às relações estáveis. A fidelidade é uma das questões que o ficar minimiza, facultando uma maior flexibilidade das trocas afetivas. Ainda que o ficar seja considerado como uma novidade dos tempos modernos, pode estar desestabilizando tradicionais relações hierárquicas de gênero e possibilitando que os adolescentes experimentem outras formas de vivenciar a sexualidade (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004).

Essa questão tem sido assinalada, também, em outros estudos da área da saúde, realizados com o público adolescente (SOARES et al., 2008; BEZERRA; PAGLIUCA, 2010; BRÊTAS et al., 2011; RESTA, 2012). No estudo de Soares et al. (2008), ficar foi definido como uma relação imediatista, com algum tipo de envolvimento físico, enquanto que o namoro foi entendido como fonte de preocupação pela necessidade de assumir um relacionamento mais sério. Na pesquisa de Bezerra e Pagliuca (2010), embora nenhuma das adolescentes entrevistadas tenha vivenciado a prática de ficar, todas a diferenciaram do namoro. Já Brêtas et al. (2011), além de revelarem esta dicotomização, anunciaram que, em relação ao namoro, a maioria dos adolescentes referiu não existir uma idade para iniciá-lo, indicando o período para se começar a faixa etária entre 13 e 16 anos. Resta (2012) revelou que os jovens consideram o namoro como uma experiência séria e o ficar como uma situação sem compromisso, sendo que ambos representam experiências passageiras, estão associados ao sentimento da paixão e implicam, geralmente, apenas em beijos.

Ademais, estudo realizado com adolescentes africanos buscou entender o que compreendiam como positivo ou negativo para os seus relacionamentos amorosos, o que proporciona uma visão, para os profissionais da saúde, acerca do que é importante para eles em suas relações (GEVERS; JEWKES; MATHEWS, 2013). Para tanto, a pesquisa revelou que, entre as meninas, a escolaridade do casal e uma comunicação aberta sobre a sexualidade foram relacionadas a questões positivas nos relacionamentos. Já, entre os meninos, o único fator associado a um relacionamento positivo foi a ausência de brigas entre o casal.

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. As próximas falas expressam essa questão:

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. Namorar eu não gosto. Não gosto de guria grudenta, que fica sempre em cima. (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)

Começamos a namorar ano passado e agora faz duas semanas que nos juntamos. [...] Não ando mais com os meus amigos, não falo muito com eles, não posso sair. Às vezes, dá vontade de fugir. (A14)

A partir dos depoimentos observa-se que uma das formas de interação afetiva que pode desembocar em relações sexuais é o namoro. Esse relacionamento parece ocupar uma dimensão mais profunda na vida dos adolescentes, pois referiram que vai além de beijos e abraços e entenderam que, a partir do momento em que estabelecessem um compromisso, poderiam experimentar a relação sexual.

Acerca do namoro, Heilborn (2012) esclarece que, como toda relação social, esta forma de vínculo foi acompanhada por transformações históricas. O namoro há algumas décadas atrás podia permanecer casto por bastante tempo e os contatos corporais tornavam-se, com o tempo, mais íntimos e variados. Na versão atual, o namoro deixou de ser uma etapa preparatória para a vida conjugal e adquiriu uma realidade em si, como etapa de experimentação afetiva e sexual para adolescentes de ambos os sexos, o que se desdobrou na diminuição da idade de iniciação das relações sexuais.

A respeito desta discussão, Resta (2012) refere em sua tese que o compromisso estabelecido pelo namoro favorece outras experiências, como a relação sexual, pois se trata de uma situação mais séria para os jovens. Além disso, semelhante ao revelado no presente estudo, evidenciou que tanto o namoro quanto o ficar foram considerados como experiências no campo da sexualidade, indicando que os aprendizados neste campo não se limitam apenas à primeira relação sexual. Desse modo, a autora reitera que este aprendizado é permeado pela troca de carinhos, paixões, conhecimento e exploração do seu corpo e do outro, conversas

com o parceiro e inauguração de sentimentos e sensações novas, importantes para a construção da autonomia juvenil.

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. Os relatos apontam para a forma como as questões de gênero e sexualidade operam na vida desses adolescentes, revelando a valência diferencial de gênero. A normatização dos diferentes atributos relacionados à masculinidade e à feminilidade aparece nos diálogos apresentados a seguir:

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 gostam mais de ficar, o meu colega ficou com todas as gurias do colégio. Eles não gostam de se prender, gostam de ser conquistadores e garanhões. As gurias são mais quietinhas. (A12)

As gurias se apaixonam. Os gurus gostam de ficar, de usar as gurias. É para se achar, porque meu primo se acha o garanhão. Uma vez ele disse assim: “Ah, eu fiquei com tantas.”. (A3)

Os gurus querem ter fama de pegador. Tem muitos que são assim lá no colégio. Eles ficam falando: “Fiquei com não sei quem e com não sei quem.”. 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 podem pedir para ficar com as gurias. Já as gurias não podem, fica feio. Os gurus gostam de ter fama de pegador, eles gostam mais de ficar do que de namorar. Eles não querem coisa séria. (A15)

Os gurus não gostam de ter uma relação séria. Quanto mais ficantes 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)

Tais depoimentos caracterizam as desigualdades na construção social de homens e mulheres. É possível perceber o caminho que tem percorrido a construção da sexualidade feminina, relacionada à preservação, à normalização e à repressão do corpo feminino, em detrimento à masculina, a qual é estimulada para a vivência da sexualidade, até mesmo como forma de autoafirmação da masculinidade. Por conseguinte, a construção da sexualidade masculina encontra-se associada às noções de força e virilidade, enquanto que a sexualidade feminina delimita-se às noções de inferioridade e passividade, estando sujeita à dominação

masculina. Dessa maneira, historicamente, foi a partir do disciplinamento das representações sobre a sexualidade feminina que são reproduzidos até hoje condutas e controles impingidos às mulheres, nos diversos processos de socialização que experienciam.

Para Taquette e Meirelles (2012), as questões de gênero e sexualidade são campos distintos e inter-relacionados, a partir dos quais os seres sociais pautam suas ações e concepções de mundo, reproduzem e recriam convenções e práticas. As práticas sexuais e sua organização social estão vinculadas aos dispositivos de poder específicos a determinadas épocas e certas sociedades (RESSEL et al., 2010).

As falas revelaram expectativas diferentes no que tange à vivência das relações afetivas, sendo que as meninas tendem a posturas um pouco mais tradicionais que os meninos. As meninas esperam que os meninos sejam responsáveis, respeitosos e assumam compromissos de namoro. Para elas, o que está em jogo é que sejam respeitadas e valorizadas a ponto de se tornarem namoradas e não permanecerem no *status* de “ficantes”. Já para os meninos o que vale é a variação de parceiras para ficar, o que lhes garante, na relação com os pares, um rótulo de experiente na amorosidade.

Conforme Abramovay, Castro e Silva (2004), o ficar pode comportar uma contradição, pois se de um lado possibilita aos adolescentes o exercício da experimentação, de outro clarifica a existência de conflitos advindos da permanência de valores relacionados a gênero. Em princípio, o ficar implica no estabelecimento de interações mais igualitárias entre rapazes e moças, onde se pressupõe que as características de superficialidade e de descompromisso sejam percebidas e vividas da mesma forma para ambos os sexos. No entanto, é anunciada pelos adolescentes uma distinta valoração moral do ficar. Para os rapazes, a possibilidade da variação de parceiras para ficar recebe um valor positivo, reeditando os princípios e respaldando os valores sociais e morais que dignificam a masculinidade. Para as moças, o ficar pode estabelecer limites, considerando que uma variedade de parceiros resulta numa atribuição de valor negativo. Desse modo, ainda que, para ambos, o ficar consista numa possibilidade mais fluida para experimentar a sexualidade, ainda persistem restrições, preconceitos e interdições.

Neste estudo, as adolescentes externaram preocupação sobre as expectativas sociais que cercam suas condutas e se sentiam responsáveis pela imagem que os outros possam vir a ter sobre suas atitudes, o que se revela com “as gurias não podem, fica feio”. Daí podem surgir comportamentos que procuram manter a valorização social e moral em seu meio, como a restrição do número de namoros, assim como a resistência a investidas sexuais dos meninos. Percebe-se que, mesmo com as possibilidades proporcionadas pelo ficar, os próprios

adolescentes, por meio da construção social e cultural de gênero, dicotomizam e hierarquizam valorativamente o ficar do namorar, perpetuando assim formas de vivenciar a sexualidade e restringindo as novas possibilidades de relacionamentos. Esse pensar dicotômico sugere novas “maquiagens” para velhos preconceitos, que colaboraram para as valorações diferenciadas das mulheres e dos homens.

Taquette e Meirelles (2012) realizaram uma pesquisa com meninas adolescentes e perceberam resultados semelhantes aos encontrados neste estudo. O “ficar” foi explicitado como um ato masculino, pois este tipo de relação prescreve uma estigmatização para as meninas, o que as faz sentirem-se desvalorizadas. Exatamente o inverso acontece para os meninos, valorizados pela quantidade de meninas com quem se relacionam. Para tanto, as autoras trazem que as meninas que insistem em transgredir esta norma reclamam sofrer sanções sociais em função do controle moral do grupo, enquanto que os meninos nessa condição são exaltados, muitas vezes referidos como motivo de orgulho de seus pais.

Já, no estudo de Silva (2013), as adolescentes entenderam que, mesmo quando elas não estão fazendo algo de errado ou quando fazem a mesma coisa que os meninos, suas atitudes podem ocasionar comentários maldosos, na sociedade, pelo fato de serem mulheres. As adolescentes relataram sentirem-se incomodadas com essas situações, mas não deixaram de fazer o que elas consideravam certo. Contrariamente a esse achado, Cedaro, Vilas Boas e Martins (2012) evidenciaram que as meninas demonstram pudor e preocupação em não se tornarem “apenas” uma garota para ficar aos olhos dos meninos, o que elucida a existência de uma assimetria de gêneros.

Frente a essas questões emergentes, pode-se afirmar que o exercício da sexualidade, entre os adolescentes participantes deste estudo, passa fortemente pela adequação ao seu universo social de referência e pela aceitação de seus pares. Esta constatação remete à reflexão sobre as convenções de gênero e sexualidade compartilhadas, criadas e reproduzidas por este grupo.

A partir dessa constatação, 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:

O guri é mais livre, os pais liberam mais. Eu me sinto mais presa, porque ainda não posso sair. O meu primo já sai, vai nos bailes. Para a guria eles conversam mais o que vai dar aquilo [relação sexual], se não usar aquilo [preservativo], se não tomar aquilo [pílula anticoncepcional]. (A12)

A minha mãe conversa só com meu irmão. Ela diz: “Tem que usar camisinha, se cuidar das doenças sexualmente transmissíveis e do HIV.”. Ela conversa mais com ele do que comigo e com minhas irmãs. (A13)

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.”. Ai eu perguntei: para os gurus nada fica feio, só porque ele 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 não, é bem tranquilo. (A10)

Eles [irmãos] a mãe deixa sempre sair, ela diz: “Os gurus são os gurus, vocês são gurias.”. Acho isso uma palhaçada, nada a ver essa diferença que guri pode sair e eu não posso. (A3)

Nesses depoimentos, percebe-se que a sexualidade é entendida, no meio familiar, 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 criação das meninas e dos meninos interfere diretamente na formação da sua identidade e na postura que eles assumem em relação à sexualidade. Observou-se que atividades como namorar e ir a festas foram sinalizadas como práticas em que os meninos têm maior liberdade.

Nessa direção, Ressel (2003) afirma que as mulheres desenvolvem seu aprendizado acerca da sexualidade pelos não, pelas proibições, pelas simbologias que lhe são atribuídas, como a virgindade, por exemplo. Para a autora, a construção que se dá por meio do silêncio acerca do tema, caracterizada pela recusa de informações, constitui uma estratégia para obter o controle da sexualidade feminina e gerar ignorância, medo e repulsa.

Tais discursos disciplinadores sob o enfoque de gênero também foram observados na pesquisa de Ressel et al. (2011), realizada com mulheres adolescentes. Algumas adolescentes expressaram existir controvérsias na maneira como seus pais abordavam a sexualidade em relação aos seus irmãos. Esse estudo revelou que os pais orientavam às adolescentes um

comportamento considerado aceitável para as mulheres, conforme valores familiares pré-estabelecidos por ditames de gênero. Resultados semelhantes podem ser encontrados na pesquisa de Silva (2013), na qual as adolescentes relataram que suas famílias tratavam de forma diferenciada a sexualidade entre os filhos homens e as filhas mulheres. Isso implica, conforme a autora, no maior controle e regulação exercidos pelos pais às adolescentes, além da menor liberdade nas atividades diárias para elas.

Há que se considerar que os próprios conceitos de masculinidade e feminilidade têm sido definidos, na sociedade, baseados em termos de oposição. Nesse sentido, a construção social de ambos se diferencia fortemente. Os pais preocupam-se em corrigir qualquer sinal de comportamento inadequado, ou indisciplina, das filhas mulheres. Se, para a mulher, o controle e a rigidez das normas e condutas sociais é um percurso comum na socialização da sexualidade, para os homens é dada mais liberdade, e até estimulado um comportamento arrojado e viril. Não é a diferença sexual que institui relações hierárquicas de modo assimétrico entre homens e mulheres, mas a maneira como cada sociedade valoriza e significa tais diferenças biológicas. Disso decorrem representações sobre o que se espera do feminino e do masculino, de seus comportamentos e de suas atitudes (RESSEL et al., 2011).

Assim, entende-se que a construção cultural da sexualidade, no meio familiar, percorre um caminho paralelo à elaboração de papéis femininos e masculinos, sendo vivenciada de forma mais tranquila e libertária ou não, de acordo com as possibilidades ou limitações em que ocorre, podendo repercutir na contínua construção deste evento humano também nas demais esferas da socialização.

Ademais, percebe-se, nas falas, a presença de uma postura repressiva 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 guris 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)

Tenho medo de ficar e namorar, não tenho coragem de fazer isso, porque depois meus pais descobrem e brigam comigo. (A6)

Quando conheci um guri, minha irmã mais velha brigou comigo e disse que não era para falar mais com ele. [...] Mentí 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. [...] Ela falou que seu eu ficar grávida não é mais para morar com ela, é para achar o pai da criança. (A4)

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.

Isso posto, considera-se que, quando os pais não reconhecem o amadurecimento da sexualidade de seus filhos, desperdiçam a oportunidade de proporcionar espaços para a discussão sobre suas vivências e o esclarecimento de dúvidas. 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.

4.3.3 *Não pode ser só uma transa qualquer*: experiências de relações sexuais

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 refutadas, 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.

A maioria dos adolescentes afirmou não ter experienciado relações sexuais e que a decisão desta iniciação tinha como critério o momento considerado por eles certo. Conforme os depoimentos, o momento certo seria aquele em que estivessem com a pessoa de quem gostassem e em quem confiassem. 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. Além disso, relataram como condição para tal experiência a existência de amorosidade no relacionamento. Ainda anunciaram que, caso a experiência da primeira relação sexual aconteça permeada por todos estes condicionantes, ela pode ser vivenciada de forma mais tranquila, o que do contrário poderia fazer emergir sentimentos de nervosismo, ansiedade e medo. Os próximos relatos elucidam essa descrição:

Tem muita coisa para rolar até eu transar. Um dia vai chegar a hora certa, não pode ser com qualquer pessoa. (A5)

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, sermos amigos. 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)

Eu não me sinto obrigado a transar, tem que ser no momento certo e tem que gostar dessa pessoa. (A10)

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

Não transei ainda porque faz pouco tempo que conheci ele, faz um mês que estamos juntos. Preciso conhecer ele melhor e ainda sou muito nova. (A9)

Tais depoimentos parecem mostrar que a entrada na vida sexual dos adolescentes é um processo gradual, o que representa dizer que é uma fase de experimentação física, relacional e pessoal. Além disso, constitui a impregnação de uma certa cultura sexual do grupo social a que os adolescentes pertencem (HEILBORN, 2012). Para esses adolescentes, o amor e o sexo seriam experiências que correspondem a espaços muito próximos entre si, sendo interessante destacar que a iniciação sexual somente será possível, para esses sujeitos, se houver romance e envolvimento afetivo-amoroso com o primeiro parceiro. Nessa direção, os adolescentes justificaram sua opção pela virgindade por conta de razões de ordem amorosa, como o fato de não ter encontrado a pessoa certa, da qual pudessem gostar, amar, se apaixonar e confiar.

A iniciação sexual constitui um rito de passagem, envolvendo distintos trânsitos entre a infância e a adolescência. Nesse processo acontecem a afirmação da virilidade, modelagens sobre feminilidade e a busca por autonomia (HEILBORN, 2012). De acordo com Brandão (2009), a relativa liberdade sexual legitimada socialmente faculta a ampliação e o aprofundamento da experimentação sexual na adolescência, desafiando os adolescentes a aprender as regras sociais que condicionam as relações entre os sexos e a se apropriar de códigos que estabelecem a interação sexual entre pares. Desse modo, considerando as diversidades de possibilidades de experiências afetivo-sexuais na trajetória adolescente, a autonomia deste para o cuidado com a sua saúde torna-se importante.

No que se refere à iniciação das relações sexuais, estudo realizado por Paiva et al. (2008) identificou que, quanto maior a escolaridade, mais tarde os adolescentes se iniciavam sexualmente, e que a religiosidade também é um fator que tende a retardar o início da vida

sexual. Acerca disso, Borges (2007) revelou em sua pesquisa que a falta de inserção escolar, a habitação do tipo invadida, a coabitação com apenas um dos pais e estar namorando foram associados ao início da vida sexual, o que revela que a iniciação das relações sexuais extrapola o biológico, sendo um evento culturalmente e socialmente determinado. Na referida pesquisa, as adolescentes que já haviam iniciado a vida sexual referiram o amor pelo primeiro parceiro sexual como a principal motivação para iniciação sexual, independente do matrimônio. Dentre as que não haviam experienciado a iniciação sexual, o motivo perpassou não terem encontrado a pessoa certa e por considerarem-se muito novas para ter a primeira relação sexual.

No presente estudo, destacou-se o valor que a iniciação sexual tem como um rito de passagem para a vida adulta para estes adolescentes, e o momento certo para a iniciação sexual também foi compreendido como a etapa da vida em que se sentissem maduros. Para tanto, a iniciação sexual 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 das pesquisas de Borges (2007), Borges e Nakamura (2009) e Fernet et al. (2011), nas quais os adolescentes consideraram necessária uma maior maturidade para experienciar a primeira relação sexual. A maturidade foi sinalizada, pelos adolescentes, pela inserção no mercado de trabalho e conseqüente autonomia financeira e pela idade, até mesmo para que consigam assumir as possíveis conseqüências da vida sexual, como uma gravidez (BORGES; NAKAMURA, 2009). Além disso, a pesquisa de Fernet et al. (2011), realizada com adolescentes canadenses que viviam com HIV, revelou que, embora acreditassem que a relação sexual deva acontecer com mais maturidade, experienciavam beijos e carícias como possibilidade de conhecimento de si e do outro.

No que tange às experiências dos adolescentes com a relação sexual, foi possível observar que esta vivência aconteceu por estarem estabelecidos vínculos afetivos, por meio do namoro. Conforme o relato que se segue, a adolescente não se sentia preparada para vivenciar isso, pois estava nervosa e com medo. No entanto, cedeu à pressão do namorado, pois entendia que esta era uma forma de manter o relacionamento.

A primeira vez foi com catorze anos, foi com meu namorado, eu não estava muito a fim, mas tive medo de perder ele. Estava bem nervosa. Tinha medo de engravidar e que ele pegasse aids. (A2)

Pode-se assim aventar que uma das razões que leva à iniciação das relações sexuais, especialmente das mulheres adolescentes, é a pressão exercida pelos namorados. Ceder, no entendimento dessa adolescente, poderia significar a garantia do namorado por perto e evitar que ele saísse à procura de outras mulheres. Sobre isso, Heilborn, Cabral e Bozon (2006) revelam que a concepção do sexo como prova de amor pelo parceiro diminui na medida em que aumenta o nível de escolaridade dos adolescentes. Entre as meninas parece estar naturalizada a concepção de que a necessidade masculina de sexo é incontrolável (BORGES; NAKAMURA, 2009). Esse entendimento está subordinado aos papéis de gênero tradicionalmente atribuídos aos homens e mulheres, como a concepção de que o sexo é um instinto físico e incontrolável para os homens e que o sentimento de amor deve estar inerentemente ligado ao ato sexual entre as mulheres (BORGES et al., 2011). Assim, percebe-se que a proibição histórica e cultural imposta para a mulher ao longo dos séculos ainda impera, fazendo com que as adolescentes experimentem sensações ambíguas entre o desejo e o medo.

A iniciação sexual representa um evento que ocorre com maior frequência na adolescência e é intensamente influenciada pelas normas e expectativas vigentes na própria rede de relações sociais, seja com os pais ou com os pares (BORGES et al., 2011). Nessa direção, a ocorrência da primeira relação sexual de forma não programada pode estar relacionada a certa pressão experimentada pelos jovens exercida tanto pelo parceiro, no caso das meninas, quanto pela rede de relações. A pressão do grupo de pares associa, por vezes, a virgindade com algo estranho, anormal e até amoral, sendo que ser virgem pode ser motivo de críticas e vergonha entre os pares (RESTA, 2012; ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004).

Além disso, é importante ressaltar que, embora o ficar seja uma forma de relacionamento bastante comum entre os adolescentes, a prática de relações sexuais apresenta forte expressão no contexto do namoro. Borges (2007) e Moreira e Santos (2011) concluíram, em suas pesquisas, que o namoro esteve associado ao início da vida sexual entre os adolescentes. Para Borges (2007), o namoro pode ser descrito como um tipo de relacionamento em que se abrem caminhos para uma mútua exploração sexual, pois muito antes da primeira relação sexual os adolescentes se engajam em experiências como carícias e toques mais íntimos, o que proporciona o aprofundamento da intimidade até a opção pela relação sexual. Para tanto, mister se faz considerar que o namoro precisa estar entre os assuntos abordados no cuidado a tais sujeitos, justamente por constituir um espaço importante de exercício das relações, que podem se estruturar mais igualitárias ou mais hierarquizadas e definirem práticas no campo da sexualidade.

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 diferenciadas 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)

Quando a gente está só ficando não tem graça transar, tem que ser com quem a gente esteja namorando. Quando a gente está namorando pode transar com mais calma e aí fica mais feliz. Tem que ter muito amor. (A11)

Não rolou ainda porque nunca namorei, ainda não conheci um cara legal. (A12)

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)

Há que se considerar que, embora as mulheres estejam iniciando sua vida sexual cada vez mais cedo, suas motivações para o engajamento sexual continuam respondendo aos papéis de gênero tradicionalmente atribuídos à mulher, com o amor, o romance e o compromisso como propulsores das primeiras práticas sexuais. Já, para os homens, as primeiras experiências de relações sexuais ocorrem em função da necessidade de autoafirmação da masculinidade, além de haver a crença de que o homem não possui e não deve possuir controle sobre seus impulsos, pois, do contrário, pode ser considerado menos “macho”, como um dos adolescentes relatou. Além disso, outro adolescente declarou que um dos motivos que leva às primeiras experiências sexuais é a atração pela parceira, embora nem sempre precise estar envolvido emocionalmente. Em outras palavras, pode-se dizer que, mesmo nos dias atuais, parece persistir nas meninas o discurso romântico em torno da iniciação das relações sexuais, enquanto que os meninos relatam relacionamentos sem menção de compromisso.

Acerca dessas diferentes construções, Heilborn (2012) esclarece que nas construções de gênero para as mulheres há uma interdependência entre a relação sexual e a afetividade, ao passo que para os homens esta elaboração perpassa a disposição para a atividade sexual e a valorização do número de parceiros. Desse modo, a masculinidade e a atividade estão associadas e, por oposição, a feminilidade e a passividade, também. Para essa autora, na adolescência, existe uma pressão para que o menino tenha relações sexuais com uma pessoa do sexo oposto o quanto antes, de modo assegurar sua virilidade, espantando assim a possibilidade de homossexualidade. Para tanto, o masculino se estrutura a partir de imagens socialmente valorizadas, como a do “machão”. Já as mulheres, diz a mesma autora, preocupam-se em administrar as investidas masculinas se quiserem assegurar a reputação social de “moça honesta”. No que tange a essas convenções culturais internalizadas pela socialização de gênero, é importante perceber que se torna difícil para as mulheres se prepararem para uma primeira relação sexual protegida, pois isso implicaria a assunção de uma postura ativa diante do sexo, o que poderia levantar suspeitas de experiência neste tipo de relação e tornar sua moralidade questionável (HEILBORN, 2012). Esta construção faz com que estejam expostas a situações de vulnerabilidade.

Abramovay, Castro e Silva (2004) revelaram que adultos de referência para os adolescentes, como os pais, colaboram na reprodução de tal ideologia de gênero, na medida em que consideram que homens e mulheres podem lidar diferentemente com apelos da libido. Os pais entendem que as adolescentes de forma “natural” dominam a vontade sexual, como resultado de algo fisiológico, que possibilita retardar a iniciação sexual das meninas. Semelhanças podem ser observadas no estudo de Borges e Nakamura (2009), o qual evidenciou que os pais exercem influência na iniciação sexual de seus filhos. Foi observada, nesse estudo, a diferença de atitudes e expectativas dos pais em relação à conduta feminina e masculina frente à iniciação das relações sexuais, ou seja, os meninos relataram sentirem-se mais liberados a iniciar a vida sexual independentemente de vivenciarem relações estáveis, ao passo que as meninas relataram que essa prática estava em desacordo com a opinião dos pais.

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram outros, nos quais foram constatadas as diferentes decisões de mulheres e homens adolescentes relativas ao início da atividade sexual nesta fase da vida (BRÊTAS et al., 2011; BORGES; NAKAMURA, 2009; BORGES et al., 2011; MOREIRA; SANTOS, 2011). Para as meninas o amor mostra-se como a maior motivação para a iniciação sexual, mas, para os meninos, envolvendo ou não sentimentos amorosos, o primeiro ato sexual compreende uma forma de satisfação do instinto e da necessidade de dar vazão à atração física, além de servir como modo de consolidação da

sua masculinidade (BRÊTAS et al., 2011). Na concepção das mulheres adolescentes o desejo feminino surge apenas a partir do envolvimento amoroso com seu parceiro, ou seja, a origem do desejo estaria no amor e não no instinto, como o é para o homem. Desse modo, as meninas que rompem a sequência amor, desejo e sexo estão, na verdade, se desviando de um caminho que seria naturalmente trilhado pelas mulheres no âmbito da vivência de sua sexualidade (BORGES; NAKAMURA, 2009).

Ademais, é possível perceber que as relações de gênero permanecem configurando de forma intensa a sexualidade feminina e masculina, circunscrevendo as diversas maneiras de iniciação sexual. Considera-se que este fenômeno ocorra em virtude dos diferentes processos de socialização de meninos e meninas, nos quais normas e valores são elaborados de maneira distinta, de acordo com a significação de masculino e feminino para cada sociedade. Nestes processos, as identidades e papéis de gênero na adolescência vão se consolidando, por meio de avanços e retrocessos.

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, como ter de prover o sustento familiar, ter compromisso com o filho e perder a liberdade conquistada na adolescência. Relataram, também, ter acesso ao preservativo no SAE. 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)

Tenho que usar camisinha para não passar para outra pessoa a minha doença, porque eu não queria isso, mas não tive escolha. Tem que usar para ela não engravidar. (A10)

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]. [...] Pego camisinha aqui [SAE]. (A14)

Tem que usar [preservativo] para se prevenir de tudo que tem possibilidade de acontecer se não usar, passar a minha doença para outra pessoa e a guria engravidar. Estou muito novo ainda, quero curtir a vida. (A8)

Os adolescentes anunciaram a preocupação de serem portadores de um vírus que pode ser transmitido, por meio de um contato sexual sem proteção, para a pessoa com quem estejam se relacionando. Isso representa que temem serem responsáveis pelo adoecimento de outra pessoa. Esta preocupação traz para o adolescente a responsabilidade de não querer que o outro experiencie a mesma rotina de cuidados que ele já vivencia. Para o adolescente, perceber-se como alguém que traz “perigo” para a parceria ou parceiro sexual pode desencadear intensa angústia, bem como sentimentos de culpa e ansiedade, sendo estes aspectos emocionais bastante importantes, que trazem impacto negativo à vivência da sexualidade. Por conseguinte, há que se considerar que a aids é como um fardo que pesa em suas relações, pois não apenas atuam, como também são incitados a atuarem, especialmente pelos discursos dos familiares, dos professores e dos profissionais da saúde, como responsáveis pelo cuidado de si e do outro.

A vida sexual de pessoas que vivem com HIV pode ser afetada devido a questões como a preocupação e a ansiedade acerca da possibilidade de transmissão. Isso pode levar à perda da liberdade e da espontaneidade sexual, bem como do interesse sexual (SIEGEL; SCHRIMSHAW; LEKAS, 2006).

Paiva et al. (2011) revelaram, em seu estudo, que tanto os adolescentes que vivem com HIV/aids quanto seus cuidadores consideram desafiador lidar com o risco concreto da transmissão da infecção. Tais autores ratificam que a sexualidade dos adolescentes vivendo com HIV/aids reclama, urgentemente, de uma abordagem que não se restrinja meramente à proteção contra os “perigos” da vida sexual. No entanto, as estratégias de prevenção têm se voltado para o controle do exercício da sexualidade de tais adolescentes, pois têm se preocupado, na maioria das vezes, com a possibilidade de disseminação do HIV por parte dos adolescentes soropositivos, no caso de estes não fazerem uso do preservativo (CUNHA, 2012). Desse modo, Cunha (2012) descreve que a prevenção passa a ser, muitas vezes, reduzida ao uso do preservativo, na medida em que se pressupõe que os adolescentes que vivem com esta condição devem desenvolver uma consciência de controle de si para não

disseminar o vírus, o que reduz intensamente a construção de práticas saudáveis ou seguras para experienciarem a sexualidade.

Nessa direção, Alves e Brandão (2009) apontam a importância de desmistificar a sexualidade dos adolescentes como problema a ser solucionado a partir da proibição e do controle. De acordo com essas autoras, o exercício da sexualidade pautado por conhecimentos e pela interlocução entre os adolescentes, seus pais, profissionais da saúde e da educação pode resultar em práticas sexuais mais responsáveis, refletindo positivamente no uso de métodos contraceptivos e na proteção quanto às doenças sexualmente transmissíveis.

Tais autoras realizaram uma pesquisa com adolescentes que haviam tido ao menos um episódio de gravidez na adolescência e encontraram resultados diferentes do presente estudo. A primeira relação sexual, na referida pesquisa, ocorreu sem uso de qualquer método contraceptivo por todos os adolescentes, e a contracepção iniciou-se depois da primeira relação sexual ou da primeira gravidez. A não utilização do método contraceptivo na primeira relação sexual e a esporadicidade nas relações subseqüentes pressupõem, conforme as autoras, além de um uso descontinuado do método, o aumento da vulnerabilidade para a gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis.

Observou-se que, entre os adolescentes, havia um conhecimento internalizado sobre a relação entre o sexo e os riscos de contrair alguma doença sexualmente transmissível, pois pareceram bem conscientes da necessidade de se proteger de outras doenças, como pode ser evidenciado nos depoimentos a seguir:

Eu acho importante usar camisinha, porque se não usar posso pegar outras doenças, passar o HIV ou posso engravidar. Se ele não quisesse colocar eu iria embora, não iria rolar. (A13)

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 gonorreia e sífilis, e se proteger de uma gravidez. (A14)

O adolescente que vive com HIV/aids está lançado nesta situação de risco como qualquer outro que realize relação sexual sem proteção, sem o uso correto do preservativo. Para Alves e Brandão (2009), a contracepção é uma experiência subjetiva, que se aprende e se

adquire com o tempo, no decurso dos relacionamentos afetivo-sexuais, permeados pelas assimetrias de gênero.

Algumas literaturas indicam o aumento no uso de preservativos entre adolescentes em geral e, particularmente, no contexto da primeira relação sexual. A respeito disso, Paiva et al. (2008) observaram, entre os adolescentes brasileiros, o incremento no uso de preservativo na primeira relação tanto no contexto de relações estáveis quanto em situações de sexo casual. No entanto, observaram, também, que houve a diminuição no uso de preservativo entre os adolescentes que se iniciaram sexualmente antes dos 14 anos, independente do contexto de tipo de relacionamento, o que foi expressivo na Região Sudeste do país e entre os mais escolarizados. Com relação à frequência do uso de preservativos, Tronco e Dell’Aglío (2012) concluíram que a maioria dos adolescentes pesquisados utilizaram preservativo em todas as suas relações sexuais e que 7,4% nunca o utilizaram. Em relação ao medo de infectar-se em uma relação sexual desprotegida, Anjos et al. (2012) relatam que há maior porcentagem de meninas do que de meninos que têm esse sentimento, o qual pode ser associado à autopercepção de vulnerabilidade e de exposição a situações de risco para adquirir a doença.

No que se refere a essa percepção das meninas adolescentes, Bozon e Heilborn (2006) relatam que parece haver certos fatores de socialização que favorecem a utilização de uma proteção pelas mulheres em sua primeira relação. Esses fatores perpassam a conversa entre mãe e filha sobre menstruação antes do acontecimento desse evento; a inexistência de conflito com os pais em relação à convivência da adolescente com amigos ou namorados; e o acesso às informações sobre contracepção tanto oriundas da mãe quanto da escola.

Dessa forma, uma das adolescentes participantes deste estudo, com alguma informação, relatou que iria se esforçar para usar o preservativo, mesmo sem revelar sua condição de portadora para os parceiros, como pode ser visto a seguir:

Eu iria pedir para ele usar camisinha, por causa da prevenção mesmo. Só contaria [sobre o HIV] se fosse meu marido. Se ele não usasse iria sair fora, porque eu não quero passar o vírus para ele. E, também, para me prevenir de outras doenças que talvez ele tenha. (A12)

Para os adolescentes que vivem com HIV/aids, além de ser desafiador lidar com o risco da transmissão da infecção para os parceiros e parceiras, há, também, o risco do estigma e da discriminação associados à condição de serem portadores do vírus. Entende-se que a vivência da sexualidade para estes adolescentes é marcada pela dificuldade em lidar com a soropositividade, pois apresentam receio de serem vítimas de preconceito e/ou discriminação.

Achados semelhantes a esses foram encontrados em um estudo internacional realizado com adolescentes canadenses, que entenderam ser desnecessária a revelação ao parceiro caso utilizassem o preservativo (FERNET et al., 2011). Com esta atitude entenderam que estariam protegendo o parceiro e a si mesmos de qualquer forma de rejeição. Além disso, tais adolescentes relataram que a revelação poderia gerar ações judiciais contra si, sendo, portanto, melhor manter o silenciamento acerca do seu diagnóstico.

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)

Dizem que é melhor sem [preservativo]. (A10)

O meu namorado fala que a camisinha aperta. (A9)

A respeito disso, Brandão (2009) ressalta que a utilização de métodos de barreira pelos adolescentes provoca muitas reclamações como, por exemplo, a “quebra o clima” da relação, a interrupção do fluxo natural da sensação de prazer e que a borracha causa irritação e alergias. A irregularidade do uso desses métodos, decorrente dessas e de outras questões, os torna vulneráveis a uma gravidez imprevista e às doenças sexualmente transmissíveis.

Nessa mesma direção, Dias et al. (2010) apreenderam que, de modo geral, o fator predisponente ao não uso do preservativo, pelos adolescentes, está associado à crença em mitos presentes na sociedade de que o uso desse método interfere no prazer sexual, diminuindo-o. Já Tronco e Dell’Aglia (2012), além de evidenciarem que os adolescentes não gostam de utilizar o preservativo por tais razões, também perceberam que o não uso estava relacionado à utilização de outros métodos contraceptivos e à confiança no parceiro ou

parceira, em decorrência do envolvimento afetivo e da intimidade do casal. Nesse estudo, os adolescentes que estavam vivenciando relações fixas relataram menor uso de preservativos nas últimas relações sexuais, o que pode indicar uma redução no uso à medida que se envolvem em relações mais estáveis.

Outra questão significativa revelada na presente pesquisa 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. Eu, também, não falo nada para ele. Ele sabe dos riscos, mas ele não gosta [de usar o preservativo], fala que diminui o prazer. Ele ainda 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. Já tomei susto achando que tinha engravidado uma guria. (A14)

A manutenção de uma prática espontaneísta e pouco reflexiva acerca da sexualidade entre os adolescentes reforça os estereótipos de gênero e dificulta a adoção de medidas preventivas à gravidez e às doenças sexualmente transmissíveis. Dessa forma, Brandão e Heilborn (2006) ponderam que o aprendizado e o domínio da contracepção na adolescência é gradual como a iniciação sexual, não se tratando de uma experiência linear, racional, incondicional.

Os adolescentes participantes deste estudo anunciaram 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 ressignificaram, por meio das influências sociais e culturais, as informações que receberam, produzindo ações diferentes daquelas propostas, por exemplo, pelos serviços de saúde. Assim, fica evidente, de acordo com Resta (2012), 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.

Segundo Alves e Brandão (2009), entender os desafios que cercam as práticas contraceptivas na adolescência é estabelecer nexos entre o aprendizado da sexualidade e da

contracepção com a conquista gradativa da autonomia individual, considerando que ambos os percursos estão relacionados e fazem parte de um processo de amadurecimento e construção de uma identidade social e de gênero.

Os discursos apresentados sugerem que os adolescentes reconheciam que as mudanças em relação a assumir práticas preventivas somente são consolidadas mediante a sua decisão de assumir, ou não, as orientações que recebem. Nesse sentido, percebe-se que, embasados nos seus valores e entendimento de certo e errado, delimitavam as práticas para o seu contexto de vida. Dessa forma, constata-se que alguns adolescentes apresentaram uma atitude autônoma em relação ao discurso técnico-científico, reinterpretando-o com base no que acreditavam. Por essa razão, entende-se que esses sujeitos estavam exercitando suas habilidades de assumirem escolhas de vida emancipadas. As falas ilustram o posicionamento de emancipação assumido por esses participantes frente às suas escolhas de vida, ao contestarem os controles e proibições feitos pelo discurso técnico-científico às práticas relacionadas à sexualidade, como a recomendação de utilização do preservativo para não se contaminarem com outras doenças sexualmente transmissíveis e não infectarem parceiros ou parceiras com o HIV.

A esse respeito, Freire (2007; 2011b) enfatiza que as prescrições passam a ser substituídas por planejamentos decorrentes de reflexões da realidade vivenciada. Ao refutar a postura de objeto da ação, essa pessoa passa a assumir, gradativamente, o papel de sujeito, tornando-se capaz de escolher. As escolhas emancipadas, segundo Freire (2007), são um processo que o indivíduo aprende apenas decidindo. Ou seja, ele não pode reconhecer-se como sujeito de suas escolhas, se não aprender a decidir e a assumir as consequências desse ato. Por essa razão, Freire (2007) afirma que ninguém pode ser autônomo primeiro para depois decidir. A construção da autonomia está na interface com as várias experiências de decisões, que vão sendo tomadas pelas pessoas. A decisão, nessa perspectiva, é um processo responsável e conseqüentemente emancipativo.

No estudo de Fernet et al. (2011), os adolescentes que viviam com HIV/aids revelaram que não usar o preservativo era tentador, embora reconhecessem a sua importância. 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 limita a intimidade, distanciando-os do parceiro ou parceira, e lembra constantemente do seu estado sorológico. Desse modo, quando a carga viral estava indetectável pensavam que poderiam dispensar o uso deste método nas relações sexuais, pois haveria menor risco de infectar o parceiro ou parceira.

Além da questão da decisão autônoma sobre a utilização ou não do preservativo, Resta (2012) contribui dizendo que situações como a não programação da primeira relação sexual e a falta de diálogo entre os parceiros contribuem para ratificar as diferenças de gênero e podem estar associadas a situações de vulnerabilidade.

Sobre isso, Bozon e Heilborn (2006) consideram que o sexo se inscreve entre as atividades que podem ser praticadas sem que se reflita sobre elas e, dessa forma, ocorrem sem nenhuma programação. Para os autores, não falar sobre isso nem com os parceiros nem com outras pessoas pode contribuir para reforçar as diferenças do sistema de gênero. A espontaneidade das relações sexuais reforça a dicotomia de que mulheres não devem pensar sobre sexualidade e os homens não devem falar sobre sexualidade com as mulheres. Dessa forma, a espontaneidade das relações sexuais é decorrente, ao menos em parte, da pouca reflexividade sobre essa questão.

A desigualdade de poder nas relações entre homens e mulheres é um dos motivos da dificuldade que ambos têm em discutir formas seguras de exercer a sexualidade, pois, muitas vezes, é o homem quem decide como será realizada a relação sexual, como pode ser observado neste estudo. A literatura demonstra que a iniciativa do uso da camisinha na relação sexual é atribuída quase sempre ao homem, de modo que os adolescentes entendem que se a mulher assumir essa função pode resultar em sua desvalorização (SAMPAIO et al., 2011; RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011). Em decorrência disso, as meninas deparam-se com barreiras no processo de negociação do uso do preservativo com os parceiros, que acabam detendo o poder de decisão a esse respeito, comprometendo a possibilidade de adotarem medidas preventivas, tanto em relação a doenças de transmissão sexual quanto à gravidez (RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011). Para Ribeiro, Silva e Saldanha (2011), as explicações dadas sobre a dificuldade em pedir ao parceiro para usar o preservativo nos grupos são diferentes entre os sexos. Para as meninas, a dificuldade está no medo de desagradar e perder o parceiro ou passar uma visão de experiente. Para os meninos, o comportamento da parceira em solicitar o uso do preservativo gera desconfiança. Esta ausência de diálogo e, conseqüentemente, de negociação quanto ao uso do preservativo, cria uma zona de silêncio onde o medo das conseqüências limita as ações, levando-os a um contexto de vulnerabilidades.

