



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CLEUMA SUELI SANTOS SUTO

**SEXUALIDADE DE MULHERES DE DIFERENTES GERAÇÕES APÓS O
DIAGNÓSTICO DE HIV**

**SALVADOR
2019**

CLEUMA SUELI SANTOS SUTO

**SEXUALIDADE DE MULHERES DE DIFERENTES GERAÇÕES APÓS O
DIAGNÓSTICO DE HIV**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem e Saúde, área de concentração Enfermagem, Cuidado e Saúde, na linha de pesquisa Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Mirian Santos Paiva.

**SALVADOR
2019**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pela autora.

Suto, Cleuma Sueli Santos
SEXUALIDADE DE MULHERES DE DIFERENTES GERAÇÕES
APÓS O DIAGNÓSTICO DE HIV / Cleuma Sueli Santos Suto. --
Salvador, 2019.
200 f. : il

Orientadora: Edméia de Almeida Cardoso Coelho.
Coorientadora: Mirian Santos Paiva.
Tese (Doutorado - Doutorado em Enfermagem e Saúde)
-- Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de
Enfermagem, 2019.

1. Sexualidades. 2. HIV. 3. Grupos Populacionais.
4. Mulheres. 5. Representações sociais. I. Coelho,
Edméia de Almeida Cardoso. II. Paiva, Mirian Santos.
III. Título.

CLEUMA SUELI SANTOS SUTO

**SEXUALIDADE DE MULHERES DE DIFERENTES GERAÇÕES APÓS O
DIAGNÓSTICO DE HIV**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem e Saúde, área de concentração Enfermagem, Cuidado e Saúde na linha de pesquisa Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

Aprovada em 18 de dezembro de 2019

BANCA EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho



Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Sérgio Corrêa Marques

VIDEOCONFERÊNCIA

Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro



Dejeane de Oliveira Silva

Doutora em Enfermagem e Saúde e Professora da Universidade Estadual de Santa Cruz



Mariza Silva Almeida

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia



Andreia Silva Rodrigues

Doutora em Enfermagem e Professora da UNINASSAU/Bahia



Jeane Freitas de Oliveira

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Aos meus pai/mãe Raymundo Alves/Josefa Santos, avós/avôs (*in memoriam*) e

as **minhas** amadas e lindas filhas,

Cláudia Midori, Alice Keiko e Myuki.

Às mulheres que vivem com HIV, fortes e sensíveis, que tornaram

esse sonho possível

AGRADECIMENTOS

À Professora **Edméia de Almeida Cardoso Coelho**, minha orientadora sempre atenciosa, corajosa e atenta a todos os detalhes. Agradeço por ter me acolhido, acreditado e contribuído no desenvolvimento do meu aprendizado.

À Professora **Mirian Santos Paiva** que aceitou prontamente ser minha coorientadora, me acompanha desde o mestrado, sábia e incentivadora das minhas ideias, por ter contribuído com toda a sua experiência para a melhoria da qualidade desse trabalho.

Às Professoras da **Escola de Enfermagem** que com sabedoria, perspicácia e paixão pela enfermagem são exemplos a serem seguidos na vida.

À Professora e colega **Dejeane Oliveira** que sempre me acolheu e hoje faz parte da banca examinadora, mais uma vez trazendo uma grande contribuição sobre as questões representacionais que emergiram durante o trabalho.

Ao Professor **Sérgio Corrêa Marques** que não só aceitou participar da banca examinadora, como também foi excelente ao longo da construção da pesquisa.

As **minhas colegas do curso de Doutorado da UFBA** que estiveram ao meu lado, aturando o meu (des)conhecimento qualitativo, sempre me incentivando e proporcionando oportunidades de crescimento acadêmico e pessoal.

À **Carle Porcino** minha grande companheira de curso que dividiu comigo angústias, medos e muitos momentos felizes e que torna visível, a cada dia, sua sensibilidade e conhecimento na área da pesquisa em Representações Sociais. Você é uma mulher guerreira!

