

Vida sexual e afetiva de pessoas com HIV que convivem com sorodiscordantes
Affective and sexual life of people with HIV serodiscordant

Rubellita Holanda Pinheiro Cunha¹

Nathália Lira Araújo²

Simone Martins Nascimento ³

Carolina Cristina Pereira Guedes⁴

1. Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rua Estrada União e Indústria, 2900, Corrêas, Petrópolis-RJ, CEP:25720-111, Fone:24-81394605, email: rubellitaholanda@hotmail.com /
2. Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza – CE, email: nath.lira@hotmail.com /
3. Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Niterói-RJ, email: Simone.nascimento@ymail.com.br /
4. Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro-RJ, email: ccpguedes@gmail.com

Resumo

O objeto do estudo é a vida sexual e afetiva de pessoas com HIV que convivem com parceiros sorodiscordantes. Objetivou-se compreender a vida sexual e afetiva de pessoas com HIV que convivem com parceiro sorodiscordante. Pesquisa do tipo descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Foi realizada no ambulatório de um Hospital de Referência em HIV/AIDS, com pacientes com HIV que conviviam com parceiro sorodiscordante. Descobriu-se que a maioria dos entrevistados comentou ter melhorado a afetividade, apesar de alguns relatarem medo de ter filhos ou frieza do parceiro. Conclui-se que compreender as dificuldades de casais sorodiscordantes no âmbito afetivo-sexual é ajudá-los a enfrentá-las para além de sua condição sorológica, sendo necessárias ações voltadas para este grupo.

Palavras-chave: HIV. AIDS. Relacionamentos.

Abstract

The object of study is the sexual and affective life of people living with HIV serodiscordant partners. The objective was to understand them, the sexual and affective life of people living with HIV serodiscordant partner. The research was descriptive with exploratory qualitative approach. It was performed in a referral HIV/AIDS hospital with HIV patients who lived with serodiscordant partners. It was found that the majority of respondents have improved

affection, although some have reported fear of having children or coldness from the partner. It follows that to understand the serodiscordant couples' difficulties in affective-sexual is help them deal and face their HIV status, requiring actions for this group.

Keywords: HIV. AIDS. Relationships.

Introdução

As tendências recentemente apresentadas pela epidemia do HIV no Brasil são a heterossexualização, feminização, juvenilização, pauperização e interiorização. Embora não haja ainda a cura para a infecção pelo HIV, a doença é considerada crônica, pois é possível controlar essa infecção por meio de ações que promovam a prevenção primária e pelo diagnóstico precoce e terapia adequada da pessoa portadora.

Desde 1980 a junho de 2007 foram notificados no Brasil 474.273 casos de aids, havendo uma taxa de prevalência da infecção pelo HIV de 0,6% na população de 15 a 49 anos. Os dados atuais identificaram 314.294 casos de aids em homens e 159.793 em mulheres. A proporção homem/mulher vem diminuindo de forma progressiva. Em 1985, havia 15 casos da doença em homens para um caso em mulher e até junho de 2007, a razão era de 1:1,4. A categoria de exposição mais freqüente é a heterossexual, 30,1% dos homens e 89,9% das mulheres; a faixa etária mais acometida está entre 25 e 49 anos, em 78% dos homens e 71% das mulheres (BRASIL, 2007).

Com o aumento da sobrevivência dos indivíduos acometidos pelo HIV/aids, é possível observar, cada vez com mais freqüência, a formação e manutenção de relacionamentos afetivo-sexuais entre parceiros sorodiscordantes (REIS; GIR, 2005).

O ser humano ao se desenvolver, procura na sua idade adulta relacionamentos com outros seres humanos, seja esse relacionamento tanto heterossexual quanto homossexual, onde há uma busca de contato com maior necessidade de intimidade sexual e descobre nos relacionamentos a possibilidade da realização de sua vida sexual, necessidade humana de inegável importância e que não envolve somente aspectos físicos, como também emocionais e afetivos. Com o surgimento do HIV estas necessidades humanas se transformaram em preocupação, principalmente em casais sorodiscordantes (FERNANDES, 2005).

As pessoas que apresentam sorodiscordância com o parceiro são aquelas na qual um dos indivíduos do casal tem sorologia positiva para o HIV e o outro não, já tendo realizado exames para a confirmação. Os denominados casal sorodiscordantes lidam diariamente com essa diferença sorológica, devendo se proteger para não adquirir o HIV usando o condom e fazendo parte do programa de aconselhamento e do tratamento do parceiro, a fim de melhorar a convivência e proteger a saúde de ambos.