Neste estudo, uma das adolescentes que referiu estar namorando anunciou não usar preservativo nas relações sexuais. É importante considerar que as medidas de proteção às doenças sexualmente transmissíveis também variam se os contatos sexuais se dão no âmbito de relacionamento duradouro ou ocasional. Os adolescentes tendem a ser menos vigilantes

quando estão namorando. Nos estudos de Brandão e Heilborn (2006) e Alves e Brandão (2009), foi observado que o contexto do relacionamento se constituiu um elemento determinante no uso ou não de preservativo pelos adolescentes, agravado pelas imposições que os papéis de gênero determinam aos adolescentes em suas performances afetivo-sexuais. A confiança no parceiro provavelmente está relacionada com o tipo de vínculo e o envolvimento emocional no momento do ato sexual, pois o preservativo tem sido substituído, entre os adolescentes, pela pílula anticoncepcional na busca apenas de se evitar a gravidez (ANJOS et al., 2012).

Dessa forma, percebe-se que as experiências acerca da sexualidade não passam simplesmente pelo conhecimento dos riscos e dos problemas de saúde que esta prática envolve, mas, especialmente, pelo contato anterior e pelo desejo masculino, sobrepondo-se à prevenção. O domínio da contracepção inscreve-se em um processo de aprendizado e de tomada de decisões no qual o conhecimento dos métodos não é decisivo (BRANDÃO; HEILBORN, 2006) e acrescenta-se que nem significa que o adolescente apresente condições de seguir o aprendido ou o esclarecido. Com isso, o conhecimento necessariamente não predispõe à mudança de comportamento, pois se sabe que muitas outras dimensões estão implícitas nessas decisões. A estrutura familiar e econômica, a escolaridade, o abandono e os maus-tratos, a influência cultural são apenas algumas dimensões que podem interferir no momento da negociação ou assimilação de uma prática segura. No entanto, o manejo e a introdução dos métodos são lentos, exigem discussão entre os parceiros, autoconfiança e apoio social.

A partir dos relatos apresentados, percebe-se que o conhecimento do domínio e do manejo cotidiano dos cuidados de proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis torna-se cada vez mais central para o cuidado em saúde, tendo em vista o diversificado elenco de experiências afetivo-sexuais que integram as trajetórias dos adolescentes na construção da sua sexualidade.

Por conseguinte, o cuidado em saúde aos adolescentes que vivem com HIV/aids não pode se limitar ao fornecimento de informações biológicas, que perpassam o funcionamento do sistema reprodutor ou a utilização de métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ou de uma gravidez indesejada. Há que se ir além, potencializando nos adolescentes reflexões sobre os diferentes eventos e situações que poderão experienciar e experienciam acerca da sexualidade no seu cotidiano, a fim de contribuir com o processo de construção de sua autonomia para enfrentarem os desafios próprios das relações afetivo-sexuais.

4.3.4 *Precisa ter amor e confiar para contar*: dilemas vividos na revelação da condição nas relações afetivas

Administrar a condição de soropositividade em seus relacionamentos afetivos é uma das questões que mobilizava o cotidiano dos adolescentes que vivem com HIV/aids. Entre tais sujeitos, mesmo namorando, predominou a opção de não comunicar imediatamente seu diagnóstico para os parceiros ou parceiras. Para tanto, descreveram a necessidade de “ter confiança para contar”, 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. Eu contaria a minha história. (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)

Só depois que casar eu contaria, depois que amadurecer a relação. Precisa ter amor e confiar para contar, se não tem confiança não tem abertura para os segredos. (A7)

Eu só falei para ele [namorado] que tinha um segredo e que quando chegasse o momento certo eu iria contar. Tem que ter confiança, tem que perguntar se ele gosta mesmo de mim, se quer ficar comigo. (A1)

Quando eu estiver namorando e for transar quero contar [sobre o HIV], mas só se confiar na gurria. Se eu não contar e ela descobrir depois que já foi, pode ficar braba comigo. (A8)

Eu ainda não conteí para o meu namorado, porque recém conheci ele. Tem que ter confiança para contar. Tenho medo que se a gente terminar ele saia falando para todo o mundo. Eu nunca confiei em ninguém para contar. (A9)

A revelação do diagnóstico aos parceiros afetivos assume uma complexidade 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, Paiva, Segurado e Filipe (2011) elucidam que 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. Tais autores expressam que, quando as pessoas descobrem que estão infectadas com o HIV, muitas tendem a isolar-se devido ao medo de rejeição e abandono, especialmente quando pensam em divulgar a sua condição sorológica. Ponderam, ainda, que a divulgação do diagnóstico de HIV pode diminuir o isolamento, expandir o suporte social, favorecer a adaptação à ingestão de medicamentos e a negociação de sexo seguro.

Analogamente ao presente estudo, Paiva et al. (2011) revelaram que namorando ou ficando, com ou sem relações sexuais, os adolescentes descreveram a necessidade de confiar no parceiro para contar sua condição sorológica. Nessa direção, outra pesquisa nacional, realizada com homens heterossexuais e bissexuais, observou que a revelação do diagnóstico requer confiança e acontece, de forma mais frequente, para parceiros que sejam fixos e soropositivos, uma tendência que pode ser entendida com base no medo do preconceito e da rejeição (PAIVA; SEGURADO; FILIPE, 2011). Além disso, tal pesquisa percebeu, também, que heterossexuais revelam mais em detrimentos dos homossexuais. Nesta mesma pesquisa, os participantes relataram vários graus de dificuldade em iniciar um novo relacionamento por causa da necessidade de revelar o seu estado sorológico, acreditando ser um imperativo moral fazer esta revelação.

Pesquisas internacionais, da mesma forma, revelaram que a divulgação do *status* sorológico aos parceiros afetivos e/ou sexuais é uma questão complexa e desafiadora (FERNET et al., 2011; KLITZMAN; BAYER, 2003). Para Fernet et al. (2011) os adolescentes sentem-se presos entre o desejo de compartilhar o segredo, a culpa por esconder a verdade e o medo da rejeição. Segundo eles, as meninas insistiram que o seu envolvimento em relações sexuais não era concebível a menos que seu parceiro fosse informado sobre o seu estado sorológico. Alguns adolescentes referiram que os sentimentos de confiança e apego desenvolvem-se com o tempo e são elementos essenciais para discutir a condição do HIV. Já Klitzman e Bayer (2003), além de evidenciarem tais questões, perceberam que vários códigos são utilizados indiretamente para revelar a soropositividade, os quais perpassam deixar a medicação à vista e educar os parceiros acerca da necessidade de todas as pessoas se protegerem utilizando preservativos.

Ademais, conforme discorrem Paiva, Segurado e Filipe (2011), não cabe aos profissionais determinar como as pessoas que vivem com HIV/aids irão se comportar ou quais as decisões deverão tomar em relação à sua vida afetiva, reprodutiva ou sexual, particularmente em relação à divulgação da sua condição sorológica. Reiteram que cabe ao Estado e aos profissionais da saúde implementarem os princípios do SUS e garantirem, para estas pessoas, direitos à saúde sexual e reprodutiva, com qualidade, de modo que possam tomar decisões relativas à saúde após terem sido adequadamente informadas.

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)

Eu teria medo que ela [namorada] se separasse de mim, que não gostasse mais de mim quando eu contasse. Eu teria medo de perder ela. (A7)

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. Tem que estar gostando dela e tem que ter muita confiança. 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)

Eu preciso ter confiança para contar. Tem que ser um homem que goste e que ame a gente. Se eu gostar dele, acho que vou falar. Tenho medo de falar, porque ele poderia não me querer mais e ter medo de mim. (A4)

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, Paiva, Segurado e Filipe (2011) descrevem o medo do estigma e da discriminação associados ao HIV 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 (FERNET et al., 2011).

Outras pesquisas também confirmaram o medo da rejeição e do preconceito como ameaçador para a revelação do diagnóstico nas relações afetivo-sexuais (SILVA; AYRES, 2009; FERNET et al., 2011; PACHECO; PAZ; SILVA, 2011). Silva e Ayres (2009), em uma pesquisa realizada com pessoas que viviam com HIV/aids e profissionais da saúde, perceberam que as mulheres apresentam o receio de sofrerem rejeição ou preconceito dos parceiros, caso revelem suas condições sorológicas e, portanto, sustentam a impossibilidade de fazê-lo. Já Fernet et al. (2011), em estudo realizado com adolescentes que viviam com HIV/aids, demonstrou que, quando apaixonadas e comprometidas em uma relação estável, algumas meninas gostariam de partilhar as suas realidades com seus parceiros, no entanto temem a rejeição ou, até mesmo, vivenciarem alguma situação de violência decorrente da não aceitação da condição sorológica. Tais adolescentes, ao iniciarem suas experiências afetivas e sexuais, acabam sendo preenchidas com a ansiedade de serem rejeitadas por seus parceiros, o que pode substancialmente dificultar ou impedir o envolvimento em relacionamentos amorosos e íntimos. Nesta mesma direção, Pacheco, Paz e Silva (2011) observaram, entre adolescentes que viviam com esta condição, que ao se relacionarem afetivamente ou sexualmente com outros vivenciaram o temor de serem rejeitados, o que lhes tolhia a naturalidade da convivência cotidiana.

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)

Deslinda-se, a partir dos relatos, que algumas poucas adolescentes aventuraram-se pelos caminhos do processo de revelação do diagnóstico aos parceiros afetivo-sexuais, enredadas entre medos e desejos. Medos de serem rejeitadas, abandonadas ou de sofrerem sanções pelos parceiros, e desejos de vivenciarem uma relação afetiva mais tranquila e verdadeira, sem segredos e 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. Quando a adolescente expressa “me aceitou como eu sou”, traz imbricada a sua identidade de

pessoa que vive com essa condição e, portanto, entende importante que assim seja reconhecida e aceita pelo seu parceiro.

Algumas meninas adolescentes, no estudo de Fernet et al. (2011), arriscaram-se a revelar suas condições sorológicas para seus parceiros e foram apoiadas e aceitas pelos mesmos. Elas descreveram que essa experiência proporcionou o fortalecimento do vínculo com o parceiro e o aprofundamento da intimidade na relação, sendo considerada como uma das mais importantes de suas vidas.

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

Minha madrasta que contou para a minha namorada. Ela [madrasta] foi na casa dos pais dela [namorada] e a primeira coisa que falou é: “Ele tem HIV.”. Falou para toda a família. 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 ele soubesse assim. Na hora que ele descobriu me deu medo que ele fosse embora. Ainda bem que meu namorado aceitou. Ele falou que não é para parar de tomar o remédio. (A11)

Há que se considerar que, de acordo com as falas, os adolescentes não solicitaram auxílio para o padrasto ou madrasta para a revelação do diagnóstico aos parceiros, 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. Com esta atitude parece não ter havido preocupação com a exposição dos adolescentes ao preconceito e à discriminação, especialmente quando um dos adolescentes denunciou que sua condição foi revelada “para toda a família”, o que representa dizer que foi publicizada. Cabe ressaltar que, no capítulo II do ECA, o artigo XVII trata que o direito ao respeito perpassa a não violação da integridade psíquica e moral do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dentre outras questões (BRASIL, 2008), o que claramente não está assegurado na família destes sujeitos.

Paiva et al. (2011) alertam que 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, conforme tais autores, 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.

É possível aventar que uma das possibilidades, para aqueles que apresentam dificuldades em revelar o diagnóstico aos parceiros, é pensar estratégias de revelação junto aos profissionais da saúde. Silva e Ayres (2009) apreenderam, com base nos discursos de profissionais da saúde e de pessoas vivendo com HIV/aids, estratégias de comunicação do diagnóstico a parceiros sexuais. Uma das estratégias, bastante interessante, apresentada por esses autores diz respeito à realização de um grupo de discussão, nos serviços de saúde, entre pessoas que vivem com HIV/aids, com intento de refletir acerca desta questão em foco. A expectativa desses grupos é enriquecer o repertório argumentativo das pessoas com dificuldades para fazer a revelação aos seus parceiros, por meio da explicitação e compartilhamento das experiências, temores e expectativas. Vislumbra-se que a ativa problematização do estigma, por meio da realização de grupos de discussão, pode ser um caminho possível e prático para o seu enfrentamento.

4.3.5 *Quero ser feliz, alegre e sonhadora*: perspectivas de projetos de vida

Inicialmente, torna-se necessário explicitar o que se entende, neste estudo, por projeto de vida. Parte-se da ideia de Leão, Dayrell e Reis (2011), que consideram que o projeto de vida seria uma ação do indivíduo de escolher um, entre os futuros possíveis, transformando os desejos em objetivos passíveis de serem perseguidos, representando, assim, uma orientação, ou seja, um rumo de vida. Nesse sentido, o projeto não deve ser entendido como resultado de um cálculo matemático, estrategicamente elaborado, ou de um processo linear. A ideia de projeto de vida, conforme tais autores, relaciona-se a um plano de ação que um indivíduo se propõe a realizar em relação às esferas afetiva e profissional de sua vida, o que pode se processar em marco temporal maior ou menor.

No entanto, cabe ressaltar que a elaboração de tal projeto depende de um campo de possibilidades alicerçadas no contexto socioeconômico e cultural no qual cada adolescente se encontra inserido e que circunscreve suas experiências (LEÃO; DAYRELL; REIS, 2011). Nessa direção, Resta (2012) colabora dizendo que, mesmo que os projetos de vida sejam individuais, podem não se constituir como escolhas, haja vista que nem todas as pessoas têm o

mesmo acesso a bens culturais e de consumo, as mesmas condições de saúde e o mesmo grau de escolaridade.

Nesse sentido, o projeto possui uma dinâmica própria, modificando-se na medida do amadurecimento dos próprios jovens e/ou das mudanças no seu campo de possibilidades. Desse modo, está relacionado à consciência que o jovem adquire sobre sua existência ao longo das suas diversas experimentações (RESTA, 2012). Os projetos de vida nascem e ganham consistência em relação às situações presentes, mas implicam, de certa forma, uma relação com o passado e o futuro. Nesse processo, permeado de experiências e descobertas, emoções e conflitos, o adolescente passa a se questionar acerca de que rumo dará à sua vida, o que se constituiu uma questão importante para refletir acerca dos seus projetos de vida e decisiva no seu processo de amadurecimento (LEÃO; DAYRELL; REIS, 2011).

O diagnóstico de soropositividade pode ser considerado um importante aspecto na definição ou redefinição dos projetos de vida dos adolescentes que vivem com HIV/aids. Foi possível observar, nos depoimentos dos adolescentes, que o HIV/aids transpassava seus sonhos, desejos e planos e, por vezes, borrava os mesmos. Quando se pensa na intersecção entre a soropositividade e os projetos de vida dos adolescentes, cabe refletir: Até onde o HIV define o que cada adolescente pode ser?

Os adolescentes que vivem com HIV/aids, por terem, atualmente, a possibilidade de maior sobrevida, passam a vivenciar experiências semelhantes às dos adolescentes não portadores do vírus e se veem diante de questões relacionadas à continuidade do estudo; profissionalização; ingresso, permanência e ascensão no mercado de trabalho. Além disso, deparam-se, também, com as questões que dizem respeito às relações afetivas, à reprodução e à constituição familiar.

Em relação aos planos afetivos, os adolescentes relataram que as experiências afetivo-sexuais estão subordinadas a questões como o estudo e o emprego. Desse modo, anunciaram que não havia uma preocupação com a urgência dessa experimentação, pois entendiam que poderiam vivenciá-la após concluírem os estudos ou quando conseguissem um emprego, ou seja, no momento que entendessem como o certo para isso. Os trechos que se seguem representam essa descrição:

Em primeiro lugar os estudos, sempre. Quando estiver com tudo pronto, vou procurar uma pessoa especial. Quando for a hora certa quero ter dois filhos. [...] A hora certa é quando estiver bem mesmo no trabalho e quando a casa estiver construída. (A5)

Planos pessoais! Acho que todo mundo um dia vai casar, penso em casar e ter filhos. Primeiro tenho que organizar a vida, depois sim posso ter filho. Vou fazer tratamento para o meu filho não ter a mesma coisa que eu. (A12)

Tudo tem seu tempo na vida, por exemplo, tem o tempo de namorar, de ficar, de casar e de morrer. Tem o tempo de felicidade e o tempo de tristeza. [...] Eu quero ser feliz, alegre e sonhadora. Ter bastante saúde. Quero casar com um cara que tenha amor, carinho e fidelidade por mim e ter filhos. (A13)

Eu vou namorar quando já puder me sustentar e sustentar minha namorada, porque quando namorar pode casar no futuro. É muito sério isso. Bem no futuro quero ter meus filhos. (A8)

Não está na hora ainda de namorar, as coisas acontecem no tempo certo, se for mais tarde é para ser mais tarde. [...] Quero construir uma família para mim conversar, para dividir meus assuntos pessoais. Quero ter um filho que vai ser um pedaço de mim, uma lembrança, um gesto de amor. Para casar tem que ter amor e compaixão. (A7)

Eu não quero namorar ainda, primeiro quero arrumar um emprego para mim. Vou namorar só quando tiver uns dezesseis anos. [...] Quero ter minha família, casar, mas não quero ter filhos. (A4)

Entende-se como fundamental que os adolescentes sonhem e desejem, para que possam construir e reconstruir seus projetos de vida. É a partir desta experimentação de escolhas, possíveis em seus contextos de vida, que os adolescentes tornam-se protagonistas de seus projetos. Assim, se de um lado tem-se a ampliação do espaço de autonomia individual que se expressa na escolha, de outro, a impossibilidade de não escolher, considerando que nem todos podem escolher tudo sempre, devido às desigualdades sociais.

Quando se escutou as narrativas desses adolescentes vivendo com HIV/aids, foi possível observar o desejo expresso pela constituição de uma família, articulada à conquista da estabilidade financeira. No entanto, para conquistá-la, o desejo de estudar é a motivação que está em primeiro lugar na expectativa dos adolescentes.

A família se coloca como uma instância significativa para a compreensão dos projetos de vida dos adolescentes, nos quais ocupa um lugar central. Os depoimentos dão pistas de que desejam um modelo de família nuclear, com filhos. Também denotaram a importância do amor nas suas relações. Estudo realizado por Oliveira, Della Negra e Martins (2012), que buscou conhecer os projetos de vida de jovens adultos que conviviam com o HIV, evidenciou resultados semelhantes. Nesse estudo, os jovens demonstraram desejo de constituir família unindo-se a um parceiro, realizando o desejo da maternidade ou paternidade, não considerando a condição sorológica como impeditivo para a concretização desse projeto. Embora cercado por ambiguidades e receios, o desejo de começar uma família e ter filhos foi

frequentemente observado, entre os adolescentes que viviam com essa condição, na pesquisa de Ayres et al. (2006). No entanto, nenhum deles havia tido a oportunidade de discutir abertamente esses planos em casa ou com os profissionais da saúde.

Pode-se dizer que, quanto aos planos afetivos, estes se processam para os adolescentes que vivem com HIV/aids permeados de várias preocupações sob o argumento do cuidado consigo e com o outro. Para tanto, no caso de relações sorodiscordantes, precisam estar atentos para evitar infecção dos parceiros, se decidirem ter filhos por vias biológicas; no caso de relações soroconcordantes, devem cuidar-se mesmo assim para evitar reinfecções ou infecções com outras doenças sexualmente transmissíveis; além de terem que lidar com a revelação do diagnóstico e com a possibilidade de aceitação ou rejeição (SILVA, 2012).

De acordo com Resta (2012), os jovens vislumbram projetos de vida como a formação profissional, que representam pelo estudo, e entendem o envolvimento numa relação estável como um plano seguinte à sua afirmação financeira. Para a autora, os projetos de estudar, casar e constituir uma família estão relacionados com a sexualidade e traduzem os reflexos sociais e culturais da sociedade que tencionam na juventude essas expectativas. Essa fase da vida, reitera a autora, parece aproximar-se dos assuntos que focam as perspectivas de futuro e o campo da sexualidade e, especialmente, possibilita a manifestação desses desejos.

Já outros adolescentes expressaram dúvidas ou não cogitaram ter filhos, influenciados pela vivência e sofrimento causados pela portabilidade do HIV. As falas a seguir ilustram essa questão:

Vontade eu tenho de ter filho, mas não posso, porque não quero que a criança tenha o mesmo problema que eu. Não quero passar [HIV] para minha namorada. (A14)

Não penso em casar e nem em ter filhos, porque vai que o filho nasça com essa doença, eu não quero isso para ele. Eu vou morar sozinho, ter a minha vida. (A10)

Não sei se quero ter filhos, porque, coitada da criança, não quero que pegue a minha doença. Meus pais passaram para mim, mas não quero que meus filhos nasçam com a mesma coisa. (A5)

A realização do desejo de ter filhos foi marcadamente influenciada pela questão do HIV, fazendo com que tivessem dúvidas ou, até mesmo, desistissem de tal projeto. Nessa perspectiva, elucida-se que o HIV atravessa alguns sonhos e desejos dos adolescentes, talhando-os. A respeito disso, Ayres et al. (2006) sinalizam que os horizontes de vida de crianças e adolescentes que vivem com HIV/aids são, em muitos casos, desnecessariamente e

involuntariamente restritos por eles mesmos ou por pessoas com quem convivem. É como se a condição de soropositividade fosse razão para que o adolescente desconsiderasse sua vida afetiva, sexual e reprodutiva, seu estudo, sua profissionalização e seus cuidados consigo (AYRES et al., 2004).

Paiva et al. (2011) evidenciaram um limitado conhecimento entre alguns adolescentes que viviam com HIV/aids e seus cuidadores sobre a possibilidade de ter filhos sem infectar o parceiro ou o bebê, o que também parece ocorrer entre os adolescentes deste estudo. Segundo tais autores, pessoas vivendo com HIV não são, muitas vezes, consideradas pela sociedade e pela própria literatura da área como aptas a constituírem família e permanecem significadas como perigosas, sendo que esta tem sido a abordagem da sexualidade, inclusive dos adolescentes.

Outros estudos também demonstraram a vontade de tais adolescentes construírem família e de terem filhos, contudo esclarecem que eles temem levar adiante esses projetos preocupando-se com o risco de contaminação do filho e do parceiro (PACHECO; PAZ; SILVA, 2011; PAIVA et al., 2011; OLIVEIRA; DELLA NEGRA; MARTINS, 2012). Desse modo, alguns pensam, inclusive, na possibilidade de adoção (PAIVA et al., 2011).

Ainda no que se refere aos planos afetivos, cabe ressaltar que algumas adolescentes revelaram o casamento como um dos seus projetos de vida, por entenderem que possibilita uma maior independência em relação aos pais. Essa argumentação pode ser exemplificada pelos seguintes depoimentos:

É bom casar porque os pais só enchem o saco da gente. Se a gente tem que arrumar alguma coisa em casa, os pais ficam mandando: “Vai arrumar isso, vai arrumar aquilo.”. (A3)

Casar vai me dar mais liberdade e ao mesmo tempo vou ter que ter mais juízo. Vou ter que cuidar da casa, ter que amadurecer mais. (A1)

Eu quero casar, ter uma família, para não ficar morando com a mãe. Mas, filhos não quero, porque tem que ter muita responsabilidade. (A6)

Quero casar com vinte e cinco anos e ter três filhos, casar dá mais liberdade para a gente. (A9)

O casamento foi revelado como projeto de vida essencialmente pelas meninas, o que caracteriza uma construção de gênero. Sobre isso, Silva (2012) revela que os projetos de vida que perpassam o desejo de constituição de família são susceptíveis aos atravessamentos de gênero. Em seu estudo, este projeto de vida esteve presente entre as jovens mulheres e os

jovens *gays*. Além disso, é importante considerar que o casamento também é revelado como um dos projetos de vida, principalmente, pela possibilidade de mudança no *status* social (RESTA, 2012). Muitos jovens, segundo Resta (2012), almejam a independência da casa dos pais, e o casamento autorizaria tal liberdade.

Cedaro, Vilas Boas e Martins (2012) esclarecem que, para as adolescentes, o casamento é visto como um sonho, revestido de ideais e transformado, em muitos casos, na esperança ou na possibilidade de uma vida melhor, pois se refere a um comportamento aceito e esperado pela sociedade, que denota compromisso firmado aos olhos da mesma e da Igreja. Esse estudo, realizado com adolescentes escolares, revelou que, especialmente, as meninas têm o sonho de se casar na igreja e que até isso acontecer pretendem dedicar-se aos estudos.

No que se refere à possibilidade de construção de uma vida melhor, pode-se argumentar, também, que o casamento é considerado para as adolescentes como alternativa a uma vida sem perspectivas quanto à escolarização e trabalho. A mudança da condição de solteira para casada, em grupos populares, é uma valorização do papel atribuído às mulheres, e a própria relação, consolidada e legitimada socialmente, representa uma ascensão dentro da sociedade local. Isso atesta algumas dessas funções sociais do casamento. Em grupos populares, a honra feminina é indissociável do papel de esposa, que deve ser dona de casa eficiente e mãe devotada (SOARES; LOPES, 2011).

Os adolescentes fizeram as mais diferentes elaborações sobre seus projetos de vida profissional. De uma maneira geral, pode-se afirmar que centraram suas formulações em torno das expectativas de escolarização articuladas com o mundo do trabalho, indicando uma determinada profissão desejada. Nesse sentido, reforçaram a centralidade da escola e do trabalho para a construção de seus projetos de vida. Os fragmentos abaixo exemplificam tais planos:

Gosto muito de estudar, quero uma profissão que eu goste, nem que ganhe pouco. Quero uma profissão que eu seja feliz. Quero fazer faculdade de moda. Tenho tantas ideias, a cada dia vai mudando. Depois que eu me organizar bem, quero ter a minha casa. (A12)

Eu quero me formar no colégio e fazer faculdade, não sei ainda se de medicina ou de veterinária. Já pensei em ser modelo, porque sou magrela. Pretendo ter uma casa e quero comprar meu carro. (A13)

Quero trabalhar em um haras, mas só depois que terminar os estudos. Vou fazer faculdade de veterinária. Quero uma casa e um emprego bom. (A8)

Gosto de estudar, porque sem a escola não vou poder ser alguém na vida. A gente não pode ter uma profissão se não estudar. Quero ser arquiteto. (A7)

Quero estar melhor que hoje, estou cansando de ser pedreiro. Quero ter uma casa maior, um carro, uma moto, um serviço bom. Poder sustentar a família. Eu queria ser brigadiano, mas não tenho segundo grau ainda. (A14)

Eu queria ser médica, mas ainda não sei o que eu vou ser, estou em dúvida. Eu quero salvar as pessoas desse negócio [aids]. (A15)

Todo mundo tem planos, é ambicioso. Não sou muito ambicioso, só quero viver bem, não preciso ser rico. Vou terminar meus estudos e tentar fazer um curso de informática. Quero juntar dinheiro, ter uma casa e enquanto a vó estiver viva vou ajudar ela e o vô. (A10)

É possível constatar que a escola tem uma grande importância na vida destes adolescentes, sendo uma instituição para a qual se dirigem muitas expectativas. Alguns depositaram nela, ao menos no plano do discurso, um alto valor, o que pode ser evidenciado ao referir "sem a escola não vou poder ser alguém na vida". Nessa perspectiva, a escola "prepara" para o futuro, pois possibilita melhor qualificação profissional. Sendo assim, o ambiente escolar foi referido como um espaço privilegiado para a realização dos sonhos e um meio para a conquista da autonomia, colaborando para a sedimentação da identidade. Entende-se que, independentemente de seus sonhos serem viabilizados no futuro, somente a expressão dos mesmos já é muito significativa.

Há que se considerar, também, que as falas dos adolescentes demonstram marcas de um discurso adulto, especialmente, no que se refere às escolhas profissionais, escolaridade e independência financeira. Isso ocorre porque a sociedade atual prescreve, quase na perspectiva imperativa, que precisam buscar realização profissional e amorosa, e é sob esses discursos familiares e sociais que vão planejando seus projetos de vida (SILVA, 2012).

Os adolescentes imprimem uma dinamicidade em seus projetos de vida profissional, o que é resultado da capacidade de construir e reconstruir novos sentidos, diante das novas experiências e do seu campo de possibilidades. É nesse processo, marcado pela transitoriedade, que vão se delineando as trajetórias para a vida adulta. Desse modo, é possível observar que expressaram o desejo da finalização do ensino fundamental ou médio e a continuidade dos estudos em um curso superior, que lhes possibilitassem ter acesso a uma profissão.

Essa dinamicidade pode ser observada nas dúvidas que expressaram em relação aos projetos pretendidos, como, por exemplo, na escolha do curso a ser seguido. Isso evidencia o desafio enfrentado pelos adolescentes neste momento da vida, quando se veem diante das múltiplas opções que possuem pela frente. As dúvidas para esta escolha advêm, por vezes, da

falta de informação no ambiente escolar sobre o que são o ensino superior, as características dos cursos, bem como as exigências e possibilidades de cada um deles.

Nessa direção, Leão, Dayrell e Reis (2011) expressam que as diferentes posturas diante do futuro podem ser entendidas como a busca de estratégias que os sujeitos elaboram para lidar com o contexto no qual se encontram, o que está relacionado com os recursos materiais a que têm acesso, com a qualidade da sua trajetória escolar, com o acesso ou não às informações sobre o ensino superior e sobre o mundo do trabalho, entre outras questões que influenciam nos planos para o futuro.

Silva (2012), em seu estudo com adolescentes que viviam com HIV/aids, observou que a escolha profissional, da mesma forma, não se deu de modo deliberativo e definitivo. Isso pode decorrer, conforme ela, porque o próprio tempo, na contemporaneidade, é vivido como sendo efêmero e mutável. Ademais, outra questão que emergiu no estudo dessa autora foi a escolha por cursos da área da saúde, o que também revelaram alguns adolescentes participantes da presente pesquisa. Tal escolha pode estar atravessada pela soropositividade, tendo em vista que é principalmente com profissionais destas áreas que eles convivem no cotidiano terapêutico. Essas profissões poderão lhes permitir cuidar de outros adolescentes soropositivos, o que, de certa forma, poderá contribuir para que outros não passem pelas mesmas situações difíceis por eles vivenciadas (SILVA, 2012).

Outra questão emergente dos discursos diz respeito ao desejo de estabilidade financeira. Ajudar a família, os avós especialmente, esteve presente na fala de um dos adolescentes, que anunciou que “enquanto a vó estiver viva vou ajudar ela e o vô”. Por meio dos projetos de vida profissionais, os adolescentes revelaram existir uma dimensão moral na possibilidade de retribuírem aos cuidadores o que já receberam até então (LEÃO; DAYRELL; REIS, 2011).

Um dos adolescentes referiu trabalhar como pedreiro, este depoimento fala por si. O adolescente vivencia o dilema de querer estudar, mas precisava trabalhar para garantir a sobrevivência. Assim, revela o desafio cotidiano da sobrevivência e o trabalho precoce, mas também a persistência na escola e a centralidade da família. Constata-se o esforço dele em elaborar estratégias para lidar com as incertezas oriundas da desigualdade social manifestada em sua vida. Dificuldades financeiras e incompatibilidade com o horário de trabalho foram referidas como motivo de interrupção dos estudos, na pesquisa de Oliveira, Della Negra e Martins (2012).

Corroborando com Leão, Dayrell e Reis (2011), tal cenário marca o sonho de uma vida melhor, mais digna, onde possam se realizar como adolescentes e como cidadãos. E neste

sonho, no desejo de aprender e de não acomodar-se na sua inconclusão, expressam o desejo de "ser mais". Nesse sentido, Freire (2011a) aponta que o sujeito, ao refletir sobre si mesmo, em um determinado momento ou realidade, torna-se um ser na busca constante de ser mais, descobrindo-se como inacabado.

Cabe reforçar que, também na elaboração dos projetos de futuro, as condições sociais, culturais e existenciais delineiam os sonhos e as possibilidades dos jovens. As fragilidades existenciais experienciadas por estes adolescentes, já outrora referidas, podem ameaçar seus projetos de vida, constituindo-se, por vezes, em situações de vulnerabilidades (RESTA, 2012).

Os projetos de vida dos adolescentes, tanto pessoais quanto profissionais, são permeados por experiências e aprendizagens que geralmente são complexas. Para concretizarem tais projetos, precisam seguir acompanhamento clínico, aderir à terapia antirretroviral, utilizar o preservativo nas relações sexuais, lidar com a revelação do diagnóstico aos parceiros, entre diversos outros cuidados necessários às pessoas que vivem com HIV/aids (SILVA, 2012).

Os adolescentes entrevistados, que, vale lembrar, fazem parte do grupo daqueles que há duas décadas aproximadamente, por conta das então condições medicamentosas e terapêuticas ligadas à aids, eram considerados como condenados à morte, revelaram que seus projetos de vida existem e estão em constante construção e reconstrução, de acordo com suas experimentações e possibilidades. Diante dessa realidade, é válida a reflexão: Será que os profissionais da saúde buscam conhecer os projetos de vida dos adolescentes e com eles dialogam acerca de suas expectativas? O desafio está posto.

4.4 A sexualidade no cuidado em saúde sob a ótica dos profissionais da saúde

Tendo em vista a relevância da reflexão e discussão da temática da sexualidade para o cuidado em saúde, os temas que se seguem neste tópico tratarão da sexualidade sob a ótica dos profissionais e de como ela perpassa o cotidiano deste cuidado. Destaca-se que as falas abaixo são oriundas de discussões no grupo focal.

4.4.1 *Sexualidade é tudo que envolve a vida*: a sexualidade sob a ótica dos profissionais da saúde

A sexualidade faz parte do viver humano. Cada vivência e cada interpretação acerca da temática dependem de fatores relacionados às crenças e aos valores socioculturais, às construções conceituais, às experiências e às visões de mundo de cada ser.

No momento do cuidado em saúde, a sexualidade, quando mantida oculta, pode gerar desconfortos e constrangimentos tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado. Nesse sentido, compreende-se que o presente estudo aguçou os profissionais da saúde a refletirem acerca dessa temática, considerando que, na maioria das vezes, não há espaços de reflexão que tratem da sexualidade tanto dos profissionais quanto dos sujeitos cuidados. A discussão e reflexão acerca dessa temática, no cuidado em saúde, configuram uma possibilidade de instrumentalização dos profissionais para lidarem com as diversas questões que a sexualidade pode suscitar no cotidiano do cuidado, bem como realizá-lo de forma mais tranquila e despida de dúvidas e constrangimentos.

Independente da forma como a sexualidade dos profissionais foi tratada, velada ou não, ao longo dos processos de socialização vivenciados, não podem se omitir e nem mesmo marginalizar a discussão desse tema, se realmente objetivam concretizar o cuidado em saúde aos adolescentes que vivem com HIV/aids.

Com essa preocupação, estimulou-se a reflexão dos profissionais acerca dos significados da sexualidade. Para tanto, foi utilizada a técnica *Brainstorming* (MINAYO, 2012), a partir do questionamento: Qual a primeira ideia que lhes vem à mente quando falamos em sexualidade? Inicialmente, apresenta-se a percepção do tema como um conceito amplo, o qual deriva de uma construção que perpassa toda a existência humana. Dessa forma, um dos profissionais levantou a reflexão, como pode ser observada a seguir, de que essa temática não está ligada apenas às experiências sexuais, mas pode ser entendida como expressão de vida:

Sexualidade é tudo que envolve a vida, desde o momento que a gente nasce até o momento que a gente morre. Não está ligada só a questão do ato sexual. Qualquer coisa que nos dê prazer, que nos dê alegria, o olhar, o toque, o relacionamento das pessoas, tudo isso envolve a sexualidade. Ela é muito mais ampla que a relação sexual. (P1)

A perspectiva analítica acerca da sexualidade privilegiada neste estudo abarca o entendimento referido no depoimento, que vislumbra a sexualidade como uma dimensão do ser humano que extrapola o exercício da genitalidade, para ser entendida como resultado da forma de viver a vida e de se relacionar. Para tanto, sustenta-se a necessidade de os profissionais terem em mente a sexualidade como algo universal, inerente a todo ser humano, que se manifesta e desencadeia de forma relacional, como a própria energia da vida.

Em consonância com Ressel (2003), a sexualidade é uma expressão de vida, que faz parte de todas as pessoas, sendo comum a todos os indivíduos. A autora esclarece que, ao mesmo tempo em que a sexualidade constitui-se num evento universal, cada pessoa tem uma forma individual e específica de vivenciá-la, de acordo com sua construção social e cultural.

A sexualidade, como expressão humana é uma experiência pessoal, construída socioculturalmente, que transparece nos gestos, discursos, atitudes, posturas, olhares, silêncios, enfim, no comportamento de cada pessoa como um todo. Tem uma relação muito próxima ao sentimento, se expressa por meio das emoções, da sensibilidade, do jeito de ser de cada um e da representação verbal e não verbal dos corpos (RESSEL; GUALDA, 2005).

Alguns profissionais também concordaram com essa significação expressa, evidenciando um entendimento alargado a respeito da temática, e a vincularam, ainda, a relacionamento humano e a autoconhecimento. Essa discussão oriunda de alguns participantes pode ser percebida a seguir:

A sexualidade faz parte da vida, desde que se nasce até que se morre, qualquer ação que tenha energia envolve a sexualidade. Quando a gente está num momento de descontração com os amigos ou num momento que se esteja trocando com outras pessoas, tudo isso tem a ver com sexualidade. O momento que os adolescentes passam com a gente é um momento repleto de sexualidade, a própria idade borbulha a questão da sexualidade. No meu trabalho tem certas coisas que eu fico mais envolvida, mais excitada, no sentido amplo da palavra, e isso tudo envolve a sexualidade. (P2)

Inicialmente o que vem à cabeça é sempre o sexo. Mas, dependendo do conhecimento que a gente tem, vai vendo que não é só isso, tudo está interligado, é uma relação não só sexual, mas entre pessoas. (P6)

Envolve as descobertas, não só o prazer carnal. Mas, viver a sexualidade é viver coisas que te fazem bem, como as relações com amigos ou contigo mesmo. É relação, não só sexual. É se conhecer. (P5)

Eu pensei em vida, porque enquanto estavam falando me veio, também, à mente a própria relação que tu estabelece com os filhos de proximidade. Eu penso nisso, tem muito a haver com vida, com as relações. (P4)

A sexualidade emerge tanto na relação que se estabelece consigo mesmo quanto na que se experimenta com a sociedade, podendo ser pensada a partir da articulação entre o nível social e a trajetória individual de cada um. Ela vai sendo construída ao longo da vida do sujeito de diferentes formas, sofrendo transformações à medida que vivencia novas experiências. Pode-se dizer, com isso, que a sexualidade não é estática, pois é resultado de um processo de aprendizagem. Entende-se, assim, que a sexualidade não está limitada somente à relação sexual ou à reprodução, mas que integra a vida em todos os âmbitos.

As expressões da sexualidade têm diversos significados, conforme valores vigentes de cada estrato sociocultural. De acordo com Heilborn (2006), os roteiros sexuais evidenciam as várias e diferentes socializações que o indivíduo experimenta em sua vida, seja na família, na escola, no acesso aos diversos meios de comunicação, nas redes de amizade ou entre outros meios. Essas socializações vão exercendo papel fundamental na construção do indivíduo como um todo, gerando formas de vivenciar a sexualidade.

Em um dos depoimentos apresentados, o profissional relacionou a sexualidade com a noção de prazer, ou seja, de gostar do que faz, de ser prazerosa a relação que se estabelece no cuidado em saúde, o que, no entanto, não foi ressaltado por outros participantes do grupo. Acredita-se que a relação de cuidado se dá constantemente com interação entre corpos sexuados, do profissional cuidador e dos sujeitos cuidados. Essa relação é permeada por sensações e sentimentos dos corpos envolvidos. Nesse sentido, entende-se que tais sensações e sentimentos serão tão mais prazerosos e menos conflitantes, conforme a capacidade de se autoconhecer, percebendo a manifestação da sexualidade na expressividade corporal, nos silêncios, gestos, olhares, toques, entre outras expressões corporais.

Sob esse olhar, em outro depoimento acima explicitado, o profissional anunciou que a sexualidade também “é se conhecer”. A consciência da sexualidade é fundamental para o equilíbrio emocional de cada pessoa e os profissionais, quando omitem a sua existência, podem, com isso, não resolver seus conflitos e nem os dos sujeitos cuidados. Para tanto, é fundamental conhecer e saber lidar com sua própria sexualidade, para, então, conseguir relacionar-se com o outro de forma harmônica e prazerosa, ao realizar o cuidado em saúde.

Nessa direção, Ressel (2003) destaca que o autoconhecimento referente à sexualidade e a conscientização da presença constante dela no corpo, por meio da expressão corporal, são importantes aliados para os profissionais perceberem-se sexuados, expandindo sua possibilidade de prazer e, ainda, resolver conflitos relacionados à sexualidade, que podem indiretamente incidir sobre o sujeito cuidado.

Já outros profissionais discutiram as significações de sexualidade a partir de uma perspectiva biologicista, relacionando o conceito da sexualidade à dimensão de genitalidade, de ato sexual e de risco, visão que se mantém presente e predominante nos discursos e práticas da área da saúde. Essas questões podem ser evidenciadas nas reflexões abaixo apresentadas:

Eu acho que sexualidade pode ter uma escala assim, baixa e alta. A alta seria a questão do tesão mesmo, por exemplo, se apareceu a ocasião e a pessoa está motivada, acontece. E é questão de hormônio, com certeza. Os hormônios com o passar do tempo vão caindo e a sexualidade fica mais difícil. Mas, o hormônio, principalmente no início da sexualidade, é determinante, é o combustível. (P3)

Sexualidade envolve toda aquela questão de parceiro, de relação sexual. Quando eu penso em sexualidade sempre me vem à mente a prevenção, a sexualidade tem bastante ligação com precaução. (P7)

A associação em tais termos pode implicar em uma compreensão restrita e/ou distorcida, refletindo na vivência da sexualidade. Para esses profissionais, que não concordaram com a percepção dos demais, a visão predominante da sexualidade está centrada no campo sexual, pode-se dizer, numa visão biológica e essencialista. A sexualidade foi por eles associada a uma questão de regulação hormonal, de ato sexual e de prevenção de riscos. Considera-se que a sexualidade, ao ser mantida no cerne dos valores associados à intimidade, encontra resistência ao seu desvelamento no cuidado, perpetuando-se como um tabu e podendo consistir em um mecanismo gerador de desconfortos e de constrangimentos mútuos.