As minhas amigas/irmãs **Maria, Rosângela, Edilson, Vilma, Emmanuela, Lúcia, Normeide, Eliana e Silvana** que muito me incentivaram para iniciar e permanecer no doutorado.

Á minha avó **Dona Branquinha** (*in memoriam*) que me deu a vida e em seu seio eu recebi o primeiro e mais importante alimento para que eu pudesse sobreviver a um parto tão difícil e, por nunca ter desistido de mim.

Aos **Grupos de pesquisa** Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado e SVDG, nas pessoas queridas de Andiará, Letícia, Irbia, Andréia, Daiane, Lorena, e Priscilla, dentre outras, pelas conversas, orações, incentivo, disponibilidade, aprendizados e compartilhamentos firmados.

Aos meus/minhas gatos e gatinhas que tanta companhia me fazem, me alegram e enchem meu coração de vivacidade **Aisuro, Sombra, Negão, Aladim, Apolo, Augusto, Chiquinha, Pretinho, Ali, Cau e Sombrinha.**

A **UNEB, direção do DEDC, coordenação do Colegiado e colegas** que me ajudaram nesse processo para que esse objetivo fosse alcançado.

As minhas/meus amadas/os **alunas/os da UNEB**, que desde a primeira turma, vibraram e sorriram comigo torcendo por mais essa conquista. Vocês são especiais!

Aos profissionais do **Serviço Atenção Especializada da Prefeitura de Feira de Santana**, em especial a **equipe de enfermagem**, pela acolhida, aprendizados e por facilitar o acesso às mulheres/participantes da pesquisa, que de forma consensual compreenderam o sentido e importância da minha presença no serviço.

À professora '**Eva**', professora **Conceição** e demais **professoras/colegas/contemporâneas da UEFS** pela contribuição e reinserção na minha eterna escola.

À **Coordenação da Pós-graduação**, que de forma singular contribuíram para a qualidade final dessa tese.

À **Marcinha, Samuel, Ita, e Dori**, pelos sorrisos, amizades, cuidado e disponibilidade em me ajudar quando precisei. Vocês são muito importantes.

A **Deus** porque sem ele nada do que foi escrito anteriormente teria acontecido e nem se quer existido, agradeço por estar sempre presente no meu caminho e na minha vida.

Finalmente, a **Nossa Senhora Santana** que cobre com seu manto de amor toda a minha família, que me dá a mão e cuida da minha vida.

A **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)**, pelo financiamento que viabilizou a execução deste projeto

RESUMO

SUTO, Cleuma Sueli Santos. **Sexualidade de mulheres de diferentes gerações após o diagnóstico de HIV**. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2019.