Na enfermagem, pouco se tem discutido sobre a sorodiscordância, pois se trata de assunto novo, repleto de interrogações e, por esse motivo, pode gerar insegurança e medo nos profissionais de saúde que experienciam grandes dificuldades ao lidar com esta população (FERNANDES, 2005).

O interesse pela temática surgiu diante do convívio das pesquisadoras com pacientes soropositivos durante os estágios curriculares e extra-curriculares na graduação. Foi observado que existem casais que buscam as unidades de saúde para realização de teste anti-HIV e muitas vezes se deparam com a sorodiscordância, necessitando de uma assistência direcionada. O tema do estudo foi escolhido também devido ao pouco número de publicações e pesquisas nessa área, envolvendo casais sorodiscordantes para o HIV e as questões da vida sexual e afetiva. Visando a melhoria da qualidade no atendimento ambulatorial e a atenção aos casais sorodiscordantes, procurou-se pesquisar e compreender a vida sexual e afetiva desses casais.

Metodologia

A pesquisa é um estudo descritivo e exploratório, onde se realiza uma investigação descritiva na qual se observa, descreve e classifica os fenômenos. Busca explorar as dimensões desses fenômenos, a maneira pela qual se manifestam e outros fatores com os quais se relacionam. Envolve a coleta e análise sistemática de materiais narrativos mais subjetivos, utilizando procedimentos nos quais a tendência é um mínimo de controle imposto pelo pesquisador (POLIT; HUNGLER, 2004).

A abordagem foi qualitativa, pois permite compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, possibilitando entender melhor a subjetividade da clientela, bem como conhecer o significado de sua vivência no processo saúde-doença (LEOPARDI, 2001).

A coleta de dados foi realizada no ambulatório de um Hospital de Referência Estadual para portadores de HIV/AIDS do Ceará, considerado o maior serviço estadual especializado em atendimento de doenças infecciosas, que tem 135 leitos, atendendo a mais de 2.200 casos. O hospital tem salas de aula, auditório, laboratórios de apoio e conta com o Laboratório Central do Estado (LACEN) para diagnóstico e acompanhamento de exames laboratoriais dos pacientes em estudo.

A pesquisa foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2008. Os sujeitos foram pacientes com HIV que conviviam com parceiro sorodiscordante, tendo como critérios de seleção: ser portador do HIV/aids e ter conhecimento da sua condição sorológica há pelo menos seis meses; conviver há pelo menos seis meses com parceiro heterossexual sorodiscordantes para HIV; ser maior de 18 anos e aceitar participar da pesquisa. Os sujeitos foram convocados a

participar da pesquisa antes ou depois da consulta no ambulatório de infectologia, concordando foram encaminhados para uma sala previamente agendada para a entrevista.

Para determinar o número de sujeitos foi levada em consideração a quantidade de portadores de HIV sorodiscordantes no período estipulado para a coleta de dados, como também o critério de saturação. Saturação é o critério de finalização: investigam-se diferentes representações até que a inclusão de novos estratos não acrescente mais nada de novo; crescer mais camadas pode fazer apenas uma pequena diferença com respeito a representações adicionais. Quando temas comuns começam a aparecer e, progressivamente, sente-se uma confiança crescente na compreensão emergente do fenômeno e o pesquisador se dá conta de que não apareceram surpresas ou percepções, é porque chegou ao ponto de saturação de sentido (BAURER; GASKELL, 2002).

A técnica de coletas de dados foi uma entrevista semi-estruturada, a qual combina questões abertas com questões fechadas e o entrevistado tem possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem respostas prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 1999).

As entrevistas foram gravadas e os conteúdos das falas foram transcritos e analisados por meio de categorias de análise selecionadas por temática oriunda da análise das transcrições. Foram elaboradas as categorias para interpretação e discussão dos resultados utilizando a literatura pertinente ao assunto. Cada entrevistado recebeu a denominação de “E”, seguida do número da ordem em que foi entrevistado, para garantir seu anonimato.

Foram respeitadas as normas da Resolução CNS/MS 196/96 que rege as pesquisas envolvendo seres humanos. Os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e autorizaram sua participação pela anuência aposta em Termo de Consentimento livre e esclarecido. Foi assegurado o anonimato dos participantes.