A concepção que relaciona a sexualidade com genitalidade, com reprodução e com relação sexual, vem de uma perspectiva que naturaliza a sexualidade (RESSEL, 2003). Tal perspectiva biologicista, que limita o tema à noção de risco, ainda é predominante na formação dos profissionais da área da saúde e na prática do cuidado (SEHNEM, 2009). Além disso, Resta (2012) adverte que tem se buscado uma regulação da sexualidade juvenil, principalmente alicerçada nas situações de risco, nas quais se entende haver um desregramento das práticas sexuais.

A respeito desse entendimento, Ressel e Gualda (2004) alertam que o caráter de risco limita a sexualidade exclusivamente à noção de coito e a reproduz, nos discursos, numa perspectiva patologizante, classificando-a como normal ou anormal. Para essas autoras, falar sobre anticoncepção, assim como sobre órgãos genitais, não quer dizer, necessariamente, falar sobre sexualidade. Desse modo, é necessário que os profissionais busquem em suas práticas com os adolescentes transcender a abordagem biológica da sexualidade, distanciando-a das

questões apenas reprodutivas, para aproximarem-se das distintas experiências vivenciadas pelos adolescentes, considerando ser este tema um campo propulsor de reflexões.

Na mesma direção de uma perspectiva biologicista, outro profissional refletiu acerca do significado de sexualidade associando-o ao desenvolvimento corporal, ressaltando meramente a biologia dos corpos. Isso pode ser observado no próximo excerto:

O corpo muda na mulher e no homem, os seios vão crescendo, os pelos pubianos começam a aparecer. Tudo muda, eles vão se descobrindo. (P8)

Essa fala, que não foi complementada por outros profissionais, apresenta uma associação entre sexualidade e corpo. Estes, conforme Salim, Araújo e Gualda (2010), são constructos sociais interligados e, apesar de a sexualidade estar intimamente atrelada às crenças e imaginações, não se restringe ao corpo físico. Desse modo, Heilborn (2006) lança mão do argumento da construção social da sexualidade, considerando que essa dimensão humana não é natural, não se expressa da mesma forma em todas as pessoas e nem mesmo é inata, não podendo ser interpretada como pulsão psíquica ou função biológica. Vale-se ainda do entendimento de que a expressão da sexualidade se dá em um contexto social muito preciso, o que orienta a experiência e a expressão do desejo, das emoções, das condutas e práticas.

Outra questão observada no presente estudo refere-se à sexualidade ser percebida como uma construção sociocultural, o que representa dizer como um aprendizado resultante dos múltiplos processos de socialização vivenciados pelo indivíduo. Esse entendimento de alguns participantes surgiu da discussão emergente da seguinte questão disparadora: O que vocês consideram que contribui para a construção da sexualidade das pessoas?

A sexualidade vai sendo construída de acordo com nossas vivências. A cada dia uma experiência nova, até um atendimento a um paciente, traz uma visão diferente. A gente acha que é daquela forma, mas a pessoa mostra uma outra maneira, tu começa a repensar e a relacionar as duas formas. Acho que é uma vivência que vai sendo construída a cada dia. (P5)

É uma vivência que começa desde que se nasce, dependendo das vivências de cada um. Quando eu penso na sexualidade eu lembro do caleidoscópio. Acontece assim: tu giras o caleidoscópio é um desenho, giras novamente é outro desenho. Então, a construção é um desenho, a sexualidade vai se modificando. E esses desenhos são as nossas vivências diárias. (P2)

Diz respeito à vida, se sexualidade é vida, depende de tudo que faz parte da vida. Depende da questão econômica, cultural, social, de tudo. (P4)

Depende de determinada sociedade, agora pode, antigamente não podia, por exemplo. (P6)

A sexualidade não é um instinto ou um dado da natureza, ao contrário, ela é uma construção sociocultural, cujos códigos sobre o que é ou não permitido fazer em seu âmbito são definidos e ensinados por instâncias como a família, a escola, o serviço de saúde, a religião, entre outros. A interpretação sociocultural permite compreender como acontece a socialização da sexualidade, a construção de seus significados e a produção e reprodução de conceitos e práticas. A sexualidade como dimensão do sujeito envolve complexos processos de aprendizagem e se atualiza cotidianamente por meio das formas sociais culturalmente convencionadas (HEILBORN, 2012).

Para Heilborn (1999), a cultura é responsável pela transformação dos corpos em sexuados e socializados, o que acontece por intermédio das relações de gênero, da orientação sexual e da escolha de parceiros. A mesma autora afirma que as práticas sexuais se diferenciam em cada sociedade, e essas diferenças são dependentes dos referenciais agregados aos segmentos sociais.

Nesse sentido, para compreender as experiências que envolvem a sexualidade dos adolescentes que vivem com HIV/aids há que se considerar que esta temática é apreendida, atravessada e normatizada pelas relações sociais de poder e gênero, pela estruturação econômica, cultural, social e religiosa e pelas relações familiares, sendo portanto uma construção mutável e flexível.

Alguns profissionais participantes deste estudo concordaram que a sexualidade espelha-se nas múltiplas e diferentes socializações que o sujeito experimenta ao longo da vida, na família, na escola e nas redes de amizade. Para possibilitar essa discussão foi lançado o seguinte questionamento: Quais instituições sociais podem influenciar na forma como as pessoas percebem e vivenciam a sexualidade?

A gente constrói nossas vivências através de modelos. O primeiro modelo que a gente constrói nosso mundo é no seio familiar e depois entre os amigos. A criança observa o comportamento dos pais e tende a copiar o modelo. Assim, nós vamos construindo a sexualidade ao longo da vida. (P3)

É importante colocar que a família tem um papel fundamental em todo esse processo de construção da sexualidade e vai influenciar diretamente de forma positiva ou de forma negativa. (P4)

De ordem primeira a que mais influencia é a família, que é a que faz parte da primeira base da vida. Essa construção é tão complexa que, às vezes, se a família é ultraconservadora, pode influenciar na direção contrária.

Depois a escola, e aí depende como os professores trabalham essa questão. Eles podem ajudar ou podem fazer um estrago. (P2)

A gente vem desenvolvendo um trabalho nas escolas, com o SPE [Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas]. Trabalhamos com multiplicadores e nem sempre eles conseguem multiplicar com os outros professores e nem mesmo com os alunos. A gente vê pessoas ainda com extremo preconceito, com muita dificuldade de falar [sobre sexualidade] e a escola é um espaço homofóbico, sendo que isso pode influenciar na vivência da sexualidade dos adolescentes. (P1)

A escola tem grande influência na sexualidade dos jovens. Na escola que a gente foi, por exemplo, a professora disse que não era para distribuímos camisinhas, porque estaríamos incentivando os jovens a fazerem sexo. (P9)

Acerca da socialização, Berger e Luckmann (2013) esclarecem que esta ocorre quando o indivíduo sofre um processo de interiorização que constitui a compreensão de seus semelhantes e a apreensão do mundo como realidade social dotada de sentido. A socialização pode ser classificada em primária e secundária. A socialização primária diz respeito à primeira socialização que o indivíduo apresenta na infância e pela qual se torna membro da sociedade. Esse processo representa mais do que o aprendizado puramente cognoscitivo, pois ocorre em circunstâncias carregadas de emoções, especialmente na família. A criança absorve papéis e atitudes com os quais se identifica, tornando-os seus. Já a socialização secundária corresponde ao processo subsequente que introduz o indivíduo já socializado em novos setores da sociedade, resultando da interiorização de valores, regras e normas institucionais.

Os valores apreendidos no meio familiar influenciam os sujeitos na vivência da sua sexualidade, pois é nesse ambiente que são, desde a infância e adolescência, repassados ensinamentos e condutas aceitáveis para a sua socialização, compondo o seu universo simbólico. Embora a socialização seja um processo dinâmico ao longo da vida, é no seio familiar que se dá, de forma mais profunda, a internalização de valores e emoções. Assim, a família pode reforçar as ideias de que a sexualidade deve ser tratada de forma reprimida ou possibilitar aos adolescentes, por exemplo, por meio do diálogo, o reconhecimento da sua própria sexualidade e a experimentação desta com autonomia e responsabilidade.

A escola, como campo da socialização secundária dos sujeitos, constitui um dos *locus* de construção da sexualidade dos adolescentes. Nesse sentido, é preciso reconhecer que suas proposições, imposições ou proibições podem ecoar nas histórias de vida pessoais. A escolarização modela e interfere, de forma decisiva, em muitas das dimensões, e aqui se ressalta a da sexualidade, e relações que as pessoas estabelecem consigo mesmas, com os outros e com o mundo, o que pode se dar pelo poder disciplinar que a escola coloca em

funcionamento (ANDRADE, 2008). Acerca disso, Abramovay, Castro e Silva (2004) alertam que a intervenção da escola no campo da sexualidade, além de complexa, tem riscos, considerando-se que a escola pode estar intrinsecamente orientada para disciplinamentos, com ênfase na razão e no controle, preocupando-se em ministrar conhecimentos especializados. Para essas autoras, no universo escolar, a sexualidade é um tópico polêmico, considerando a multiplicidade de visões, crenças e valores dos diversos atores sociais, alunos, pais e professores, assim como os tabus e interditos que social e historicamente cercam temas que lhe são relacionados.

Ainda em decorrência do questionamento anteriormente referido, na mesma direção já apontada previamente pelos adolescentes quando entrevistados, alguns profissionais ressaltaram que a religiosidade pode influenciar no controle da sexualidade, reforçando a ausência de diálogo e a ignorância em torno da temática. A ideia de repressão da temática pela religião está explicitada na discussão a seguir:

Dependendo da tua religião, tem coisas que tu não pode fazer. Na católica, por exemplo, é condenado o uso de preservativos e da pílula [anticoncepcional]. É um monte de proibições e são coisas que fazem parte da tua vida. (P6)

Em relação à religião, a questão da relação sexual é simplesmente pelo ato de procriar. Não existe a possibilidade de ser um ato para sentir prazer. Então, por isso não existe a questão do incentivo ao uso do preservativo e de enxergar as doenças sexualmente transmissíveis. Eles querem controlar a sexualidade das pessoas, associando isso a pecado. As pessoas ainda se sentem muito presas em relação a todos esses dogmas que existem. (P1)

A religião influencia a questão de não se cuidar, não ajuda na prevenção. [...] Isso é uma questão cultural. Tem aquela parte da missa da igreja católica que o padre diz: “minha culpa, minha máxima culpa” e todo mundo repete. Toda essa repressão e culpa já estão impregnadas nas pessoas. (P2)

Percebo que na religião evangélica as pessoas são muito fiéis ao que os pastores dizem. Os pastores falam que quando a carga viral está indetectável a pessoa está curada e ela para de usar medicação e de transar com camisinha. A questão da sexualidade é influenciada por esse fanatismo religioso. (P7)

Há que se considerar que as religiões estabeleceram, ao longo de suas histórias, normas sobre o exercício da sexualidade humana, coibindo-a e controlando-a. Na cultura ocidental, onde predomina o cristianismo, o exercício da sexualidade vem sendo regulado há séculos, por intermédio da impregnação de medos e proibições. Dessa forma, a partir da

socialização são transmitidos valores que mantêm a vivência da sexualidade na esfera do pecado e num espaço destinado à ignorância, à curiosidade, à vergonha e à culpa.

Costa e Gualda (2008) consideram que a religião é parte de todas as culturas, constituindo um importante quadro de referência pessoal, que carrega crenças e valores, apontando o significado não somente para as situações imediatas vivenciadas, mas também para as razões do homem no mundo.

Também, em virtude da questão supracitada, que buscava conhecer as instituições sociais que podem influenciar na forma como as pessoas percebem e vivenciam a sexualidade, alguns profissionais corroboraram que o cuidado em saúde constitui outro espaço que, assim como a família, a escola e a religião, pode influenciar o aprendizado e as experiências no campo da sexualidade, de acordo com a maneira com que essa temática for tratada. Seguem-se as falas que ilustram essa reflexão, de alguns participantes do grupo:

Como profissionais da saúde exercemos uma grande influência, a forma como colocamos as coisas pode marcar muito a vida das pessoas de uma forma positiva ou negativa. Tudo depende do profissional, o profissional pode tanto arrasar o paciente quanto fazer ele descobrir um mundo maravilhoso. (P3)

Com certeza, o serviço de saúde influencia muito na vivência da sexualidade das pessoas. Então, enquanto profissional da saúde, que é aonde eu vivo e observo, mas com certeza nas outras áreas como a educação, é onde mais se pode ajudar ou detonar com a pessoa. É a questão de estar muito impregnado do que é certo e do que é errado e isso acaba sendo passado em graus dos mais variados possíveis pelos profissionais da saúde. (P2)

Existe bem forte essa influência tanto que, muitas vezes, quando a própria pessoa vem procurar uma orientação com o profissional, dependendo da conversa e da empatia dele, ela passa a crer naquilo que ele fala e aquilo vira regra, aquilo muda, modifica como a pessoa fala e como pensa. (P5)

Os profissionais, no processo de interação grupal, apresentaram preocupações acerca das repercussões da abordagem da sexualidade no cuidado em saúde, na vida dos sujeitos. Para eles, de acordo com a forma como a temática for tratada no cuidado e conforme as concepções dos profissionais, a influência pode ser positiva ou negativa no aprendizado e na experimentação dela, o que se evidencia em “se pode ajudar ou detonar com a pessoa”. Sobre isso, não se pode negar a influência do saber científico nas experiências relacionadas à sexualidade, as quais são embasadas na reinterpretação deste saber, sob o olhar das configurações culturais que abarcam a vida dos sujeitos.

Subordinados à posição sociocultural e às experiências vividas, os cuidados com a saúde recebem diferentes interpretações dos sujeitos, o que se torna decisivo nas estratégias a serem adotadas por eles. Nessa direção, o conhecimento, fruto da fusão das informações técnico-científicas com as experiências da vida, é o que faz sentido para os jovens e proporciona a construção de suas estratégias de enfrentamento. O cuidado em saúde se efetiva no ponto de convergência dos conhecimentos técnico-científicos com as experiências dos jovens no campo da sexualidade. Portanto, os profissionais da saúde, em seu discurso e prática técnico-científica de cuidado, necessitam apreender e ampliar seus modelos de ação, passando a valorizar os condicionantes que determinam as experiências dos jovens durante o desenrolar de suas vidas (RESTA, 2012).

A ação educativa centralizada no profissional, como o portador do saber verdadeiro e absoluto, cujo poder e dever são “conscientizar” os sujeitos sobre a adesão a práticas de vida classificadas por ele como saudáveis, estabelece uma relação de opressão, em que os profissionais assumem papéis de opressores e os sujeitos cuidados, de oprimidos (FREIRE, 2005). Nessa relação, tais sujeitos, espectadores da ação, devem ajustar sua vida às prescrições lançadas pelos profissionais, de forma acrítica. O produto esperado nessa ação pelos profissionais seria os sujeitos aderirem às práticas saudáveis, conforme foram “ensinados” nesse espaço.

Freire (2007; 2011b) refere que o sujeito ao assumir uma posição crítica, torna-se capaz de realizar escolhas emancipadas. Com isso, podem avaliar mais criticamente as informações disponibilizadas pelos profissionais e transformá-las em escolhas aplicáveis ao seu contexto de vida. Nesse sentido, a proibição, que geralmente cerca a sexualidade e conduz as estratégias de cuidado escolhida pelos serviços de saúde, pode ser responsável pela dificuldade na abordagem do tema pela saúde e pelo afastamento dos profissionais do conhecimento das experiências dos jovens (RESTA, 2012) e, conseqüentemente, pelo afastamento destes do serviço de saúde.

Além disso, é possível perceber, a partir das discussões dos profissionais, o sentido de responsabilidade e preocupação no cuidado com o outro, uma vez que entendiam que o cuidado precisa acontecer a partir de uma relação dialógica que possibilite trocas comprometidas e uma consciência da realidade vivenciada pelo sujeito cuidado. Nessa direção, é interessante que o processo de cuidar seja permeado por preocupação com o outro, envolvimento, respeito e empatia de quem cuida para com quem é cuidado.

Contudo, a desconsideração do contexto de vida dos sujeitos por meio da imposição do saber científico implica em uma descaracterização desses sujeitos. Também reflete a

impossibilidade de cuidar com ética, respeito e comprometimento. Dessa forma, é possível refletir que o cuidado em saúde, quando consubstanciado por uma prática que padroniza e, portanto, não considera a individualidade, os desejos e as características peculiares de cada ser, é esvaziado de criatividade e sensibilidade.

4.4.2 *Esse tema ainda é um tabu: a sexualidade no cotidiano do cuidado em saúde*

As reflexões que se seguem demonstram a preocupação e o olhar sensibilizado dos profissionais da saúde à questão de a sexualidade ser mantida velada no cuidado, o que segundo eles reforça o caráter de tabu relacionado ao tema. Para que essa discussão emergisse, levantou-se o questionamento: Como vocês percebem a sexualidade nos seus cotidianos profissionais?

Dentro da área da saúde os profissionais têm dificuldade de abordar esse tema de forma clara e aberta e isso ocorre também quando trabalham com adolescentes. O que acontece com os profissionais é que quando entra na questão da sexualidade não se sentem à vontade para falar sobre esse assunto, que é um tabu. Então passa batida essa questão nos serviços de saúde. Os profissionais não se sentem comprometidos, na verdade, em falar sobre esse tema que faz parte da vida. Quando a gente fala em sexualidade, a gente envolve toda a questão da dificuldade que cada um de nós tem de falar da vida, de parar e pensar em relação à tua vida. [...] Tudo que é relacionado à sexualidade é encaminhado para determinados setores para orientar, a gente, várias vezes, viveu a situação: “sobre DST, vai lá conversar com as gurias do SAE que elas vão te explicar direitinho, toma um remedinho e vai lá” e não orientam. (P1)

Tenho certeza que se tu fores tentar conversar com os adolescentes sobre sexualidade, ainda vai continuar existindo a dificuldade de falar sobre o assunto, porque esse tema ainda é um tabu, para os adolescentes e profissionais. (P2)

Pode-se observar que a visão dos profissionais aponta para a necessidade de abertura de espaços no cuidado para discutir o tema, e essa discussão só pode se dar por meio do diálogo. E aqui se questiona: O que isso implica no fazer cotidiano do profissional? Quais ou qual o conhecimento é necessário para desencadear esse diálogo? Ao utilizar o caminho dialógico para resolver tais questões, abarca-se a responsabilidade do cuidado com o outro. O diálogo implica em um exercício de não limitar a temática a uma área restrita ao secreto e ao silêncio, sendo um caminho que deve compreender o que os sujeitos, que interagem no momento do cuidado, veem e sentem (RESSEL, 2003).

Para tanto, é interessante que já na formação acadêmica dos estudantes da área da saúde sejam oportunizados momentos de autoconhecimento e de reflexão sobre os próprios conceitos e valores acerca da sexualidade, pois, a partir do momento em que entenderem sua própria sexualidade e possuírem informações adequadas para orientar alguém sobre esse assunto, estarão mais preparados e seguros para dialogar sobre isso e para vivenciar a sexualidade no cuidado de forma menos conflituosa.

Dando-se continuidade à discussão anterior, lançou-se a seguinte questão: Como vocês reagem nas situações que envolvem a sexualidade nos seus cotidianos profissionais? Foi possível inferir de forma muito clara que os profissionais reagem, em concordância, mantendo a sexualidade velada nas situações que envolvem o cuidado em saúde, dispondo de atitudes como o silêncio, o afastamento e o ocultamento de sua existência. Um dos profissionais cogitou, inclusive, a possibilidade de mudar o foco do assunto no momento do cuidado por não saber como reagir frente às questões que perpassam a sexualidade, o que proporcionaria a sua não explicitação. A seguir apresenta-se a discussão que reforça a ausência de reflexão acerca dessa temática no cuidado:

Tu não podes reagir no momento, transparecer o que estás pensando. (P6)

Tem que fazer a maior cara de paisagem da tua vida, porque tu estava pronta com a resposta. Tem que tentar não demonstrar nenhum preconceito, porque não pode, tem que parecer que é normal. (P5)

Cara de paisagem dos dois lados, a pessoa também está numa situação constrangedora, daqui a pouco tem dificuldade de falar da sua própria vida e tem que abrir a intimidade para uma pessoa estranha. São perguntas muito íntimas: quantas pessoas teve relação no ano anterior? Se foi com homem, com mulher ou com os dois? Se usou camisinha? Me lembro de uma colega que trabalhava aqui e uma vez uma pessoa resolveu contar a vida sexual para ela. A colega saiu branca da sala e disse: “Não tive formação para escutar o que eu escutei, não estou preparada para isso.”. (P1)

Tu tens uma imagem daquela pessoa que está ali na tua frente. Lá no meio da consulta uma mulher diz: “a minha namorada” e aí tu ficas meio assim, aquilo te embaralha e tu tens que fazer cara de paisagem na hora. (P4)

Outro dia atendi um casal de jovens, que a princípio eu não sabia que eram homossexuais. A colega foi coletar o teste rápido e quando olhou o nome achou que haviam digitado errado, todo mundo ficou perplexo, ninguém imaginava passar por essa situação constrangedora. Fui fazer a entrega dos resultados individualmente e tem que preencher um questionário, sendo que uma das questões é o tipo de relação, eu me esforcei para ficar com uma cara de nada, porque não pode ter expressão nesse tipo de situação. Então, tem situações que tu não sabe o que tu vai fazer, se muda de assunto ou não, eu fiquei atrás da minha mesa roxa, bege, de todas as cores. (P7)

A sexualidade foi tratada no cuidado em saúde, de forma congruente pelos profissionais, como uma questão velada, na qual, embora soubessem de sua existência, por determinadas condições ou situações não a manifestaram e nem permitiram a sua revelação. Esta é uma dimensão vivenciada a todo momento no cotidiano do profissional de saúde e ainda permanece, em vão, velada na sua prática diária e nas discussões que perpassam inclusive a formação acadêmica desse profissional. Sobre isso, Ressel e Gualda (2003) alertam que, mesmo que seja negada a sua existência, ela se manifesta por meio da expressão corporal.

Entende-se que com essas posturas perde-se a oportunidade não apenas de discutir a temática, mas também de desconstruir as significações negativas que foram interiorizadas nos sujeitos envolvidos no ato de cuidar. Se fossem utilizadas práticas dialógicas no momento em que essas questões surgissem, haveria possibilidade de despir-se de constrangimentos, tabus e preconceitos.

Mesmo sendo vivenciada em todos os momentos do cuidado em saúde, ainda é mantida silenciosa nas discussões dos profissionais, denotando que constitui um tabu em nosso meio. Esse fato é refletido na carência de estudos, de discussões e de reflexões, tanto em nível acadêmico quanto na própria prática profissional (RESSEL, 2003). Na realidade, os profissionais ainda encontram dificuldades pessoais de lidarem com a sua própria sexualidade, e isso se agrava ao lidarem com a sexualidade do outro, tornando as situações mais difíceis para serem resolvidas no dia a dia do cotidiano profissional. Na própria formação acadêmica dos profissionais da saúde, destaca-se que raramente os educadores incluem a sexualidade como tema de debate. Ressalvadas as exceções, os conteúdos acerca da sexualidade são discutidos de forma eventual, associados ao ensino de procedimentos técnicos, o que acaba reforçando o ocultamento da temática no cuidado (SEHNEM et al., 2013a).

Outra atitude de enfrentamento revelada foi a possibilidade de mudança do foco de atenção no cuidado. Essa busca por outros assuntos pode também denotar suas próprias dificuldades para lidar com situações que envolvam a sexualidade e, nesse sentido, reforça-se este tema como um assunto velado. Isso talvez aconteça porque, embora a sociedade atual demonstre certa liberdade em relação a tais questões, ainda existem muitos tabus e preconceitos a serem superados e muitas normas e princípios que a mantêm presa e velada (SILVA et al., 2012).

As reflexões apontadas até aqui reforçam a necessidade de desvelar esse tema tanto na formação acadêmica quanto na prática do cuidado deste profissional. No que tange à

formação acadêmica, pondera-se a possibilidade de que ela seja trabalhada de modo transversal nos diversos componentes curriculares dos cursos da área da saúde, pois se configura como uma temática que permeia todas as áreas (SEHNEM, 2009). Já, no cotidiano do profissional da saúde, acredita-se que a responsabilidade por tal discussão deva ser compartilhada entre os atores envolvidos no processo de cuidar, cabendo a todos ocuparem os papéis principais nessa cena. Caso tais sujeitos ajam como meros expectadores nesse processo, perderão a possibilidade não apenas de romper com a cultura do silêncio e desvelar essa temática, mas, também, continuarão a reproduzir tabus e preconceitos.

A partir do momento em que os profissionais revelaram manter a sexualidade como um assunto velado no cuidado, abordou-se a questão: Como vocês se sentem ao abordarem a questão da sexualidade nas práticas de cuidado? Em relação aos sentimentos expressos, os profissionais anunciaram sentirem-se assustados, emocionados, mexidos, surpresos, constrangidos e envergonhados em relação à abordagem da temática nas vivências de cuidado, como pode ser verificado na discussão abaixo:

Na escola, a questão das gurias beijarem as gurias e dos guris beijarem os guris tem deixado as professoras enlouquecidas. Isso acontece em função de como a sexualidade mexe com as pessoas e gera ansiedade. [...] Tem situações que tu te depara e não está preparada, até assusta. (P2)

Para mim trabalhar com o adolescente todas essas questões que envolvem a sexualidade é muito tranquilo. É um público que eu gosto, sempre me identifiquei de trabalhar com eles, mas é uma coisa que, realmente, emociona e mexe com a gente. (P1)

Sinto mais dificuldade com o público jovem, quando entrego o teste de HIV e sífilis. Vejo que eles não querem conversar comigo, porque veem que eu também sou jovem. Esses dias entreguei um resultado positivo para um jovem, ele ficou muito sem jeito e, foi automático, eu também fiquei sem graça. Vi que ele estava com muita vergonha e que não estava sintonizado no que eu estava dizendo, só queria ir embora dali, aí encaminhei para o urologista, e deu! Quando é homem fico com mais vergonha. (P7)

Já aconteceu de ter momentos que alguma pergunta me pegou de surpresa, alguma revelação que a pessoa fez e eu não estava esperando, senti na hora aquele tranco e precisei reorganizar as ideias. Dificuldade já aconteceu, de ficar sem jeito com determinadas situações que envolvem a sexualidade. Mas, aí tu engoles aquilo a seco, é o teu papel. Na entrega do resultado tem uma folha que é preenchida e que tem várias perguntas a respeito da sexualidade. Tu imaginas: Ah, esse é um homem e, portanto, transa com uma mulher. Quando tu estás fazendo as perguntas a pessoa diz: "só transo com homem", a gente monta um esquema mental e é surpreendida. (P4)

Tem situações bem constrangedoras que a gente se depara. (P5)

Ao ser mantida velada ou encoberta nas discussões, a sexualidade constitui-se em um mecanismo gerador dos sentimentos ora mencionados, que acabam sendo reproduzidos cotidianamente na prática do cuidado, gerando desconfortos e inquietações tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado. Percebe-se que a dificuldade em lidar com esta temática está naturalizada no cuidado, na medida em que os profissionais referem “tu engoles aquilo a seco, é o teu papel” e “encaminhei para o urologista, e deu!”, o que descortina que não há uma busca de reflexão e nem mesmo de abordagem das diversas dimensões que a sexualidade comporta. Na verdade, isso clarifica certas formas de defesa para lidar com suas dificuldades e constrangimentos, o que talvez aconteça pela falta de preparo, até mesmo na formação acadêmica, para tratarem este tema no cuidado. A partir da criação dessas formas de defesa, o profissional deixa de realizar um cuidado integral para fazê-lo de forma fragmentada e assexuada. Contudo, não se pode incorrer no risco de visualizar tais situações de forma isolada, pois fazem parte de um processo contínuo de construção que percorre toda a história de vida do sujeito, recebendo influência constante de fatores emocionais, sociais e culturais.

As vivências constrangedoras referidas pelos profissionais podem derivar de vários fatores, dentre eles da exposição e invasão da intimidade do sujeito cuidado e da preocupação acerca dos sentimentos que essa invasão possa suscitar a este sujeito. É interessante considerar que a vivência desses sentimentos pode levar à negação da sexualidade nesse espaço, à impessoalidade no cuidado com o outro, à assexualização do cuidado, à manipulação do corpo do outro por meio da exaltação da técnica e do controle das emoções e dos sentimentos (SEHNEM et al., 2013b).

Corroborar-se com Ressel (2003), quando a autora afirma que o constrangimento é revelador de marcas deixadas na construção da sexualidade, refletindo o silêncio, a recusa de informações e as proibições que envolveram a temática, criando e reforçando valores culturais que ainda sinalizam essa conformação. A autora esclarece que não há respostas prontas ou regras de conduta para tratar a sexualidade, pois a sua construção cultural, que modela os seres biologicamente sexuados em socialmente sexuados, vai direcionar a condução dessa dimensão humana nos relacionamentos interpessoais.

Brêtas e Lima (2006) pontuam que o ato de cuidar é permeado por inúmeras sensações e sentimentos, uma vez que se entra em contato com a intimidade do paciente. Além disso, o processo de interação entre o paciente e o profissional pode ser revelador, interessante, constrangedor ou gratificante para ambos. Esses e outros autores, em estudos realizados com estudantes da área da saúde, encontraram resultados semelhantes aos apresentados nesta pesquisa, apontando o medo, a insegurança e o constrangimento como os mais comuns

sentimentos negativos referidos por estes sujeitos no cuidado ao lidarem com a sexualidade (BRÊTAS; LIMA, 2006; SILVA et al., 2012; SEHNEM et al., 2013b).

O constrangimento também apareceu relacionado à questão de cuidar de um sujeito do sexo oposto ao do profissional. Sobre isso, uma das profissionais relatou sua dificuldade em dialogar com pacientes do sexo oposto, sobre assuntos que perpassam a esfera íntima. Esta dificuldade não foi mencionada ou confirmada por outros participantes do grupo. O constrangimento e a vergonha, conforme a profissional, emergiram da mesma forma pelo sujeito cuidado. Esse sentimento pode estar associado a questões de gênero, que remetem à construção sociocultural dos papéis femininos e masculinos que foram internalizados por meio dos processos de socialização primária e secundária. Nessa direção, o constrangimento reflete os mecanismos de controle e interdição aplicados à sexualidade no meio familiar, na formação acadêmica e na própria prática profissional, entre outros espaços em que tais mecanismos possam ter sido aplicados. Essa dificuldade no cuidado foi revelada, de forma semelhante, nos estudos de Muroya, Auad e Brêtas (2011) e Sehnem et al. (2013b).

Outra questão que merece reflexão, revelada em um dos depoimentos, diz respeito à heterossexualidade ser concebida como universal e normal, o que se evidencia quando o profissional entende que “esse é um homem e, portanto, transa com uma mulher”. Essa heterossexualidade presumida não inquietou o grupo para discussão. Para a profissional, a heterossexualidade aparece como um padrão assumido como sinônimo de normal, e consequentemente, tudo que foge a esse padrão heterossexual é doença ou desvio. Sobre isso, Muroya, Auad e Brêtas (2011) colocam que a desconsideração das relações de gênero concorre para a existência de lacunas na prática profissional para lidar com as questões da diversidade sexual. É necessário, portanto, que os profissionais revisitem seus conceitos acerca da sexualidade e revejam estereótipos e preconceitos no cuidado a certos grupos, como, por exemplo, de profissionais do sexo, homossexuais, travestis e, por que não aventar, de pessoas que vivem com HIV/aids.

Mesmo mantendo-a velada, alguns profissionais reconheceram e concordaram que a sexualidade é presença constante no seu cotidiano de cuidado em saúde, perpassando as diversas áreas de atuação. Essa constatação partiu do questionamento: Em que situações ou momentos vocês percebem que a sexualidade é revelada nos seus cotidianos profissionais?

Aqui no serviço de DST/aids, a todo momento a sexualidade é revelada. Desde a hora do cadastro, para fazer o teste, já tem que falar sobre essas questões. Então, ela está presente 24 horas, não tem como trabalhar num programa municipal de DST/aids sem estar trabalhando com a sexualidade,

não tem como negar que ela existe, é impossível. A sexualidade sempre vai estar presente de uma forma ou de outra e o psicólogo, o médico, o enfermeiro, o assistente social, até quem estiver no cadastro vai se deparar com essas questões. A gente tem que se familiarizar com esse tema. (P1)

No atendimento aparece sempre. Uma coisa que eu tenho vivenciado no atendimento é que a questão da sexualidade, além dela estar presente, geralmente as pessoas estão mais fragilizadas e desestruturadas emocionalmente, talvez, por toda a carga de preconceito que vem com o HIV. Então, muitas vezes, tenho trabalhado com uma questão bastante pesada. (P2)

Desde o primeiro atendimento, já está se falando em sexualidade. No atendimento, no dia a dia com o paciente, eu vejo que a gente tem que ter a iniciativa, tem que perguntar, se eles se sentem à vontade eles começam a conversar, mas a iniciativa parte do profissional. Tem que ser num dia em que o paciente esteja aberto, que queira conversar. (P5)

Com certeza, a sexualidade está muito ligada ao nosso setor, tem toda essa questão do parceiro sexual, se vai contar ou não, se é uma relação esporádica ou duradoura. Esse assunto surge em todos os momentos. (P7)

É interessante perceber que, mesmo reconhecendo a constante presença da sexualidade no cuidado em saúde e a importância da iniciativa em abordá-la, nas mais diversas ações e áreas de atuação, ainda os profissionais esforçam-se para mantê-la velada. Acredita-se que isso advém de um aprendizado sociocultural, construído e reforçado nos diversos espaços de socialização, que aloca a sexualidade como uma esfera privada e proibitiva para a discussão. Tal esfera, que geralmente assola a temática, pode ser responsável pela dificuldade na abordagem do tema pelos profissionais da saúde e pelo afastamento destes das experiências relacionadas à sexualidade dos sujeitos cuidados. Ainda assim, é importante reconhecer que, ao trazerem à tona a consciência da presença da sexualidade no cuidado, estão despertos e sensíveis a esta questão.

A partir de tais considerações restam as seguintes questões para reflexão e prática: Os serviços de saúde, especialmente os que assistem pessoas vivendo com HIV/aids, estão atentos a possibilitar a revelação da sexualidade no cuidado? Na medida em que a sexualidade está velada no cuidado em saúde, mas vivenciada por meio de sentimentos por vezes negativos e de preconceitos, é possível problematizar e superar essa construção? Ademais, espera-se que a reflexão e revelação dessas questões, nos grupos de discussão realizados nesta pesquisa, possam oportunizar um cuidado mais qualitativo e sensível no que tange à sexualidade a adolescentes que vivem com HIV/aids.

4.5 Fontes de informação e experiências delimitando aprendizados acerca da sexualidade

Nesta categoria, a discussão que se segue abordará, sob o olhar dos adolescentes, os pares, a família e a mídia como espaços de socialização de informações; a educação e saúde como espaços de socialização de informações biológicas; e os aprendizados acerca da sexualidade construídos a partir de experiências.

4.5.1 A gente aprende as coisas juntos: pares, família e mídia como espaços de socialização de informações

Acredita-se que, muitas vezes, a informação em saúde de base técnico-científica (ou a sua falta) é responsável por provocar mudanças no tocante aos cuidados dos adolescentes com a sua própria saúde. De certo modo, é como se fosse necessário deixar de lado ou abrir mão do que se sabe, da forma como a vida se organizou até determinado momento, para aprender o novo. No entanto, por vezes, as informações não levam em consideração os diversos contextos que podem favorecer ou dificultar as práticas de cuidado consigo e, até mesmo, com os outros. Com isso, as informações podem não ser suficientes para dar conta das inúmeras dimensões que perpassam o aprendizado da sexualidade na vida dos adolescentes. Dessa maneira, parece ser necessário investir em espaços e momentos para dialogar sobre os medos, as dúvidas e as inseguranças que perpassam as experiências, já que apenas a informação pode ser insuficiente para apoiá-los nas decisões em relação à sexualidade. Neste estudo, apesar de a informação ter sido entendida como um elemento importante para esclarecer as dúvidas dos adolescentes, não foi suficiente, pois as próprias experiências, e também as experiências dos outros, contribuíram de forma significativa no aprendizado da sexualidade.

O que se quer enfatizar com essa afirmação provocativa é que, rigorosamente, ninguém ensina nada a ninguém, mas todos aprendem com todos (FREIRE, 2005). Do contrário, tem-se modelos baseados na ideia de aprendizado como simples aquisição de informação e na desconsideração das experiências vivenciadas, como se a mera transmissão de uma informação modelasse o educando à vontade do educador. Tais modelos desconsideram ou mesmo ignoram os conhecimentos dos sujeitos e, acima disso, assumem que para aprender o conhecimento técnico-científico deve-se desaprender grande parte do aprendido no cotidiano da vida (MEYER et al., 2006).

No que se refere à conversa com interlocutores da mesma faixa etária, observou-se que, para os adolescentes, o grupo de pares é um espaço importante de informações acerca de questões relacionadas à sexualidade, em que podem refletir e abordar de várias maneiras e em linguagem própria as suas vivências, aspirações, encantos e desencantos, angústias e prazeres. Esses momentos oportunizam um aprender com o outro, e, por vezes, a exibição de uma postura de experiência sobre assuntos que tangem à sexualidade, dentre eles a menstruação, o uso do preservativo e da pílula anticoncepcional, o ficar, o namorar, o transar, as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez. Essa interlocução pode ser exemplificada com os depoimentos que se seguem:

Eu e minha amiga conversamos sobre menstruação, camisinha, namoro, beijinhos. Gosto de conversar com ela, porque ela é sincera. Ela fala coisas que realmente acontecem. Ela sabe um pouco dessas coisas, mas às vezes eu sei mais que ela. É bom a gente ajudar e ganhar ajuda dos outros. (A13)

Com a minha amiga predileta, a gente conversa sobre tudo. Eu adoro os conselhos dela. [...] Quando eu estava namorando, ela disse que se eu transasse tinha que usar camisinha, para não pegar nenhuma doença. (A3)

Gosto de falar com meu amigo porque a gente tem a mesma idade, ele está na mesma fase que eu, na adolescência. Um entende os pensamentos do outro, a gente aprende as coisas juntos. É bom para eu amadurecer junto com ele. Ele me fala que quando rolar tem que ser com camisinha. Quando eu for ter essa experiência eu já vou saber como é. (A7)

Com as minhas amigas é melhor conversar, porque tudo que eu faço elas fazem também. Gosto de conversar com elas para tirar as minhas dúvidas, elas dizem que na hora [da relação sexual] tem que usar camisinha, me explicam como se usa. [...] Sobre a pílula [anticoncepcional], elas dizem que tem que tomar, o que é que previne, que tem que consultar para ver que tipo pode usar. Às vezes, sou eu que ensino elas. (A1)

A gente tem mais liberdade de conversar com os amigos, porque tem a mesma idade. Eles me falaram sobre transar e eu fiquei curioso. [...] Me disseram que tem que cuidar para a guria não engravidar. (A10)

Gosto de conversar com a minha irmã que tem treze anos, porque ela me conta tudo e eu conto tudo para ela. Eu confio nela. Ela me entende mais do que a minha mãe. Aprendo melhor com ela. A gente conversa sobre namorado. [...] Ela me disse que tenho que consultar para tomar comprimido [pílula anticoncepcional], para não engravidar. (A9)

Sabe-se que a socialização dos adolescentes no campo da sexualidade se dá principalmente entre os pares, quando as conversas sobre o tema ocupam lugar de destaque, seja porque conversar com os amigos pode ser mais fácil pela proximidade de faixa etária e ausência de julgamentos, seja porque o diálogo com os pais pode ser dificultado pela

diferença de gerações. Outrossim, os adolescentes exercem, pela sexualidade, uma forma preponderante de sociabilidade e de construção da identidade. Acerca disso, Heilborn (2012) expressa que os amigos se tornam fortes referências de validação do conhecimento para os adolescentes e, cada vez mais, desempenham um papel expressivo na estruturação de suas condutas.

Estudos demonstraram que os amigos foram apontados pelos adolescentes como o grupo em que se sentem mais à vontade para conversarem e esclarecerem dúvidas a respeito da sexualidade (BORGES; NICHATA; SCHOR, 2006; BEZERRA; PAGLIUCA, 2010; FREITAS; DIAS, 2010; MOURA et al., 2011; MACEDO et al., 2013). Sob a ótica de Macedo et al. (2013), isso acontece porque na adolescência ocorre a busca da construção da identidade e geralmente os adolescentes procuram as pessoas fora da família para servir como referência na formação de personalidade e, conseqüentemente, de atitudes.

Os depoimentos dos adolescentes corroboram, também, com o estudo de Morgan e Korobov (2012), que identificou que amigos estão envolvidos na construção da identidade dos adolescentes, o que se dá por meio de conversas acerca da sexualidade, pois os pares, na busca de apoiar os adolescentes na resolução de suas dúvidas e conflitos, relatam suas próprias experiências ou experiências de outros amigos relacionadas à sexualidade. Esta questão de relatar a própria experiência dá ideia de familiaridade com o tema, o que funciona como um mecanismo para validar ou reafirmar uma determinada informação e para incentivar nas decisões a serem tomadas. Nessas trocas de informações, os amigos ofereceram apoio para escolhas acerca de questões como o início e o fim de relacionamentos e comportamentos nas relações sexuais.

Os adolescentes, também, interiorizaram as informações acerca da sexualidade a partir da observação das experiências vivenciadas pelos pares. Eles observaram essas experiências no espaço familiar ou escolar, especialmente no que se refere a questões como gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis, as quais podem servir como exemplos influenciando nas suas escolhas. As falas a seguir representam essa constatação:

Minha irmã engravidou com treze anos, daí ela tentou abortar. De tanto ela tomar remédio por conta própria perdeu o bebê. Depois ela engravidou de novo, com quatorze anos. Não quero isso para mim. Tenho medo de ficar grávida ou pegar alguma doença, tenho que aproveitar a minha vida. (A3)

Lá na minha escola tem umas gurias que já estão grávidas. Eu não quero engravidar tão cedo. (A11)

Ter filho agora atrapalha muito, eu conheço umas gurias lá da escola que têm doze e treze anos e estão grávidas e os meninos não foram capazes de assumir. (A6)

As situações que geram informação a partir das experiências dos amigos se caracterizam como alertas e têm significado especial para o aprendizado da sexualidade, uma vez que representam pessoas significativas para os jovens. O comportamento e as experiências da turma de amigos nas festas constituem espaços de aprendizado e informação, considerando que nesses lugares existem contatos com elementos que favorecem as relações sexuais como, por exemplo, a bebida alcoólica e as drogas (RESTA, 2012). Nesses momentos e espaços, também podem ocorrer o aprendizado de comportamentos negativos como a agressividade traduzida por brigas, violência física e verbal, entre outras situações.