Esta pesquisa aborda a sexualidade de mulheres de diferentes gerações após o diagnóstico de HIV, compreendendo que a sexualidade está assentada em experiência e representações culturais disponíveis e complexas. Foram traçados como objetivos: apreender as representações sociais, em diferentes gerações de mulheres, sobre a sexualidade após o diagnóstico de HIV; e, analisar as representações sociais sobre sexualidade segundo mulheres com diagnóstico de HIV considerando características geracionais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem multimétodos e enfoque metodológico na Teoria das Representações Sociais, desenvolvida em serviço de atenção especializada em Feira de Santana-BA, tendo como critérios de inclusão mulheres com idade igual/acima de 18 anos que convivem com o diagnóstico por mais de seis meses e estavam em uso da terapia antiretroviral. Como critérios de exclusão, as que utilizavam medicamentos como medida profilática. Os instrumentos de coleta foram: entrevista semiestruturada e teste de associação livre, com três termos indutores. Como formas de análise: a abordagem estrutural conformou nove quadros de quatro casas, utilizando-se o *software EVOC*; as entrevistas e evocações, com auxílio do *software Iramuteq*, geraram Análise Fatorial de Correspondência e Classificação Hierárquica Descendente, Árvores de Similitude e Nuvens de Palavras; a Análise de Discurso, como técnica, possibilitou operações semânticas, sintáticas e lógicas que revelaram a linguagem em interação por meio de três categorias. Para fins éticos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA sob número 2.776.570/2017. Os resultados revelaram que a sexualidade é concebida, pelas 191 participantes, como algo difícil de ser nominado, associado à prática sexual e que exige cuidados preventivos para ser vivido e/ou necessita ser afastado, em decorrência de sua condição sorológica. À luz da abordagem dialógica o medo se revelou incorporado e impossibilitando-as de vivenciar a sexualidade, quando sua condição sorológica se apresenta positiva. Ao conformar os subgrupos geracionais, mulheres jovens, após descobrir-se positiva, se mantêm fiel a um relacionamento afetivossexual, nem sempre satisfatório; a necessidade de tomar medicamentos é imperiosa, o preconceito é difícil de ser enfrentado, e as preocupações relacionadas ao desejo de ser mãe perpassam suas representações; mulheres adultas e de meia-idade esboçam histórias de arrependimento, sofrimento, medo e ciúmes do parceiro; a forma admitida pelas mesmas para lidar com a condição atual é manter o foco no autocuidado e no papel materno, distanciando-se de entes queridos; mulheres idosas centram atenção no binômio filho/infecção e revelam a dificuldade dolorosa de tornar visível sua sexualidade em uma nuance própria de negação e autocensura. As questões geracionais apresentaram pequenas divergências, ao ocuparem espaços distintos nos diversos tipos de análise, ratificando a necessidade de novos estudos que abordem a temática privilegiando a categoria geração. As representações sociais analisadas possibilitaram refletir na tentativa de demonstrar o que está por trás e o que motiva a ação discursiva sobre sexualidade por mulheres que vivem com HIV e revelaram saberes partilhados, ancorados no medo, a partir de uma sexualidade negada que precisa permanecer em segredo que configura um campo de vulnerabilidades feminina, produtoras de demandas para o cuidado.

Palavras-chave: Sexualidade; HIV; Grupos Populacionais; Mulheres; Representações sociais; Enfermagem.

ABSTRACT

SUTO, Cleuma Sueli Santos. **Sexuality of women from different generations after HIV diagnosis.** 200f. Thesis (Doctorate Degree in Nursing) - Federal University of Bahia, School of Nursing, 2019.

This research addresses the sexuality of women of different generations after the diagnosis of HIV, understanding that sexuality is founded on experience and available and complex cultural representations. The outlined objectives of the study were: to understand the social representations, in different generations of women, on sexuality after HIV diagnosis. And, analyze the social representations on sexuality according to women diagnosed with HIV, considering generational characteristics. A qualitative research, with a multi-method concept and methodological approach on the Theory of Social Representations, developed in a specialized service in Feira de Santana-BA, having as inclusion criteria women of ages equal to or over 18 years, living with the seropositive diagnosis for over six months and using antiretroviral therapy. The exclusion criterion was of women using medication as a preventive measure. Data collection instruments were semistructured interviews and free association test, with three inductive terms. For the purpose of analysis: the structural approach comprised nine tables of four houses, using the EVOC software; the interviews and evocations, using the Iramutq software, generated the as Factorial Analysis of Correspondence and Descending Hierarchical Classification, Maximum Similitude Tree and Word Clouds; the Discourse Analysis, as technique, permitted semantic, syntactic and logical operations that revealed the in interaction by means of three categories. For ethical purposes, the research project was approved by the Research Ethics Committee of *Escola de Enfermagem* at UFBA number 2.776.570/2017. The results disclosed that sexuality is conceived, by the 191 participants, as something difficult to be specified, associated to sexual practice requiring preventive care to be experienced and/or that needed to be warded off, in view of the serostatus. In light of the dialogic approach, fear was revealed to be incorporated and inhibiting them to experience sexuality when they are seropositive. When forming the generational sub-groups, young women, after discovering they are seropositive, remain faithful to one emotional-sexual relationship, not always satisfactory; the need for taking medication is vital, prejudice is difficult to be faced, and the concerns related to the desire of being a mother is present in their representations; adult and middle-aged women outline stories of remorse, suffering, fear and jealousy of the partner; the manner admitted by them to deal with their present condition is to maintain their focus on self-care and on their maternal role, distancing themselves from their loved ones; elderly women focus their attention on the child/infection binomial and reveal the painful difficulty of making visual their sexuality in a nuance of denial and self-censorship. Generational issues present small divergences, occupying distinctive spaces in the different types of analyses, ratifying the need for new studies that address the theme, privileging the category of generation. The social representations analyzed permit a reflection on the attempt of demonstrating what lies behind and what motivates the discursive action on sexuality by seropositive women and revealing shared knowledge, anchored on fear, from a denied sexuality that needs to be maintained a secret, which shapes a field for female vulnerabilities, producing the demand for care.