Resultados e discussão

Participaram da pesquisa nove sujeitos, sendo quatro mulheres e cinco homens de idade entre 25 e 60 anos, onde três são casados e seis ainda não oficializaram o relacionamento, porém moram juntos. O tempo de convivência com o parceiro sorodiscordante variou de 9 meses a 34 anos.

Cinco dos participantes da pesquisa têm escolaridade até o 1º grau e quatro têm o 2º grau completo. Quatro são procedentes de Fortaleza e cinco são do interior do Ceará. Todos trabalhavam no momento, apenas um estava desempregado e um é aposentado. Eles vivem com renda familiar de um salário mínimo a dois salários.

Descobrimo o diagnóstico

O indivíduo é considerado paciente crônico se for portador de uma doença incurável. Assim, embora as pesquisas avancem na busca da cura da AIDS, o seu tratamento ainda é o de uma doença crônica, requerendo um investimento do paciente e de suas redes de apoio para melhor adesão ao tratamento e enfrentamento da doença. Outro ponto importante relativo à cronicidade da aids é a possibilidade de desconstrução da idéia de morte iminente, ou seja, ao receber o diagnóstico o portador sabe que há tratamento (POLEJACK, 2002).

Para os profissionais que lidam com essa clientela há também uma mudança, uma vez que o foco deixa de ser a morte (preparar o paciente, os familiares e a própria equipe para o futuro certo), passando a ser a vida (trabalhar questões como o tratamento, projeto de vida, sexualidade, afetividade, trabalho, relacionamentos etc.) (POLEJACK, 2002).

No caso dos participantes do estudo, observou-se que as mulheres descobriram sua sorologia positiva para o HIV devido à morte do ex-companheiro, marido, namorado, procurando posteriormente os serviços de saúde enquanto os homens entrevistados alegaram ter descoberto após apresentarem doenças oportunistas como, tuberculose, toxoplasmose e alguns sinais e sintomas de HIV como perda de peso, viroses. Citações abaixo revelam a descoberta:

Foi um ex-namorado, ele morreu da doença (aids). (E1)

Foi um motorista do meu ex marido que me falou..., aí eu vim para o velório dele, ele morreu. (E2)

Eu fui porque tive tuberculose. (E3)

Tive Toxoplasmose. (E4)

Descobri através do meu marido, quando ele morreu. (E6)

Por morte do esposo, ele faleceu e eu fiquei doente. (E7)

O tempo em que os participantes se conheciam foi muito variável, apesar disso observou-se que a descoberta da soropositividade não ocorreu de forma voluntária, mas sim pela presença de sinais e sintomas clínicos da doença.

Senti os sintomas, perdi peso, gripe, procurei posto de saúde e pedi os exames. (E5)

Eu descobri porque eu passei mal... (E8)

... problema pulmonar...mancha no pulmão. (E9)

Apesar de inúmeras campanhas para a realização dos testes anti-HIV promovidas pelo Ministério da Saúde para estimular as pessoas a conhecerem sua condição sorológica, muitos ainda descobrem simultaneamente sua condição de portador do HIV e da AIDS com o aparecimento de sinais e sintomas da doença e a procura pelo serviço de saúde.

Sabe-se que o tempo médio entre a infecção pelo HIV e o aparecimento de AIDS é cerca de 10 anos, muitos portadores do HIV ainda descobrem seu diagnóstico tardiamente, impedindo sua inserção em um serviço especializado em DST/AIDS, o que interfere com as medidas capazes de influenciar a evolução da doença, como a terapia antiretroviral e a detecção precoce de doenças associadas à AIDS (DAVID, 2002).

A contaminação pelo o HIV pode acarretar uma série de conseqüências sociais e individuais aos seus portadores como, por exemplo: o preconceito, relacionado com a forma de contaminação e com o medo de ser contaminado, podendo gerar isolamento social; os problemas com a família, que pode apoiar ou não o paciente; os problemas com o trabalho, sendo favorecido pela aposentaria precoce; as angústias do próprio paciente, como a solidão, a culpa por ter se contaminado e o medo da morte. Acrescentaríamos a esses fatores o impacto nos projetos de vida, na auto-estima, nos relacionamentos afetivos e nos papéis sociais desempenhados pelo indivíduo (POLEJACK, 2002).

Revelando o diagnóstico de HIV ao parceiro sorodiscordante

Para Longa (1999), é indiscutível que o modo e as condições para a realização do diagnóstico da soropositividade ao HIV sofreram modificações desde o início da epidemia até os dias atuais, em decorrência da evolução do conhecimento científico e do desenvolvimento tecnológico que possibilitaram o acesso à realização do teste anti-HIV e as alternativas terapêuticas.