Nesse sentido, torna-se interessante a reflexão acerca da necessidade de se potencializar a educação entre pares, que constitui um processo de ensino e aprendizagem em que adolescentes atuam como facilitadores de ações e atividades com e para outros adolescentes do grupo do qual fazem parte (BRASIL, 2011). A ideia desta estratégia é que os próprios adolescentes se tornem os responsáveis tanto pela troca de informações quanto pela realização de atividades de discussão e debate junto a seus pares. Nesse processo, a socialização das informações visa desenvolver conhecimentos, atitudes e habilidades, criando condições para que conheçam seus direitos e exercitem a cidadania. Pesquisa realizada por Ayres et al. (2003), que avaliou o trabalho de prevenção de aids desenvolvido por alunos multiplicadores em uma escola, apontou a formação de uma rede informal de comunicação organizada em torno dos multiplicadores e com efeitos que se estenderam para além da escola, pois a comunicação transbordou os seus muros e chegou às famílias dos adolescentes. Diante disso, identifica-se que é preciso ampliar e recriar as formas de comunicação entre os diferentes sujeitos envolvidos na elaboração de informações para os adolescentes, além de renovar as formas de expressão e diversificar e interligar redes sociais, potencializando suas trocas.

Já, em relação à família, o diálogo sobre sexualidade ainda é um tabu, o que a restringe ao silêncio e ao secreto. Os adolescentes referiram não conseguirem conversar com os pais ou os avós sobre essa temática, o que se deu tanto pela ausência de abertura de espaços para a discussão quanto pelo receio sobre os ajuizamentos dos adultos quanto às suas experiências. Esse silenciamento no espaço familiar é anunciado a seguir:

Sobre isso não converso com a vó. Ela nunca me falou nada. Ela não dá abertura para conversar e eu tenho vergonha de puxar a conversa. (A5)

A minha mãe não fala nada sobre esses assuntos comigo, porque ela pensa que é bobagem e bagaceirismo. Ela nunca me orientou, nunca falou assim: “Quando tu for namorar tem que fazer isso ou aquilo, quando for a hora do bote [relação sexual] tem que usar camisinha.”. Nunca conversou nadinha comigo. Ainda bem que tu está aqui para me ajudar. (A13)

Não tenho abertura para conversar isso com a minha mãe. Já tentei falar, um dia quase falei para ela que fiquei com um guri, mas ela estava com uma cara de brava e não contei. Tenho medo que a minha mãe me bata. (A11)

Eu não falo para ela [mãe], se eu falar com ela sobre isso, ela vai ficar muito brava. Então, acho melhor ficar quieta. Ela pode contar as coisas para o meu pai, ele vai ficar bravo e brigar comigo. (A6)

O dia que eu menstruei, estava andando de bicicleta, me assustei porque achei que tinha me machucado. A vó não tinha me explicado isso. (A2)

Não converso com meu pai sobre essas coisas, ele não é de muita conversa, é meio estúpido. Não me entende. Nunca perguntei nada para ele. (A14)

No meio familiar, os pais ou os avós sentem-se frequentemente intimidados para abordar a questão da sexualidade com seus filhos ou netos, principalmente quando a sua educação sexual foi permeada por repressão. Acrescido a este fato, observa-se que o exercício da sexualidade, muitas vezes, é alocado no campo da intimidade ou da privacidade, aspectos que caracterizam o fórum privado e, portanto, um recinto em que os segredos devem ser guardados. Esta dificuldade de tratar a sexualidade dos adolescentes na família transfere o papel educativo a terceiros e reproduz formas disciplinares de controle, podendo perpetuar assim um ciclo por muitas gerações. No entanto, quando a sexualidade dos filhos ou netos não é discutida na família, as experiências nesta esfera acontecem à revelia dos pais ou avós, tornando-se mais difíceis e conflituosas.

Estudos revelam que os pais apresentam dificuldades em falar sobre sexualidade com seus filhos, o que pode ser justificado pelo fato de que a sexualidade, apesar do período de transição em que se vive, ainda é entendida como um evento permeado por mitos, tabus, proibições e silêncios (BRÊTAS; OHARA; JARDIM, 2008; BEZERRA; PAGLIUCA, 2010; RESSEL et al., 2011; FERREIRA et al., 2013; MACEDO et al., 2013).

Lidar com a sexualidade dos filhos não é uma tarefa fácil para a maioria dos pais, pois, muitas vezes, necessitam refletir sobre a própria sexualidade e esta situação pode gerar angústia. A sexualidade dos filhos traz à tona, para muitos pais, aspectos reprimidos da própria sexualidade (BRÊTAS; OHARA; JARDIM, 2008). As dificuldades dos pais decorrem

da forma como eles próprios experienciaram determinadas situações (BEZERRA; PAGLIUCA, 2010). Nesse sentido, há que se considerar que, para os pais ou avós, a discussão de assuntos ligados à sexualidade pode trazer à tona vivências relacionadas ao HIV/aids, que geralmente são dolorosas e, portanto, geradoras de sofrimento e angústias. Assim, mantê-la velada no espaço familiar pode ser um mecanismo para evitar reavivar as lembranças e sofrer com os sentimentos trazidos por elas. Diante desta limitação, pode haver uma transferência para a escola de uma responsabilidade que muitos pais não se dispõem ou encontram dificuldades de assumir e, esta, por sua vez, nem sempre está preparada para cumprir tal tarefa (BEZERRA; PAGLIUCA, 2010).

Em decorrência desta repressão no aprendizado da sexualidade, emergem sentimentos como a vergonha ao tratar desta temática, sendo ela uma grande inibidora da fluidez da conversa na família (FERREIRA et al., 2013; MACEDO et al., 2013). Além dessa questão, alguns pais, embasados pela crença de que a conversa sobre sexualidade serve como incitação ao início da atividade sexual, protelam o diálogo.

Ademais, o diálogo restrito entre pais e filhos adolescentes ou a sua ausência podem estar associados à possibilidade de atitudes repressoras dos pais. Sobre isso, estudo realizado com adolescentes universitárias demonstra que estas apresentavam medo da censura e do castigo dos pais, o que assinala um arcabouço conservador na educação familiar, cujos valores de aprovação ou reprovação auxiliam a definir quando e de que maneira viverão sua sexualidade (MOREIRA; SANTOS, 2011).

Desse modo, embora, seja difícil e conflituosa a conversa na família, esta precisa ser sempre estimulada pelos profissionais da saúde, pois é nesta fase que os filhos ou netos desejam e necessitam receber informações, e, se os pais ou os avós não as fornecerem, eles acabarão adquirindo-as entre os amigos, na Internet e em outras fontes, nem sempre confiáveis. Para estimular à família a este diálogo é necessário aproximá-la do serviço de saúde e acolher suas dúvidas em relação às experiências dos adolescentes relacionadas à sexualidade.

Os adolescentes também consideraram que a ausência de diálogo acerca da sexualidade no ambiente familiar pode estar associada a os avós pertencerem a gerações anteriores, nas quais a sexualidade era construída e alicerçada em valores muito mais rígidos. Os relatos que se seguem abordam esta questão:

Com a vó é bem complicado conversar, é outra cabeça, é bem mais antiga, não é muito aberta. Tudo que a gente fala ela fica apavorada. Nunca tentei conversar com ela, porque ela não entende. Já sei que não adianta. (A12)

Com a vó e o vô eu não falo. O vô é meio grosso, ele já é antigo, ele fala outras coisas bem diferentes, daí não rola. (A8)

Nunca tentei conversar com o vô e a vó. Eles nunca conversaram comigo sobre isso. A vó conversa sobre tudo comigo, só sobre isso que ela não conversa. Acho que eles não me entendem, deve ser pela idade deles. (A15)

Os avós que tiveram uma educação extremamente repressiva e autoritária acerca da sexualidade, onde ela era vista como algo pecaminoso, acabam tendo dificuldade de abordá-la e entrando em conflito com seus netos adolescentes por não concordarem e, principalmente, não entenderem suas ideias.

Outro estudo confirma esse achado, no qual os pais de adolescentes referiram sentirem-se constrangidos para abordarem este assunto com os filhos, devido às lembranças da maneira como haviam sido educados virem à tona no momento do diálogo. Muito do que se ouve e aprende no ambiente familiar sobre sexualidade acaba sendo reproduzindo na educação dos filhos, pois estes valores geralmente perduram por muito tempo, podendo trazer benefícios ou prejuízos para a vida adulta (ALMEIDA; CENTA, 2009).

Os adolescentes referiram, como fontes de esclarecimento de dúvidas e conversas sobre sexualidade, um membro da família que fosse mais velho que eles, mas ainda jovem, como, por exemplo, tios e irmãos. Conforme os adolescentes, a conversa ocorre com maior fluidez com esses sujeitos, do que com seus pais ou avós, devido à proximidade de faixa etária e por já terem vivenciado experiências no campo da sexualidade, o que lhes dá segurança para os elegerem como importante fonte de informação. Seguem-se os excertos que ilustram esta descrição:

Converso com as minhas tias. Gosto de conversar com elas, porque parece que elas são como eu. Me sinto mais segura conversando com elas. Sempre me aconselham, falam sobre tudo, o que é para fazer ou não. [...] Falam que quando eu tiver uma relação sexual tenho que me prevenir. (A12)

Eu converso com a minha tia, porque ela tem mais experiência que eu e explica mais do que a vó. Eu pensava em tirar o bebê, porque sou muito nova. Ela disse que se eu fizesse isso iria botar a minha vida em risco. (A2)

Converso com a minha irmã mais velha. Confio nela e ela me entende. Ela sabe tudo, sabe das coisas. Ela me aconselha para ter cuidado na relação [sexual], usar camisinha. Pede para eu tomar o remédio e cuidar dela [namorada]. Ela fala que eu não posso beber por causa do remédio. Eu pergunto para ela o que pode e o que não pode. (A14)

Eu converso com meu tio. É diferente conversar com ele, me entende. Ele me escuta e me fala as coisas. [...] Fala para mim me cuidar ou se estou fazendo alguma coisa de errado, me orienta. (A10)

A minha irmã mais velha fala que é para arranjar um namorado que não bata em mim, que não use drogas e tem que ser trabalhador. Ela falou que tem que colocar a camisinha para se proteger, para não engravidar e não passar a doença. (A4)

Pode-se identificar o papel da família, principalmente dos irmãos e dos tios, como fonte segura de informação para os adolescentes, que preferiram ser orientados por pessoas mais velhas, com experiência no assunto. Isso vai ao encontro de outros estudos que referem a busca por membros da família que sejam mais velhos, tios e tias, irmãos e irmãs, primos e primas como fontes de informações para conversar e esclarecer dúvidas sobre sexualidade (BEZERRA; PAGLIUCA, 2010; CEDARO; VILAS BOAS; MARTINS, 2012; RESTA, 2012).

Portanto, a rede familiar necessitaria ser compreendida como parte de um elenco fundamental para constituir estratégias de educação em saúde voltadas para a sexualidade dos adolescentes. É preciso considerar suas redes heterogêneas de relações e abarcar não apenas os professores e profissionais da saúde e outros adolescentes como fontes de informação e diálogo, mas, também, os pais, as mães, os avós e os outros membros da família, caso se almeje de fato compreender as experiências relativas à sexualidade dos adolescentes e contribuir para que as vivenciem com menos incertezas e angústias. Esta reflexão provoca a assunção do questionamento: A rede familiar do adolescente que vive com HIV/aids tem sido considerada e incitada, no cuidado em saúde, para refletir acerca da sexualidade destes sujeitos? Com certeza, aí reside um dos grandes desafios posto aos serviços de saúde que se propõem a cuidar de adolescentes que vivem com esta condição crônica.

Nas relações estabelecidas entre os adolescentes e os pais ou os avós, as interdições por vezes foram flexibilizadas, a ponto de se chegar a um certo grau de permissão, mas para se falar meramente sobre a questão da prevenção de uma gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis, bem como de evitar a infecção dos parceiros ou parceiras pelo HIV. Esta abordagem, que relaciona a sexualidade apenas às questões preventivas, está descrita nos relatos que se seguem:

Meu pai está sempre falando para mim: “Tu nunca fica com um guri sem camisinha.”. E a minha mãe diz para eu usar camisinha e me cuidar para não engravidar. (A3)

A mãe só diz que eu tenho que usar camisinha para não engravidar e para não passar a doença para o meu namorado. (A11)

A vó fala sobre a minha gravidez, às vezes ela diz que é cedo para isso. Ela fala para eu me cuidar e usar camisinha. (A2)

A mãe fica falando para usar camisinha sempre e que a primeira vez que transar é para falar para o meu namorado que tenho HIV. Ela já falou que é para me cuidar para não engravidar, porque sou nova para isso. (A9)

A sexualidade, no diálogo familiar, apresentou-se relacionada à dimensão de risco. É notável nos depoimentos dos adolescentes o anseio de seus pais e avós em protegê-los de prováveis riscos a que relações sexuais desprotegidas podem expô-los, bem como proteger seus parceiros e parceiras da infecção pelo HIV. Essa abordagem da sexualidade pela família é restrita ao ato sexual e volta-se, prioritariamente, aos aspectos preventivos, o que pode ser observado nos discursos que ressaltam o uso de métodos contraceptivos. Desse modo, percebe-se que não há indicação de proibição ou negação para a vivência das relações sexuais, de que tratam os relatos, porém há destaque para a prevenção da gravidez, reforçando a responsabilização feminina pela sua ocorrência.

Cabe salientar que esse olhar não representa dizer, em nenhum momento, que devam ser deixadas de lado orientações que evitem o contágio ou a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, mas não se pode deixar de discutir outras dimensões mais amplas que a sexualidade comporta. Quando se abordam apenas questões preventivas, como orientações gerais e impessoais, estas muitas vezes não alcançam diretamente as experiências específicas dos adolescentes.

Esta abordagem preventiva acerca da sexualidade no espaço familiar, que a restringe apenas à condição preventiva e biológica, aparece nos estudos de Bezerra e Pagliuca (2010), Ressel et al. (2011), Macedo et al. (2013) e Salomão, Silva e Cano (2013). Esse tipo de abordagem, em que os pais utilizam de certo saber técnico-científico em suas conversas sobre sexualidade com seus filhos adolescentes, é denominado de medicalização da sexualidade, pois o tema é associado muitas vezes a consequências desastrosas, como doenças e gravidez indesejada (SALOMÃO; SILVA; CANO, 2013).

Além disso, os depoimentos sugerem a existência de confiança na relação entre a mãe e os adolescentes. Aparece a imagem materna de conselheira, parceira, cuidadora principal e responsável, dentro da família, pelo preparo para a vivência da sexualidade dos adolescentes. As passagens abaixo ilustram um pouco essa questão:

Gosto de conversar essas coisas com a minha mãe. Quando estou namorando ela me dá conselhos. [...] O meu pai é muito estouradinho, se eu perguntar essas coisas ele briga comigo. Sempre tenho medo de conversar com o meu pai, mas é porque ele é muito brabo. (A3)

Minha mãe dá abertura, mas não converso essas coisas com ela, tenho vergonha. Às vezes, ela puxa o assunto, mas eu desvio. Ela me pergunta se fiquei com alguma guria e diz que tenho que contar tudo para ela. (A7)

Nesses depoimentos, os adolescentes declararam que é mais fácil e que acontece com mais fluidez o diálogo com as mães, consideradas mais acessíveis, assim como mencionaram que sentiam desconforto e medo da repressão na aproximação com os pais para o esclarecimento de dúvidas sobre a sexualidade. Pode-se observar que, em algumas situações, as mães encorajam os filhos a diálogos sobre as experiências deles acerca da sexualidade, mesmo que estes se sintam envergonhados, o que se revela em “ela puxa o assunto, mas eu desvio”.

A mãe é sempre uma das principais fontes de informação das meninas adolescentes, mas exerce também papel fundamental na socialização dos meninos. Quanto mais alto o nível social, maior o recurso da família para tratar desta temática (BOZON; HEILBORN 2006). Isso se evidenciou no estudo de Bozon e Heilborn (2006), quando adolescentes cuja mãe apresentava um nível de instrução superior buscavam a esta como fonte dominante de informação, deixando em segundo plano os amigos e a escola, enquanto que aqueles cuja mãe apresentava baixa escolaridade mencionaram antes de tudo a escola e a televisão.

Nas pesquisas de Borges, Nichiata e Schor (2006) e Ressel et al. (2011), da mesma forma, os adolescentes contavam, principalmente, com as mães para o esclarecimento de dúvidas, evidenciando a ausência de diálogos do pai com os seus filhos, especialmente com as filhas, uma vez que este relegava o papel à mãe. Além disso, Borges, Nichiata e Schor (2006) constataram, por meio do relato de adolescentes de ambos os sexos, que as mães dão mais abertura para perguntas dos filhos e filhas sobre sexualidade em relação aos pais.

Nessa direção, que tange à abordagem da temática no meio familiar, alguns adolescentes órfãos anunciaram que sentiam falta da mãe ou do pai para ampará-los e aconselhá-los nas dúvidas relacionadas às experiências que perpassam a sexualidade. As próximas falas exprimem este sentimento:

Eu sinto falta da minha mãe para conversar essas coisas, ela iria me entender. Ela faleceu quando eu tinha cinco anos. (A1)

Sinto falta do carinho dela [mãe biológica]. Queria que ela estivesse aqui para me explicar isso. Tenho uma foto dela aqui para matar a saudade. (A3)

Sinto falta de conversar com a minha mãe, ela iria me ajudar em tudo, tirar as dúvidas que eu tenho. Ela faleceu quando eu tinha dez anos. (A15)

Eu queria que meu pai estivesse vivo para conversar com ele sobre isso. O pai era bem presente na minha vida. Tudo seria muito bom. (A10)

A orfandade em decorrência da aids pode impactar a vivência da sexualidade destes adolescentes, considerando que seus recursos para lidarem com as diversas situações que esta vivência promove tendem a se tornar mais restritos pela ausência dos pais, importantes polos de referência para tais informações. Nesses discursos, percebe-se que o peso da saudade e do sofrimento pela ausência dos pais falecidos soma-se às incertezas e angústias acerca da sexualidade, oriundas da lacuna de informações no espaço familiar. Percebe-se que, mesmo morando com outras pessoas, como os avós, por exemplo, valorizaram o papel da mãe e do pai como fontes seguras de informação, preferindo, caso fosse possível, serem por eles orientados.

Estudo realizado com adolescentes colombianos identificou que estes reconhecem os pais como a melhor fonte de informação sobre sexualidade. A comunicação dentro da família, sobre este tema, constitui interessante estratégia para uma vivência mais tranquila da sexualidade, contudo, os pais precisam fortalecer este espaço propulsor para discussões (ATEHORTÚA; ARANGO, 2012).

Ademais, no que tange à carência de informações decorrente da orfandade, uma das adolescentes que vivenciou um período de institucionalização em uma casa de apoio relatou que suas dúvidas foram esclarecidas apenas por uma profissional da referida instituição, como pode ser observado a seguir:

Sobre a menstruação eu falei com uma tia lá do CACAU [Centro de Atenção à Criança e ao Adolescente de Uruguaiana], porque eu morava lá quando veio a menstruação. Eu não tive muito para quem contar. (A4)

Os adolescentes que vivem em instituições distantes das famílias apresentam mais dificuldade em estabelecer vínculos afetivos como os que ocorrem em família. Seus recursos se esgotam mais rapidamente quando as dúvidas não são atendidas, pela escassez de vínculo afetivo, ou seja, existe uma maior limitação no estabelecimento do diálogo (RESTA, 2012).

É possível inferir, da fala dessa adolescente, a ausência não apenas de uma referência familiar para este diálogo, mas também de outros espaços que possivelmente têm se isentado

de comprometer-se com essa reflexão e discussão. Acredita-se que aqui reside uma importante questão: De que maneira a escola e o serviço de saúde têm possibilitado ao adolescente que vive com HIV/aids institucionalizado se expressar em relação às suas dúvidas, especialmente aquelas que perpassam a sexualidade?

Além da busca de informações para o aprendizado da sexualidade com os amigos e familiares, os adolescentes também recorreram a fontes midiáticas, caracterizadas pelas revistas dirigidas ao público adolescente, pelos cartazes e revistas disponibilizados no SAE sobre o assunto, pelos programas de televisão e pelos livros escolares. A consulta a tais fontes pode ser confirmada nos excertos que se seguem:

Tem uma propaganda na TV que a última coisa que eles pegam é a camisinha, aquela me marcou muito. (A1)

Eu esclareço minhas dúvidas lendo revistas e vendo televisão. Nas revistas, já vi coisas sobre os preservativos. (A15)

Dá na televisão que a primeira vez que a gente transar dói um pouquinho e pode sangrar. [...] Tem um cartaz ali na parede que fala que os jovens têm que usar camisinha para não engravidar. (A11)

Eu via as coisas na TV e prestava atenção, ia tentando entender e tirar as minhas dúvidas. Eu já vi umas revistinhas no posto. (A10)

Eu vi um cartaz na frente do posto que dizia “DST” e eu não sabia o que era. Às vezes, eu leio livro de ciências porque fala sobre HIV. (A3)

Já vi aqui [SAE] aquelas revistinhas que ensinam como botar camisinha. E tem aquele cartaz ali, que tem um anjinho, que é para usar camisinha. (A13)

De um lado, é inegável o papel que a mídia tem exercido na vida dos adolescentes, sendo cada vez mais atuante em seus cotidianos como fonte de informação. De outro, é necessário considerar que nela é possível acessar informações de todos os tipos sobre sexualidade, o que pode, a depender de onde os adolescentes buscam informações, ajudá-los ou confundi-los ainda mais. Sabe-se que algumas informações contidas na mídia podem ser duvidosas ou equivocadas. Além disso, as informações técnicas, que não se aproximam da linguagem dos adolescentes, podem ser geradoras de dúvidas, o que se observa em “Eu vi um cartaz na frente do posto que dizia ‘DST’ e eu não sabia o que era.”. Desse modo, há um estranhamento dos adolescentes acerca de como operar com essas informações no âmbito das vivências que perpassam a sexualidade, o que não implica em um entendimento para o cuidado de si.

Existe uma grande quantidade de material midiático produzido sobre a sexualidade voltado para o público adolescente, no entanto, esse tipo de informação, por vezes, promove uma visão superficial e preconceituosa sobre a opção sexual, prática sexual, prazer, cuidado com o corpo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez, entre outras questões (MAROLA; SANCHES; CARDOSO, 2011).

Esses relatos vão ao encontro do estudo de Cedaro, Vilas Boas e Martins (2012), em que meninas adolescentes destacaram que procuravam informações sobre sexualidade, preferencialmente, em revistas e livros, considerando que alguns deles são escritos e orientados para o público juvenil feminino. Contudo, segundo os autores, a preocupação perpassa o tipo de informação que está sendo divulgada nesses meios.

As revistas femininas são bem mais citadas pelas mulheres como fonte de informação do que as revistas masculinas pelos homens. O que chama a atenção é o fato de que as revistas femininas reservam espaço para informações acerca da contracepção, enquanto que as masculinas não apresentam esse caráter informativo, trazendo o sexo como uma atividade a ser usufruída por homens, o que acaba reeditando a norma socialmente aceita de que cabem às mulheres os cuidados relativos à reprodução (BOZON; HEILBORN, 2006).

Esta preferência dos adolescentes por objetos midiáticos sugere que os programas de saúde que buscam informar esse segmento por meio de políticas públicas precisam elaborar materiais informativos voltados a este público, pois esse talvez seja um importante veículo para alcançá-los. Para tanto, o material deve dispor de uma linguagem apropriada, como fazem muitas revistas destinadas ao público adolescente, e estar alicerçado nas experiências deles, não dispondo de receitas de estilos de vida e comportamentos, que é o que costumeiramente se tem encontrado. Além disso, deve-se levar em conta que esse material precisa ser socializado, inclusive, extramuros da instituição de saúde, para que todos possam ter acesso e utilizá-los.

4.5.2 *Ela só conversava sobre sexo, já estava chato*: educação e saúde como espaços de socialização de informações biológicas

A escola, por meio de seus conhecimentos e práticas, parece ainda estar regulada a partir de uma ênfase alicerçada no campo das ciências biológicas ao tratar da sexualidade, mostrando a sua desarticulação com as experiências dos adolescentes. A sexualidade ainda vem sendo tratada e justificada por pressupostos da biologia do corpo, elegendo o seu funcionamento como fundamento primordial de suas explicações. Contudo, ao atentarmos

para a instituição escolar como uma instância envolvida na socialização e na validação de informações acerca da sexualidade, torna-se importante focalizarmos e refletimos acerca dos processos escolares envolvidos com esta perspectiva biologicista.

Os depoimentos dos adolescentes confirmaram que persiste uma visão reducionista sobre sexualidade no espaço escolar, reproduzida tanto pelos professores quanto pelos profissionais da saúde, que ecoa como fator de risco para essa vivência. As informações, conforme os adolescentes, estiveram enfocadas no uso de preservativo e pílula anticoncepcional e na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez. Os discursos a seguir retratam, claramente, esta realidade do âmbito escolar:

Sobre sexualidade dão palestra no colégio, a gente ouve os palestrantes. Falam sobre as doenças sexualmente transmissíveis, sobre usar camisinha, sobre as pílulas [anticoncepcionais]. [...] Foi uma enfermeira que deu as palestras. (A12)

Às vezes, no colégio fazem palestras de como usar camisinha. [...] Foram lá uma psicóloga e um médico. Eles levaram um pênis de brincadeira, uma camisinha de homem e uma camisinha de mulher, e mostraram como botar as camisinhas. (A13)

Na escola foi um pessoal do postinho de saúde, falaram só sobre usar preservativo, como que se faz para botar. Eles trouxeram uns livros para a gente ver as doenças. [...] Sobre a gravidez falaram que tem que se cuidar, porque que na adolescência não dá para ter filho. (A15)

A professora de ciências fala das doenças sexualmente transmissíveis, do HIV, explica quais são os sintomas das doenças. Ela conta que tem que usar camisinha e que tem que saber botar. (A7)

Na escola, durante as aulas de biologia, ele [professor] explica um pouco como deve usar a camisinha e fala que previne da aids, da gravidez e de outras DST. Explicam como tem que tomar a pílula [anticoncepcional] e que tem a pílula do dia seguinte. (A1)

Depois que acaba a aula, daí os professores começam a conversar, mas é muito difícil. Teve uma vez que as professoras convidaram um cara que tem HIV para dar uma palestra, ele não se tratava e ficou cego. [...] A professora de ciências ensinou como se usa a camisinha. (A10)

Como visto, as práticas educativas voltam-se essencialmente à prevenção de gravidez e de doenças. Os professores optam por trabalhar apenas o aspecto biológico da sexualidade e, mesmo aí, esta tarefa foi e é delegada aos professores da área de Ciências. Dessa forma, os demais educadores, provavelmente, não se sentiam responsáveis ou confortáveis para tratarem do tema. No entanto, cabe ressaltar que os Parâmetros Curriculares Nacionais propõem que os temas sobre sexualidade sejam apresentados por meio da transversalidade dos conteúdos

(BRASIL, 1997), o que representa dizer que estejam presentes em todas as áreas do conhecimento.

Com um discurso de proteção sexual embutido no espaço escolar é possível deduzir que a informação, dependendo da maneira que será transmitida aos adolescentes, pode tornar-se um elemento complicador na busca pela compreensão e exploração da sua sexualidade. Nesse sentido, o educador, tanto o professor quanto o profissional da saúde, precisa estar sensível e preparado para propiciar debates, lidar com valores, tabus e preconceitos, mas continua com recursos internos insuficientes para tratar dessas questões e acaba dando a elas uma abordagem biológica. Isso talvez seja uma maneira, até mesmo, de se preservarem frente aos alunos com relação aos seus próprios questionamentos, receios e tabus sobre o tema.

Corroboram com esse apontamento Knauth et al. (2006), ao sinalizarem que a educação voltada à sexualidade não deve ser limitada ao fornecimento de informações sobre o funcionamento do aparelho reprodutor e/ou sobre os métodos disponíveis para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez. Para tanto, essas autoras preconizam uma abordagem da sexualidade dirigida para o aprendizado de relacionamentos, consigo mesmo e com outro, e para o convívio com a diversidade. Além disso, entendem necessário que sejam possibilitados momentos de reflexão aos adolescentes sobre as diferentes situações com as quais podem se deparar em suas experiências relativas à sexualidade, o que os fortaleceria para enfrentar desafios, que, certamente, não se restringem apenas às relações sexuais.

Nascimento e Gomes (2009) comprovaram, ao ouvirem adolescentes, que a escola constitui um *locus* privilegiado para a circulação das informações acerca da sexualidade, sendo apontada como um espaço importante para a sua reflexão e discussão. Além disso, os adolescentes têm muita curiosidade acerca desta temática e sentem falta de a escola assumir este papel (TORRES; BESERRA; BARROSO, 2007). Embora existam tais constatações, outros estudos evidenciaram que a escola tem omitido a discussão da sexualidade em seus programas de ensino ou a aborda de forma superficial, limitando-a enfaticamente à importância das formas de prevenção de doenças e de gravidez (TORRES; BESERRA; BARROSO, 2007; MOURA et al., 2011; MACEDO et al., 2013).

Portanto, a escola contribui para a vulnerabilização dos adolescentes quando não revê o seu currículo, quando mantém a rigidez dos programas escolares e quando não se dispõe a uma problematização ampla e complexa das questões que perpassam a sexualidade. Seria necessário reconhecer que a multidimensionalidade que abarca a sexualidade é pouco problematizada no contexto das escolas (MEYER; KLEIN; ANDRADE, 2007).

Desse modo, ainda que a escola apresente tantas deficiências para a formação dos adolescentes sobre esta temática, é imperativo imaginar que a socialização no que toca a esse assunto está presente em seu universo e cabe a ela, bem como a outras agências, promover a educação em sexualidade (HEILBORN, 2012).

É fato que a escola constitui cenário privilegiado para a socialização da sexualidade. Se esse espaço não se dispuser tratar deste tema para além dos limites do silenciamento e da interdição, reforçará o caráter de tabu que é atribuído ao tema, quando do contrário pode contribuir com a formação da identidade, com a superação de medos e dúvidas e com a formulação ou reformulação de conceitos. Para isso, a valorização das experiências que os adolescentes trazem para serem socializadas em sala de aula é fundamental, pois permite a aproximação entre informações científicas e as experiências práticas. Desse modo, propõe-se a reflexão: Será que a escola está buscando alguma aproximação entre os discursos técnicos e os saberes e vivências dos adolescentes acerca da sexualidade?

Da mesma forma, no espaço do SAE percebe-se que há, certamente, tendência de que assuntos relativos a questões biológicas sejam prioritariamente discutidos pelos profissionais em suas intervenções junto aos adolescentes, limitando suas abordagens, na maior parte das vezes, apenas aos aspectos relacionados ao ato sexual, ao funcionamento do corpo e às consequências adversas de atos sexuais desprotegidos, com forte abordagem no risco. Contudo, os adolescentes sinalizaram que esta abordagem não estava dando conta de suas necessidades, o que expressaram pelo silêncio e desconforto no momento da consulta com o profissional e pelo afastamento do serviço de saúde. Essa constatação está presente nos fragmentos a seguir expostos:

Aqui [SAE] eu já conversei com uma psicóloga, faz tempo. Ela conversava que quando for a hora H [relação sexual] tem que usar camisinha. Dizia que tem que ter responsabilidade, se a guria engravidar tem que cuidar da criança, porque a criança é inocente. (A13)

Só com a psicóloga conversei uma vez. Ela perguntou se namorei, se transei. Não gostei, nunca mais vim. Ela não orientava. Ela só conversava sobre sexo, já estava chato. Aí eu só ficava escutando. Hoje gostei, porque a gente conversou outras coisas. (A3)

Primeira vez que consultei foi com a psicóloga daqui [SAE], ela disse para o meu namorado e o meu padrasto entrarem junto na consulta. Me senti mal, envergonhada. Não falei nada para ela, porque meu padrasto iria contar tudo para minha mãe. Ela pegou um kit para mostrar como coloca camisinha, falou da pílula [anticoncepcional], também. (A11)

Eu conversei só um dia com a enfermeira. Ela só falou para tomar os remédios para não passar [HIV] para o bebê. (A2)

Fui só uma vez ao médico, porque tenho vergonha de falar essas coisas com ele. Ele falou da minha menstruação. (A4)

A partir dos depoimentos, é possível inferir que foram poucas as oportunidades de socialização sobre essa temática com os profissionais do serviço de saúde e que consideravam necessário que estes incorporem a perspectiva de uma preparação mais ampla sobre sexualidade. Ainda, foi ressaltado que, no momento de abordagem da temática, é fundamental que seja considerada e respeitada a individualidade de cada um, caso contrário se esgotam as possibilidades de diálogo e aprendizagem.

No que se refere à atuação dos profissionais da saúde no cuidado, é necessário que estes estendam seus olhares para além do modelo biológico, que abarca tão somente os aspectos físicos e patológicos que envolvem a questão da sexualidade. Desse modo, urge que iniciem discussões e incitem reflexões acerca da sexualidade como uma dimensão socialmente e culturalmente construída, contemplando as perspectivas físicas, psicológicas, emocionais, culturais e sociais, evitando, contudo, o reducionismo biológico, no intuito de estar mais próximo do adolescente e alcançar com mais pertinência a promoção de sua saúde integral. Isso também possibilitaria desconstruir mitos e tabus acerca do tema que possam ter sido elaborados em outros espaços de socialização, bem como tratá-lo num patamar que vai além da genitalidade, que envolve toda uma vida, toda uma história, todo um contexto de relações específicas. Para tanto, há que se superar a perspectiva acrítica, patologizante e medicalizante que tem mediado a prática de cuidado dos profissionais da área da saúde.

Acredita-se que essa forma de os profissionais da saúde tratarem a temática pode advir de sua formação acadêmica, na qual, muitas vezes, ela é mantida velada ou discutida de forma eventual, associada ao ensino de procedimentos técnicos que favoreçam o assunto vir à tona. A exaltação da técnica, presente já na formação acadêmica do profissional, direciona a sexualidade para uma perspectiva biologicista e medicalizada e limita a possibilidade de uma prática criativa e sensível. Dessa forma, o diálogo, no momento do cuidado, acaba sendo direcionado exclusivamente ao problema ou à anormalidade apresentados pelo sujeito, e aos passos que a técnica comporta (SEHNEM et al., 2013a).

Os adolescentes anunciaram as diversas dúvidas que possuíam relacionadas à vivência da sexualidade, as quais abarcam as suas várias dimensões. Os discursos clarificam que eles desejariam saber mais a respeito dos relacionamentos afetivo-sexuais; da revelação do diagnóstico ao parceiro; do uso de preservativo masculino e feminino e da pílula

anticoncepcional; dos desafios de ter filhos diante da possibilidade de transmissão vertical; da prevenção de uma gravidez indesejada e das doenças sexualmente transmissíveis, inclusive para não infectarem o parceiro; do desenvolvimento corporal no processo de adolecer; da masturbação; da homossexualidade; dos medicamentos antirretrovirais; do exame preventivo de câncer de colo de útero; entre outras questões que entenderam que podem emergir de suas experiências. Seguem-se as falas que retratam tais dúvidas:

O pessoal daqui [SAE] tinha que conversar com a gente sobre o relacionamento, se no começo devo contar da doença, se tenho que contar que tomo remédio. Conversar sobre a camisinha, eu queria saber se existe camisinha para mulher. Falar das mudanças do corpo que vão acontecer. Falar sobre a hora certa [da relação sexual], se a gente quer mesmo fazer ou se é só para mostrar a masculinidade. Tenho dúvida se quando tiver filho ele vai ter aids. Queria saber que jeito pode se combater as DST e a gravidez. Saber o que a guria pode usar para não engravidar. Acho que vão surgir mais dúvidas. Sobre isso aí, até agora, não sei nada. (A5)

Sobre sexualidade tenho dúvida de tudo. Tenho medo de não saber fazer nada. (A1)

Dúvidas a gente sempre tem. Teriam que conversar sobre o que a gente está conversando, que é sobre o que a gente gosta. É importante conversar para tirar as dúvidas. [...] Sobre o uso da camisinha, corpo, remédios, tudo. Como que a gente faz para não pegar outras doenças e para não passar aids. De que jeito se previne uma gravidez. Sobre preventivo [exame preventivo de câncer de colo de útero], quando que tenho que fazer. (A15)

Sobre homossexualidade, porque ninguém conversa sobre isso e tem muito preconceito. Deviam explicar, por exemplo, se posso tirar o bigode. Nunca levei a fundo o assunto da camisinha, não sei se aperta, se diminui o prazer, como usar. Saber como tenho que contar para ela da minha doença. (A7)

Quer saber mesmo? [...] eu tenho dúvida sobre doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, menstruação, pílula [anticoncepcional] e masturbação. É muito importante orientarem como usar camisinha porque, quando for a hora do bote [relação sexual], tem que saber usar. (A13)

Tais depoimentos expressam o desejo dos adolescentes de saberem mais no que tange à amplitude de questões relacionadas à sexualidade na adolescência e expressam que um dos caminhos para ir ao encontro de suas dúvidas é “conversar sobre [...] o que a gente gosta”. A partir disso, eles sinalizam que as orientações precisam ter como ponto de partida as suas necessidades e experiências e não o caminho oposto, que é o que tem acontecido, muitas vezes, na família, na escola e nos serviços de saúde. Parece lógico pensar que o caminho a ser percorrido não pode ser trilhado desconsiderando esta busca do adolescente por ser mais, pois

esta disponibilidade de buscar novos saberes só é possível quando o sujeito se reconhece como um ser inacabado, em constante busca, sendo esta a raiz da educação (FREIRE, 2011a).

Tratar apenas das questões biológicas quando se fala em sexualidade pode estar fragmentando a comunicação e esvaziando o cuidado em saúde de suas potencialidades criativas. A curiosidade é o princípio da produção do conhecimento. Por essa razão, os educadores não podem dar-se ao direito de “castrar” a curiosidade do educando, em nome da eficácia da memorização das informações técnico-científicas, e aqui se reforçam as biológicas e preventivistas, tolhendo a sua liberdade e a sua capacidade de aventurar-se (FREIRE, 2007).

Considerando que nos contextos de socialização dos adolescentes há uma escassez de informações no que se refere à sexualidade e quando estas aparecem se dão de forma superficial, limitadas enfaticamente à importância do uso do preservativo e da prevenção de doenças, os adolescentes anunciaram sentirem-se despreparados para a vivenciarem. Os depoimentos a seguir expressam um pouco esta sensação de despreparo destes sujeitos:

Teria que saber um pouquinho mais, porque é bom saber de tudo, não só da metade, porque da metade pode esquecer com a ansiedade que dá na hora do bote [relação sexual]. Tem coisas que eu tenho que aprender. (A13)

Eu não sei nada, não estou preparado. Não estão orientando o suficiente. Os jovens têm que saber tudo. (A8)

Não estou preparada, tenho medo de quase tudo. Preciso saber de mais algumas coisas. (A3)

Não sei muitas coisas, não estou preparado. É que eu nunca pesquisei a fundo essas coisas. A gente ouve falar por aí algumas coisas e acha que já sabe o suficiente. Eu preciso de mais informações. É um grande compromisso, é uma coisa séria, tem que estar bem orientado. (A7)

Não me sinto preparada, precisaria saber um pouco mais, tenho que tirar várias dúvidas ainda. Acho que teriam que conversar mais comigo. (A6)

Sobre o despreparo referido pelos adolescentes, Resta (2012) alerta que esses sujeitos estão expostos a um contexto de desinformação em função de uma série de situações de vulnerabilidade, que perpassam a dificuldade em dialogar com a família sobre o assunto, as barreiras no acesso às informações nos serviços de saúde e as relações de gênero. Nesse sentido, a autora reitera que as lacunas relacionadas ao campo da saúde estão situadas no afastamento das produções técnico-científicas aos construtos sociais e culturais dos jovens.

Cabe ressaltar que o acesso à informação e a familiaridade com a temática da sexualidade constitui-se em um direito fundamental para os adolescentes. A informação sobre

sexualidade não depende exclusivamente da família, devendo ser provida no âmbito da escola e dos serviços de saúde que assistam a adolescentes. Assim, uma perspectiva adequada na abordagem da temática para este público deve centrar-se na compreensão de que ela não se reduz à explicação do amadurecimento sexual orgânico, pois abrange a compreensão das relações de gênero e a capacidade de refletir sobre as convenções a ela relacionadas (HEILBORN, 2012).

Nascimento e Gomes (2009) indicam caminhos para os serviços de saúde tratarem desta temática no cuidado a adolescentes, os quais estão relacionados à disponibilidade dos serviços em promover uma escuta que garanta a conciliação do saber científico com as experiências dos adolescentes e à comunicação entre os profissionais da saúde e as demais instituições envolvidas com a socialização deles, e aqui reforçam-se a escola, os pares e a família, para assegurar o enfrentamento da complexidade que a sexualidade envolve, não a reduzindo ao simples espaço de prevenção de doença.