Key-words: Sexuality; HIV; Population groups; Women; Social Representations; Nursing.

RESUMEN

SUTO, Cleuma Sueli Santos. **Sexualidad de mujeres de diferentes generaciones después del diagnóstico de VIH**. 200f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2019.

Esta pesquisa aborda la sexualidad de mujeres de diferentes generaciones después del diagnóstico del VIH, comprendiendo que la sexualidad esté basada en experiencias y representaciones culturales disponibles y complejas. Fueron trazados como objetivos comprender las representaciones sociales, en diferentes generaciones de mujeres, sobre la sexualidad después del diagnóstico de VIH, considerando características generacionales. Se trata de una investigación cualitativa, con abordaje multimédios y metodológico en la Teoría de las Representaciones Sociales, desarrollada en un servicio de atención especializada en Feira de Santana-BA, teniendo como criterios de inclusión mujeres con edad igual/superior a 18 años que conviven con el diagnóstico por más de seis meses y estaban en uso de la terapia antiretroviral. Como criterios de exclusión, las que utilizaban medicamentos como medida profiláctica. Los instrumentos de colecta fueron entrevistas semiestructurada y teste de libre asociación, con tres términos inductores. Como formas de análisis: el abordaje estructural conformó nueve cuadros de casas, utilizándose el *software EVOC*; las entrevistas y evocaciones, con auxilio del *software Iramuteq*, generaron Análisis Factorial de Correspondencia y Clasificación Jerárquica Descendiente, Árboles de Similitud y Nubes de Palabras; el Análisis de Discurso, como técnica, posibilitó operaciones semánticas, sintácticas y lógicas que revelaron el lenguaje en interacción por medio de tres categorías. Para fines éticos, el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la *Escola de Enfermagem da UFBA* bajo el número 2.776.570/2017. Los resultados revelaron que la sexualidad es concebida, por las 191 participantes, como algo difícil para ser vivido y/o necesita ser alejado, a causa de su condición serológica. A la luz del abordaje dialógico el miedo se reveló incorporado e imposibilitándolas de vivenciar la sexualidad, cuando su condición serológica se presenta positiva. Al confirmar los subgrupos generacionales, mujeres jóvenes, después de descubrirse positiva, se mantiene fiel a un relacionamiento afectivo-sexual, no siempre satisfactorio; la necesidad de tomar medicamento es imperiosa, el prejuicio es difícil de ser enfrentado, y las preocupaciones relacionadas al deseo de ser madre permean sus representaciones; mujeres adultas y de mediana edad esbozan historias de arrepentimiento, sufrimiento, miedo y celos del compañero; la forma admitida por las mismas para hacer frente a su actual condición es de mantener el foco en el autocuidado y en el rol materno, distanciándose de entes queridos. Mujeres de edad avanzada centran atención en el binomio hijo/infección y revelan la dificultad dolorosa de tornar visible su sexualidad en matiz propio de negación y autocensura. Las cuestiones generacionales presentaron pequeñas divergencias, al ocupar espacios distintos en los diversos tipos de análisis, ratificando la necesidad de nuevos estudios que aborden la temática privilegiando la categoría generación. Las representaciones sociales analizadas posibilitaron reflejar en la tentativa de demostrar lo que está por detrás y lo que motiva la acción discursiva sobre sexualidad por mujeres que viven con VIH y revelaron saberes compartidos, ancorados en el miedo, a partir de una sexualidad negada que necesita permanecer en secreto que configura un campo de vulnerabilidades femenina, productoras de demandas para el cuidado.