Apesar destas mudanças e da ampliação da rede dos serviços especializados em aids, o diagnóstico para muitos indivíduos não é feito voluntariamente (DAVID, 2002).

Dos nove entrevistados, todos sabem da sorodiscordância, apenas um soropositivo do estudo não contou o resultado da sorologia ao seu parceiro atual, apenas um entrevistado preferiu que outra pessoa revelasse o diagnóstico, os outros revelaram imediatamente e pessoalmente ao companheiro. As falas abaixo refletem esta descoberta:

No primeiro dia que a gente começou a falar em namoro, antes de um mês de namoro. (E1)

Eu simplesmente mostrei o medicamento para ele... (E2)

Foi quando descobri uns quinze dias mais ou menos tive que ter coragem pra contar... (E3)

Não contei não, quem contou foi a moça daqui, assistente social. Disse que era melhor contar. (E4)

Disse pra ela que tinha um problema que ela tinha que ser forte para reagir, que era soropositivo. (E5)

Contei mesmo no início, quando ele quis ficar comigo... (E6)

...cheguei pra ela e disse que tava com esse negócio e pronto... (E8)

...ela foi a primeira a saber. (E9)

Após a revelação do diagnóstico para o parceiro é preciso apoiar o casal para o enfrentamento da ansiedade e angústias advindas com esta nova realidade, além disso, esclarecê-los sobre as possibilidades terapêuticas, aconselhamento sobre as medidas preventivas e realização dos testes sorológicos pela parceria, visando contribuir para o enfrentamento das dificuldades.

O medo da rejeição, a dúvida da revelação da soropositividade ao parceiro e a insegurança quanto a sua reação levam, muitas vezes, a não comunicação do diagnóstico nos relacionamentos, como é mostrado a seguir:

... ele não sabe de nada, Deus me livre, e eu não quero nem que ele saiba não, ele acha que isso é uma doença do outro mundo. (E7)

Neves (2003) considera que ao assistir um indivíduo portador de uma DST, incluindo a infecção pelo HIV, o profissional de saúde deve convencer o cliente a revelar seu diagnóstico à sua parceria sexual, e quando não obtiver sucesso deve convocar o parceiro para revelação do diagnóstico, devendo registrar todos estes procedimentos no prontuário do paciente, como respaldo, respeitando os limites legais e éticos da quebra do sigilo profissional.

Sabe-se que muitos indivíduos portadores do HIV/AIDS ainda vivem esse conflito de revelarem ou não para a parceria sexual sua soropositividade, sendo esta uma falha dos serviços de saúde na identificação destes pacientes e na convocação dos comunicantes, sendo que para isto o serviço tem que estar estruturado para a realização do aconselhamento.

Quanto à reação do parceiro ao saber do resultado da sorologia, um reagiu com choro, outro não aceitou a princípio, no entanto a maioria aceitou rápido, como revelam as falas a seguir:

Eu não sei se saio daqui correndo ou te dou um beijo. Aí ele me deu um beijo. (E1)

... se eu gostava de você agora eu gosto dez vezes mais, por que você me falou a verdade. (E2)

Ela chorou muito. (E3)

No começo ela não quis aceitar, depois ela conversou com o meu médico... Aí ela foi aceitando aos poucos. (E5)

Ela não falou nada. (E8)

Normal (a reação), pra ser muito sincero. (E9)

A aceitação da soropositividade do parceiro pode ser conseguida por meio do aconselhamento e da capacidade do profissional de saúde em abordar as questões relacionadas à revelação do diagnóstico. A aceitação em casais sorodiscordantes ainda perpassa por situações que vão

além do diagnóstico, nas quais estão incluídas o tempo de convivência com o parceiro e os sentimentos do casal.

Compete aos profissionais de saúde realizar o aconselhamento junto a estes indivíduos, bem como de sua parceria e família. Conforme aponta Filgueiras e Deslandes (1999), os objetivos do aconselhamento nem sempre são atingidos em um único encontro e podem ser trabalhados tanto em grupo como individualmente, o que pressupõe que o profissional seja capaz de propiciar um espaço de escuta para que o indivíduo expresse aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde, expectativas e necessidades, para prestar-lhe apoio emocional.