Cabe ressaltar ainda que, além desses depoimentos que apontaram para um despreparo no que concerne à vivência da sexualidade, também houve relatos de (des)conhecimentos acerca da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez. Desse modo, considera-se que embora as informações, nos diversos contextos de socialização dos adolescentes, tenham sido direcionadas meramente à questão biológica e preventivista, mesmo aí foram deficientes e não impactaram na construção de seus conhecimentos, como pode ser observado abaixo:

Eu acho que se previne DST com camisinha, pílula [anticoncepcional] e injeção. (A3)

A gente pega DST pela relação sexual e por fazer tatuagem. A gente pode se prevenir usando a medicação certa, o Kaletra. (A6)

Só sei que a pílula [anticoncepcional] tem que tomar todos os dias, o resto eu não sei. Não sei se a camisinha protege só da aids ou de outras doenças, também. (A1)

Se pega doenças sexualmente transmissíveis não usando preservativo e não tomando remédio, [...] o remédio que tomo para a aids. (A15)

Se previne doenças sexualmente transmissíveis usando camisinha e pílula [anticoncepcional]. (A13)

Esse (des)conhecimento apontado pelos adolescentes ocorre provavelmente porque as informações isoladas sobre a questão de prevenção não fazem sentido em suas vidas, pois

decorrem de uma descontextualização da informação de base técnico-científica, que acaba por não impactar no entendimento e, provavelmente, nas experiências dos adolescentes neste campo. Nesse sentido, a escolha de uso de métodos preventivos e contraceptivos não pode ser entendida como algo simplesmente racional, pois é, acima de tudo, culturalmente e socialmente construída, visto que seu uso está atrelado a diversas questões, quais sejam de como o indivíduo tem acesso à informação e como a interpreta, de como acessa o próprio método, de como as relações de gênero delimitam seu uso, de como as práticas por outros vivenciadas os influenciam, dentre outras questões que não se tem a pretensão de esgotar nesta discussão.

Vale lembrar que a sexualidade é um domínio que exige aprendizado de como relacionar-se consigo mesmo e com o outro. Este processo de aprendizado se dá mediante as formas sociais disponíveis para tratar a sexualidade, como a qualidade da informação, a natureza do conteúdo sobre esse tema nas escolas, o acesso a serviços de saúde adequados, além de professores e profissionais da saúde sensibilizados e bem preparados para o atendimento das demandas deste público (KNAUTH et al., 2006).

Desse modo, será que os profissionais da educação e saúde se sentem preparados e desejam discutir os sentidos e significados acerca da sexualidade, envolvidos no contexto social e cultural desses sujeitos, para estabelecer formas de interlocução e de diálogo? A resposta parece mostrar que não, e aí encontra-se uma série de situações e fatores que interferem nesse preparo e nesse desejo de adentrar no mundo do adolescente para auxiliá-lo na condução de um vivência saudável de sua sexualidade.

A discussão do tema da sexualidade não é somente importante, como urgente no cenário da saúde, principalmente pela necessária renovação das práticas de cuidado em saúde (RESTA, 2012). Para tanto, são fundamentais ações contínuas e projetos que emergem tanto do próprio serviço de saúde quanto da escola e da comunidade. O foco de tais ações precisa estar direcionado para as experiências afetivo-sexuais dos jovens, buscando conhecer os acontecimentos, qualificar o conhecimento técnico-científico e buscar estratégias que proporcionem condições de acesso aos serviços.

4.5.3 *Tudo que me falaram fugia na hora*: aprendizados acerca da sexualidade construídos a partir de experiências

Mesmo com a crescente difusão de informações acerca da sexualidade, percebe-se que a interiorização das normas preventivas de doenças sexualmente transmissíveis e de uma

gravidez indesejada entre os adolescentes ainda é frágil. Por conseguinte, há que se reconhecer que o aprendizado da sexualidade extrapola o acesso às informações, decorrendo especialmente das múltiplas experiências vivenciadas, do momento em que acontecem tais experiências e dos distintos cenários em que elas se inserem. Desse modo, os adolescentes anunciaram que o envolvimento, no momento da relação sexual, pode interferir na lembrança das informações que receberam outrora, especialmente no que se refere à proteção nas relações sexuais. Os relatos a seguir esclarecem que o “calor do momento”, conforme referido, pode comprometer a aplicação prática das informações:

O calor da hora pode dar aquela ansiedade, de começar logo aquilo tudo. (A13)

Quando ficava com ele [namorado] não me lembrava de nada e nem de ninguém. Parecia que estava nas nuvens. Quando fui beijar ele, ele disse assim: "Ah, não pense em nada, vamos ficar como se a gente estivesse nas nuvens.". Aí eu fiquei, me esqueci de tudo. (A3)

Tudo que me falaram fugia na hora [da relação sexual], acho que eu não pensava pelo calor do momento. Por isso estou grávida. (A2)

Na hora não me lembrava de nada. Não lembrei da camisinha. Sinto que estou nas nuvens quando estou perto dele [namorado]. Quando estou com meu namorado esqueço de tudo, quando estou perto da minha mãe lembro de tudo. [...] Acho que porque dá calor na hora H [relação sexual]. (A11)

Além desse envolvimento, embora os adolescentes considerassem importantes as informações de base técnico-científica para o cuidado de si e do outro, ponderaram que a imersão de sensações de ansiedade, nervosismo e medo, especialmente de infectar o parceiro, associados à primeira experiência de relação sexual também podem implicar na não aplicação das informações na prática. As falas a seguir representam esta descrição:

A ansiedade e o nervosismo na hora de transar podem me atrapalhar, porque nunca transei. (A13)

Acho que na hora [da relação sexual] não vou conseguir lembrar tudo, vou esquecer. A primeira vez vou ficar ansioso. (A8)

A primeira vez eu tinha catorze anos. Não sabia fazer. Fiquei muito nervoso, olhei para ela e ela me falou: "Tu não vai colocar a camisinha?" e eu disse: Ah é, já tinha me esquecido. Na hora eu esquecia tudo. Acho que a ansiedade me atrapalhava. (A14)

Na hora tenho medo de esquecer a camisinha e passar a doença, o nervosismo e o medo podem me atrapalhar. Não quero esquecer alguma coisa que seja importante fazer. (A15)

O nervosismo atrapalha muito de lembrar tudo que precisa. Na primeira vez acho que vou ficar muito nervosa e esquecer tudo. (A6)

Acho que vou estar com medo, na primeira vez, de engravidar e de passar para ele [namorado] o HIV, isso pode me atrapalhar um pouco. (A9)

Observa-se que os adolescentes não rejeitaram as informações técnico-científicas recebidas, mas negaram a sua imposição sob a forma de proibições e controles daquilo que é entendido pelo discurso científico como “certo” ou “errado”. Na verdade, eles apresentaram uma concepção mais ampliada sobre os determinantes para o processo de escolhas acerca das práticas sexuais, que transcendem as questões individuais. Reconheceram que existem outros elementos envolvidos na viabilidade das escolhas adequadas às suas realidades, tais como questões sociais, culturais, contexto e dinâmica do relacionamento afetivo. Desse modo, apesar de reconhecerem a importância das informações técnico-científicas para o cuidado de si e do outro, referiram que estas, muitas vezes, não são ou podem não ser aplicadas em suas vidas.

A partir desse apontamento, entende-se que as decisões dos adolescentes sobre as informações a serem aplicadas na prática parte do entendimento de sua viabilidade sociocultural. Freire (2005; 2011b) argumenta que os indivíduos devem assumir uma atitude de suplantar a adaptação ingênua por uma predominantemente crítica, que predisponha a constantes revisões de sua realidade, levando-os a uma nova postura diante de seus problemas. Essa mudança de postura advém da práxis, movimento de reflexão articulada com a ação, que irá possibilitar uma análise crítica da realidade, conduzindo o sujeito à superação da abstração do objeto ensinado (FREIRE, 2005), ou seja, a tornar a informação recebida aplicável ao seu contexto de vida.

A crítica a abordagens educativas centradas na informação para a mudança de comportamentos mostra a necessidade da reflexão não apenas sobre o conteúdo da informação, mas, principalmente, sobre como e porque a informação é comunicada (MEYER et al., 2006). Ademais, Bondía (2002) acrescenta que a informação não é experiência. E mais, a informação, por vezes, pode não deixar lugar para a experiência. Para esse autor, o saber da experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana, sendo a experiência uma espécie de mediação entre ambos. Aponta, ainda, que esse saber tem algumas características que o opõe ao que se entende por conhecimento, pois ele é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente e pessoal, considerando que a experiência é singular. Por conseguinte, a

experiência e o saber que dela deriva são o que permite a cada um apropriar-se de sua própria vida.

Essa questão também foi encontrada no estudo de Resta (2012), no qual os jovens referiram que no momento das relações sexuais as informações absorvidas acabam por se misturar a outras sensações que produzem, em especial, o efeito do esquecimento de algumas orientações, como, por exemplo, o uso da proteção nas relações sexuais. Nesses momentos, dizem agir sem pensar nas consequências e que provam das experiências como um meio de desafiar a si mesmos.

Outros estudos nacionais evidenciaram que a informação não é preditora, na maioria das vezes, de mudanças de comportamento em relação às experiências que perpassam a sexualidade (BRANDÃO; HEILBORN, 2006; OLIVEIRA et al., 2009; BERETTA et al., 2011). A pesquisa de Oliveira et al. (2009), por exemplo, mostrou que 99% dos adolescentes afirmaram conhecer algum método de prevenção de doenças ou gravidez e o mais conhecido era o preservativo, no entanto, apenas 53% referiram utilizá-lo em todas as relações sexuais. Semelhanças foram encontradas por Beretta et al. (2011), em um estudo com adolescentes puérperas, que revelou que, embora 99% conhecessem os métodos para evitar a gravidez, 72% das gestações não foram planejadas. Nesta mesma direção, Brandão e Heilborn (2006) observaram a dificuldade de adolescentes puérperas internalizarem as normas contraceptivas.

A literatura internacional coaduna com tais achados (SUVIVUO; TOSSAVAINEN; KONTULA, 2010; RAMATHUBA; KHOZA; NETSHIKWETA, 2012; BERENSON; RAHMAN, 2012). Na pesquisa realizada por Suvivuo, Tossavainen e Kontula (2010), meninas adolescentes finlandesas relataram que, no momento da relação sexual, em que o desejo esteja presente, não pensam sobre quaisquer informações recebidas e, por isso, acabam mantendo relações sexuais desprotegidas. Já Ramathuba, Khoza e Netshikweta (2012), ao observarem altos índices de gravidez não planejada e aborto na África do Sul, conversaram com meninas escolares para identificar seus conhecimentos em relação à contracepção e perceberam que elas estavam cientes dos diferentes métodos contraceptivos que podem impedir a gravidez. O estudo de Berenson e Rahman (2012) foi realizado para examinar a eficácia de intervenções sobre a adesão à contracepção oral e uso do preservativo entre meninas adolescentes do Texas. Em tal estudo, as participantes receberam aconselhamentos após três, seis e doze meses do início da pesquisa sobre o uso desses métodos, porém foi evidenciado que nem mesmo as intervenções do estudo melhoraram tais práticas.

Ainda, em relação aos determinantes de suas escolhas, no que tange às práticas de proteção nas relações sexuais, os adolescentes disseram que o consumo de álcool e drogas pode atrapalhar de lembrarem-se das informações, como pode ser observado abaixo:

O crack e as drogas são um vício que pode desconstrair a mente e fazer esquecer tudo na hora H [relação sexual]. As drogas deixam alterada a cabeça. (A13)

A droga e a bebida deixam a pessoa alterada. Na hora [da relação sexual] não pensam em nada. Meu namorado usava droga e eu não gostava que ele usasse. (A3)

A bebida pode atrapalhar de lembrar de botar a camisinha. (A2)

Quem usa drogas fica louco na hora da transa, não dá bolas para nada. (A14)

A bebida pode atrapalhar, porque meu primo, quando ele bebe, esquece da camisinha. Uns amigos meus não usam camisinha, porque eles são bêbados e drogados. (A11)

A partir desses depoimentos, novamente os adolescentes reiteraram que seus aprendizados sobre sexualidade estão vinculados ao contexto em que estão inseridos, ou seja, que há uma interdependência entre suas escolhas e os contextos individual, familiar, escolar, de grupo de pares e outros. Os próprios espaços de socialização com os pares, como as festas e os bares característicos da adolescência, nos quais estão presentes substâncias como álcool e drogas, podem influenciar o aprendizado da sexualidade, o que se dá fortemente pela observação das experiências e comportamentos dos amigos.

A reflexão proposta nesta subcategoria se mostra potente para se pensar que o exercício da sexualidade está inscrito em um processo subjetivo e peculiar de individualização e de crescimento e aprendizado da responsabilidade e da autonomia do adolescente. Esse aprendizado gradual da sexualidade, no qual se inscrevem também o aprendizado da contracepção e da proteção às doenças sexualmente transmissíveis, além de questões mais amplas, contrasta com uma acepção muito difundida da sexualidade como algo passível de controle (BRANDÃO; HEILBORN, 2006). Desse modo, é necessário iluminar com novas abordagens a problematização das dificuldades que perpassam a vivência da sexualidade dos adolescentes, para além dos argumentos tradicionalmente aventados na literatura científica correlata ao tema, tais como a falta de conhecimento ou informação (BRANDÃO, 2009).

Há que se considerar que as experiências que envolvem a sexualidade se dão imersas em emoções, sensações, contextos e relações. Portanto, a partir de tudo o que já foi dito,

parece claro que a educação em saúde com os adolescentes acerca da sexualidade não se trata apenas de uma maior facilidade de comunicação da informação, como geralmente se costuma pensar, mas de um maior compartilhamento de experiências, fundamentalmente. Com essa mirada, a seguinte reflexão é oportuna: Os serviços de saúde têm compartilhado com os adolescentes as experiências reais por estes vivenciadas, para a partir daí pensar nas informações? Entende-se que é disso que a educação em saúde nos serviços precisa tratar.

4.6 Educação em saúde com o adolescente que vive com HIV/aids: um caminho possível de ser trilhado nos serviços de saúde

A categoria em tela tratará da (in)visibilidade da educação em saúde no serviço de saúde com os adolescentes que vivem com HIV/aids; dos dizeres e fazeres dos profissionais acerca da educação em saúde com tais adolescentes; e das abordagens de educação em saúde acerca da sexualidade que podem ser utilizadas com esses sujeitos.

4.6.1 Os adolescentes estão soltos e invisíveis aqui no serviço: a (in)visibilidade da educação em saúde no serviço de saúde

Apesar de nos últimos anos terem acontecido investimentos das mais diversas ordens com o objetivo de perceber os adolescentes como sujeitos de direitos, na prática esta perspectiva ainda não está incorporada, especialmente nos serviços de saúde. É necessário vislumbrar que produzir saúde com adolescentes é trazê-los para a centralidade da discussão do cuidado em saúde como sujeitos de direitos e não mantê-los às margens da atenção em saúde, como tem acontecido predominantemente.

No que tange à realização da educação em saúde com adolescentes que vivem com HIV/aids, no contexto em que este estudo foi realizado, os interlocutores, adolescentes e profissionais, afirmaram que ela é mantida na invisibilidade do cuidado. Desse modo, conseqüentemente, o tema da sexualidade acaba não sendo tratado com os adolescentes, o que de certa maneira é uma negação dessa dimensão da vida deles. Há que se ponderar que, para um adequado cuidado da saúde desse grupo, é necessário que os serviços de saúde sejam capazes de efetivamente acolhê-los como sujeitos plenos, com suas necessidades e demandas específicas.

Os adolescentes confirmaram esse apontamento à medida que, reiteradamente, pronunciaram que “nunca” foram ao SAE e nem mesmo conversaram com algum profissional

do mesmo, o que elucida importantes limitações relacionadas à construção de propostas de cuidado. Essa realidade está descrita a seguir:

É sempre a minha tia que vai buscar a medicação, eu nunca vou. Só vou quando tem que fazer meus exames de CD4 e carga viral. Nunca conversei com ninguém de lá. (A12)

Nunca conversei com ninguém daqui [SAE] sobre isso [sexualidade], a primeira vez é contigo. Com a médica eu não iria querer conversar, tenho vergonha. (A5)

Eu nunca venho aqui [SAE]. A vó que pega minha medicação. (A8)

Eu nunca vou no posto [SAE], é sempre a vó que vai buscar a medicação. [...] Não é por vergonha, não gosto mesmo. Eu vou só quando tem que fazer os exames. Nunca conversei com ninguém de lá. Não vou chegar e falar das minhas coisas, o doutor que tem que conversar comigo. (A10)

Nunca venho aqui [SAE], a mãe vem pegar os remédios quando acabam. (A6)

Eu não venho aqui [SAE], quem pega meu medicamento é as pessoas lá do CACAU [Centro de Atenção à Criança e ao Adolescente de Uruguaiana]. Elas que marcam as minhas consultas e os meus exames. Nunca ninguém conversou sobre isso [sexualidade] comigo aqui. (A4)

Na mesma direção, os profissionais da saúde do referido serviço também reconheceram esta invisibilidade. A reflexão sobre esta questão foi desencadeada no grupo focal por meio do questionamento: Nos momentos de contato dos adolescentes com o serviço, vocês conversam sobre a questão da sexualidade com eles? Os profissionais concordaram que existem limites em suas próprias atuações e, também, na atuação da equipe, o que os impossibilitava de acolher os adolescentes e suas demandas. Além disso, revelaram que o cuidado a este público ocorria de maneira fragmentada, ficando restrito apenas ao pediatra, quando este atuava naquele serviço. A discussão oriunda do grupo pode ser verificada nos próximos excertos:

Temos muita dificuldade na questão do atendimento ao adolescente. A gente tinha um pediatra no serviço, que fazia todo um acompanhamento, a partir do momento que o serviço perdeu o pediatra, perdeu-se o adolescente. Perdemos! Os adolescentes estão soltos dentro da rede. Nós estamos perdidos no acompanhamento desse adolescente. Ele entrou na adolescência e a gente não se deu conta. Às vezes, mesmo estando aqui todos os dias, quando vem aquele adolescente com uma carga de problemas, me pergunto: o que eu estava fazendo que não consegui ajudar de outra forma? Então, isso faz a gente sentir que, muitas vezes, não alcançou o objetivo. (P1)

Por incrível que pareça, a gente acaba tendo aquele olhar: Nossa!, o fulaninho está com essa idade, já está desse tamanho, e a gente não se deu conta que ele cresceu. O serviço não acompanhou esse adolescente. (P4)

O que chama atenção é que alguns deles [adolescentes] nunca vieram aqui no serviço, nem nas festinhas de dia da criança nem nas de Natal. É sempre a mãe, a vó ou alguém que vem buscar a medicação. Os adolescentes estão soltos e invisíveis aqui no serviço e na rede de saúde. (P2)

Os interlocutores desta pesquisa, adolescentes e profissionais, revelaram que as práticas educativas voltadas à saúde do adolescente que vive com esta condição crônica não eram valorizadas no serviço de saúde, considerando a insuficiência ou, talvez, a inexistência de interações entre eles. Logo, isso permite constatar que a sexualidade, de fato, não era assunto tratado com os adolescentes, o que caracteriza, certamente, uma realidade alarmante e preocupante, que necessita de um olhar atento e urgente de todos aqueles envolvidos com o processo de cuidar. Acredita-se que esta não seja uma situação peculiar desse serviço e sim da maioria dos serviços de saúde do estado e, até mesmo, do país. Ademais, a realidade estudada exige uma atenção à saúde integrada como contrapartida à fragmentação na forma de especialidades, caracterizada pelo direcionamento do atendimento deste público ao pediatra.

Sobre os serviços de saúde, geralmente não há a abertura de espaços apropriados às necessidades de saúde dos adolescentes, especialmente aquelas do campo da sexualidade. Acredita-se que a baixa procura do adolescente ao serviço de saúde pode advir da pouca oferta de ações direcionadas a estes, o que se configura como um desafio para a prática de um cuidado integral. Também, é provável que estes adolescentes que vivem com HIV/aids não levem ao serviço de saúde suas dúvidas e preocupações no campo da sexualidade devido ao medo do preconceito e da discriminação que podem sofrer neste espaço. Isso pode decorrer, especialmente, porque a sexualidade ainda é significativamente relacionada às relações sexuais e, portanto, as abordagens podem voltar-se meramente aos cuidados para não contaminação do parceiro, o que reforça discursos arraigados no biológico e na culpabilização.

Em diálogo com profissionais e adolescentes, a pesquisa de Ayres et al. (2012) demonstrou que, embora houvesse efetiva percepção da especificidade da atenção à saúde de adolescentes, assim como propostas positivas no serviço de saúde estudado, estas ainda eram pouco exploradas e dependentes, exclusivamente, de iniciativas individuais, erguidas sobre as demandas trazidas por esse público ao serviço. Desse modo, tais autores depreenderam que não só parte das necessidades do grupo não era apreendida, como era trabalhada de maneira

tímida, o que decorria da fragilidade de interações entre profissionais e da fragilidade da dimensão comunicacional nos encontros entre profissionais e adolescentes.

A adolescência desafia, portanto, a organização do cuidado em saúde para a efetivação de um dos princípios norteadores do SUS, o princípio doutrinário da integralidade, que remete-se a quatro eixos inter-relacionados, quais sejam o eixo das necessidades, que diz respeito à qualidade da escuta, acolhimento e resposta às demandas; o eixo das finalidades, que relaciona-se a modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e recuperação da saúde; o eixo das articulações, que se refere a composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais; e o eixo das interações, que associa-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado (AYRES et al., 2012). Ressalta-se que não há a pretensão, neste momento, de enveredar-se por reflexões acerca da integralidade no cuidado, porque essa análise levaria o estudo a outros rumos, porém considera-se que este é um campo propulsor de discussões na saúde do adolescente que são necessárias.

Com relação a tais dificuldades enfrentadas, o Ministério da Saúde propôs diretrizes e princípios para a organização dos serviços de saúde para o cuidado integral a adolescentes. Desse modo, recomenda que na organização da atenção à saúde deste grupo devem ser levados em consideração aspectos como a adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes; o respeito às características socioeconômicas e culturais da comunidade; e a participação ativa dos adolescentes no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações (BRASIL, 2007). Embora haja leis que garantam o direito à saúde do adolescente (BRASIL, 2008), percebe-se que há ainda um longo caminho a ser trilhado para assegurá-lo.

Em outros estudos os serviços de saúde também não aparecem como um lugar importante e prioritário para os adolescentes encontrarem informações confiáveis sobre sexualidade, demonstrando, assim, sua pouca frequência a esses espaços (TORRES; BESERRA; BARROSO, 2007; BRANDÃO, 2009; RESTA, 2012). Em contrapartida a esses achados, pesquisa realizada por Mesquita e Torres (2013), com os profissionais da saúde do SAE de Porto Alegre, revelou a existência de uma prática de cuidado que considera não somente o adolescente, mas também sua família e cuidadores; e que utiliza a escuta e a participação do adolescente. Tais profissionais ressaltaram a organização e a estrutura do serviço, os quais contemplam espaços para a realização de consultas e grupo de adolescentes, o que permite evidenciar que um olhar diferenciado a este público não é utopia.

Todo esse cenário evidencia o desafio de ampliar o acesso em saúde e, muito mais que isso, de acolher o adolescente e de fortalecer a comunicação entre os profissionais da saúde e esse grupo. Para tanto, é necessário que os profissionais despertem o olhar para o adolescente, como autor de sua própria história, com grande potencial para parcerias e reflexões e para a educação em saúde, como ferramenta importante para emancipação desses sujeitos.

Alguns adolescentes relataram acessos limitados ao SAE, o que se observa quando anunciaram irem até este serviço de saúde apenas para buscar os medicamentos antirretrovirais, fazer exames e realizar consultas, as quais são centradas particularmente nos profissionais médicos. A partir disso, é possível aventar que os profissionais respondem somente às demandas expressas pelos adolescentes e centram a abordagem em queixas clínicas. Os depoimentos a seguir se coadunam com essa descrição:

Venho aqui quando tenho que fazer exames, consultar ou pegar meus remédios. (A13)

Eu venho uma vez por mês, para ganhar meus remédios e marcar uma consulta por causa da gravidez. Sempre quando eu venho aqui não tem ninguém para conversar, só pego os remédios e vou embora. (A2)

Venho só pegar os remédios. [...] Não converso com eles [profissionais da saúde] porque não chamam a gente para conversar. (A14)

Venho pegar medicação, mas é mais a vó e os meus tios que pegam. Aqui é só entrega de remédio. Não converso com ninguém porque tenho medo que contem as minhas coisas para a vó, não tenho confiança em ninguém. (A1)

É sempre eu que venho pegar os remédios. Venho marcar os exames e ir no doutor. Não falo muito com eles [profissionais da saúde]. (A15)

Percebe-se que os profissionais e gestores do serviço ainda necessitam despertar para essa população e sua problemática, tendo em vista a focalização apenas nas questões clínicas espontaneamente demandadas. É importante considerar que isso leva a um processo de homogeneização e simplificação da saúde adolescente. Ademais, a falta de uma oferta de acolhimento não permite a construção de vínculos sólidos entre adolescentes e profissionais e, em consequência disso, não há como estabelecer confiança, o que se evidencia em “não tenho confiança em ninguém”.

As queixas clínicas são questões pontuais das necessidades de saúde e desconsiderar ou considerar timidamente as demais questões advém de uma abordagem que privilegia o componente biológico do atendimento clínico e favorece a medicalização, o consumo de exames e os encaminhamentos internos e externos. A particularização de projetos de cuidado,

conforme o modo de ser físico, mental, cultural e social de cada sujeito, e a identificação de necessidades e finalidades que vão além do clinicamente definido nos serviços de saúde precisam ser ampliadas para aspectos relativos à sociabilidade, escola, trabalho, lazer, sexualidade, reprodução, entre outros (AYRES et al., 2012).

Além disso, no que tange à questão da sexualidade, cabe ressaltar que as ações realizadas nos serviços de saúde geralmente voltam-se à distribuição esporádica de preservativos, o que desconsidera a multidimensionalidade que a temática abarca. A respeito desta questão, Ayres et al. (2012) apontam que as necessidades desse grupo são traduzidas, no cotidiano do serviço, pela busca de preservativos, de pílulas anticoncepcionais e de teste de gravidez. Mas reiteram que, ao ouvirem os adolescentes, estes demonstraram que há demandas potenciais e diversas, antes mesmo de se traduzirem em questões de saúde reprodutiva. De acordo com esses autores, as demandas no campo da sexualidade são apreendidas pelos profissionais segundo um modelo de cuidado onde prevalece um olhar normativo e praticamente restrito à esfera reprodutiva, no qual se perde a possibilidade de aprofundar discussões a respeito dos valores e significados da vivência da sexualidade.

Nessa direção, Leite (2012) percebe que não há um esforço dos profissionais em articular a sexualidade a outras dimensões da vida dos adolescentes, e essa postura estaria ligada a uma dificuldade daqueles em lidarem com o tema. A inabilidade para tratar desta temática, sob o olhar da autora, não seria apenas técnica, mas fundamentalmente ética, considerando que, por vezes, os profissionais estariam imbuídos de preconceitos. Dessa forma, ratifica que os serviços de saúde, em sua maioria, ao remeterem o exercício da sexualidade diretamente a uma discussão preventivista, mantêm uma postura de controle repressivo sobre os adolescentes.

Outras pesquisas corroboram aos achados deste estudo ao demonstrarem que os adolescentes possuem acessos limitados aos serviços de saúde e ainda sinalizam que, quando ocorre a procura por estes, configura-se apenas para a aquisição de contraceptivos e preservativos (BORGES; SCHOR, 2007; RESTA, 2012; REIS et al., 2013b). A partir deste contexto, cabe refletir acerca dos resultados da investigação de Silva et al. (2014), na qual os adolescentes referiram que a experiência da sexualidade traduz as potencialidades do próprio existir conquanto seja colocada no campo das descobertas, experimentações e vivência de uma liberdade, além de servir de aporte para a construção da capacidade de tomada de decisões, de escolhas e de responsabilidades, exercida de forma singular e com a urgência própria dos adolescentes.

O Ministério da Saúde, a partir da proposição das diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde, recomenda que os profissionais da saúde sejam sensíveis às demandas e necessidades desse grupo em acordo com as suas diversidades. Além disso, evoca que produzir saúde com adolescentes é considerar seus projetos de vida e é valorizar sua participação ativa e o desenvolvimento de sua autonomia, sem quaisquer formas de moralismos, controles e opressões (BRASIL, 2010b).

No entanto, ressalta-se que, se os profissionais da saúde mantiverem um ideário de sexualidade ligada a tais questões, dificilmente será possível a elaboração de uma agenda positiva que entenda os adolescentes como sujeitos de direitos, sendo a discussão dessa temática um dos seus direitos fundamentais. Assim, o seguinte questionamento é desafiante: Os adolescentes, nos serviços de saúde, possuem seus direitos relacionados à sexualidade assegurados? Para tanto, a educação em saúde com esse público precisa alicerçar-se em uma perspectiva focada no estímulo à emancipação das escolhas, na promoção da autonomia, na possibilidade de liberdade, no exercício de direitos e, por isso também, de cidadania desses sujeitos.

A partir do momento em que os profissionais da saúde, por meio da discussão grupal, desvelaram a situação de invisibilidade da educação em saúde com os adolescentes e refletiram acerca dela, considerou-se interessante lançar o seguinte questionamento propulsor de reflexões: Quais são os caminhos para a visibilidade da educação em saúde com os adolescentes neste serviço de saúde? Esta discussão foi potente para ressaltarem e reconhecerem a necessidade de um olhar diferenciado às necessidades deste adolescente que vive com HIV/aids. Para tanto, discutiram que a visibilidade pode se dar a partir da construção de um espaço efetivamente acolhedor, de estarem sensíveis às diversas questões que perpassam o adolescer, como a sexualidade, de estabelecerem vínculos sólidos com os adolescentes e de reverem conceitos e preconceitos no cuidado. Os excertos a seguir são retratos da reflexão grupal oriunda da questão lançada:

A gente precisa abrir um espaço para que o adolescente se sinta acolhido. Nessa fase, falar sobre sexualidade já é muito difícil com os pais, com os avós é mais complicado ainda. É dessa forma que a gente vai conseguir aproximar esses adolescentes do serviço. [...] Temos que estar muito sensíveis em relação ao atendimento deles. [...] Precisamos rever vários conceitos e realmente começarmos a enxergar esse adolescente dentro do nosso serviço de saúde. Precisamos fazer esse resgate, ter essa aproximação e esses momentos de troca com eles, isso é de extrema importância. (P1)

Eu concordo e acho que o mais difícil é o acolhimento dentro de uma visão humanizada. A maior dificuldade é desfazer o preconceito e conseguir acolher, aí os senhores poderão escutar alguma coisinha deles. Eles falam à medida que vão estabelecendo vínculos. Então, quanto mais a gente puder acolher e formar um vínculo, melhor, para que a gente possa ajudar em questões da prática da vida deles, como as dúvidas que eles têm sobre a sexualidade. (P2)

Na verdade, a gente tem que saber chegar no adolescente e como acolher esse adolescente. (P9)

Pode-se verificar que os profissionais deram-se conta de que é preciso acolher, cuidar e orientar esses sujeitos, certamente um grande desafio está posto ao serviço de saúde. Conquanto, cabe ressaltar, que a abertura de espaços para a discussão com os adolescentes requer uma postura de sensibilidade e de corresponsabilização dos profissionais para com esses sujeitos. Este mesmo reconhecimento dos profissionais de um SAE, acerca da necessidade de um olhar diferenciado ao adolescente que vive com HIV/aids, também foi encontrado na pesquisa de Mesquita e Torres (2013).

Nessa mirada, na opinião de Ayres et al. (2012), a construção de espaços acolhedores e de atividades eficazes para esse público ainda requer estudos, atenção e interesse por parte dos profissionais e gerentes dos serviços de saúde. Esses autores ressaltam, por conseguinte, caminhos para a construção e fortalecimento da atenção integral à saúde de adolescentes, tais como o aprimoramento de espaços e mecanismos de escuta atenta e livre de preconceitos; o exercício ativo da inter e transdisciplinaridade, com discussão de projetos de cuidado; o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais que assegurem o sigilo profissional e espaços acolhedores; e o trabalho em grupo com metodologias problematizadoras. Para eles, o desafio maior está na superação de barreiras que estão concentradas, especialmente, no plano das articulações entre saberes, atividades e setores e das interações entre profissionais e usuários.

Além disso, os profissionais discutiram, ainda em decorrência da questão anteriormente apresentada, que um dos importantes caminhos para a visibilidade da educação em saúde com os adolescentes é a inclusão da família. Assim, consideraram interessante a constituição de um grupo de pais e cuidadores para discutir as necessidades dos adolescentes, sendo a sexualidade uma questão oportuna para ser trabalhada nesses momentos. Essa discussão pode ser evidenciada a seguir:

A gente precisa inserir a família deste adolescente no serviço, isso é superimportante, contanto que se veja até onde cada um consegue chegar.

Quem sabe possamos fazer um grupo com os cuidadores, ver o que eles têm para dizer, as dúvidas deles. (P2)

Lembram que já tivemos um grupo de convivência com os pais? Poderíamos retomar o grupo. (P7)

Realmente é importante poder ajudar esses pais ou responsáveis, porque eles estão vivendo a questão da adolescência dentro de casa e que acaba mexendo com todo mundo. Tivemos uma experiência no SPE [Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas] com grupos de pais e eles colocaram a mudança que teve dentro de casa e a questão da fala da saúde ali naquele contexto. Isso colabora em todos os sentidos, até para entender o que é estar vivenciando a adolescência com o HIV/aids, a sexualidade, todos esses questionamentos que os adolescentes têm e que, muitas vezes, os pais ou os responsáveis não estão preparados para abordar. (P1)

Acredita-se que esse hiato entre a família e o serviço de saúde pode interferir no modo como os adolescentes e seus familiares lidam com as experiências relativas à sexualidade. É necessário que os profissionais da saúde dispensem investimentos na direção de acolher os familiares e delimitem espaços e ações para incorporá-los no cuidado em saúde. O acolhimento dos familiares pode ajudá-los a lidar com questões relacionadas ao HIV, como a revelação do diagnóstico e o cotidiano terapêutico, para que possam se sentir seguros para apoiar os adolescentes. Além disso, ao aproximarem-se do serviço de saúde, podem esclarecer suas dúvidas relativas à sexualidade, o que contribui para que se sintam mais tranquilos para auxiliar os adolescentes em seus dilemas e ansiedades relacionados às experiências que perpassam a sexualidade. Semelhante a este achado, no estudo de Mesquita e Torres (2013), os profissionais da saúde também consideraram a importância da inserção das famílias dos adolescentes que vivem com HIV/aids.

A esse respeito, o Ministério da Saúde enfatiza que a produção de saúde para os adolescentes não se faz sem que os serviços de saúde abram canais de comunicação com outros setores e com as famílias desses sujeitos, uma vez que suas necessidades de saúde são amplas (BRASIL, 2010b). Aponta, também, que o trabalho com familiares e cuidadores propicia o fortalecimento de vínculos e o aproveitamento de redes sociais de apoio (BRASIL, 2006). Para tanto, os serviços podem propiciar a troca de experiências entre familiares e cuidadores por meio de atividades grupais, nas quais eles sejam estimulados a lidarem com a sexualidade como parte integrante da vida, contudo é fundamental que nesses momentos de encontro haja respeito às crenças e valores de cada família (BRASIL, 2006; 2010b). Outrossim, alerta que as dificuldades da família em dar suporte ao adolescente vivendo com HIV/aids podem variar em função da forma de aquisição da infecção pelo HIV. Nas famílias em que ocorreu transmissão vertical, frequentemente existem dificuldades relacionadas a

perdas de familiares, doença e sentimentos ambivalentes, como culpa e castigo. Quando a infecção é adquirida por via sexual ou pelo uso de droga, vem revelar comportamentos nem sempre conhecidos ou aceitos pela família (BRASIL, 2006). De toda maneira, a convivência com os adolescentes possibilita afirmar que, independente da forma de aquisição, os desafios para as famílias e para os profissionais da saúde são complexos.

Outro caminho apontado pelos profissionais para a visibilidade da educação em saúde com os adolescentes, nas discussões oriundas do grupo focal, perpassa a integração da equipe multiprofissional para o compartilhamento das experiências e projetos de cuidado. Seguem-se as falas que ilustram essa reflexão:

A troca entre a equipe é muito importante, que é isso que tu estás proporcionando, e que a gente no corre-corre do trabalho infelizmente não faz. A gente não consegue parar para poder discutir essas questões, para fazer estudos de caso, discutir qual é a visão de cada profissional em relação aquele usuário. [...] É importante ter um trabalho integrado de toda a equipe, para a gente poder ajudar um ao outro. A gente se frustra com a questão de um óbito de um adolescente, como aconteceu há pouco, e fico pensando o que a equipe poderia ter feito para evitar essa situação. (P1)

A gente tem que ter esse trabalho mais vezes, de ter essas paradas, de poder conversar, de fazer trocas entre equipe, de fazer estudos de caso, para ver de que forma a gente pode ajudar os adolescentes. Isso é importante porque um fortalece o outro. Eu vou montar uns estudos de caso sobre os adolescentes e trazer para a gente discutir. (P3)

Acho bem importante essa discussão de casos, com todo o cuidado de manter a ética. (P2)

A partir dos relatos dos profissionais observa-se que há pouca discussão no serviço sobre projetos de cuidado que integrem os diversos saberes e ações dos profissionais, entretanto a reflexão oriunda do grupo focal pode ter auxiliado a despertarem para a importância do diálogo e de encontros entre a equipe multiprofissional e para a composição de saberes interdisciplinares na produção do cuidado aos adolescentes. O acolhimento destes exige uma atenção à saúde integrada como contrapartida à fragmentação na forma de especialidades. Para tanto, requer a corresponsabilidade da equipe, a começar por processos de gestão que favoreçam o trabalho multiprofissional, priorizando o trabalho em equipe orientado para mudanças no cotidiano do serviço e melhoria na qualidade do cuidado (AYRES et al., 2012). Estudo realizado por Ayres et al. (2012) evidenciou na equipe de saúde um caráter de justaposição de saberes e não de construção compartilhada, além de ser

marcado pela tendência ao monopólio e centralização de competências, o que caracteriza a falta de espaços efetivos de comunicação entre os profissionais.

4.6.2 *Algumas coisas a gente sabe e outras não, aprendemos juntos: dizeres e fazeres dos profissionais acerca da educação em saúde com adolescentes*

Os profissionais da saúde expressaram concepções que apontam para a educação em saúde como espaço dialógico de interação entre sujeitos sociais, no qual a construção do saber em saúde se dá de maneira compartilhada. A referência a “aprendemos juntos” e a “postura ativa”, por eles discutida, sugere abordagens educativas horizontais entre o sujeito e o agente da ação educativa em saúde, nas quais a postura de ambos precisa ser dialógica e aberta à escuta, afastando-se da passividade e da submissão. De acordo com a reflexão dos profissionais, a educação em saúde precisa buscar o fortalecimento da consciência crítica das pessoas, de modo que identifiquem as informações oferecidas numa relação de opressão e possam superá-las sob a ótica de sua realidade. Além disso, consideraram importante a construção de posturas emancipadas dos sujeitos frente às suas escolhas de vida. A discussão de tais questões emergiu no grupo focal por meio do questionamento: De que forma a educação em saúde pode ser realizada?

O que mais me incomoda é a forma como alguns profissionais tratam os usuários e isso implica na educação em saúde. Além de não tratar, de tratam. Às vezes, vejo os profissionais xingando as adolescentes porque estão grávidas, dizendo: “Poxa, mas tu não te cuidou?”. Para fazer educação em saúde tu tens que entender que não podes imprimir a tua concepção e os teus valores ao usuário. Tu não podes pegar um adolescente que não usou camisinha e dar um esculacho. O usuário teria que estar mais ligado na importância da questão do protagonismo. (P2)

Na educação em saúde o paciente tem que ter noção de cidadania, até porque, se for mal tratado, conseguirá colocar que não concorda com isso. Ele não pode ficar numa posição passiva. Temos que ter a consciência que algumas coisas a gente sabe e outras não, aprendemos juntos. (P3)

Acho também que o usuário do serviço tem que ter uma postura ativa. O usuário pode se informar sobre o que deseja saber, mas também tem muito dessa coisa passiva: “Eu vou falar contigo porque tu é o médico e, portanto, deve saber mais do que eu.”. (P4)

Os profissionais da saúde têm que ter a consciência da importância da educação em saúde. Quando a gente fala com o público adolescente é necessário empoderar eles, para que realmente busquem, acessem e tenham conhecimento em relação à sua saúde. É importante a educação em saúde para que eles saibam a questão dos seus direitos, para terem o

conhecimento do que vai acontecer no processo de adolescer. Não adianta só passar a informação, porque nem sempre essa informação vai se transformar em mudança de comportamento ou de atitudes. (P1)

A abordagem referida nesta discussão, ao menos no plano dos dizeres dos profissionais, parece condizente com o modelo dialógico de educação em saúde, o qual propõe a superação da ênfase transmissiva do conhecimento com vistas a um reposicionamento do educador e do educando numa relação mais horizontal (FREIRE, 2005). Segundo Freire (2007), a relação dialógica é aquela em que há o encontro, a troca. Nessa perspectiva, no que tange a este estudo, a definição dos temas acerca da sexualidade a serem trabalhados nos espaços educativos não pode ser uma imposição dos profissionais da saúde, mas o resultado de um processo coletivo de problematização da realidade vivida pelos adolescentes com vistas à transformação desta. Aqui aparece um dos grandes desafios tanto para os profissionais da saúde quanto, também, para os da educação, que é reformular a postura impositiva de transmitir conhecimentos daqueles que consideram que detêm o saber.

O modelo dialógico possui como ponto de partida o sujeito e sua realidade e está centrado no desenvolvimento da consciência crítica das pessoas (FREIRE, 2011a). Busca, também, promover a emancipação dos sujeitos, que está relacionada à superação das situações de opressão a que estão submetidos e, conseqüentemente, à transformação de suas realidades (FREIRE, 2005). Para este autor, é assumindo uma posição de liberdade que se torna possível aos sujeitos exercitar a emancipação em suas escolhas, contudo a assunção desta posição somente se dá por meio de sua curiosidade crítica e pelo seu reconhecimento como ser inconcluso, na constante busca por ser mais.

Desse modo, a educação para Freire (2011a) não pode ser um processo de acomodação do indivíduo à realidade, mas um instrumento para subsidiar a sua transformação. O potencial transformador deste modelo é reafirmado pelo autor no argumento de que, quanto mais as massas populares desvelam a realidade objetiva e desafiadora sobre a qual deve incidir sua ação transformadora, tanto mais se inserem nela criticamente, sendo que educador e educandos, cointencionados à realidade, encontram-se em uma tarefa em que ambos são sujeitos no ato não somente de desvelá-la, mas criticamente de recriá-la (FREIRE, 2005).