Palabras clave: Sexualidad; SIDA; Grupos de Población; Mujeres; Representaciones Sociales; Enfermería

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Fluxograma do percurso metodológico para triangulação dos dados.....	80
Figura 2 – Distribuição das idades das participantes (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	84
Figura 3 – Árvore de Similitude ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	102
Figura 4 – Análise prototípica do termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	103
Figura 5 – Árvore de Similitude ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=34). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	105
Figura 6 – Árvore de Similitude ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=87). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	109
Figura 7 – Árvore de Similitude ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=57). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	113
Figura 8 – Árvore de Similitude ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=13). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	116
Figura 9 – Análise Fatorial de correspondência por classe de palavras, fornecida pelo Iramuteq, ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	119
Figura 10 – Análise Fatorial de correspondência por idade, fornecida pelo Iramuteq, ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	120
Figura 11. Estrutura temática sobre sexualidade de mulheres após o diagnóstico de HIV, Classificação Hierárquica Descendente, fornecida pelo Iramuteq, ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	121
Figura 12. Representações sociais obtidas por diferentes técnicas de coleta e análises dos dados. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	148

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos procedimentos de análise de dados.....	78
Quadro 2 - Variáveis sociodemográfica de mulheres vivendo com HIV investigadas (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	83
Quadro 3 - Variáveis relativas a sexualidade e conjugalidades de mulheres vivendo com HIV investigadas (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	87
Quadro 4 - Variáveis socioeconômicas e relativas a sexualidade e conjugalidades de mulheres vivendo com HIV investigadas (N=39). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	90
Quadro 5 - Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	93
Quadro 6 - Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sexualidade de pessoas vivendo com HIV’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019	96
Quadro 7 - Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	100
Quadro 8 - Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ para mulheres com idade entre 18 e 29 anos (N=34). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019	104
Quadro 9 - Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ para mulheres com idade entre 30 e 44 anos (N=87). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	107
Quadro 10 - Quadro de quatro casas ao termo indutor sua sexualidade para mulhere com idade entre 45 e 59 anos (N=57). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	111
Quadro 11 - Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ para mulheres a partir de 60 anos de idade (N=13). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019	115
Quadro 12 - Síntese dos principais achados, por geração, por meio da técnica de	

Análise de Discurso. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.....	141
Quadro 13 - Síntese das representações sociais, por geração, e evidenciação de elementos comuns que perpassam gerações. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.	143
Quadro 14. Síntese das representações sociais, por geração, e identificação de ‘complementações’ e/ou ‘divergências’. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019	150