O aconselhamento no contexto DST/AIDS e outras DST tem como objetivo a redução do nível de estresse, adesão ao tratamento, comunicação e tratamento de parceria sexual e de parceria de uso drogas injetáveis, podendo ser definido como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate de recursos internos da pessoa atendida para que ela mesma tenha possibilidade de se reconhecer como sujeito de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 1997).

Vida afetiva em casais sorodiscordantes para o HIV

Quanto à mudança na vida conjugal depois da revelação do diagnóstico, quatro dos entrevistados revelam que não mudou nada em relação à vida afetiva, porém falam sobre o uso do preservativo como uma mudança que necessitou de adaptação. Um entrevistado comentou ter melhorado a afetividade e outro afirmou que é bom, porém fala na dificuldade em não poder ter filhos. Três revelaram que mudou o relacionamento, dentre esses, um falou que mudou devido ao sexo, outro porque a parceira ficou diferente e um por que a vida mudou. Seguem as falas citadas:

Não deu pra sentir mudança, agora assim ele começou a usar camisinha, coisa que ele nunca tinha usado na vida, então eu ensinei tudo, como usar. (E1)

Melhorou mil vezes meu relacionamento. (E2)

Não mudou nada não, ficou até melhor. (E3)

Hoje está mais controlado, só relação sexual com camisinha, mas a afetividade é a mesma.

Mudou um pouco, percebi que ela ficou um pouco diferente. (E5)

É bom, só é ruim a questão de filho que não pode ter. (E6)

O que mudou foi o uso do preservativo. (E9)

A concepção da monogamia pode trazer uma falsa sensação de segurança, colocada por terra quando do diagnóstico de HIV positivo. Independentemente da forma de contaminação do HIV, surge no casal a fantasia da traição, que não precisa ser necessariamente sexual, e sim a traição da confiança, que leva à pergunta: “Por que não me contou?”. O segredo do diagnóstico para o parceiro pode vir acompanhado do medo da recriminação e do abandono, uma vez que o uso de drogas ou a atividade sexual extraconjugal são frequentemente mantidos em sigilo em relação ao parceiro, tornando a revelação da condição de portador do vírus duplamente difícil (POLEJACK, 2002).

Quando se perguntou como avalia seu relacionamento hoje e o que seria bom para melhorar, a maioria, no total de cinco, avaliou como bom, um disse ser maravilhoso, três falaram que embora seja bom mudou devido ao uso do preservativo na vida conjugal, um disse que é estável e outro falou que é normal e que apenas o desemprego afetou o relacionamento. Abaixo seus comentários:

Maravilhoso. Não pelo o contrário, é mais gostoso. (E2)

É algumas coisas sim, por exemplo, depois que tive o vírus ela me dá mais atenção. (S3)

...por que usar camisinha não é legal, a diferença é essa. (E4)

Meu relacionamento hoje é bom, vivo feliz. (E5)

Não é diferente, só por causa do preservativo. (E6)

Melhor do que o que tá não poderá ser, pra mim ele é ótimo, foi a melhor pessoa que eu já conheci na minha vida. (E7)

Não mudou... somente o emprego. (E8)

Embora a maioria dos entrevistados afirme não ter mudanças no relacionamento, nota-se através de seus discursos, ganhos secundários importantes.

Tais questões necessitam ser colocadas e discutidas entre os casais e, para tanto, precisa haver espaço de conversação e diálogo na relação. Nesse momento, muitas vezes o profissional é importante no auxílio para a criação conjunta desse espaço e no comprometimento com a ética. Mais uma vez ressalta-se aqui a importância da visão sistêmica para a compreensão da relação e das questões nela implicadas. Cabe dizer também que o profissional passa a ser mais um membro desse sistema, deixando, assim, o papel de observador neutro e externo à situação (POLEJACK, 2002).

O medo do contágio e a visão preconizada sobre os possíveis conflitos frente a um relacionamento sorodiscordante trazem, perceptivelmente, à tona confusão de sentimentos que reflete diretamente na decisão de unir-se ou separar-se (FERNANDES, 2005).

Quanto à discussão com o parceiro sobre a vontade de ter filhos, quatro fizeram laqueadura. Uma disse não ter mais idade para ter filhos, um pensa em adotar, um não quer ter filho, e dois disseram não querer ter filhos devido ao medo da transmissão para o filho.

Segundo Polejack (2001), para o casal sorodiscordante a decisão sobre ter ou não ter filhos apresenta peculiaridades importantes, como a possibilidade de transmissão para o parceiro não infectado e da mãe infectada para a criança.