O foco do profissional, que precisaria estar voltado para um referencial participativo e emancipatório, encontra-se ainda, na maioria das vezes, calcado na lógica preventivista e individualista. Nessa direção, cabe pontuar que, no presente estudo, foi possível evidenciar uma distância significativa entre os dizeres e fazeres dos profissionais no que tange à educação em saúde com os adolescentes. Sobre isso, Freire (2007) alerta que a coerência de

diminuir a distância entre o discurso e a prática é uma das grandes virtudes indispensáveis à educação.

Apesar das concepções apresentadas acerca da educação em saúde, os profissionais, no plano dos fazeres, têm buscado sujeitar os adolescentes à culpa por uma possível infecção dos seus parceiros sexuais por meio de um discurso arraigado na importância do sexo seguro. Culpa e responsabilidade e, até mesmo, crime foram termos utilizados pelos profissionais para abordar a necessidade de os adolescentes reduzirem as possibilidades de transmitirem o vírus do HIV aos parceiros e parceiras sexuais. Nesse sentido, as práticas de cuidado destes profissionais são alicerces de sustentação das intervenções tradicionais no campo da educação em saúde, que tratam de educar os sujeitos que devem se responsabilizar pelas suas escolhas e pela saúde do outro. Essas intervenções também podem ser percebidas ao revelarem que as estratégias educativas estão embasadas na transmissão de informações. A discussão dos profissionais remete a um entendimento de educação em saúde subsidiado por um enfoque individualista de comportamento e uma visão descontextualizada de saúde. Tais questões, que perpassam os fazeres dos profissionais a respeito da educação em saúde, foram discutidas a partir da seguinte indagação: O que vocês consideram importante o adolescente saber sobre a vivência da sua sexualidade?

Tem que orientar, para os adolescentes que têm aids, que sejam conscientes do que estão fazendo. Eles têm que ter um cuidado maior, porque têm que ter o cuidado com o outro, se colocar no lugar do outro, ter a consciência de pensar se gostou do que aconteceu consigo. Tem que questionar: “Tu gostaria que ele também se contaminasse? Se alguém fez isso contigo, tu vai fazer igual com o outro?”. A maioria dos nossos adolescentes foi por transmissão vertical, não tiveram muita culpa do que aconteceu. (P6)

Tem que orientar perguntando: “O que tu está fazendo da tua vida?”. Explicar que tem que usar camisinha para não transmitir [o HIV] e que tem que se abrir com a parceira ou o parceiro. (P9)

A primeira coisa que tem que ser trabalhada é a questão dos valores, como a responsabilidade. Ter preocupação com o outro, não pode ser assim: “Ah, ele quis transar comigo, não perguntou nada, e eu também não vou falar nada.”. Os adolescentes têm que saber as consequências da transmissão de um vírus, o parceiro terá que tomar medicação a vida inteira e aquilo vai tirar tempo das pessoas, elas vão ter que frequentar centros de saúde, perder dias de trabalho, sofrer efeitos colaterais. A questão dos valores é a mais importante e eu falo como pai, profissional e educador. (P3)

Tem que orientar a não serem promíscuos. Sempre digo que a gente não pode ter pena, porque se eles estão assim é porque querem, têm educação de graça. A vida é feita de escolhas. [...] Aconselho os adolescentes a usarem o preservativo e a contarem o diagnóstico, até porque tem uma súmula do

Supremo Tribunal que é crime a pessoa contaminar a outra, propositalmente. Eles têm que ser orientados, nem que sejam obrigados a ficarem uns 45 minutos só ouvindo, por mais que eles não falem nada, alguma coisa irão assimilar das informações que a gente passar. (P7)

Eu tenho medo do fracasso, de não conseguir passar todas as informações. Se não entenderam, começo tudo de novo, tem que ser insistente. (P5)

Mas a gente tem que entender que a educação não é um processo rápido das pessoas absorverem o conhecimento. Às vezes, tem que revisar para ver se a pessoa entendeu aquela informação. A maioria dos pacientes não tem o ensino fundamental completo e não tem essa capacidade de entendimento. Com o adolescente, dependendo do momento, entra por aqui e sai por aqui, porque não era o momento dele estar escutando aquilo ali. (P1)

A partir dessa discussão dos profissionais da saúde participantes deste estudo, parece haver um contraponto entre os dizeres e os fazeres, haja vista que suas concepções acerca de como a educação em saúde pode ser realizada com os adolescentes que vivem com HIV/aids está consideravelmente distante do que, de fato, realizam em suas práticas de cuidado. As informações que emergiram da discussão sugerem uma prática de educação em saúde na sua forma mais tradicional, ou seja, como um conjunto de ações de prevenção, verticalizadas e com pouco espaço para a escuta. Na perspectiva destes profissionais, o foco das ações de educação em saúde são os padrões comportamentais ou estilos de vida dos sujeitos, os quais devem corresponder a padrões previamente definidos como saudáveis para si e para o outro, segundo a lógica biomédica, apontados em vários discursos pela expressão “eles têm que”. Meyer, Félix e Vasconcelos (2013) consideram que tais cenas se inscrevem no interior de práticas tradicionais de saúde, nas quais as relações de poder-saber estão fixadas e definidas por meio da verticalidade das relações, da centralidade do discurso médico, da assimetria entre profissionais e sujeitos, da desconsideração de sentimentos, desejos, inquietações e questionamentos destes últimos, da mera transmissão de informações e da prescrição de modos de fazer considerados como “certos” pelos profissionais.

Há que se considerar que, no âmbito da saúde, ainda é muito forte a noção de cuidado como um processo em que os sujeitos devam seguir recomendações e mudar comportamentos. No campo do HIV/aids, principalmente, no que perpassa a prevenção, é bastante comum a prerrogativa de que o sujeito precisa “assumir a sua parte” no cuidado com o outro. Nessas práticas, que se propõem educativas, não são levados em consideração aspectos mais amplos, como a vontade informada e esclarecida do sujeito em não seguir determinadas práticas e a influência dos determinantes socioculturais sobre essas escolhas, que podem ser responsáveis

pelo que os profissionais da saúde costumam denominar de falta de cuidado com a própria saúde e com a do outro.

Tal reflexão sugere a problematização dos sentidos da noção de decisão informada, muito presente no campo da educação em saúde. Em outros momentos deste trabalho foi apresentada a decisão de alguns adolescentes, mesmo que informada, de não utilizarem métodos para prevenirem-se da contaminação de outras doenças sexualmente transmissíveis ou para evitarem infecção dos parceiros ou parceiras pelo HIV, o que reafirma que as escolhas não são delimitadas por meio da prescrição ou da culpabilização realizadas pelos profissionais, mas sim pelo contexto sociocultural em que os sujeitos estão inseridos.

Cabe ressaltar que este discurso de educação em saúde imputado aos adolescentes sobre a necessidade de eles contribuírem para a redução da infecção pelo vírus do HIV aloca esses sujeitos em um lugar de culpa e de responsabilização para com o outro. Segundo Castiel e Diaz (2007), a ideia de culpa está relacionada a um julgamento ou à desaprovação de alguém em função de alguma falha no que tange à moral ou às leis vigentes, estando ligada à noção de responsabilidade. Desse modo, por meio de um discurso calcado no cuidado ao outro, os profissionais da saúde buscam sujeitar os adolescentes a assumirem a responsabilidade de uma prática sexual segura, caso contrário poderão infectar o parceiro ou a parceira, o que, certamente, é uma culpa bastante pesada para eles carregarem. Geralmente o sentimento de culpa é muito desagradável, no qual o sujeito sente-se desvalido e merecedor de punições (CASTIEL; DIAZ, 2007). Esse discurso de falta de cuidado com o outro, por meio de orientações prescritas pelos profissionais da saúde, pode incidir em sofrimento para os adolescentes nas suas experiências relativas à sexualidade, na medida em que acreditem que podem não estar cumprindo o que lhes foi determinado para manterem o outro saudável.

É importante reforçar que, com tais reflexões, não se está desconsiderando a importância do envolvimento das pessoas que vivem com HIV/aids no enfrentamento da epidemia, o que se deseja fazer pensar é sobre esse lugar de culpa, responsabilidade e obrigação em que os adolescentes têm sido colocados nos serviços de saúde.

Acerca desta prática de educação em saúde utilizada pelos profissionais, Ayres (2002) alerta que a primeira lição aprendida, logo nos primeiros anos da epidemia da aids, é que o caminho do terror não funciona e, ainda, afasta as pessoas, dificulta o diálogo e contribui para aumentar a discriminação e o preconceito. Além disso, outra lição importante é que a prevenção não é algo que se possa ensinar, pois todos aprendem juntos. De acordo com o autor, modelos bastante limitados e limitantes de educação em saúde foram utilizados no início da epidemia, e aqui se reforça que parecem continuar sendo utilizados, orientados por

uma ideia de comunicação unidirecional e autoritária, baseados no aprendizado como simples aquisição de informação e centrados na modelagem do outro como objetivo da educação.

Outra questão interessante para a análise é o potencial de transmissão de informações das estratégias de educação em saúde tradicionais, que buscam ensinar o que os profissionais consideram a maneira correta de prevenir doenças ou conviver com aquelas que o indivíduo já possui. Sobre essa questão, Freire (2007, p. 64) considera que não é possível respeito aos sujeitos se não forem levadas em consideração as condições em que eles vêm existindo, se não se reconhecer a importância dos "conhecimentos de experiência feitos". Estas estratégias focadas na transmissão de um conhecimento técnico-científico estão alicerçadas na concepção de que a presença deste ou a sua falta são responsáveis por provocar mudanças no cuidado dos sujeitos com a sua própria saúde (MEYER et al., 2006). Essa direção indicada pelos autores pode ser observada na discussão dos profissionais da saúde, uma vez que consideraram que transmitirem verticalmente a informação aos adolescentes acerca do uso de preservativos e da necessidade da mudança de comportamento é fundamental para que eles desenvolvam atitudes de cuidado de si e do outro, o que se revela fortemente em "nem que sejam obrigados a ficarem uns 45 minutos só ouvindo".

A concepção de educação na qual o profissional faz comunicados e depósitos, que os sujeitos recebem passivamente, é denominada por Freire (2005) como bancária. Nesta distorcida visão de educação, segundo o autor, não há espaço para a criatividade, para o pensar autêntico e para o saber, desse modo, tanto menos os sujeitos desenvolvem a consciência crítica que resultaria na transformação de sua realidade. Essa prática de educação, conforme argumenta Freire (2005), é estabelecida numa relação de opressão, na qual os opressores proíbem os oprimidos que sejam sujeitos de sua busca, alienando-os de suas decisões. Para ele, aí se inaugura uma situação de violência, em que sujeitos são proibidos, não importando os meios usados para tal, de exercerem sua constante busca por ser mais. Entretanto, apesar de estar submetido a uma relação de opressão, o educando não está fadado a fenecer na posição de oprimido. Para tanto, é necessário que esse educando mantenha vivo em si o gosto pela rebeldia, que aguça a sua curiosidade e estimula a sua capacidade de arriscar-se contra o poder do autoritarismo (FREIRE, 2007).

A partir de tais reflexões, com vistas a uma educação em saúde dialógica e problematizadora, ratifica-se a necessidade de os profissionais da saúde reverem seus posicionamentos nas práticas educativas, que estão orientadas essencialmente por uma perspectiva modeladora e controladora, de modo a possibilitarem a verdadeira horizontalidade indispensável para a construção de efetivos projetos de cuidado. Ademais, alguns

questionamentos se fazem pertinentes: O que um espaço de educação em saúde ensina, tanto para o profissional quanto para o adolescente, quando as experiências e os saberes deste último são desconsiderados pelos primeiros, que objetivam a prescrição de modos “certos” de fazer? Como, no cotidiano dos serviços de saúde, podem ser tecidas outras práticas educativas que não se modelem no silenciamento, na passividade e na transmissão de informações aos adolescentes? Mister se faz esclarecer que o intento com tais reflexões não é responsabilizar uma ou outra pessoa por tais situações, sobretudo porque entende-se que estas são efeitos da ausência de espaços de reflexão e de construções coletivas. Certamente, não se trata de um processo simples e tampouco se tem a pretensão de dispor de respostas prontas ou modelos, até mesmo porque cada contexto poderá pensar em diferentes possibilidades.

Os profissionais participantes deste estudo discutiram, ainda, que a educação em saúde não é um processo neutro, pois pode ser influenciada pelos valores sociais e culturais tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado, como pode ser evidenciado a seguir:

Todos têm suas crenças e seus valores, tu não consegues simplesmente desvincular isso no momento que fala da sexualidade. Isso é muito forte e eu acabo imprimindo em todas as minhas falas. (P1)

Realmente é muito forte a questão cultural, a gente não se dá conta quantas vezes pode ter orientado conforme o nosso olhar. Essas coisas vêm da cultura. (P2)

Conforme a discussão, ensinar e aprender são processos de educação realizados por sujeitos imersos em uma cultura e, para tanto, suas formas de apreensão sobre determinadas situações são necessariamente atravessadas por códigos inscritos nesta construção cultural. Nessa direção, segundo Meyer, Félix e Vasconcelos (2013) é possível dizer que tudo o que se ensina, aprende e faz está ancorado em saberes e práticas parciais e provisórias, que resultam de disputas travadas em diversos âmbitos do social e da cultura. Tais práticas, justamente por isso, podem ser (re)vistas, questionadas e modificadas pelos sujeitos.

A respeito desses apontamentos, Freire (2007) argumenta que é impossível a neutralidade da educação, pois para que essa fosse neutra era preciso que não houvesse discordância nenhuma entre as pessoas com relação aos modos de vida individual e social e aos seus valores. Para esse autor, a posição do educador precisa ser a de respeito à pessoa que queira mudar ou que se recuse, contudo não pode negar ou esconder a sua postura, embora haja o direito dos educandos em rejeitá-la. Em nome do respeito que se deve aos educandos, os educadores não podem assumir uma neutralidade que não existe, considerando que tal

omissão talvez seja a melhor maneira de desrespeitar os educandos. O papel do educador precisa ser o de quem testemunha o direito de comparar, de escolher, de romper, de decidir e estimular a assunção desses direitos por parte dos educandos. Reforça, ainda, que a prática educativa exige do educador tomada de posição, decisão e escolhas.

4.6.3 *O profissional tem que estar aberto para o diálogo: abordagens de educação em saúde acerca da sexualidade com adolescentes*

Os profissionais da saúde ressaltaram que as questões relacionadas à sexualidade podem ser discutidas nos diversos momentos de contato dos adolescentes com o serviço de saúde, como, por exemplo, quando estes procuram o serviço para realizarem exames, buscarem as medicações antirretrovirais ou em qualquer outro momento em que tiverem contato com eles. Da mesma forma, reconheceram que para apreenderem essas questões é necessário não apenas acolherem os adolescentes, mas estabelecerem uma postura dialógica de modo que estes possam trazer, para o cuidado em saúde, suas necessidades relativas à sexualidade quando julgarem pertinente. A reflexão sobre essas questões emergiu do questionamento: Em que momentos a sexualidade pode ser abordada com o adolescente no serviço de saúde?

Tem que observar a necessidade do adolescente, sentir quando é o momento de falar. A gente observa pouco. Quando ele vem ao serviço para fazer exames, buscar medicação ou a qualquer momento que tiver contato com o serviço é possível falar sobre sexualidade. A gente tem que estar disponível, pode ser naquele momento ou, se quiserem, em outro. Sempre falo para os pacientes que eles podem vir a qualquer hora para conversar. (P3)

Poderíamos conversar sobre a sexualidade em todos os momentos que o adolescente vier no serviço. Vai ter dias que ele vai estar a fim de conversar e outros não. Mas, quando a gente perceber que naquele momento a coisa não vai andar é importante proporcionar outro momento, estar aberto, não fechar aquele diálogo. [...] Eu fiz orientações a vários adolescentes no momento em que vinham, com os cuidadores, buscar medicação. É um momento importante de a gente puxar essas questões da sexualidade. (P1)

Também, acho que não tem um momento único. No momento que ele vem ao serviço é possível conversar e não necessariamente tem que ser numa consulta médica. O profissional tem que estar aberto para o diálogo. (P6)

À luz da discussão acima, os profissionais entenderam que o importante é estarem sensíveis às necessidades dos adolescentes e terem disponibilidade ao diálogo, o que é um desafio posto a este serviço de saúde, haja vista que, primeiramente, ainda precisam ser

superadas barreiras como, por exemplo, a construção de um espaço efetivamente acolhedor. Contudo, à medida que essas barreiras iniciais forem vencidas, entende-se que este serviço pode se tornar, certamente, um espaço perene de encontros e diálogo permeado por trocas capazes de produzir relações onde seja possível aprender e ensinar mutuamente e, com isso, construir conhecimentos compartilhados acerca das experiências dos adolescentes relacionadas à sexualidade.

Estar disponível para o outro, segundo Freire (2007), é estar sensível aos chamamentos que chegam aos educadores a partir dos mais diversos sinais. Para o autor, o sujeito que se abre ao mundo e aos outros inaugura com seu gesto a relação dialógica, que se confirma como inquietação, curiosidade e inconclusão em permanente movimento. Afirma, ainda, que é necessário que o educador tenha disponibilidade para o diálogo, estabelecendo uma posição democrática entre ele e o educando, os quais precisam conservar e manter as suas identidades possibilitando que cresçam conjuntamente. O diálogo favorece o ato de ensinar, complementando-se no ato de aprender, e ambos somente se tornam verdadeiramente possíveis quando o pensamento crítico do educador não freia a capacidade do educando de também pensar criticamente. Entretanto, esse autor anuncia que para que haja diálogo é necessário escutar o outro, ou seja, que exista disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta ao gesto, à fala e às diferenças do outro, e reitera que a verdadeira escuta não diminui a capacidade deste sujeito de exercer seu direito de discordar, de se opor e de se posicionar.

O momento de diálogo individual entre profissionais da saúde e adolescentes foi entendido pelos interlocutores deste estudo como um espaço importante para a realização da educação em saúde acerca da sexualidade, sendo destacada a consulta com um espaço privilegiado para tal. Alguns adolescentes entenderam que esta interação dialógica individualizada pode possibilitar que se sintam mais tranquilos e menos envergonhados para partilharem suas experiências sobre a temática, como pode ser observado nos excertos a seguir:

O melhor é individual. Eu ficaria com menos vergonha se fosse assim. (A5)

Numa consulta é legal, porque a gente fica mais à vontade, fala mais, tu pode falar tuas dúvidas só para aquela pessoa. (A12)

O jeito melhor é ser orientada aqui, consultando como quando eu era pequena. Na consulta é bom porque pode ser só a orientadora e o jovem. Falar essas coisas [sexualidade] no grupo pode deixar umas pessoas com

vergonha. Na consulta perde um pouco a vergonha, é bom assim como a gente está fazendo. (A13)

Tinha que ser só a profissional e a pessoa que vai falar, porque se falar num grupo fica intimidado, com vergonha de falar sobre essas coisas [sexualidade]. É melhor falar assim, no particular. (A8)

Acho que a conversa tem que ser só eu e aquela pessoa que pergunta para mim, tenho vergonha de falar para as outras pessoas. Por exemplo, no colégio mesmo, quando eu tinha dúvida, eu falava para a minha amiga perguntar, porque tenho vergonha de perguntar e de responder. (A3)

Do mesmo jeito que tu está fazendo comigo, conversando. Tem que chegar para cada um e conversar. Se sente mais à vontade, fica com menos vergonha. (A10)

Nessa mesma direção, alguns profissionais discutiram que a proposição de espaços dialógicos individualizados pode ser interessante para a construção compartilhada do saber em saúde com os adolescentes. Esta reflexão foi incitada por meio da seguinte questão disparadora: De que forma as questões relativas à sexualidade podem ser abordadas com os adolescentes?

O individual é interessante, porque lembro que, quando vocês fizeram os cursinhos de maquiagem e os jogos, eles [adolescentes] ficavam num momento mais individual ou em duplas e se soltaram para trazerem as dúvidas e as questões deles. (P2)

A questão individual pode ser utilizada para tirar uma dúvida ou outra, também é uma abordagem interessante. (P3)

A partir dos discursos dos adolescentes e da discussão dos profissionais da saúde, percebe-se que a abordagem individualizada pode ser um cenário potente para a interação entre estes sujeitos, no qual possam partilhar diferentes saberes e visões de mundo, por meio de uma relação dialógica que lhes possibilite falar, escutar, refletir, questionar e aprender mutuamente. Alguns adolescentes referiram que esta abordagem pode acontecer no espaço das consultas enquanto que outros simplesmente nomearam que ela precisa ser “individual” e “particular”, o que representa dizer que os diferentes momentos que envolvem a interação entre tais sujeitos podem ser considerados propícios para desenvolver ações de educação em saúde.

A proposição destes cenários individuais de cuidado requer, primordialmente, uma mudança de atitude do profissional para com o adolescente. É necessário que tais profissionais consigam romper com a abordagem de educação em saúde verticalizada,

centrada em saberes previamente definidos como relevantes por eles, e passem a orientar-se pelas necessidades de saúde singulares de cada adolescente. Esta proposta precisa nascer e nutrir-se do diálogo entre educadores e educandos, o que demanda um discurso e uma prática transformadora, mediada pela participação do educando em todo o processo educativo, pois somente assim será possível a emergência do modelo dialógico de educação em saúde.

O diálogo, de acordo com Freire (2005), não pode ser reduzido a um mero ato de depositar ideias, haja vista que neste lugar de encontro não há ignorantes ou sábios absolutos, mas sujeitos que buscam saber mais. Para esse autor, o diálogo visa oportunizar a participação de todos os sujeitos envolvidos e implica um saber crítico que possibilite uma práxis, uma ação-reflexão, também crítica. Afora tais considerações, o método dialógico capaz de criticizar o homem por meio do debate precisa estar fundamentado nas situações existenciais dos sujeitos, ou seja, em sua realidade, para não incorrer no risco de reproduzir os erros de uma educação alienada (FREIRE, 2011b). Desse modo, o aprendizado precisa estar relacionado à tomada de consciência de uma situação real e ser vivido pelo educando (FREIRE, 2005). A partir do momento em que o profissional apoia o adolescente para que tome suas próprias decisões de forma reflexiva, está potencializando a consciência crítica e a capacidade deste de intervir em sua própria realidade, tornando-o, conseqüentemente, mais emancipado para suas escolhas.

Em consonância com Salci et al. (2013), o modelo dialógico de educação em saúde favorece a construção tanto coletiva quanto individual do conhecimento, possibilitando uma visão crítica e reflexiva da realidade. Para essas autoras, no referido modelo, o profissional da área da saúde, em especial o enfermeiro, tem um papel importante na contribuição para o processo de emancipação dos sujeitos. Referem, ainda, que momentos como consultas, procedimentos técnicos, ações coletivas, como os grupos, salas de espera e outras não tão formais, são cenários importantes de educação em saúde, considerando que podem proporcionar interação e diálogo entre os sujeitos envolvidos no cuidado.

Ademais, entende-se que não basta que sejam proporcionados cenários individuais de educação em saúde, é preciso que estes sejam permeados por uma relação de confiança entre os sujeitos envolvidos, sendo esta uma condição essencial para que os adolescentes não se sintam envergonhados ou intimidados, preocupação por eles relatada, para compartilharem com os profissionais da saúde suas experiências relacionadas à sexualidade. Sobre esta questão, Freire (2005) contribui expressando que a confiança se instaura com o diálogo, sendo o testemunho que um sujeito dá ao outro de suas reais e concretas intenções. Alerta, ainda,

que, quando o educador diz uma coisa e faz outra, não há estímulo à confiança, daí a importância da coerência na prática educativa.

Além dos momentos individuais, os grupos de educação em saúde também foram considerados espaços importantes pelos adolescentes e profissionais da saúde, para tratar da temática da sexualidade. Ao serem inquiridos sobre a forma como gostariam que o profissional da saúde conversasse sobre isso, alguns adolescentes apontaram para este tipo de abordagem por entenderem que propicia a troca de experiências. Eles consideraram que este é um espaço privilegiado para a construção coletiva de saberes, pois podem compartilhar com outros, que também vivenciam o HIV/aids, situações similares do cotidiano da vida. Os depoimentos dos adolescentes apresentados a seguir ilustram essas questões:

O grupo é bacana porque a gente aprende a conviver com as outras pessoas que têm a mesma coisa que nós. Acho legal saber o que o outro está sentindo, como é a vida dele, se o HIV atrapalha em alguma coisa. Todo mundo tem a mesma coisa e fica melhor de conversar. Um tem uma dúvida e o outro também tem, começam a dividir as dúvidas, e todo mundo fica sabendo. (A7)

Tem que ter uma conversa para tirar as dúvidas. Pode ser fazendo um grupo, que pode falar uma dúvida com os outros da nossa idade, que têm a mesma coisa que a gente. Isso ajuda bastante. (A15)

Em grupo, porque dá para falar com outros que têm a mesma doença que eu, na escola não dá. No grupo, quando um está falando, dá para escutar e aprender. (A11)

Acho que no grupo, porque dá para tirar as dúvidas. É legal para escutar as conversas dos outros, porque eu aprendo mais assim. (A6)

É bom fazer um grupo porque dá para tirar as dúvidas, dá para conversar. Eu fico com vergonha de falar, mas é bom para escutar o que os outros perguntam, assim eu aprendo. (A4)

No grupo é bom porque estão todos com o mesmo problema. Acho que fica com menos vergonha, mas só se não perguntarem muita coisa. (A14)

Os profissionais, da mesma forma, reconheceram a importância da abordagem grupal para o desenvolvimento das atividades de educação em saúde relacionadas à sexualidade. De acordo eles, o grupo propicia um ganho de conhecimento relativo à troca de experiências, desde que seja dada voz a todos os integrantes, de modo a assegurar uma participação ativa, e que haja sensibilidade do profissional em relação a acolher as necessidades que emergirem. Ressalta-se que essa discussão do grupo é oriunda do questionamento anteriormente

apresentado: De que forma as questões relativas à sexualidade podem ser abordadas com os adolescentes?

Nos espaços abertos, como os grupos, talvez a sexualidade apareça para a discussão. Essa forma de interação que a gente está fazendo aqui é uma atividade onde há troca de vivências e, como é bom para gente, também é uma atividade muito válida para os adolescentes. O mais produtivo é colocar os adolescentes em círculo, para trocarem vivências, é na troca de saberes, como dizia Paulo Freire, que se constrói o conhecimento. (P3)

É legal poder ter um grupo onde se sintam bem, que aquilo traga satisfação. Os grupos têm que ser um momento deles, de grande alegria, de internalização de coisas boas, isso talvez ajude. (P2)

Também acho que em grupo, porque um é mais tímido e o outro mais extrovertido, assim eles vão aprendendo. (P6)

Só que para trabalhar com grupos tem que ter sensibilidade. Às vezes, a gente tem uma proposta de falar sobre um determinado tema e a dinâmica acaba se modificando e acabam saindo outros assuntos. Então, a gente tem que ter essa sensibilidade de trabalhar a ansiedade do grupo, o que apareceu naquele momento, e não deixar essa lacuna aberta. (P1)

Diante dos depoimentos dos adolescentes e da discussão dos profissionais da saúde, ratifica-se que os grupos de educação em saúde são potentes para a criação de um espaço de reflexão coletiva, que possibilite diálogos e o compartilhamento de conhecimentos, os quais são propulsores para a conscientização crítica dos sujeitos acerca das suas realidades de vida. Para tanto, o trabalho em grupo precisa estar alicerçado na ruptura da relação vertical entre o profissional da saúde e o adolescente, permitindo, assim, que ambos tornem-se sujeitos da ação. Com isso, os grupos de educação em saúde devem superar a função, tradicionalmente observada, de difundir conceitos e comportamentos considerados “corretos” pelos profissionais, e possibilitar problematizar, em uma discussão horizontal, as situações concretas vivenciadas pelos adolescentes.

A respeito dessa possibilidade de construção coletiva do saber, Freire (2005; 2011c) destaca que a existência individual não precede a existência coletiva, logo a busca do ser mais não pode ser realizada no isolamento, mas sim na comunhão e na solidariedade das existências. Como propõe o autor, para esta busca, é importante que profissional e indivíduo se coloquem como sujeitos do processo de educação, o que exige do profissional uma posição de quem compartilha um saber relativo a outros que possuem saberes também relativos, e não um comportamento de superioridade, de quem julga que deva ensinar algo a um grupo de

“ignorantes” (FREIRE, 2011a). Ademais, alerta que o grupo será tanto mais dinâmico quanto mais a discussão corresponda à realidade existencial dos integrantes.

Ao desenvolver o trabalho com grupos, o profissional tem a oportunidade de estimular os participantes a encontrarem estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos. As propostas conjuntas de indivíduos que vivenciam experiências similares podem favorecer o desenvolvimento de planos de ação para modificar aspectos da realidade que repercutem na sua saúde. Isso é possível porque no trabalho desenvolvido com grupos emergem possibilidades a partir do compartilhamento de conhecimentos que advêm das experiências. Nesse espaço, cada indivíduo tem a possibilidade de expressar seu pensamento, dar sua opinião, seu ponto de vista, ou, até mesmo, se silenciar (SOUZA et al., 2005).

É importante considerar que, embora os adolescentes reconheçam sua condição de pessoa infectada pelo HIV, na maioria das vezes, preferem não assumi-la fora de contextos específicos, como os SAEs ou grupos formados por pessoas que vivem com HIV/aids. A maioria dos adolescentes que participaram deste estudo nunca assumiu publicamente e talvez nunca assumirá que vive com esta condição, principalmente, pelo medo do estigma e do preconceito. Desse modo, constituir espaços coletivos no SAE, como os grupos de educação em saúde, pode possibilitar que troquem ideias e experiências com outros pares que vivem, em certa medida, sob circunstâncias e condições semelhantes. Esta pode ser uma tentativa de romper com o silêncio e o isolamento, ainda muito presentes em suas vidas, que podem ter efeitos negativos no seu processo de adolescer e, por conseguinte, nas suas experiências relacionadas à sexualidade. Sobre a realização de grupos com pessoas soropositivas para o HIV, Pereira, Vieira e Amâncio Filho (2011) ressaltam que é imprescindível, ao profissional que se proponha a este trabalho, entender o tempo diferenciado que cada um leva para se envolver na dinâmica de grupo, pois esses sujeitos apresentam histórias de vida peculiares, certamente difíceis de exposição e compartilhamento.

Talvez, uma estratégia para o desenvolvimento da educação em saúde com grupos de adolescentes seja a utilização do Círculo de Cultura proposto por Freire. Esse foi um termo criado para representar um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimentos, com ênfase no diálogo, no qual os sujeitos se reúnem no processo de educação para investigar temas de interesse do próprio grupo. Para a realização desse método são utilizadas situações-problema oriundas de circunstâncias reais, que levam à reflexão da própria realidade (FREIRE, 2005). Contudo, não há aqui a pretensão de aprofundar o método proposto por Freire, mas tão somente de apontar caminhos para aqueles que estão envolvidos com o cuidado e a educação de adolescentes.

Contudo, de nada adianta dispor de grupos para a realização de atividades de educação em saúde se a percepção dos integrantes ainda estiver voltada exclusivamente para a doença e para as metodologias tradicionais. Essas metodologias desestimulam a participação dos sujeitos, pois eles preferem dialogar sobre temas diversificados relacionados com seu cotidiano de vida (ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012).

É interessante ressaltar que, com esta discussão, não se tem o intento de cair no reducionismo de reafirmar a necessidade de ampliação de cenários para a realização da educação em saúde com tais adolescentes, pois se entende que não basta ampliar espaços e aperfeiçoar estratégias, se questões mais amplas que perpassam a sexualidade deles não forem consideradas, como a sua construção social e cultural. Desse modo, entende-se que a ampliação da abrangência dos cenários e abordagens educativas requer, concomitantemente, que seja considerado o repertório sociocultural destes adolescentes, pois do contrário esta proposta se esvazia de significado.

Ademais, quando discutiram acerca das abordagens possíveis para realizar a educação em saúde com os adolescentes, alguns profissionais lembraram que as palestras ainda são práticas comumente utilizadas com esse público, embora se aproximem do método tradicional da educação. Essa proximidade se deve à verticalidade do diálogo, na qual o profissional assume postura ativa e o adolescente, passiva, à abordagem de temas desconectados das singularidades e da realidade de vida desse público e à ausência de potencial criativo, características desse método. Essa discussão está posta a seguir:

É comum fazerem palestras para os adolescentes, mas isso não dá certo, é uma coisa muito unidirecional. Eu garanto que uma roda, como a que gente está fazendo, onde há troca de informação, onde cada um pode colocar as suas experiências e ouvir as dos outros, é muito mais válida. A pessoa tem que participar ativamente. (P3)

Dentro de uma palestra colocam adolescentes de várias faixas etárias e cada um está dentro de um processo de desenvolvimento, de curiosidade e de vivência. Alguns se inibem de perguntar, acaba dificultando bastante. A gente tem que trabalhar com eles dentro de uma modalidade participativa, onde o conhecimento vai ser construído com a participação de todo mundo, tu não vais impor o teu conhecimento. Se não tiver essa participação vai ficar uma coisa unilateral, como o colega falou. Quando a gente for falar sobre a sexualidade eles têm que se sentirem à vontade para fazerem perguntas. A partir daí vamos ver o que eles conhecem em relação a isso, as dúvidas, e vamos construindo esse conhecimento em conjunto. (P1)

Também, acho que palestra não funciona. Até as pessoas adultas se cansam. Isso não funciona com os adolescentes, tem que ter criatividade. (P7)

A educação, na perspectiva das palestras, se torna um ato de depositar, no qual o profissional da saúde é o que educa e o que escolhe o conteúdo programático, enquanto que os adolescentes tornam-se meros objetos a serem educados, havendo negação da dialogicidade. O educador, ao escolher os temas a serem abordados, passa a falar da realidade como algo estático, compartimentado e completamente alheio à experiência existencial dos educandos, buscando “enchê-los” de conteúdos de sua narração. Isso posto, a educação se torna alienadora, pois nada mais é que um ato de prescrever, ou seja, de impor uma consciência à outra (FREIRE, 2005).

A respeito dessas práticas que se propõem assistencialistas, Freire (2011b) alerta que o grande perigo está na ausência de diálogo que, impondo ao sujeito mutismo e passividade, não lhe oferece condições especiais para o desenvolvimento ou a “abertura” de sua consciência que, nas abordagens dialógicas de educação em saúde, torna-se cada vez mais crítica. Na opinião do autor, a educação não pode temer o debate e a análise da realidade dos sujeitos, sob pena de se tornar uma farsa. Contudo, isso exige do educador “saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 2007, p. 47). Isso representa dizer que os profissionais precisam estar abertos às indagações, curiosidades, perguntas e, também, inibições dos adolescentes.

Os profissionais da saúde apontaram como metodologias eficientes para o trabalho com adolescentes a utilização de atividades lúdicas, as quais foram consideradas potencializadoras da construção de saberes compartilhados acerca da sexualidade. Para tanto, sugeriram a realização de dinâmicas de grupo e a criação de *blogs*, nas quais se lançasse mão de uma linguagem adequada à realidade dos adolescentes. A discussão que se segue traduz essa argumentação e é oriunda da seguinte indagação, lançada no grupo focal: Quais estratégias de educação em saúde podem ser utilizadas para abordar o assunto da sexualidade com esses adolescentes?

Não é só chegar e jogar a informação, com adolescentes tem que trabalhar com dinâmicas, com a participação deles. Assim, a gente vai ter um resultado mais positivo do que se simplesmente largar as informações em forma de palestra. Também, não adianta dar explicação científica. (P1)

Tem que usar a linguagem deles, senão não adianta. (P9)

O adolescente é muito curioso, se a gente souber acertar aonde vai pescar a curiosidade e que estímulo usar, vamos conseguir nos aproximar e conversar sobre a sexualidade. Mas precisa da prática, porque eu acho que tem coisas que só a prática ensina a achar os caminhos. [...] Eles precisam mesmo é do lúdico, tem várias dinâmicas de grupo que podem ser usadas

com eles, como a da árvore do prazer e a do corpo e seus recheios, que eles podem trazer os sentimentos. (P2)

A sexualidade precisa ser trabalhada com os adolescentes de várias formas diferentes. Também, acho que o adolescente tem que ser estimulado. Dá para fazer um blog. Eles acham isso um máximo. É uma coisa que é a linguagem deles, que é utilizado hoje em dia e que toca eles mais fácil. (P6)

Realmente, precisa de alguma coisa que desperte a curiosidade deles. (P4)

Para despertar a curiosidade daria para passar um filme, trazer um artista que toque algum instrumento, fazer jogos e cursos de maquiagem, como os que vocês fizeram, também, é legal. O que mais chama a atenção deles são as atividades lúdicas. Tem que fazer como vocês fazem com eles, em forma de brincadeiras, mais informalmente, não deixar as coisas tão sérias. (P7)

Os profissionais concordaram sobre a importância da utilização de estratégias que privilegiem a participação ativa dos adolescentes nas atividades de educação em saúde e, para isso, anunciaram que os recursos lúdicos podem ser potencializadores do diálogo com esse público, permitindo que compartilhem suas experiências relacionadas à sexualidade. Entende-se que essas atividades, que possibilitam um cuidado criativo e interativo, adquirem especial interesse para o campo da educação em saúde uma vez que privilegiam questões advindas dos interesses e necessidades dos adolescentes, aos quais é facultado elaborar em grupo uma proposta criativa para as suas necessidades de saúde. Além disso, esse caráter lúdico, que possibilita a participação dos adolescentes de forma intensa, descontraída, prazerosa e interativa, pode a tal ponto ser uma motivação para eles aproximarem-se dos serviços de saúde.

As atividades lúdicas tornam-se mais inclusivas, pois a própria metodologia depende da participação dos integrantes, ou seja, de suas reflexões e conhecimentos sobre os assuntos propostos. Desse modo, há que se considerar que estimulam a criatividade e o posicionamento crítico dos sujeitos, no sentido de que estes passam a expressar o que entendem sobre determinado tema e a compartilhar com os outros visões, por vezes, diferentes acerca do mesmo. O caráter reflexivo dessa metodologia implica no aprofundamento constante da discussão sobre a realidade, que propicia ao sujeito inserir-se nela criticamente (FREIRE, 2005). Ademais, Freire (2011a) analisa que a educação é tanto mais autêntica quanto mais desenvolve o ímpeto de criar dos sujeitos, requerendo que seja desinibidora e não restritiva. Para tanto, é necessário, segundo o autor, que os educadores deem oportunidade aos educandos para que sejam eles mesmos, caso contrário haverá uma domesticação, o que significa a negação da educação.

Dentre as atividades lúdicas, os jogos educativos têm sido considerados instrumentos interessantes para a realização da educação em saúde com os adolescentes, haja vista que estimulam a dialogicidade, tanto entre os participantes quanto entre esses e os profissionais (YONEKURA; SOARES, 2010; NOGUEIRA et al., 2011; MARIANO et al., 2013). De acordo com Yonekura e Soares (2010), os jogos são instrumentos metodológicos capazes de gerar reflexões, discussões críticas sobre questões complexas e construção de opiniões, coletivamente, a partir da realidade dos envolvidos e, em última instância, capazes de gerar novas práticas sociais. Além disso, a pertinência do jogo está em potencializar a aproximação, a comunicação, a reflexão e a instauração de vínculos entre profissionais da saúde e adolescentes, capazes de proporcionar espaço para discussão e aprofundamento de questões que parecem passar ao largo da vivência da maioria do público adolescente (YONEKURA; SOARES, 2010; NOGUEIRA et al., 2011). Para Nogueira et al. (2011), no campo da sexualidade, pode-se utilizar o recurso dos jogos para problematizar e polemizar a respeito das práticas e vivências dos adolescentes. A partir desses apontamentos, Mariano et al. (2013) sinalizam que o jogo educativo é uma ferramenta que possibilita modificar o paradigma de ação educativa tradicional, ainda presente no cuidado aos adolescentes, pois o conhecimento gerado a partir da atividade lúdica pode ser transportado para o campo da realidade.

Outrossim, Valli e Cogo (2013) sugerem a utilização de *blogs* como recurso de educação em saúde para abordar a sexualidade com os adolescentes. As autoras reiteram que esta é uma ferramenta de interação virtual bastante comum entre os adolescentes, na qual eles podem compartilhar informações e experiências acerca da sexualidade com outros e tirar dúvidas daqueles que a acessarem e se interessarem pela temática, tornando-se um espaço de interação social e de ajuda mútua. Essa mediação tecnológica permite ao adolescente estabelecer relação com outros adolescentes interessados no tema, diminuindo sentimentos de dúvida, de isolamento e de timidez. Segundo as autoras, é importante a participação dos profissionais da saúde em ações de educação em saúde junto às comunidades escolares, auxiliando na qualificação das informações que podem ser discutidas e veiculadas pelos adolescentes nas redes sociais. Contudo, no que tange aos adolescentes que vivem com HIV/aids, reforça-se a necessária mediação dos profissionais na utilização dessa ferramenta pelos adolescentes, especialmente, para que não ocorram implicações quanto à exposição pública do diagnóstico.

Oportunamente, propõe-se que os profissionais da saúde invistam em abordagens educativas problematizadoras que possibilitem aos adolescentes assumirem a condição de sujeitos do processo educativo, desafiando-os a buscarem respostas às emergentes

inquietações por meio da reflexão de sua realidade sociocultural, o que possibilita a ampliação da sua consciência crítica e transformadora. Nesse movimento o conhecimento não se perde, nem tampouco resta inócuo, passa, em verdade, a ser construído por meio da reflexão da realidade e torna-se potente para transformá-la. Logo, como resultado dessa ação educativa, que é dialógica, participativa e reflexiva, tem-se a possibilidade de emancipação dos sujeitos, pois esta é uma conquista autêntica, ou seja, não pode ser um ato de doação de um ao outro, mas fruto da consciência crítica, da práxis sobre a realidade, para somente assim poder transformá-la.

Os adolescentes participantes deste estudo sinalizaram que profissionais de vários campos do conhecimento, como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, poderiam assumir sua parcela de responsabilidade na realização da educação em saúde acerca da sexualidade. As falas que se seguem revelam essa possibilidade.