LISTA DE SIGLAS

AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CHD	- Classificação Hierárquica Descendente
CTA	- Centro de Testagem e Aconselhamento
EVOC	- Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse de Évocations
EEUFBA	- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
GEM	- Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HSH	- Homem que faz sexo com homem
IST	- Infecção Sexualmente Transmissível
MS	- Ministério da Saúde
NC	- Núcleo Central
ONG	- Organização Não Governamental
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PPGENF	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PVH	- Pessoa Vivendo com HIV
RS	- Representações Sociais
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVDG	- Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero
TALP	- Técnica de Associação Livre de Palavras
TARV	- Terapia Antirretroviral
TasP	- Tratamento como Prevenção
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNC	- Teoria do Núcleo Central
TRS	- Teoria das Representações Sociais
USF	- Unidade de Saúde da Família
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
UEFS	- Universidade Estadual de Feira de Santana
UESC	- Universidade Estadual de Santa Cruz
UNEB	- Universidade do Estado da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO	27
2.1 SEXUALIDADES, FEMINISMOS E GÊNERO	27
2.2 SEXUALIDADES, HIV/AIDS E GERAÇÃO	39
3 REFERENCIAL TEÓRICO	54
3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	54
3.1.1 TRS - Abordagem Estrutural	58
3.1.2 TRS - Abordagem dialógica	61
4 PROCESSO METODOLÓGICO	64
4.1 TIPO DE ESTUDO	64
4.2 CAMPO DO ESTUDO E PARTICIPANTES	65
4.3 APROXIMAÇÃO, PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	68
4.4 ANÁLISES POSSÍVEIS	71
4.4.1 Auxílio de <i>softwares</i>	72
4.4.1.1 EVOC - <i>Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse de Évocations</i> , versão 2005	72
4.4.1.2 IRAMUTEQ - <i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>	73
4.4.2 Técnica de Análise de Discurso	75
4.4.3 Síntese das análises propostas	78
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	80
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	82
5.1 CARACTERIZAÇÃO DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV	83
5.2 ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV: GRUPO E SUBGRUPOS POR GERAÇÃO	91
5.2.1 Sobre sexualidade	92
5.2.2 Sobre sexualidade de pessoas que vivem com HIV	95
5.2.3 Sobre a sua sexualidade	99
5.2.3.1 Estímulo 'Sua sexualidade' – Quadro de quarto casas e Árvore de Similitude para geração 1 (Jovens)	104

5.2.3.2 Estímulo ‘Sua sexualidade’ – Quadro de quarto casas e Árvore de Similitude para geração 2 (Adultas-jovens)	107
5.2.3.3 Estímulo ‘Sua sexualidade’ – Quadro de quarto casas e Árvore de Similitude para geração 3 (Meia-idade)	110
5.2.3.4 Estímulo ‘Sua sexualidade’ – Quadro de quarto casas e Árvore de Similitude para geração 4 (Idosas)	114
5.3 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDEÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV – TALP	118
5.4 ANÁLISE DE DISCURSO	123
5.4.1 Temores no plano afetivossexual decorrentes de estereótipos sobre o HIV	124
5.4.2 Sobreposição do prazer masculino às vulnerabilidades das mulheres ao HIV	132
5.4.3 Responsabilidade e insegurança de mulheres diante da vulnerabilidade do parceiro ao HIV	137
5.5 ARTIGOS SUBMETIDOS	145
5.5.1 Mulheres de diferentes gerações que vivem com HIV: Representações sociais sobre sexualidade – REEUSP	145
5.5.2 Sexualidade vivida por mulheres de diferentes gerações e soropositivas para o HIV – ACTA	145
5.5.3 Estrutura das representações sociais sobre sexualidade de mulheres que vivem com HIV – REBEn	145
5.6 TRIANGULAÇÃO DOS RESULTADOS	146
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
REFERÊNCIAS	156
ANEXOS (A-E)	176
APÊNDICES (A-D)	187

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade é um conceito que abrange muito mais questões do que a simples atração física entre as pessoas. Por tratar-se de uma dimensão simbólica e subjetiva que engloba componentes afetivos, cognitivos, físicos e socioculturais transcende as questões de ordem reprodutiva. Nas sociedades contemporâneas a sexualidade está assentada em experiência e representações culturais disponíveis e complexas, dentre elas, as aportadas na medicina que sustentam normatividade de condutas e funcionamentos sexuais (DAVID, 2015).