A saúde sexual e reprodutiva das mulheres soropositivas ainda não é tratada com o devido cuidado no Brasil, sendo o aconselhamento para o planejamento familiar assistemático ou até mesmo imprevisível na maioria dos programas de AIDS (SANTOS et al., 2002).

A gente conversa em filhos, mas falamos em adotar. (E6)

De acordo com Duarte (2003), nas duas últimas décadas a participação dos homens tem sido alvo de muitos estudos em resposta à preocupação quanto ao papel e à perspectiva masculina em relação à saúde reprodutiva. Atualmente existe a convicção de que o homem tem importante papel em relação à saúde reprodutiva do casal e que o uso efetivo de métodos contraceptivos e até mesmo a satisfação com o método escolhido são muitas vezes influenciados pelos homens.

Não, não quero, porque pode não nascer sadia. (E4)

Ela pretende ter filho, mas ela pensa no problema, mas ela tem vontade. (E5)

De acordo com Paiva et al. (2002), um dos mais notáveis avanços em relação ao HIV/aids é a comprovação da eficácia dos antiretrovirais na prevenção da transmissão vertical do HIV, ou seja, da mãe portadora para o seu bebê, sendo que a probabilidade de redução desta transmissão através da placenta, parto ou aleitamento materno chega até 0,8% quando se usa corretamente a medicação antiretroviral, a cesariana eletiva e quando se suspende a amamentação.

Outros avanços têm ocorrido em relação à prevenção e reprodução no contexto do HIV/aids com a possibilidade da reprodução assistida entre casais sorodiscordantes. Quando o homem é soropositivo e a mulher é soronegativa, uma alternativa segura é a inseminação artificial realizada em centros especializados de reprodução humana, após a “purificação do sêmen”, que consiste na eliminação do HIV que se aloja no líquido seminal e outras células não-espermáticas. Entretanto, é um procedimento médico de alto custo que não está disponível na rede pública, e por isso nem todos têm acesso (REIS, 2004).

Vida sexual em casais sorodiscordantes para o HIV

Em relação à vida sexual depois do resultado da sorologia, quatro disseram estar normal, um disse ter melhorado, outro revelou que durante a relação sexual ficou frio, dois comentaram que não mudou nada e um relata o uso do preservativo como a única mudança. Quando se pergunta aos entrevistados sobre prazer, desejo e vontade de fazer sexo, a maioria disse ter prazer, desejo e vontade de ter relação sexual. Um entrevistado refere nunca ter tido vontade na sua vida de ter relação sexual. Os relatos abaixo demonstram esta situação:

Ficou melhor ainda, porque ele me ama bem mais. (E2)

Mudou nada, só por causa do preservativo... Prazer com certeza. (E3)

Normal. Tenho prazer! (E4)

Ele sim sente prazer, eu não, nunca tive! (E7)

... a única coisa que mudou foi o uso do preservativo. Sinto prazer. (E9)

Desconstruir valores fortemente arraigados não é uma tarefa fácil. É necessário ter em mente que os significados de relacionamento, intimidade e sexualidade variam de pessoa a pessoa. A presença do HIV em um dos parceiros e a soronegatividade no outro, mesmo quando ressaltada a necessidade do sexo seguro, continua como uma diferença a ser considerada. É preciso chamar a atenção dos serviços de saúde para a existência do relacionamento no contexto da sorodiscordância (CHEQUER, 2001).

Como o casal é estruturado nesse quebra-cabeça? É preciso estreitar o debate com os profissionais de saúde e sensibilizá-los ao quadro da conjugalidade que está por trás, muitas vezes, de um diagnóstico de soropositividade. Muitas vezes, as próprias representações de gênero desses profissionais ajudam a perpetuar mitos envolvendo a aids. De posse de vários significados presentes no imaginário social acerca da relação sorodiscordante, estaremos em condição de dialogar dentro dos serviços de saúde.

De acordo com Delor (1999), o anúncio da soropositividade cria condições de uma sorodiscordância potencial, podendo gerar inicialmente no casal o medo do abandono e preocupações relativas à condição sorológica. Este autor acrescenta que, a partir do instante de confirmação da sorologia negativa, o casal passa por um processo de adaptação à diferença, num clima de tensão e emoção, no qual precisam lidar com resistências, interesses e negociações acerca da relação e dos riscos de contaminação pelo HIV. Nesse momento, são avaliados os critérios de escolha do parceiro.