Seria bom que explicassem essas coisas aqui, poderia ser o ginecologista. (A1)

Poderia ser com uma psicóloga. Quando eu era pequeno uma me atendeu, mas depois nunca mais conversei com ela. (A14)

Com a enfermeira eu acho, não sei porque nunca falei com ninguém daqui. (A15)

Poderia ser com o psicólogo, já conversei com uma lá no CACAU [Centro de Atenção à Criança e ao Adolescente de Uruguaiana] e gostei. (A4)

O enfermeiro tem bastante estudo, poderia esclarecer minhas dúvidas. (A12)

Eu poderia conversar com o médico, com a psicóloga ou com a assistente social, são os que melhor ajudam. (A13)

A partir desses discursos, é possível reafirmar que a abordagem da sexualidade envolve uma amplitude de desdobramentos disciplinares, sendo necessário, para tanto, ultrapassar a visão individualizada que ainda a permeia nos serviços de saúde. Logo, várias áreas precisam ser envolvidas para dar a esse campo de conhecimento o necessário e urgente enfoque interdisciplinar. Para Ressel (2003), essa temática não é responsabilidade, ou não deveria ficar aos cuidados de uma ou outra área do conhecimento, pois todos são cuidadores e deparam-se no dia a dia com essa questão. Esclarece, também, que ela está presente em todas as áreas, embora as pessoas, muitas vezes, se neguem a percebê-la, sendo a sua abordagem um compromisso de todos, com igual divisão de responsabilidades.

Nessa mirada, as questões que perpassam a sexualidade precisam envolver os profissionais da saúde em suas diversidades e especificidades, considerando a multidisciplinaridade que abarca a mesma. Cabe, para tanto, que os profissionais deixem de falar da sexualidade por meio do silêncio, do rigor com a postura e do não envolvimento com os adolescentes no momento do cuidado, o que requer que seja lançado um olhar atento para as experiências por eles vivenciadas, as quais são fundamentadas em suas realidades de vida e dão sentido às propostas de educação em saúde. Assinala-se, desse modo, que é a sabedoria de experiência feita que tem verdadeira significância para o encontro dialógico de cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na medida em que a conclusão do curso de doutorado foi se aproximando, deparei-me com a sua finitude, algo que parecia, a princípio, muito distante. Ao concluí-lo, foi possível alcançar uma meta que tem significado especial tanto na minha trajetória pessoal quanto profissional. Contudo, de certa maneira, finalizar a tese vai além de concluí-la, é preparar-me para outros e diferentes desafios e possibilidades profissionais e acadêmicos.

Nesta tese, que se dedicou a analisar as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade e as implicações para a educação em saúde, foi necessária a realização de um exercício de afastamento, por vezes, de um tema do qual tinha muita proximidade, para que, somente assim, fosse possível compreender os diferentes matizes do mesmo sob a ótica dos interlocutores, questionar e duvidar das minhas próprias certezas e conceitos e estranhar aquilo que me era tão conhecido. Isso, certamente, acarretou muitas mudanças em termos acadêmicos, profissionais e pessoais.

A sexualidade de adolescentes é uma temática que vem despertando o meu interesse como enfermeira, docente e pesquisadora. O objeto desta pesquisa foi se constituindo a partir de múltiplas vivências acadêmicas e profissionais. Dentre as experiências da vida acadêmica, destaca-se o mestrado, quando desenvolvi um estudo acerca da sexualidade com estudantes de enfermagem, muitos deles adolescentes. Já, no que tange à prática profissional, a docência tem me oportunizado problematizar, com os futuros enfermeiros e enfermeiras, a importância de desvelar a temática da sexualidade no cuidado em saúde e as possibilidades de abordagem educativa dessa temática com os adolescentes.

A realização deste estudo constituiu-se de vários desafios, pois o tema é complexo e polêmico de ser abordado, seja como pesquisadora, seja para os adolescentes ou para os profissionais da saúde. A sexualidade é uma questão que costuma ser mantida invisível ou ocultada nas práticas de cuidado, o que, provavelmente, se relaciona com a construção sociocultural de cada profissional, com a ausência da reflexão desta dimensão humana na formação acadêmica dos profissionais da saúde e, também, da discussão entre eles no cuidado, e com a perspectiva biológica que assola o tema. O primeiro desafio na realização da pesquisa foi adentrar e inserir-me no serviço de saúde, no qual, até então, a realização de pesquisas não era uma situação comum. Além disso, tratar da sexualidade no cuidado ao adolescente, com os profissionais da saúde, era fazer emergir um tema polêmico para discussão e, talvez, trazer à tona o reconhecimento de uma questão que estava invisível naquele espaço de cuidado. Outro desafio foi permanecer passiva diante de revelações que

suscitaram diversas sensações, entre elas, impotência, indignação, tristeza, esperança e perseverança.

As abordagens teóricas e metodológicas utilizadas neste estudo possibilitaram a compreensão das diversas nuances do processo de adolecer vivendo com HIV/aids, das experiências dos adolescentes relacionadas à sexualidade, das percepções dos profissionais da saúde acerca da sexualidade no cuidado, das distintas fontes de informação e das experiências que delimitam os aprendizados de tais adolescentes sobre a sexualidade e das possíveis abordagens educativas para tratar desse tema nos serviços de saúde com os referidos adolescentes. Desse modo, o desempenho dessas abordagens foi considerando adequado diante do propósito de defender a tese de que a visibilidade da educação em saúde com adolescentes que vivem com HIV/aids se torna possível por meio do encontro dialógico dos saberes técnico-científicos dos profissionais da saúde com os saberes construídos pelas experiências relacionadas à sexualidade destes adolescentes.

No que se refere à contribuição das estratégias metodológicas, destaca-se que a experiência deste estudo, com a utilização da técnica de entrevista com os adolescentes, foi pertinente e importante, pois oportunizou uma relação dialógica horizontal entre pesquisadora e participante, na qual o momento da coleta de informações era permeado pela confiança, escuta efetiva, respeito ao saber do outro, alegria, sensibilidade e comprometimento recíproco, o que certamente resultou em um aprendizado mútuo. Outrossim, nesse espaço em que havia a disponibilidade para o diálogo, os adolescentes revelaram questões sobre a sexualidade que jamais haviam conversando com os pais ou cuidadores ou, até mesmo, com os profissionais da saúde, e, por isso, demonstraram prazer em poder compartilhar um assunto que lhes gerava dúvidas e inquietações e era mantido na esfera do privado e da proibição. Embora, no início do diálogo, alguns tenham apresentado uma postura de timidez ou vergonha, pela própria característica da temática discutida, com o decorrer da conversa sentiram-se à vontade para expressar suas experiências, pois perceberam que aquele se constituía em um espaço acolhedor, livre de preconceitos, estigmas e julgamentos.

É interessante registrar outro elemento significativo dessa vivência, que diz respeito à experiência metodológica com grupos focais realizados com os profissionais da saúde. Esta foi uma experiência desafiadora, na medida em que conduziu a caminhos até então desconhecidos, pois, apesar das leituras que proporcionaram o subsídio teórico a respeito da técnica e de minha experiência prévia com a utilização dela no estudo de mestrado, deparei-me com situações singulares. Nessas situações, os participantes impunham seus ritmos e suas características psicológicas e intelectuais, o que exigia capacidade de criar e transpor o dito na

literatura. No decorrer dos encontros, a partir do estabelecimento de um ambiente permissivo e não constrangedor, acredita-se que tenha sido possível alcançar uma vivência crítica e inovadora em relação à temática do estudo, que, possivelmente, despertou para um melhor entendimento da sexualidade entre os participantes e descortinou um caminho que pode auxiliar na condução dessa questão com os adolescentes naquele serviço de saúde.

Cabe ressaltar que o conhecimento prévio da pesquisadora sobre a temática e o campo do estudo, bem como a experiência com as técnicas de coleta de informações foram fundamentais para uma maior apropriação dos resultados e contextualização da análise. Entretanto, cada encontro com os adolescentes era único e singular e demandava diferentes formas de interação e relacionamento, o que se por um lado constituiu um importante desafio, por outro possibilitou o estabelecimento de vínculos sólidos.

Ao escutar os adolescentes acerca do processo de adolecer vivendo com HIV/aids, emergiram algumas constatações, entre elas de que essa etapa da vida é marcada por muitas mudanças, vivenciadas por meio de uma dualidade, de estar entrando numa nova fase, mas de gostar de fazer coisas da infância. Essa fase é caracterizada pela inauguração de sensações importantes para a construção de si, como a de viver experiências e sensações diferentes, mas, também de ter liberdades e responsabilidades e pelas mudanças de comportamento e variações de humor, que se relacionam à busca pela independência e autonomia. No tocante às mudanças corporais, a lipodistrofia revelou-se como um dos paradoxos vividos por esses adolescentes. Ademais, neste período, a amizade apresenta grande valor e, também, influência no desenvolvimento saudável ou não dos adolescentes.

Em relação aos sentimentos e vivências relacionados ao diagnóstico de HIV/aids, alguns adolescentes sabiam do diagnóstico antes mesmo de seus cuidadores revelarem, o que se deu no momento do início do tratamento. Por vezes, a revelação aconteceu associada às primeiras experiências relacionadas à sexualidade, sendo um momento conflituoso, permeado de tristeza, surpresa, não aceitação e revolta. Houve uma preocupação desses sujeitos com a normalidade, o que demonstra uma busca por assemelhar-se aos pares. A situação sorológica era mantida em um acordo de silêncio entre os adolescentes e seus familiares, sendo por vezes compartilhada com alguém que julgavam especial em suas vidas. Mesmo com tal cuidado para manutenção do sigilo, situações de estigma e de discriminação foram vivenciadas nos diversos espaços sociais. Desse modo, uma das principais demandas dos adolescentes é por espaços ou pessoas com quem dialogar sobre as particularidades da vida com o HIV e sobre as suas experiências relacionadas à sexualidade, o que de contrário torna-se um caminhar

solitário. No que se refere adesão à terapia, revelaram que estavam assumindo gradativamente o seu tratamento e que apresentavam algumas dificuldades para aderir a ela.

As relações familiares caracterizaram um importante elemento de vulnerabilidade na vida dos adolescentes, pois foram afetados pela perda de seus pais e consequente orfandade; pela falta de amor, proteção e afeto; pelo abandono dos estudos; pelas dificuldades econômicas; pela violência intrafamiliar e pela desestruturação familiar.

Quanto às concepções dos adolescentes acerca da saúde, alguns a relacionaram a uma perspectiva ampla e social, traduzida como qualidade de vida e bem-estar, enquanto outros a associaram a concepções reducionistas, que remetem à medicalização, ao paradigma biomédico e ao discurso normalizador da saúde.

De modo a analisar as experiências dos adolescentes que vivem com HIV/aids relacionadas à sexualidade, foi interessante compreender como significam a sexualidade, a qual foi por eles relacionada às questões de gênero, à noção de corpo e de relacionamento humano, a sentimentos de afetividade, como o amor, e à mera realização da prática da relação sexual. Houve certa dificuldade em definir o que pensavam sobre isso, o que provavelmente está associado à sua construção social e cultural, pois esse tema permanece na ordem do velado nas famílias e há falta de apoio dos serviços de saúde para lidarem com ele.

As primeiras interações afetivas foram experienciadas por meio do ficar e do namorar e constituíram uma possibilidade de autoconhecimento e construção da autonomia. Esses relacionamentos foram dicotomizados pelos adolescentes, sendo o ficar entendido como uma interação afetiva caracterizada pela superficialidade e o namoro como um relacionamento que supõe compromisso e fidelidade, podendo ser seguido pela iniciação da relação sexual. Essas experiências são fortemente influenciadas pela valência diferencial de gênero, o que pode decorrer da própria distinção de gênero nas abordagens que os pais ou os avós realizavam com os meninos ou meninas acerca das questões relativas à sexualidade.

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. Embora, para outros, o sexo se inscrevesse como algo espontâneo, no qual havia dificuldade de negociação e pouca comunicação entre os parceiros. 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. Nessa direção, seria interessante o investimento dos serviços de saúde em espaços de diálogo que incorporem os parceiros afetivos desses adolescentes, para apoiá-los em seus dilemas e ansiedades.

Em relação às perspectivas de projetos de vida, os adolescentes que vivem com HIV/aids têm aspirações semelhantes a quaisquer outros nessa fase da vida. Em outras palavras, desejam se formar, trabalhar, ter sucesso profissional, amar, estabelecer vínculos afetivos estáveis e constituir família. Todavia, alguns expressaram dúvidas ou não cogitaram ter filhos, influenciados pela vivência e sofrimento causados pela portabilidade do HIV. Há que se considerar que seus projetos de vida não são apenas projetos com aspectos acadêmicos, profissionais, afetivos e familiares, são também projetos de cuidado com a sua saúde, com a própria vida e com a saúde do outro.

A sexualidade, sob a ótica dos profissionais da saúde, foi expressa a partir de uma variedade de significações, sendo percebida como uma construção ampla, inerente à existência humana, e associada a relacionamento humano e a autoconhecimento. Alguns remeteram esse conceito à dimensão de genitalidade, de ato sexual e de risco, o que cabe reiterar ser esta a visão que se mantém presente e predominante nos discursos e práticas da área da saúde. Ademais, a sexualidade foi percebida como uma construção sociocultural, ou seja, como um aprendizado resultante dos múltiplos processos de socialização vivenciados pelo indivíduo.

À luz dessa contemplação, ressalta-se que os profissionais necessitam refletir quanto aos mecanismos que geram valores e atitudes em relação à sexualidade e não cegamente basear-se no padrão vigente, o que representa dizer o biológico, caminhando, dessa forma, para uma prática coerente com as necessidades de saúde dos adolescentes que vivem com HIV/aids. Assim, a sexualidade precisa ser discutida no cuidado a estes sujeitos 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.

No que se refere à sexualidade no cotidiano do cuidado em saúde, esta ainda tem sido mantida velada, embora os profissionais reconheçam a sua constante presença nas diversas áreas de atuação e a importância de abordá-la. Os profissionais reagem frente às situações que envolvem a sexualidade dispondo de atitudes como o silêncio, o afastamento e a mudança de foco do assunto, o que proporciona a sua não explicitação. Além disso, sentem-se assustados,

emocionados, mexidos, surpresos, constrangidos e envergonhados em relação à abordagem da temática nas vivências de cuidado. Acredita-se que tais reações e sentimentos advêm de um aprendizado sociocultural que a aloca como uma esfera privada e proibitiva para a discussão e essas questões somente serão superadas por meio da disposição de espaços dialógicos.

Quanto às informações relativas à sexualidade, percebeu-se que os adolescentes construíram seus conhecimentos, principalmente, nas relações com os amigos ou com algum membro da família que fosse mais velho que eles e no acesso a fontes midiáticas. Além disso, interiorizaram informações a partir da observação das experiências vivenciadas pelos pares. Já com os pais ou avós, o diálogo sobre sexualidade ainda se constituía um tabu. Contudo, as interdições sobre a temática, por vezes, foram flexibilizadas, mas para se falar meramente sobre as questões preventivas. Quando houve algum diálogo no meio familiar, a mãe apareceu como responsável pelo preparo para a vivência da sexualidade. Alguns adolescentes que eram órfãos sentiam falta da mãe ou do pai para aconselhá-los nas dúvidas relacionadas ao tema. Há que se considerar que os serviços de saúde não dispensam, muitas vezes, investimentos para acolher e incorporar os pares e familiares nas ações de educação em saúde. Esse hiato, certamente, interfere nos modos como os adolescentes que vivem com HIV/aids, seus amigos, familiares e parceiros afetivos lidam com a sexualidade.

A escola e o serviço de saúde constituíram espaços de socialização de informações biológicas acerca da sexualidade, o que representa um distanciamento entre as informações em saúde e as experiências dos adolescentes. Considerando que tanto na família quanto na escola e nos serviços de saúde houve uma escassez de informações no que se refere à sexualidade ou quando estas apareceram se deram de forma superficial, emergiram relatos de despreparo e desconhecimentos para a sua experimentação. Nessa direção, os adolescentes consideraram importante serem orientados, contudo as orientações precisam ter como ponto de partida as suas necessidades e experiências.

Percebeu-se, também, que 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. O envolvimento, a ansiedade, o nervosismo, o medo, especialmente de infectar o parceiro, e o consumo de álcool e drogas podem implicar na não aplicação das informações na prática. Parece claro que a educação em saúde com os adolescentes acerca da sexualidade não se trata apenas de uma maior facilidade de comunicação da informação, mas de um maior compartilhamento de experiências.

A educação em saúde voltada para adolescentes que vivem com HIV/aids ainda é mantida na invisibilidade do cuidado, ao menos no contexto em que o estudo foi realizado.

Nesse espaço, revelou-se a insuficiência e, por vezes, a inexistência de interações entre os profissionais da saúde e os adolescentes. A insuficiência está relacionada a acessos limitados dos adolescentes ao serviço de saúde, que estiveram centrados em queixas clínicas. Assim, percebe-se que o tema da sexualidade não emerge no cuidado com esses adolescentes, o que se caracteriza pela negação de uma dimensão importante da vida deles. Contudo, as discussões oriundas nos grupos focais foram propulsoras para a reflexão acerca da necessidade de migrar para a visibilidade da educação em saúde, o que pode se dar a partir da construção de espaços acolhedores, da inclusão da família e do compartilhamento de projetos de cuidado entre a equipe multiprofissional. Esses apontamentos trazem à tona a premência de os profissionais da saúde avançarem no que se refere à interação com esses sujeitos.

Ademais, revelou-se que há um distanciamento significativo entre os dizeres e os fazeres dos profissionais em relação à educação em saúde, considerando que as concepções acerca de como ela pode ser realizada com os adolescentes que vivem com HIV/aids esteve consideravelmente distante do que realmente acontece nas práticas de cuidado, as quais mostraram-se sustentadas no modelo tradicional de educação, que trata de educar sujeitos que devem se responsabilizar pelas suas escolhas e pela saúde do outro. Nessa direção, as intervenções educativas precisam estar voltadas a tirar a centralidade da aids da vida desses adolescentes, o que propicia a valorização de suas várias experiências.

Sob a ótica dos profissionais, as questões relacionadas à sexualidade podem ser discutidas nos diversos momentos de contato dos adolescentes com o serviço de saúde, o que requer que estejam sensíveis às necessidades desses sujeitos e tenham disponibilidade ao diálogo. As abordagens individuais ou grupais, de acordo com os interlocutores deste estudo, são interessantes, desde que ocorram a partir de uma perspectiva dialógica e, por isso, emancipatória. As atividades lúdicas foram consideradas potentes para a construção do saber acerca da sexualidade, pois possibilitam o diálogo, o envolvimento e a troca de experiências. Outrossim, a abordagem da sexualidade precisa ser um compromisso de igual responsabilidade para todos os profissionais da saúde, já que a temática compreende uma amplitude de desdobramentos disciplinares, e aqui destaca-se a importante inserção dos enfermeiros nas práticas de educação em saúde com os adolescentes, especialmente, pela potencialidade de trilharem ações educativas que estimulem a emancipação dos sujeitos.

Promover a saúde dos adolescentes implica em desenvolver estratégias para sua autonomização, numa perspectiva dialógica que considere seu contexto de vida, as possibilidades e limites existentes e o desejo dos mesmos, sem o que se torna inviável interagir. Para esse alcance as ações educativas devem estar alicerçadas na

complementaridade de saberes, o que requer que adolescentes e profissionais se reconheçam e atuem como sujeitos nessas ações. Cabe ao profissional que se propõe a uma educação emancipatória considerar que os sujeitos a quem se destinam as atividades educativas possuem uma leitura prévia do mundo, alicerçada em suas histórias de vida e em seu contexto sociocultural. Desse modo, o exercício da emancipação reside na possibilidade de os sujeitos se posicionarem acerca de suas concepções e escolhas, pois é no diálogo entre as diferentes visões de mundo que se constroem novos saberes.

Entende-se que esta pesquisa traz importantes subsídios para a reflexão sobre a sexualidade de adolescentes que vivem com HIV/aids e a sua interface com a prática da educação em saúde. É possível dizer que muito já se avançou acerca da discussão do modelo dialógico de educação, no entanto ainda não se vê a sua consolidação nas práticas educativas e, mesmo quando estas se propõem dialógicas, não ultrapassam informações desconectadas da realidade dos adolescentes. Isso sinaliza que a construção da dimensão emancipadora do cuidado ainda é um grande desafio para os serviços de saúde.

Portanto, a tese em que esta investigação se ampara – de que a visibilidade da educação em saúde com adolescentes que vivem com HIV/aids se torna possível por meio do encontro dialógico dos saberes técnico-científicos dos profissionais da saúde com os saberes construídos pelas experiências relacionadas à sexualidade destes adolescentes – é real, verdadeira, complexa e necessita de mais estudos e aprofundamentos.

Diante do exposto, entende-se que o tema está longe de ser esgotado, devido à sua complexidade, sendo considerados essenciais novos e diferentes olhares sobre ele. Salienta-se, portanto, como principal contribuição deste estudo, a compreensão de uma temática complexa e ainda velada nos serviços de saúde, que é a sexualidade de adolescentes que vivem com HIV/aids.

Finalizar esta tese tem gerado sentimentos ambíguos, de um lado tem a ansiedade gerada por finalizar o estudo e, de outro, aquela despertada pela certeza de que há ainda muito a dizer, a ler e a estudar sobre o tema. A tese se finaliza, mas não os interesses acadêmicos pela temática, os desejos profissionais, os afetos pelos adolescentes que foram construídos durante a pesquisa e, essencialmente, o compromisso assumido com o cuidado desses sujeitos. Eles ensinaram que uma pesquisa pode significar muito além da produção de conhecimentos. Ela pode ocasionar mudanças nos modos de olhar a vida e o mundo e significar o estabelecimento de laços de afeto, amizade, admiração e o desejo de ser mais. Certamente, o contato com eles seguirá, porém serão contatos de outras ordens, outros lugares e outras perspectivas.

6 REPERCUSSÕES DO ESTUDO

Considera-se importante registrar os grandes ganhos, avanços e conquistas que esta caminhada tem proporcionado, os quais estão explicitados a seguir:

- Convidada, como docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPAMPA, para participar como conferencista em uma mesa redonda do “III Encontro Binacional de Pessoas Vivendo com HIV/aids e I Encontro da Tríplice Fronteira”, realizado em Uruguaiiana, em dezembro de 2013, com a abordagem da temática “Adolescentes Vivendo com HIV/aids”.
- Convidada, como docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPAMPA, para participar como conferencista em uma mesa redonda do encontro: “A Rede Intersetorial e a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes que Cumprem Medida Socioeducativa”, realizado em Uruguaiiana, em abril de 2014, com a abordagem da temática “A Sexualidade de Adolescentes que Vivem com HIV/aids”.
- Convidada, pelas Secretarias Municipais de Educação e Saúde de Uruguaiiana, para a participação nos encontros do projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”. O convite ocorreu no ano de 2013 e a participação se dá até o presente momento. O referido projeto é desenvolvido na rede pública de educação básica. Ressalta-se que, em um dos encontros, realizado com professores multiplicadores, a pesquisadora foi convidada a discutir as perspectivas para a abordagem da sexualidade com os adolescentes no âmbito das escolas.
- Participação no grupo gestor, do Município de Uruguaiiana, para a elaboração do plano operativo local para implementação da atenção integral à saúde de adolescentes, por meio de convite recebido da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiiana, em abril de 2014.
- Contemplação, como docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPAMPA em parceria com docentes do Curso de Farmácia desta Instituição, do “Programa de Promoção dos Direitos Humanos em Crianças e Adolescentes que Vivem com HIV/aids de Uruguaiiana/RS” pelo edital do PROEXT do Ministério da Educação, no corrente ano. O objetivo geral deste programa é a promoção dos direitos humanos de crianças e adolescentes que vivem com HIV/aids, tais como o direito à saúde, igualdade e justiça, proporcionando melhoria da qualidade de vida. O programa articula, para o desenvolvimento das ações, docentes, técnicos administrativos em educação e estudantes dos Cursos de Enfermagem e Farmácia da UNIPAMPA, assim como profissionais da saúde do SAE em HIV/aids e professores da rede pública de educação básica do Município de Uruguaiiana. Dentre as linhas de atuação do programa está o projeto de extensão intitulado “Adolescer Vivendo com

HIV/aids: Saber, Compreender e Conviver”, o qual foi explicitado no início deste trabalho. Ressalta-se que neste projeto são realizados encontros com periodicidade quinzenal.

- O vínculo, o acolhimento e a afetividade desenvolvidos com os adolescentes, durante a realização da coleta de informações desta tese, propiciaram que eles permanecessem próximos ao SAE, mesmo após o término desta pesquisa, participando das ações do projeto de extensão “Adolescer Vivendo com HIV/aids: Saber, Compreender e Conviver”.

- A presença da pesquisadora no referido serviço de saúde, para a realização das ações do projeto de extensão acima citado, permitiu a observação de um maior envolvimento dos profissionais da saúde com os adolescentes que vivem com HIV/aids, o que se revelou na abertura de espaços para consultas, na realização de busca ativa de adolescentes e na participação do planejamento e execução das ações de tal projeto.

- Foi possível atentar, também, para uma maior proximidade dos adolescentes com esse serviço, os quais além de participarem, na maioria das vezes, assiduamente nos encontros do projeto de extensão, passaram a solicitar consultas com os profissionais da saúde, especialmente, com aqueles que participavam dos encontros. Isso, provavelmente, decorre da confiança e do acolhimento que foram sendo estabelecidos entre adolescentes e profissionais participantes das ações do referido projeto.

- Orientação, como docente do Curso de Enfermagem da UNIPAMPA, de um projeto de trabalho de conclusão de curso de graduação que tem como temática a percepção dos familiares de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca das experiências de sexualidade destes sujeitos.

Acredita-se que esses espaços permitiram dialogar e refletir sobre a sexualidade de adolescentes que vivem com HIV/aids, no âmbito da extensão, pesquisa, ensino e nas práticas de cuidado voltadas a eles. Além disso, a participação nos eventos citados e os convites para integrar as ações municipais voltadas à saúde do adolescente possibilitam ratificar a perspectiva adotada para o tema deste estudo, a atualidade da temática e a emergência dessa discussão para o cuidado a esses sujeitos. Ademais, tais possibilidades de compartilhamento de experiências e saberes expressam o reconhecimento local desta tese e resultam em ganhos significativos em nível pessoal, acadêmico e profissional.

6.1 Recomendações do estudo

Os resultados desta tese apresentam aplicabilidade para o campo do estudo, para o ensino, para a pesquisa e para a extensão e, diante disso, algumas recomendações podem ser

feitas com o intuito de disparar as mudanças necessárias para o aprimoramento do cuidado em saúde aos adolescentes que vivem com HIV/aids. Portanto recomenda-se:

Para os serviços de saúde:

- Estimular os profissionais da saúde e, especialmente, os enfermeiros a estabelecerem espaços de cuidado para o adolescente que vive com HIV/aids nas diversas esferas de atenção à saúde e, principalmente, nos SAEs em HIV/aids.
- Sensibilizar os profissionais da saúde 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 necessidades de saúde e das experiências relacionadas à sexualidade dos adolescentes que vivem com HIV/aids.
- Motivar os profissionais da saúde para o desenvolvimento de ações de educação em saúde com tais adolescentes, por meio de abordagens educativas alicerçadas no modelo dialógico, que tragam como ponto de partida a realidade em que o adolescente esteja inserido e que se proponham ao desenvolvimento da sua consciência crítica.
- Trabalhar as questões da sexualidade com os adolescentes, nas ações de educação em saúde, por meio de metodologias problematizadoras.
- Fomentar, nos profissionais da saúde, a importância da discussão interdisciplinar de projetos de cuidado aos adolescentes e da realização de encontros para a reflexão e discussão acerca da abordagem da sexualidade nas práticas de cuidado em saúde.
- Construir, a partir dos resultados deste estudo e das necessidades dos adolescentes, práticas educativas de saúde que se aproximem das experiências relacionadas à sexualidade de tais adolescentes e que não se voltem meramente às questões de ordem biológica.
- Estimular os profissionais da saúde a dialogarem sobre a questão da sexualidade com as demais instâncias envolvidas com o cuidado e a educação dos adolescentes, como a escola e a família ou cuidadores.
- Incitar o acolhimento e a participação dos pares desses adolescentes, como os amigos e os parceiros afetivos, nas ações de educação em saúde.

Para o ensino:

- Incluir a sexualidade como temática transversal nas grades curriculares dos cursos da área da saúde e tratá-la com os estudantes por meio de abordagens educativas problematizadoras, que sejam propulsoras do diálogo, da sensibilidade e da criatividade. Para tanto, podem ser

utilizadas estratégias metodológicas como situações-problema, grupos de sentimentos, leitura de artigos científicos, filmes e oficinas didáticas.

- Criar espaços de discussões e reflexões para docentes sobre a questão da abordagem da sexualidade nas práticas de cuidado em saúde.
- Tratar de temas relacionados à adolescência e ao processo de adolecer com HIV/aids, com vivências teórico-práticas, nos cursos da área da saúde.
- Fomentar a reflexão, ainda na graduação, acerca da necessidade de dar visibilidade aos adolescentes nos serviços de saúde e das possíveis abordagens educativas para trabalhar a sexualidade com esses sujeitos.

Para a pesquisa e extensão:

- Realizar pesquisas acerca da sexualidade que deem voz aos familiares ou cuidadores de adolescentes que vivem com HIV/aids.
- Realizar estudos sobre questões de gênero e violência, abarcando os próprios adolescentes que vivem com HIV/aids, as famílias, a escola e os profissionais da saúde.
- Desenvolver estudos com a temática desta tese junto aos docentes e estudantes da área da saúde, tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação.
- Fortalecer as diversas linhas de ação do “Programa de Promoção dos Direitos Humanos em Crianças e Adolescentes que Vivem com HIV/aids de Uruguaiana/RS”, que perpassam a atuação junto a crianças e adolescentes que vivem com HIV/aids; aos familiares ou cuidadores desses; aos profissionais de saúde que cuidam desse público; e aos educadores de escolas públicas do Município de Uruguaiana.
- Dar seguimento à realização das ações educativas do projeto de extensão “Adolecer Vivendo com HIV/aids: Saber, Compreender e Conviver” e ampliá-las de modo a inserir os familiares ou cuidadores e os pares desses adolescentes.
- Desenvolver outras pesquisas, junto aos adolescentes e aos profissionais da saúde, que avaliem a aplicabilidade das ações de educação em saúde realizadas pelo projeto de extensão supracitado e pelo próprio serviço de saúde.
- Discutir com os adolescentes, por meio da realização do referido projeto de extensão, outras temáticas de pesquisa que possam ser potentes para atender as suas necessidades.
- Discutir, com os profissionais da saúde do SAE em que o estudo foi realizado, possíveis ações para o acolhimento e a inserção da família ou dos cuidadores e dos pares dos adolescentes no serviço de saúde, bem como atividades educativas que possam ser realizadas com eles.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Juventude e sexualidade**. Brasília: Unesco Brasil, 2004.
- ACIOLI, S. Sentidos e Práticas de Saúde em Grupos Populares e a Enfermagem em Saúde Pública. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 21-26, jan./mar. 2006.
- ALMEIDA, A. C. C. H.; CENTA, M. L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 71-76, jan./fev. 2009.
- ALMEIDA, I. S. et al. O adolescer um vir...a ser. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 24-28, ago. 2007.
- ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 661-670, abr. 2009.
- ALVES, L. H. S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. A percepção dos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 401-408, abr./jun. 2012.
- ANDRADE, S. S. **Juventudes e processos de escolarização**: uma abordagem cultural. 2008. 256 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- ANJOS, R. H. D. et al. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 829-837, ago. 2012.
- ARAÚJO A. C. et al. Relacionamentos e interações no adolescer saudável. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 136-142, mar. 2010.
- ARAÚJO, M. N. R. et al. Lipodistrofia e preconceito na nova cara da aids: diálogo com a bioética de intervenção. **Revista Bioética**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 441-456, ago. 2011.
- ATEHORTÚA, I. C. G.; ARANGO, D. C. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín (Colombia). **Investigación y Educación en Enfermería**, Colômbia, v. 30, n. 1, p. 77-85, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v30n1/v30n1a09>>. Acesso em: 28 mar. 2014.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 123-138, fev. 2003.

AYRES, J. R. C. M. et al. **Adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids**: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional. São Paulo: Office Editora e Publicidade, 2004.

AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 67-81, jan./mar. 2012.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESINA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-143.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/aids. **American Journal of Public Health**, New York, v. 96, no. 6, June 2006.

AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, jul./set. 2004.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11-24, ago. 2002.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Orgs). **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde. Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. 320 p.

BARBOSA, R. M. **Negociação sexual ou sexo negociado?** Gênero, sexualidade e poder em tempos de aids. 1997. 241 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARRETO, M. M. M. **As formas de transmissão do HIV/aids determinando representações**: um estudo de enfermagem entre adolescentes soropositivos. 2011. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BARROS, A. C. M. W. et al. A violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/aids por transmissão vertical: análise dos fatores de proteção e de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1493-1500, maio 2013.

BERENSON, A. B.; RAHMAN, M. A randomized controlled study of two educational interventions on adherence with oral contraceptives and condoms. **Contraception**, New York, v. 86, no. 6, Dec. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489990/>>. Acesso em: 03 abr. 2014.

BERETTA, M. I. R. et al. A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 1, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8128>>. Acesso em: 03 abr. 2014.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

BEZERRA, C. P.; PAGLIUCA, L. M. F. A vivência da sexualidade por adolescentes portadoras de deficiência visual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 578-583, set. 2010.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

BORGES, A. L. V. et al. Adolescents' opinions about social norms that influence sexual initiation and behaviour. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 5, n. 3, p. 645-651. 2011. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1421>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

BORGES, A. L. V.; NAKAMURA, E. Normas sociais de iniciação sexual entre adolescentes e relações de gênero. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 94-100, jan./fev. 2009.

BORGES, A. L. V.; NICHATA, L. Y. I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 14, p. 422-427, maio/jun. 2006.

BORGES, A. L. V. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 597-604, dez. 2007.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 225-234, jan. 2007.

BOTENE, D. Z. A.; PEDRO, E. N. R. Implicações do uso da terapia antirretroviral no modo de viver de crianças com Aids. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 108-115, mar. 2011.

BOZON, M.; HEILBORN, M. L. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, M. L. et al. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond, Fiocruz, 2006. p. 155-204.

BRAGA, P. D.; MOLINA, M. C. B.; FIGUEIREDO, T. A. M.. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 87-95, jan. 2010.

BRANDÃO, E. R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, p. 1063-1071, jul./ago. 2009.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 1421-1430, jul. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2013.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/leis_decretos_medicamentos>. Acesso em: 21 set. 2012.

BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 fev. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm>. Acesso em 09 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: apresentação dos temas transversais, ética. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites Virais. **Serviço de assistência especializada em HIV/aids**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaid>. Acesso em: 10 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, 2008. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, 2007. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010b. 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, 2005. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adolescentes e jovens para a educação entre pares: metodologias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 172 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 200p.

BRÊTAS, J. R. S. et al. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3221-3228, jul. 2011.

BRÊTAS, J. R. S. et al. Significado da menarca segundo adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 249-255, 2012.

BRÊTAS, J. R. S.; LIMA, R. C. Estudo comparativo entre séries de graduação em enfermagem: representações dos cuidados ao corpo do cliente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 379-386, 2006.

BRÊTAS, J. R. MUROYA, R. L.; GOELLNER, M. B. Mudanças corporais na adolescência. In: BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E. (Orgs). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009. p. 82-115.

BRÊTAS, J. R. S.; OHARA, C. V. S.; JARDIM, D. P. O comportamento sexual de adolescentes em algumas escolas no município de Embu, São Paulo, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 581-587, dez. 2008.

BRÊTAS, J. R. S. Vulnerabilidade e adolescência. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 89-96, dez. 2010.

BRONDANI, J. P.; PEDRO, E. N. R. A história infantil como recurso na compreensão do processo saúde-doença pela criança com HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 14-21, mar. 2013.

BRUM, C. N. **Ser-adolescente-que-vivenciou-a-revelação-do-diagnóstico-de-soropositividade-ao-HIV/AIDS**: contribuições para o cuidado em enfermagem e saúde. 2013. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

BUBADUÉ, R. M. et al. Vulnerabilidade ao adoecimento de crianças com HIV/AIDS em transição da infância para a adolescência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 705-712, out./dez. 2013.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan./mar. 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CÁCERES, C. F. Transformaciones en el discurso sobre la epidemia al VIH como una epidemia sexuada – paradojas y enigmas en la respuesta global. In: CORRÊA, S.; PARKER, R. (Orgs). **Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos**. Rio de Janeiro: ABIA, 2011. p. 164-173.

CAMARGO, K.; ROHDEN, F., CÁCERES, C. F. Ciência, gênero e sexualidade. In: CORRÊA, S.; PARKER, R. (Orgs). **Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos**. Rio de Janeiro: ABIA, 2011. p. 125-145.

CANESQUI, A. M. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, Fapesp, 2007.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. D. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CASTILHO, E. A.; CHEQUER, P. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, R. (org.) **Políticas, instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 18-42.

CAVALCANTE, L. I. C.; SILVA, S. S. C. Institucionalização e reinserção familiar de crianças e adolescentes. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 1147-1172, dez. 2010.

CEDARO, J. J.; VILAS BOAS, L. M. S.; MARTINS, R. M. Adolescência e sexualidade: um estudo exploratório em uma escola de Porto Velho – RO. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 320-339, 2012.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 347-353, set. 2008.

COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 177-184, jan./mar. 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, 1986. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 429 p.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 81-89, mar. 2008.

CRUZ, E. F. Infâncias, adolescências e AIDS. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, n. 46, p. 363-384, dez. 2007.

CUNHA, C. C. Os muitos reveses de uma "sexualidade soropositiva": o caso dos jovens vivendo com HIV/AIDS. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 70-99, abr. 2012.

CZERESNIA, D. O. conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 43-57.

DALL'AGNOL, C. M. et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 186-190, mar. 2012.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan.1999.

DEBUS, M. **Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DELLA NEGRA, M. A diferença entre quem se infectou pelo HIV por transmissão vertical e horizontal. **Saber Viver: adolescência e aids experiências e reflexões sobre o tema**. Brasília, n. esp., p. 18, jan. 2004

DIAS, F. L. A. et al. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 456-461, jul./set. 2010.

DOMEK, G. J. Debunking common barriers to pediatric HIV disclosure. **Journal of Tropical Pediatrics**, London, v. 56, no. 6, p. 440-442, Dec. 2010.

FERNANDES, A. P. M. et al. Síndrome da lipodistrofia associada com a terapia anti-retroviral em portadores do HIV: considerações para os aspectos psicossociais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1041-1045, set./out. 2007.

FERNET, M. et al. Issues of sexuality and prevention among adolescents living with HIV/aids since birth. **Canadian Journal of Human Sexuality**, East York, v. 16, no. 3/4, p. 101-111, 2007.

FERNET, M. et al. Romantic relationships and sexual activities of the first generation of youth living with HIV since birth. **AIDS Care**, Oxford, v. 23, no. 4, p. 393-400, Apr. 2011.

FERREIRA, A. G. N. et al. Dialogando com adolescentes de grupos religiosos sobre HIV: desafios para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 952-960, out./dez. 2013.

FERREIRA, M. A. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 205-211, abr./jun. 2006.

FERREIRA, M. A. et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-224, abr./jun. 2007.

FRANÇA JUNIOR, I.; DORING, M.; STELLA, I. M. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, supl., p. 23-30, abr. 2006.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz Terra; 2011c.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 36. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, K. R.; DIAS, S. M. Z. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 351-357, abr./jun. 2010.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Construindo a análise do conceito: condição crônica de saúde. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. (Orgs). **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone; 2004. p. 49-62.

GAGNON, M.; HOLMES, D. Bodies in mutation: Understanding lipodystrophy among women living with HIV/aids. **Research and Theory for Nursing Practice**, New York, v. 25, no. 1, p. 23-28, 2011.

GATTI, E. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GEVERS, A.; JEWKES, R.; MATHEWS, C. What do young people think makes their relationships good? factors associated with assessments of dating relationships in South Africa. **Culture, Health & Sexuality**, Cape Town, v. 15, no. 9, p. 1011-1025, June 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

- GOMES, M. E. A. et al. A sexualidade de mulheres atendidas no programa saúde da família: uma produção sociopoética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 382-388, maio/jun. 2008.
- GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 14, p. 467-475, abr. 2009.
- GUERRA, C. P. P.; SEIDL, E. M. F. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. **Paideia**, Belo Horizonte, v. 19, n. 42, p. 59-65, jan./abr. 2009.
- HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; KNAUTH, D. R. Juventude, sexualidade e reprodução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1362-1363, jul. 2006.
- HEILBORN, M. L.; CABRAL, C. S.; BOZON, M. Valores sobre sexualidade e elenco de práticas: tensões entre modernização diferencial e lógicas tradicionais. In: HEILBORN, M.L. et al. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond, Fiocruz, 2006. p. 207-266.
- HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 43-59, jan./abr. 2006.
- HEILBORN, M. L. Estranha no ninho: sexualidade e trajetória de pesquisa. In: VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (Orgs). **Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 190-207.
- HEILBORN, M. L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 57-68, abr. 2012.
- HEILBORN, M. L. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- HODGSON, I. et al. Living as an adolescent with HIV in Zambia – lived experiences, sexual health and reproductive needs. **AIDS Care**, London, v. 24, no. 10, Mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2012.658755>>. Acesso em: 20 out. 2012.
- HORTA, N. C.; SENA, R. R. A saúde no cotidiano de jovens residentes em um bairro popular de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n.esp. 2, p. 1673-1678, dez. 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 30 nov. de 2012.
- JESUS, F. B. et al. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 359-367, jun. 2011.

KARIMLI, L.; SSEWAMALA, F. M.; ISMAYILOVA, L. Extended families and perceived caregiver support to AIDS orphans in Rakai district of Uganda. **Children and Youth Services Review**, New York, v. 34, no. 7, July 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740912001387>>. Acesso: 01 Out. 2012.

KENNEDY, D. P. et al. Parents' Disclosure of their HIV Infection to their children in the context of the family. **AIDS and Behavior**, New York, v. 14, no. 5, Oct. 2010.

KENNY, R.; DOOLEY, B.; FITZGERALD, A. Interpersonal relationships and emotional distress in adolescence. **Journal of Adolescence**, London, v. 36, no. 2, p. 351-360, Apr. 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197113000055>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

KITZINGER, J. Grupo focais. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 33-43.

KLITZMAN, R.; BAYER, R. **Mortal secrets: truth and lies in the age of AIDS**. Baltimore: John Hopkins University Press, 2003.

KNAUTH, D. et al. As trajetórias afetivo-sexuais: encontros, uniões e separação. In: HEILBORN, M. L. et al. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond, Fiocruz, 2006, p. 269-306.

KOURROUSKI, M. F. C.; LIMA, R. A. G. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. p. 947-952, nov./dez. 2009.

KUYAVA, J.; PEDRO, E. N. R.; BOTENE, D. Z. A. Crianças que vivem com AIDS e suas experiências com o uso de antirretrovirais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 58-64, set. 2012.

LEÃO, G.; DAYRELL, J. T.; REIS, J. B. Juventude, projetos de vida e ensino médio. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.32, n.117, p.1067-1084, out./dez. 2011.

LEITE, V. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 89-103, abr. 2012.

LIMA, A. A. A. **O adolescer como portadora de HIV/aids: um estudo com adolescentes e suas cuidadoras-familiares**. 2006. f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

LIMA, A. A. A.; PEDRO, E. N. R. Crescendo com HIV/aids: estudo com adolescentes portadoras de HIV/aids e suas cuidadoras-familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 348-354, maio/jun. 2008.

LOPES, R. E. et al. Juventude pobre, Violência e cidadania. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 63-76, jul./set. 2008.

LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. V. **Corpo, gênero e sexualidade**. Petrópolis: Vozes, 2003.

LOURO, G. L. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

LOYOLA, M. A. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999, p. 31-39.

LYONS, H. et al. Identity, peer relationships, and adolescent girls' sexual behavior: an exploration of the contemporary double standard. **Journal of Sex Research**, Oakland, v. 48, no. 5, p. 437-449. Sept. 2011.

MACEDO, S. R. H. et al. Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 103-109, jan./fev. 2013.

MARIANO, M. R. et al. Jogo educativo na promoção da saúde de adolescentes: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.17814>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

MAROLA, C. A. G.; SANCHES, C. S. M.; CARDOSO, L. M. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. **Psicologia da Educação**, São Paulo, n. 33, p. 95-118, dez. 2011

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

MEDEIROS, H. M. F.; MOTTA, M. C. Existir de crianças com aids em casa de apoio: compreensões à luz da enfermagem humanística. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 400-407, set. 2008.

MENDES, L. R.; TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Bebida alcoólica en la adolescencia: el cuidadoeducación como estrategia de acción de la enfermería. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 158-164, jan./mar. 2010.

MESQUITA, N. F.; TORRES, O. M. A Equipe de saúde na atenção integral ao adolescente vivendo com HIV/AIDS. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 730-739, out./dez. 2013.

MEYER, D. E. et al. “Mulher sem-vergonha” e “traidor responsável”: problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/aids. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 13-34, maio/ago. 2004.

MEYER, D. E. et al. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MEYER, D. E. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, G. L.; FELIPE, J.; GOELLNER, S. V. (Org.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 9-40.

MEYER, D. E.; FÉLIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871, out./dez. 2013.

MEYER, D. E.; KLEIN, C.; ANDRADE, S. S. Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 46, dez. 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MONTENEGRO, L. A. A. **Juventude positiva e aderência aos medicamentos antiretrovirais**: estudo de caso com adolescentes vivendo com HIV/aids do Rio de Janeiro. 2009. 141 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

MOREIRA, M. R. C.; SANTOS, J. F. F. Q. Entre a modernidade e a tradição: a iniciação sexual de adolescentes piauienses universitárias. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 558-566, jul./set. 2011.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-320, jan. 2008.

MORGAN, E. M.; KOROBOV, N. Interpersonal identity formation in conversations with close friends about dating relationships. **Journal of Adolescence**. London, v. 35, no. 6, Dec. 2012..

MOTTA, M. G. C. et al. Criança com HIV/aids: percepção do tratamento antirretroviral. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 48-55, dez. 2012.

MOTTA, M. G. C. et al. O silêncio no cotidiano do adolescente com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 345-350, maio/jun. 2013.

MOTTA, M. G. C.; ISSI, H. B.; RIBEIRO, N. R. R. Grupos como estratégia de ensino e cuidado de família, criança e adolescente com doença crônica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, supl., p. 155-161, dez. 2009.

MOURA, L. N. B. et al. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 320-326. 2011.

MUROYA, R. L.; AUAD, D.; BRÊTAS, J. R. S. Representações de gênero nas relações estudante de enfermagem e cliente: contribuições ao processo de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 114-122, jan./fev. 2011.

NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Iniciação sexual masculina: conversas íntimas para fóruns privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 1101-1110, 2009.

NOGUEIRA, M. J. et al. Criação compartilhada de um jogo: um instrumento para o diálogo sobre sexualidade desenvolvido com adolescentes. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 17, n. 4, p. 941-995, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-73132011000400011>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

OLIVEIRA, D. C. et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 833-841, out./dez. 2009.

OLIVEIRA, D. L. L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 185-188, jan./fev. 2011.

OLIVEIRA, D. L. L. C. A nova "saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, L. L.; DELLA NEGRA, M.; MARTINS, M. C. F. N. Projetos de vida de adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de infectologia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 928-939, out./dez. 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**: resumen. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2002.

PACHECO, Z. M. L.; PAZ, E. P. A.; SILVA, G. A. Relacionamentos afetivos no cotidiano do adolescente portador do HIV: des-velando seus significados. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 4, p. 567-572, out./dez. 2011.

PADOIN, S. M. M. Em busca do estar melhor do ser-familiar e do ser-com aids. In: PROCHNOW, A. G.; PADOIN, S. M. M.; CARVALHO, V. L. **Diabetes e AIDS**: a busca do estar-melhor pelo cuidado de enfermagem. Santa Maria: Pallotti, 1999. p. 99-208.

PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. M.; GRUSKIN, S. Being young and living with HIV: the double neglect of sexual citizenship. In: AGGLETON, P.; RICHARD, P. (Orgs). **Routledge handbook of sexuality, health and rights**. New York: Routledge, 2010. p. 422-430.

PAIVA, V. et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4199-4210, out. 2011.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 45-53, jun. 2008.

PAIVA, V.; SEGURADO, A. C.; FILIPE, E. M. V. Self-disclosure of HIV diagnosis to sexual partners by heterosexual and bisexual men: a challenge for HIV/AIDS care and prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1699-1710, set. 2011.

PARKER, R. G.; BARBOSA, R. M. **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

PASSOS, M. D. et al. Representações sociais do corpo: um estudo com adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2383-2393, dez. 2013.

PAULA, C. C.; CABRAL, I. E.; SOUZA, I. E. O. O cotidiano do ser-adolescente que tem aids: momento ou movimento existencial? **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 632-639, jul./set.2009.

PAULA, C. C.; CABRAL, I. E.; SOUZA, I. E. O. O (não) dito da AIDS no cotidiano de transição da infância para a adolescência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 658-664. ago. 2011.

PAULA, C. C. et al. Cotidiano de adolescentes com o vírus da imunodeficiência humana em tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 3, p. 500-508, set./dez. 2013.

PAULA, C. C. et al. Factors associated to the non-adherence to antiretroviral therapy of adolescents with HIV/aids. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 6, n. 9, p. 2196-2203, set. 2012. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3263>>. Acesso em: 28 set. 2012.

PAULA, C. C. **Ser-adolescente que tem aids**: cotidiano e possibilidades de cuidado de si: contribuições da enfermagem no cuidar em saúde. 2008. 170f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PEREIRA, A. V.; VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 25-41, mar./jun. 2011

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: método, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

RAMATHUBA, D. U.; KHOZA, L. B.; NETSHIKWETA, M. L. Knowledge, attitudes and practice of secondary school girls towards contraception in Limpopo Province. **Curationis**, Pretória, v. 35, no. 1, July 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23327767>>. Acesso em: 03 abr. 2014.

RAMOS, F. R. S. Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: RAMOS, F. R. S. (Org.). **Adolescer**: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn, 2001. p. 11-18.

REIS, D. C. et al. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 586-594, mar./abr. 2013a.

REIS, D. C. et al. Vulnerabilidades e necessidades de acesso à atenção primária à saúde na adolescência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 63-71, jan./mar. 2013b.

RESSEL, L. B. et al. A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 245-250, abr./jun. 2011.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez. 2008.

RESSEL, L. B. et al. Representações culturais de saúde, doença e vulnerabilidade sob a ótica de mulheres adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 552-557, jul./set. 2009.

RESSEL, L. B. et al. The meaning of sexuality in nurse education. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 2, p. 184-191. 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/808>>. Acesso em: 07 fev. 2014.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 82-87, set. 2003.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 323-333, dez. 2004.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. Reflexões sobre a sexualidade velada na imagem da enfermeira. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 414-424, dez. 2005.

RESSEL, L. B. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem**: um estudo na perspectiva cultural. 2003. 316 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

RESTA, D. G. **“Em relação ao sexo tudo é curioso”**: um modo de pensar a sexualidade de jovens na perspectiva da vulnerabilidade e do cuidado em saúde. 2012. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

RIBEIRO, A. C. et al. O cotidiano do adolescente que tem HIV/aids: impessoalidade e disposição ao temor. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 680-686. 2013.

- RIBEIRO, A. C. **Ser-adolescente que tem HIV/aids em seu cotidiano terapêutico:** perspectivas para o cuidado de enfermagem. 2011. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.
- RIBEIRO, K. C. S.; SILVA, J.; SALDANHA, A. A. W. Querer é poder? a ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 84-89, 2011.
- RODRIGUES, A. S. et al. Representações sociais de adolescentes e jovens vivendo com HIV acerca da adolescência, sexualidade e aids. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a12.htm>>. Acesso em: 20 out. 2012.
- RODRIGUES, M. G. S. et al. Talleres educativos en sexualidad del adolescente: la escuela como escenario. **Enfermería Global**, Murcia, v. 9, n. 3, p. 1-8, oct. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300009>>. Acesso em: 02 out. 2012.
- ROZIN, L.; ZAGONEL, I. P. S. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 314-318, 2012.
- SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, jan./mar. 2013.
- SALIM, N. R.; ARAÚJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 732-739, jul./ago. 2010.
- SALOMÃO, R.; SILVA, M. A. I.; CANO, M. A. T. Sexualidade do adolescente na percepção dos pais, sob a perspectiva de Foucault. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 3, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.20978>>. Acesso em: 28 mar. 2014.
- SAMPAIO FILHO, F. J. L. et al. Percepção de risco de adolescentes escolares na relação consumo de álcool e comportamento sexual. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 508-514, set. 2010.
- SAMPAIO, J. et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 171-181, jan./mar. 2011.
- SANTOS, C. C. **Realização de um sonho:** significado cultural da gravidez para gestantes adolescentes. 2013. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.
- SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 71-88, jan./abr. 1999.

SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 455-462, jul./set. 2006.

SCHAURICH, D.; MEDEIROS, H. M. F.; MOTTA, M. G. C. Vulnerabilidades no viver de crianças com aids. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 284-290, abr./jun. 2007.

SCHAURICH, D. Revelação do diagnóstico de aids à criança na compreensão de familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 480-486, abr. 2011.

SCHNEIDER K. L. K, MARTINI, J. G. Cotidiano do adolescente com doença crônica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. esp, p. 194-204. 2011.

SCHWONKE, C. R. G. B.; FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Vulnerabilidades de adolescentes com vivências de rua. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 13, p. 849-855, out./dez. 2009.

SEFFNER, F. **O jeito de levar a vida**: trajetórias de soropositivos enfrentando a morte anunciada. 1995. 294f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

SEHNEM, G. D. et al. A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 90-96, jan./mar. 2013a.

SEHNEM, G. D. et al. A sexualidade no cuidado de enfermagem: retirando véus. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 72-79, jan./mar. 2013b.

SEHNEM, G. D. **Percepções culturais de estudantes de enfermagem acerca da sexualidade**: o dito e o velado. 2009. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

SEIDL, E. M. F.; MACHADO, A. C. A. Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a06v13n2.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

SHAHA, M.; WENZEL, J.; HILL, E. E. Planning and conducting focus group research with nurses. **Nurse Researcher**, London, v. 18, no. 2, p. 77-87, Jan. 2011.

SIEGEL, K. S.; SCHRIMSHAW, E. W.; LEKAS, H. M. Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-infected women in two eras of the aids epidemic. **Archives of Sexual Behaviours**, Toronto, v. 35, no. 4, Aug. 2006..

SILVA, J. F. **“Quer teclar?”**: aprendizagens sobre juventudes e soropositividades através de bate-papos virtuais. 2012. 219 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

- SILVA, J. R. et al. Nudez do paciente sob a óptica de estudantes da área de enfermagem fundamental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 428-436, maio/jun. 2012.
- SILVA, M. A. I. et al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 619-627, fev. 2014.
- SILVA, N. E. K.; AYRES, J. R. C. M. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1797-1806, ago. 2009.
- SILVA, S. C. **A influência sociocultural na vivência da sexualidade das adolescentes**. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.
- SOARES, C. B. Mais que uma etapa do ciclo vital: a adolescência como um constructo social. In: BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E. (Orgs). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009. p. 3-22.
- SOARES, J. S. F.; LOPES, M. J. M. Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 802-810, ago. 2011.
- SOARES, M. S. et al. Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 485-491, set. 2008.
- SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005.
- SUET, M. M. **Estudo da adesão à terapêutica antirretroviral em adolescentes infectados pelo vírus da imunodeficiência (HIV) em um hospital de grande porte na Cidade do Rio de Janeiro**. 2011. 81 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2011.
- SUVIVUO, P.; TOSSAVAINEN, K.; KONTULA, O. "Can there be such a delightful feeling as this?" variations of sexual scripts in Finnish girls' narratives. **Journal of Adolescent Research**, Newbury Park, v. 25, no. 5, p. 669-689, Apr. 2010. Disponível em: <<http://jar.sagepub.com/content/25/5/669>>. Acesso em: 03 abr. 2014.
- TAQUETTE, S. R.; MEIRELLES, Z. V. Convenções de gênero e sexualidade na vulnerabilidade às DSTs/aids de adolescentes femininas. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 56- 64, jul./set. 2012.
- TINOCO, V.; FRANCO, M. H. P. O luto em instituições de abrigamento de crianças. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 427-434, out. 2011.

- TORRES, C. A.; BESERRA, E. P.; BARROSO, M. G. T. Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 11, p. 296-302, jun. 2007.
- TRONCO, C.B.; DELL'AGLIO, D. D. Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 5, n. 2, p. 254-269, jul. 2012.
- TSHWENEAGAE, G. T. Behaviours used by HIV-positive adolescents to prevent stigmatization in Botswana. **International Nursing Review**, Oxford, v. 57, no. 2, p. 260-264, June 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2009.00792.x/full>>. Acesso em: 01 out. 2012.
- TSUDA, L. C. et al. Alterações corporais: terapia antirretroviral e síndrome da lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 847-853, set./out. 2012.
- VALLA, V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. M. (Orgs). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 87-100.
- VALLI, G. P.; COGO, A. L. P. Blogs escolares sobre sexualidade: estudo exploratório documental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 31-37, set. 2013.
- VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- VITALLE, M. S. S.; MEDEIROS, E. H. G. R. O adolescente. In: PUCCINI, R. F.; HILÁRIO, M. O. E. (Orgs). **Semiologia da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2008. p. 97-108.
- WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-481, jun. 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Defining sexual health: report on technical consultation on sexual health**. Geneva, 2006.
- YONEKURA, T.; SOARES, C. B. O jogo educativo como estratégia de sensibilização para coleta de dados com adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 968-974, set./out. 2010.
- ZUCCHI, E. M. et al. Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por aids. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 719-734, set./dez. 2010.

APÊNDICE A – Questionário

1. Idade: _____
2. Sexo:
- () Feminino
- () Masculino
3. Frequenta a escola?
- () Sim () Não Em que série está? _____
- () Ensino fundamental incompleto
- () Ensino fundamental completo
- () Ensino médio incompleto
- () Ensino médio completo
4. Você vê televisão?
- () Sim Programas preferidos: _____
- () Não
5. Você ouve rádio?
- () Sim Programas preferidos: _____
- () Não
6. Você lê jornal?
- () Sim Assuntos que lhe interessam: _____
- () Não
7. Você lê revista?
- () Sim Assuntos que lhe interessam: _____
- () Não
8. Você tem acesso à internet?
- () Sim Sites preferidos: _____
- () Não
9. Quais atividades você realiza habitualmente durante os sete dias da semana?
- () Casa
- () Escola
- () Trabalho
- () Igreja
- () Lazer
- Outras: _____

10. Você já ficou ou namorou com alguém?

() Sim

() Não

11. Você já teve sua primeira relação sexual?

() Sim

() Não

12. Que idade tinha: _____

13. Você queria ter relações sexuais naquele momento?

() Sim

() Não

14. Sentia-se preparado(a) para ter relações sexuais?

() Sim

() Não

15. Vocês usaram camisinha?

() Sim

() Não

Por que?: _____

16. Você usa camisinha?

() Sim Como você consegue a camisinha: _____

() Não

17. Você está ficando ou namorando?

() Sim

() Não

18. Meninas:

Já engravidou alguma vez?

() Sim

() Não

19. Meninos:

Já engravidou alguém?

() Sim

() Não

20. Locais que frequentam para encontrar amigos, namorar e se divertir:

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista Semiestruturada**Dados de identificação**

Código do adolescente: _____

Data: ___/___/2013

Com quem reside: _____

Número de irmãos: _____

Idade em que soube do diagnóstico: _____

Tempo de utilização do antirretroviral: _____

Renda da família: _____

Escolaridade dos pais ou cuidadores: _____

Profissão dos pais ou cuidadores: _____

Há quanto tempo faz acompanhamento no SAE? _____

- 1) Vamos conversar sobre algumas coisas interessantes para os adolescentes como, por exemplo, as mudanças que estão acontecendo com você agora. Que mudanças são essas? Como você se sente com essas mudanças?
- 2) Você costuma conversar com alguém sobre essas mudanças? Com quem? Por que conversa com esta pessoa? Sobre o que conversam?
- 3) Para você o que é ter saúde?
- 4) Você pode contar para mim como é o seu dia a dia?
- 5) Agora vamos conversar sobre outras coisas muito interessantes para os adolescentes, que são “ficar” e namorar. Você já está “ficando” ou namorando? O que é bom quando a gente “fica” ou namora? E o que não é bom?
- 6) O que é sexualidade para você? Você tem dúvidas em relação à sua sexualidade? Quais são elas? Você conversa com alguém sobre a sua sexualidade? Com quem conversa? Sobre o que conversam? A sua família conversa com você sobre esse assunto? Quem melhor esclarece suas dúvidas sobre isso?
- 7) Como você descobriu a sua condição de saúde? Depois que descobriu a sua condição de saúde, o que aconteceu com você? A sua sexualidade mudou depois que você descobriu a sua condição de saúde? O que mudou? Conte-me o que aconteceu.
- 8) Normalmente você vem quantas vezes por mês aqui neste serviço e por quê? Você conversa sobre sexualidade com algum profissional da saúde do SAE? Com quem conversa?

Sobre o que conversam? Quem te auxilia quando você tem dúvidas? De que forma você gostaria que o profissional da saúde conversasse com você sobre isso?

9) Você gostaria de me falar mais alguma coisa?

APÊNDICE C – Guias de Temas dos Grupos Focais

Os guias de temas apresentaram flexibilidade, de modo que ajustes no decorrer do trabalho foram feitos, com abordagem de tópicos não previstos, em função do processo interativo grupal.

GUIA DE TEMA DO 1º GRUPO FOCAL	
OBJETIVOS DO ENCONTRO FOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as percepções sobre sexualidade entre os profissionais da saúde; • Conhecer as percepções dos profissionais da saúde acerca de como a sexualidade é construída na vida dos sujeitos; • Desvelar como se sentem ao abordar essa temática no cuidado e em que momentos é revelada no cotidiano profissional.
DINÂMICA GRUPAL	
1º MOMENTO Abertura do encontro focal	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos participantes, da pesquisadora e da observadora; • Apresentação e discussão de um acordo de convivência, ou seja, normas para falar, ouvir, debater sempre com respeito e ética, horário de início e término dos encontros, importância da presença e do depoimento de cada um; • Leitura e assinatura do TCLE, autorização para gravação; • Apresentação da dinâmica do encontro: cadeiras em círculo, questões que serão debatidas, entre outras questões que se tornarem necessárias para a realização do encontro.
2º MOMENTO Discussão entre os participantes	<p>Neste momento será realizada a técnica <i>Brainstorming</i> (MINAYO, 2012), a partir do questionamento: Qual a primeira ideia que lhes vem à mente quando falamos em sexualidade?</p> <p>Para esclarecer as ideias e aprofundar as discussões lançadas pelo grupo, serão utilizadas perguntas-chave, quais sejam: O quê? Para quê? Por quê? Como? Será solicitado aos profissionais que exemplifiquem suas ideias, na busca de aprofundar a discussão e de esclarecer as suas</p>

	falas.
3º MOMENTO Discussão entre os participantes	<p>Desencadear a discussão acerca da sexualidade a partir das seguintes questões disparadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que vocês consideram que contribui para a construção da sexualidade das pessoas? • Quais instituições sociais podem influenciar na forma como as pessoas percebem e vivenciam a sexualidade?
4º MOMENTO Discussão entre os participantes	<p>Neste momento será realizada uma discussão acerca de como se sentem ao abordar essa temática no cuidado e em que momentos é revelada no cotidiano profissional. Serão lançadas as seguintes questões de apoio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como vocês percebem a sexualidade nos seus cotidianos profissionais? • Como vocês reagem nas situações que envolvem a sexualidade nos seus cotidianos profissionais? • Como vocês se sentem ao abordarem a questão da sexualidade nas práticas de cuidado? • Em que situações ou momentos vocês percebem que a sexualidade é revelada nos seus cotidianos profissionais?
5º MOMENTO Encerramento do encontro focal	<p>Síntese das ideias emergentes da sessão, sendo oportunizado espaço aos participantes para acrescentarem e esclarecerem alguma ideia referida nas discussões. Também ocorrerão o planejamento do próximo encontro e um momento de confraternização.</p>

GUIA DE TEMA DO 2º GRUPO FOCAL	
OBJETIVOS DO ENCONTRO FOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as principais abordagens de educação em saúde utilizadas pelos profissionais da saúde para tratar da questão da sexualidade com adolescentes que vivem com HIV/aids; • Discutir estratégias para a abordagem da sexualidade pelos profissionais da saúde com tais adolescentes, nas práticas de cuidado.
DINÂMICA GRUPAL	
1º MOMENTO Abertura do encontro focal	Serão resgatadas as ideias emergentes do primeiro encontro e esclarecidos os objetivos e a dinâmica do presente encontro.
2º MOMENTO Discussão entre os participantes	<p>Neste momento se buscará discutir as percepções dos profissionais sobre educação em saúde. Tal discussão será estimulada a partir do seguinte questionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De que forma a educação em saúde pode ser realizada?
3º MOMENTO Discussão entre os participantes	<p>Neste momento se buscará conhecer as principais abordagens de educação em saúde utilizadas pelos profissionais da saúde para tratar da questão da sexualidade com tais adolescentes. Para isso, serão utilizadas as seguintes questões de apoio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos momentos de contato dos adolescentes com o serviço, vocês conversam sobre a questão da sexualidade com eles? • Quais são os caminhos para a visibilidade da educação em saúde com os adolescentes neste serviço de saúde? • O que vocês consideram importante o adolescente saber sobre a vivência da sua sexualidade?
4º MOMENTO Discussão entre os participantes	<p>Neste momento se buscará discutir estratégias para a abordagem da sexualidade pelos profissionais da saúde com os adolescentes, nas práticas de cuidado. A discussão será norteadas pelas seguintes questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em que momentos a sexualidade pode ser abordada com o

	<p>adolescente no serviço de saúde?</p> <ul style="list-style-type: none">• De que forma as questões relativas à sexualidade podem ser abordadas com os adolescentes?• Quais estratégias de educação em saúde podem ser utilizadas para abordar o assunto da sexualidade com esses adolescentes?
5º MOMENTO Discussão entre os participantes	<p>Ocorrerá a síntese das ideias emergentes da sessão, sendo oportunizado espaço aos participantes para acrescentarem e esclarecerem alguma ideia referida nas discussões. Além disso, serão realizados uma confraternização e os agradecimentos pela participação no estudo.</p>

APÊNDICE D – Formulário Autoaplicável


Código do profissional: _____	Data: __/__/2013
Idade: _____	
Sexo: _____	
Estado civil: _____	
Religião: _____	
Profissão: _____	
Ano de graduação: _____	
Tempo de experiência profissional: _____	
Cargo: _____	
Tempo de atuação no SAE: _____	
Turno de trabalho: _____	
Possui pós-graduação?	
() Sim	Tipo: () Especialização na área de _____
	() Mestrado na área de _____
	() Doutorado na área de _____
() Não	

**APÊNDICE E - Solicitação de Autorização para Realização de Pesquisa à Secretaria
Municipal de Saúde de Uruguaiana-RS**

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, **Saionara Marques Almeida dos Santos**, Secretária Municipal de Saúde do Município de Uruguaiana, venho por meio deste, declarar a autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “Entendimento e experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade: implicações da educação em saúde”, sob a responsabilidade da Pesquisadora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Escola Enfermagem da UFRGS Eva Neri Rubim Pedro. O estudo tem como objetivo analisar o entendimento e as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade e as implicações da educação em saúde sobre essas questões. Os sujeitos da pesquisa serão adolescentes que vivem com HIV/aids, mediante autorização dos pais ou responsáveis legais, e profissionais da saúde do Serviço de Assistência Especializada em DST/aids, do Município de Uruguaiana. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista com os adolescentes e de grupo focal com os profissionais. Os principais benefícios que se pode obter com os resultados deste estudo estão relacionados à melhoria da qualidade do cuidado aos adolescentes que vivem com HIV/aids e à ampliação da construção do conhecimento científico acerca desta temática. A realização desta pesquisa está condicionada à prévia aprovação da mesma em Comitê de Ética em Pesquisa devidamente registrado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), respeitando a legislação em vigor sobre ética em pesquisa em seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 versão 2012 e regulamentações correlatas e regulamentações correlatas).

Esta instituição está ciente de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.


Saionara Marques Almeida dos Santos
Secretária Municipal de Saúde
Assinatura e carimbo do responsável institucional

Uruguaiana, 11 de abril de 2013.

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Familiar ou Responsável Legal

Meu nome é Graciela Dutra Sehnem e estou realizando um estudo para o Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob a orientação da Professora Dra Eva Neri Rubim Pedro. A pesquisa tem como título “Sexualidade do adolescente que vive com HIV/aids: contribuições para a visibilidade da educação em saúde” e como objetivos: analisar as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade e as implicações para a educação em saúde e conhecer as perspectivas dos profissionais da saúde em relação às experiências de sexualidade dos adolescentes que vivem com HIV/aids e as implicações para a educação em saúde.

Para tanto, convido seu(sua) filho(a) ou o(a) adolescente pelo(a) qual o(a) senhor(a) é responsável legal para participar, respondendo uma entrevista que terá uma duração em média de 30 minutos e será gravada se o adolescente autorizar.

A participação de seu(sua) filho(a) ou do(a) adolescente pelo(a) qual o(a) senhor(a) é responsável legal é voluntária, não prevê custos e nem compensação financeira pela participação.

Ao responder a entrevista o adolescente corre um risco mínimo, pois pode sentir constrangimento, angústia, tristeza, vergonha ou qualquer outra reação. Não há riscos físicos, morais, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais aos adolescentes. Caso ele(ela) apresente alguma reação durante a entrevista, esta será suspensa e será encaminhado(a) a equipe de psicologia do SAE de Uruguaiana que estará disponível para atendê-lo(a). Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas, pode entrar em contato com as pesquisadoras (o contato com as pesquisadoras pode ser realizado por meio de ligação a cobrar) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, em qualquer momento da pesquisa, por meio dos contatos informados ao final deste Termo. Informo que o(a) adolescente também será consultado(a) sobre se quer participar do estudo e poderá a qualquer momento desistir de responder a entrevista, o que será respeitado. Essa decisão não acarreta qualquer tipo de dano, prejuízo, constrangimento ou represália, e também não irá interferir ou gerar qualquer consequência para o atendimento e tratamento neste serviço ou em outros serviços de saúde.

Os benefícios com os resultados deste estudo serão direcionados à melhoria da qualidade do cuidado aos adolescentes que vivem com HIV/aids, além de proporcionar aos profissionais envolvidos com estes adolescentes entenderem e auxiliarem esses jovens a viver sua sexualidade de uma forma mais saudável.

As informações do estudo serão exclusivamente de uso científico para a área da saúde. Os resultados deste estudo serão divulgados e publicados em eventos científicos e revistas científicas da área da saúde. No entanto, está assegurado o direito do anonimato do(a) adolescente, não havendo exposição pública de sua pessoa, e, no uso de suas informações, será resguardada confidencialmente sua identidade. Assim, ninguém poderá descobrir quem é o(a) adolescente, o que protege sua identidade e mantém o sigilo (sigilo) do seu diagnóstico.

Eu, _____ RG nº _____, fui informado(a) dos objetivos e da técnica de coleta de dados da pesquisa acima de forma clara, detalhada e livre de qualquer coerção. Além disso, recebi informação acerca dos procedimentos da pesquisa, de seus riscos e benefícios e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão sobre o(a) adolescente participar do estudo, se assim desejar. Confirmando que assinei as duas cópias ao término e que recebi uma cópia do presente Termo de Consentimento, tendo a outra ficado com a pesquisadora.

Uruguaiana, _____ de _____ de 2013

Assinatura do Responsável Legal

Termo de Assentimento do adolescente menor de 18 anos

Eu, _____, RG nº _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender por que e como este estudo está sendo feito. A pesquisadora se comprometeu a manter o sigilo (segredo) do meu diagnóstico. Recebi informação sobre os riscos e benefícios da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei pedir novas informações ou desistir de participar do estudo, se eu quiser. A pesquisadora Graciela Dutra Sehnem garantiu-me que os dados de identificação pessoal desta pesquisa serão confidenciais e que terei liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo. Confirmando que assinei as duas cópias deste Termo e recebi uma delas, tendo a outra ficado com a pesquisadora.

Assinatura do Adolescente

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora responsável: Profa Dra Eva Neri Rubim Pedro

Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

Rua São Manoel, 963, Bairro Rio Branco, Porto Alegre/RS CEP: 90620-110.

Telefones: (51)3308.5171

Pesquisadora: Doutoranda Graciela Dutra Sehnem

Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

Rua São Manoel, 963, Bairro Rio Branco, Porto Alegre/RS CEP: 90620-110.

Telefones: (51)3308.5081

Para contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS: telefone (51)3308-3738

Para contato com o Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS de Uruguaiana: telefone (55)3414-1152

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Adolescente

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo para o Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob a orientação da Professora Dra Eva Neri Rubim Pedro. A pesquisa tem como título “Sexualidade do adolescente que vive com HIV/aids: contribuições para a visibilidade da educação em saúde” e como objetivos: analisar as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade e as implicações para a educação em saúde e conhecer as perspectivas dos profissionais da saúde em relação às experiências de sexualidade dos adolescentes que vivem com HIV/aids e as implicações para a educação em saúde.

Nesta pesquisa a sua participação ocorrerá por meio da realização de entrevista, que é uma conversa, sendo que você pode definir o local e o horário que achar melhor. A duração da conversa poderá ser de aproximadamente 30 minutos e peço sua autorização para usar um gravador. O local para a realização da entrevista você pode escolher e sua participação é voluntária, não tendo custos e nem pagamento por isso.

Ao responder as perguntas você pode se sentir constrangido(a), angustiado(a), triste, envergonhado(a) ou tenha qualquer outra reação. Caso se sinta assim vamos parar com a conversa e posso encaminhar você para a equipe de psicologia do SAE de Uruguaiiana, que estará disponível para atendê-lo(a). Todas as suas dúvidas serão respondidas por mim ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, em qualquer momento da pesquisa, por meio dos contatos que estão no final deste Termo (a ligação para mim pode ser feita a cobrar). Você tem liberdade de participar ou não desta pesquisa e sua escolha será respeitada. Mesmo depois de aceitar participar do estudo, em qualquer momento você pode desistir, sem que isso lhe cause dano, prejuízo, constrangimento ou dificuldade para seu atendimento e tratamento neste serviço ou em outros serviços de saúde.

Os principais benefícios com os resultados deste estudo estão relacionados à melhoria da qualidade do cuidado aos adolescentes que têm a mesma condição de saúde que você. Além disso, este estudo pode proporcionar aos profissionais da saúde envolvidos com os adolescentes conhecer melhor como vocês entendem e vivem a sexualidade, auxiliando todos vocês a terem uma sexualidade saudável.

As informações do estudo serão exclusivamente de uso científico para a área da saúde. Os resultados deste estudo poderão ser divulgados e publicados em eventos científicos e revistas científicas da área da saúde. Tendo acesso a essas informações, outros profissionais poderão compreender de que modo vocês entendem e vivem a sexualidade, o que poderá permitir um melhor atendimento às suas necessidades. No entanto, está assegurado o direito do seu anonimato, não havendo exposição pública de sua pessoa e, no uso de suas informações, será resguardada sua identidade. Assim, ninguém poderá descobrir quem você é, a sua identidade ficará protegida e o sigilo (sigilo) do seu diagnóstico será mantido.

Eu, _____, RG nº _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender por que e como este estudo está sendo feito. A pesquisadora se comprometeu a manter o sigilo (segredo) do meu diagnóstico. Recebi informação sobre os riscos e benefícios da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei

que em qualquer momento poderei pedir novas informações e desistir de participar do estudo, se eu quiser. A pesquisadora Graciela Dutra Sehnem garantiu-me que os dados de identificação pessoal desta pesquisa serão confidenciais e que terei liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo. Confirmando que assinei as duas cópias deste Termo e que recebi uma delas, tendo a outra ficado com a pesquisadora.

Uruguiana, _____ de _____ de 2013

Assinatura do Adolescente

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora responsável: Profa Dra Eva Neri Rubim Pedro

Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

Rua São Manoel, 963, Bairro Rio Branco

Porto Alegre/RS CEP: 90620-110.

Telefones: (51)3308.5171

Pesquisadora: Doutoranda Graciela Dutra Sehnem

Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

Rua São Manoel, 963, Bairro Rio Branco

Porto Alegre/RS CEP: 90620-110.

Telefones: (51)3308.5081

Para contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS: telefone (51)3308-3738

Para contato com o Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS de Uruguiana:

telefone (55)3414-1152

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais da Saúde

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de minha Tese de Doutorado, intitulada “Sexualidade do adolescente que vive com HIV/aids: contribuições para a visibilidade da educação em saúde”, realizada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob a orientação da Professora Dra Eva Neri Rubim Pedro. A presente pesquisa tem como objetivos: analisar as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade e as implicações para a educação em saúde e conhecer as perspectivas dos profissionais da saúde em relação às experiências de sexualidade dos adolescentes que vivem com HIV/aids e as implicações para a educação em saúde.

Nesta pesquisa a sua participação ocorrerá em dois encontros que serão previamente agendados. A coleta de dados desta pesquisa ocorrerá por meio de grupos focais. A duração dos encontros será de aproximadamente duas horas. Nesses encontros serão realizadas discussões a partir de questões norteadoras, para fomentar a reflexão e o diálogo entre os participantes acerca das experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade e das implicações da educação em saúde sobre essas questões. O local para a realização dos grupos focais será reservado e garantirá sua privacidade. A sua fala será gravada em áudio por meio de gravador digital, para fins de aproveitamento completo das informações.

A sua participação tem caráter voluntário, não prevê custos e, tampouco, compensação financeira pela participação. Da mesma forma, a sua participação não pressupõe privilégios relacionados ao seu setor de trabalho.

O estudo prevê riscos mínimos relacionados à mobilidade emocional ao discutir o tema, uma vez que a própria temática na adolescência por si só é desencadeadora de reflexões e incertezas. O(a) senhor(a) não está sujeito a riscos de outras naturezas, como de ordem física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Caso haja dúvidas ou desconfortos, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, em qualquer momento da pesquisa, por meio dos contatos informados ao final deste Termo, e terá liberdade de participar ou não do estudo e/ou deixar de participar a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de dano, prejuízo, constrangimento ou represália como consequência desse ato. Os principais benefícios que se pode obter estão relacionados à melhoria da qualidade do cuidado aos adolescentes que vivem com HIV/aids e à ampliação da construção do conhecimento científico acerca desta temática.

Haverá a garantia do direito ao seu anonimato, não havendo exposição pública de sua pessoa, e as informações prestadas para o estudo serão exclusivamente de uso científico para a área da saúde.

Os arquivos com os dados do estudo, gravações e transcrições serão mantidos pelo período mínimo de cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora, para fins de publicações científicas. Após esse período, os dados serão destruídos, de acordo com a Lei de Direitos Autorais 9610, de 1998.

Eu, _____, RG nº _____, fui informado(a) dos objetivos e da técnica de coleta de dados da pesquisa acima de forma clara, detalhada e livre de qualquer coerção. Recebi informação acerca dos procedimentos da pesquisa, de seus riscos e benefícios e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar do estudo, se assim desejar. A pesquisadora Graciela Dutra Sehnem garantiu-me que todos os dados de identificação pessoal desta pesquisa serão confidenciais e que terei liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento da investigação. Confirmando que assinei as duas cópias ao término e que recebi uma cópia do presente Termo de Consentimento, tendo a outra ficado com a pesquisadora.

Uruguaiana, _____ de _____ de 2013

Assinatura do Profissional

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora responsável: Profa Dra Eva Neri Rubim Pedro

Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

Rua São Manoel, 963, Bairro Rio Branco

Porto Alegre/RS CEP: 90620-110.

Telefones: (51)3308.5171

Pesquisadora: Doutoranda Graciela Dutra Sehnem

Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

Rua São Manoel, 963, Bairro Rio Branco

Porto Alegre/RS CEP: 90620-110.

Telefones: (51)3308.5081

Para contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS: telefone (51)3308-3738

Para contato com o Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS de Uruguaiana: telefone (55)3414-1152

**ANEXO A – Aprovação na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

Projeto Nº: 24861

**Título: ENTENDIMENTO E EXPERIENCIAS DE ADOLESCENTES QUE VIVEM COM HIV/AIDS
ACERCA DA SEXUALIDADE: IMPLICACOES DA EDUCACAO EM SAUDE**

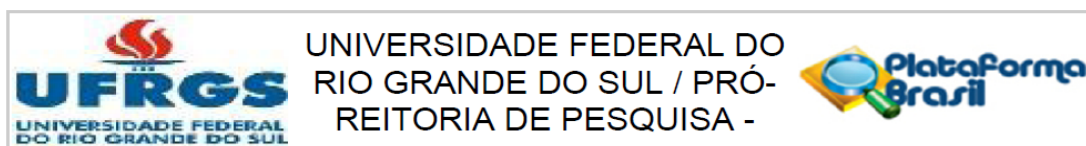
COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

Projeto de Doutorado intitulado Educação em saúde: implicações na sexualidade dos adolescentes que vivem com HIV/AIDS da doutoranda Graciela Dutra Sehnem. Projeto APROVADO conforme registro em Ata da Sessão de realização do Exame de Qualificação do Curso de Doutorado em Enfermagem da UFRGS, presidida pela orientadora Dra. Eva Neri Rubim Pedro, de acordo com o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, realizada em 27 de março de 2013.

Após essa data, atendendo recomendação da Banca Examinadora o título foi alterado para ENTENDIMENTO E EXPERIENCIAS DE ADOLESCENTES QUE VIVEM COM HIV/AIDS ACERCA DA SEXUALIDADE: IMPLICAÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAUDE.

Projeto cadastrado na COMPESQ/EENF, como o título atual.

**ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENTENDIMENTO E EXPERIÊNCIAS DE ADOLESCENTES QUE VIVEM COM HIV/AIDS ACERCA DA SEXUALIDADE: IMPLICAÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pesquisador: EVA NERI RUBIM PEDRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16870613.9.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 295.045

Data da Relatoria: 23/05/2013

Apresentação do Projeto:

Adequadamente apresentado.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

A educação em saúde, como uma proposta para o desenvolvimento de um pensar crítico e consciente do adolescente que vive com HIV/aids, pode influenciar tanto esses adolescentes nas suas experiências em relação à sua sexualidade, quanto reafirmar nos profissionais da saúde a sua responsabilidade e comprometimento com essa parcela da população.

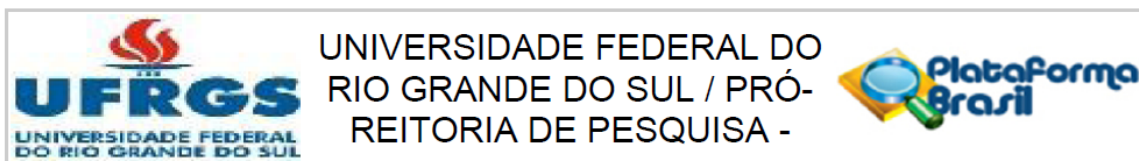
Objetivo Primário:

Analisar o entendimento e as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade e as implicações da educação em saúde sobre essas questões.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequadamente apresentados.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 295.045

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa metodologicamente adequada. Medidas de proteção da população da pesquisa adequadamente apresentadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE para todos os protagonistas da pesquisa adequadamente apresentados.

Autorização da Secretária de Saúde do município de Uruguaiana: anexado.

Cronograma e orçamento: adequados

Recomendações:

Pequena recomendação sem implicação ética maior: corrigir na página 74 onde se lê "As gravações das entrevistas e dos grupos focais ficarão armazenadas com a pesquisadora pelo período mínimo de cinco anos e, passado esse tempo, serão inutilizadas, de acordo com a Lei dos Direitos Autorais nº 9.610/1998 (BRASIL, 1998)" por no máximo 5 anos".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo em condições de aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminhe-se.

PORTO ALEGRE, 06 de Junho de 2013

Assinador por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br