Dentre os participantes da pesquisa, oito usam preservativos em todas as relações sexuais para se prevenir e evitar ter filhos desde o dia em que descobriram a sorologia, só um entrevistado diz que nem sempre usa o preservativo. Quando pedi que falassem desse método contraceptivo e de proteção, quanto à eficácia, dúvida, medo e satisfação, dois falaram que

não é bom e têm medo, pois já rasgou e seis relatam que nunca rasgou, acham eficiente e seguro. As falas abaixo ilustram estas informações:

Nem sempre... porque às vezes não tem camisinha perto aí ele diz besteira rapaz! (E1)

Dá sim, nunca rasgou. (E2)

Não acho eficiente por que ela rasgou uma vez. Uso sempre, não tive dificuldade... (E3)

Toda vez. Serve para evitar o HIV. Nunca rasgou. (E4)

Não é a mesma coisa, é seguro, sempre uso, não tenho dúvidas, às vezes fico com medo de rasgar. (E5)

Nunca transei sem camisinha. Não rasga, é bom. (E6)

Sim. Com certeza, uso todas às vezes. (E7)

Não tô muito satisfeito não, mas fazer o quê, não é? É eficiente sim. Uso em todas as relações. (E8)

É eficiente. Até então, pelo fato da doença, não é? Não de pegar, mas dela engravidar... (E9)

Após a infecção pelo HIV, o uso do preservativo é indicado, obviamente, para evitar a transmissão à parceria sexual, especificamente entre os casais sorodiscordantes.

Nos casais soropositivos ou sorodiscordantes, a questão da fidelidade assume um caráter diferente, uma vez que a não utilização do preservativo oferece um risco iminente, e não uma possibilidade futura. As mulheres priorizavam o cuidado da família e deixavam em segundo plano a negociação de sexo seguro com o parceiro, pelas dificuldades encontradas (FINKLER, 2004).

Como se sabe, os preservativos masculino e feminino são as únicas barreiras comprovadamente efetivas contra o HIV, sendo que o uso correto e sistemático deste método pode reduzir até 95% o risco de transmissão do HIV e das outras DST (BRASIL, 2000).

Considerações finais

Diante da pesquisa realizada conclui-se que a descoberta do HIV no homem está relacionada ao aparecimento dos sinais de doenças oportunistas ou sintomas do HIV, como perda de peso e viroses. Já as mulheres entrevistadas relatam que foram infectadas por ex-marido ou ex-namorado e descobriram com a morte desses. Isso nos mostra que o homem procura menos o serviço de saúde para tratamento e prevenção, são menos preocupados com a sua saúde. As mulheres continuam não se percebendo vulneráveis à AIDS, ao cumprir seu papel social como esposas e mães. Além disso, apresentam dificuldades em apontar uma alternativa de prevenção, mesmo sabendo das práticas sexuais extraconjugais de seus parceiros. Para muitas,

o medo de se infectar com o HIV é menor do que o receio de sugerir ao parceiro o uso de preservativos.

Quanto à forma como os parceiros atuais souberam do diagnóstico do portador do HIV, todos os portadores de HIV contaram o seu diagnóstico no início do relacionamento ou da sua descoberta, apenas uma pessoa não contou ao seu parceiro atual seu diagnóstico. Percebemos a sinceridade e o respeito ao próximo da maioria dos participantes diante da escolha de contarem o resultado da sua sorologia.

Quanto à vida afetiva dos entrevistados, as respostas são mistas entre a mudança do afetivo ou não, porém a maioria relata o uso do preservativo como mudança. Também entra a questão de querer ter filhos. Notamos que na maioria existe mesmo amor, pois os depoimentos e expressões durante a pesquisa foram emocionantes para eles.

Sobre a vontade de ter filhos, a maior parte deles relata que não quer ou que são laqueadas, mas também há respostas diferentes como dois participantes que querem, porém têm medo da transmissão para a criança e ainda falaram em adoção. Essa temática é muito delicada e complexa, pois existem muitos mitos e pouco esclarecimento para essa população sobre o portador de HIV não poder ter filhos, sabe-se que existem tratamentos com antiretrovirais e inseminação artificial, que podem ajudar esses casais a realizarem esse desejo.

Sobre a vida sexual dessa população, alguns referem não ter havido nenhuma mudança ao não ser o uso do preservativo nas relações sexuais, um falou que não gosta e nem sente desejo de ter relação sexual, mas, em geral, eles gostam e sentem prazer durante o sexo. O preservativo entra na vida desses casais para proteção e para prevenção de gravidez indesejada, todos usam em todas as relações, apenas um entrevistado não usa sempre. Eles mostraram não ter dúvida quanto ao uso do método e apenas dois falaram que não é seguro e eficaz, pois já rasgou.

Compreender as dificuldades de casais sorodiscordantes no âmbito afetivo-sexual e ajudá-los a enfrentá-las é respeitar o indivíduo para além de sua condição sorológica, para além da questão da prevenção sexual do HIV, mas como ser humano e, portanto, com necessidades individuais e subjetivas para a vivência da sexualidade. Para o enfermeiro desempenhar o seu papel visando à promoção e a manutenção da saúde sexual, deve ter conhecimento da temática, habilidade para educar, orientar, avaliar e intervir, bem como consciência das crenças, atitudes e valores.

As ações de humanização realizadas pelos enfermeiros no atendimento ambulatorial a esses casais resultarão na qualidade do atendimento de enfermagem, contribuindo para uma assistência ambulatorial de qualidade e fidelidade dos casais à unidade de saúde, fazendo com os mesmo se cuidem e não abandonem o tratamento.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS: 2007**, ano IV, n.º1, 27ª a 52ª semanas epidemiológicas – jul./dez. 2006 – 01ª a 26ª semanas epidemiológicas – jan./jun. 2007. ISSN 15171159.

_____. Aids. **Boletim Epidemiológico – semanas epidemiológicas**, Brasília, v. 15, n.1, p.5-9, 2002.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para prevenção da transmissão do HIV em instituições de Saúde**. Brasília, 1997, 23 p.

BAURER, M. W.; GASKELL, G. [editores]. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. 516p.

CHEQUER, P. **Atenção a saúde de pessoas com HIV/aids: experiências na América Latina e no Caribe – O desafio da universalidade e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), jul./set. 2001.

DAVID, R. **A vulnerabilidade ao adoecimento e morte por Aids em usuários de um serviço ambulatorial especializado em DST/AIDS do município de São Paulo**. 2002. 95f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem/USP, São Paulo, 2002.

DELOR, F. **Vie sexuelle des personnes atteintes, sérodiscordance et risque du sida. Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH**. Paris: ANRS, 1999.

DUARTE, G. A.; ALVARENGA, A. T.; OSIS, M. J.; FAÚNDES, A.; SOUSA, A. H. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p.207-216, 2003.

FERNADES, H.; HORTA, A. L. M. Percepções de alunas de graduação em enfermagem sobre parcerias sorodiscordantes para o HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.4, jul./ago. 2005.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 2, p. 121-31, 1999.

FINKLER, L.; OLIVEIRA, M. Z.; GOMES, W. Z. HIV/AIDS e práticas preventivas em uniões heterossexuais estáveis. **Aletheia**, Canoas, n.20, dez. 2004.

- LEOPARDI, M. T. Alguns Aspectos da Investigação Qualitativa. In: **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 210-222p.
- LONGA, P. A. L. R. C. **A trajetória do portador do HIV: da suspeita da infecção à assistência**. 1999, 101f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem/USP, São Paulo, 1999.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- NEVES, F. R. A. L. **O aconselhamento para realização da sorologia anti-HIV em gestantes: factibilidades e utopias**. 2003, 134f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2003.
- PAIVA, V; LIMA, T. N; SANTOS, N; VENTURA-FILIPPE E.; SEGURADO, A. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com HIV. **Revista de Psicologia da USP** 2002;13:105-33.
- POLEJACK, L. **Convivendo com a diferença: dinâmica relacional de casais sorodiscordantes para HIV/AIDS**. 2001. 200f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2001.
- POLEJACK, L.; COSTA, L. F. Aids e conjugalidade: o desafio de (con)viver. **Impulso Rev. Ciênc Soc Humanas / USP** v. 13, p. 131-139, 2002.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
- REIS, R. K. **Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS**. Ribeirão Preto, 2004. 142 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- REIS, R. K.; GIR, E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, jan./fev. 2005.
- SANTOS. N. J. S.; BUCHALLA, C. M.; FILLIPE, E. V.; BUGAMELLI, L.; GARCIA, S.; PAIVA, V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev Saúde Pública** 2002; 36 (4 Supl):12-23.

Recebido em 22/06/2011
Versão final reapresentada em 15/10/2011
Aprovado em 17/10/2011