A sexualidade é também uma dimensão do ser humano, ontológica, por estar relacionada com o ser presente em toda a estrutura e, plena de subjetividade e objetividade (CABRAL; ROMEIRO, 2011). Suas vivências se manifestam por meio de scripts e desse modo, é aprendida, codificada e inscrita na consciência. Como qualquer outro domínio da vida, a sexualidade depende de socialização, de roteiros e cenários culturais (GAGNON, 2006). Historicamente, os roteiros sexuais organizam e orientam atitudes e comportamentos socialmente sancionados como a heterossexualidade de pessoas casadas para reprodução e condenam o que culturalmente são considerados desvios para fins de prazer. Nesse enfoque, o maior risco de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), tanto no intercuro heterossexual como no homossexual, está associado à transgressão de normas sociais.

Mulheres que infringem essas normas, como as trabalhadoras sexuais, em que a prática sexual é remunerada; as que recusam uma gravidez, assim como as mulheres que abortam; ou vivem com o HIV; todas elas são particularmente estigmatizadas, com consequências para a saúde. No que concerne ao HIV, o diagnóstico positivo impõe várias mudanças, principalmente, as relacionadas ao lazer, sexualidade, trabalho, relacionamentos e rotina diária.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), estreitamente vinculada à vivência da sexualidade, configura-se como um fenômeno global na saúde pública, por causar danos de grande intensidade à saúde da população e constitui como um marco na história da sociedade. Porém, tornou-se um fenômeno no campo social ao desencadear o debate sobre valores que remetem à sexualidade, à moral, aos direitos humanos, às relações de gênero e à vida (CALAIS; JESUS, 2011). No campo antropológico é considerada uma epidemia que reflete forte dimensão moral e simbólica (VALLE, 2016).

O fenômeno da aids carrega consigo estigmas decorrentes das vias de transmissão do vírus - sexual e sanguínea - e das normas sociais pré-existentes à epidemia. Essas fazem referência à prescrição de comportamentos sexuais para mulheres e homens, tendo como alicerce os estereótipos de gênero e a normatização da sexualidade (VILELLA; MONTEIRO, 2015).

A epidemia de aids é dinâmica e multifatorial, e sua ocorrência vai muito além da questão do comportamento sexual quando relacionada com as condições de vida, gênero, composições etárias e étnicas das populações atingidas (SANTOS, 2016). A vulnerabilidade social, diz respeito a questões relacionadas ao exercício da cidadania e dos direitos, a exemplo dos direitos sexuais e reprodutivos e a diversidade sexual, as questões de gênero e gerações, o pertencimento étnico e racial e seus significados dentro da sociedade.

No Brasil, o número de casos notificados de HIV é ascendente e a velocidade de crescimento da epidemia é muito maior entre as mulheres do que entre os homens, apesar de que, ainda haja um número maior de casos notificados em indivíduos do sexo masculino. A razão de sexo nas regiões Norte e Nordeste é de 23 casos em homens para cada 10 casos em mulheres (BRASIL, 2019). Assim, apresentamos como proposta discutir uma temática ainda marginalizada como o HIV, no sentido de contrapor concepções naturalizadas acerca da sexualidade e de gênero.

Pessoas que vivem com HIV se confrontam com um conjunto de problemas específicos, dentre eles, o estigma e a discriminação, que contribuem para aumentar sentimentos de isolamento pessoal e social. Os valores religiosos participam desse processo e impõem às mulheres medo e sofrimento. Isso se dá pela construção de preconceitos e estereótipos de gênero relativos à autonomia sexual e aos direitos reprodutivos (VILELLA; MONTEIRO, 2015).

Nesse sentido, resultados de pesquisa com mulheres que vivem com HIV apontam que mesmo sendo uma condição crônica o diagnóstico é seguido de perdas, desperta angústias advindas do sofrimento psíquico e sentimentos de humilhação, por serem consideradas promíscuas, sujas e descuidadas. Como forma possível de lidar com a infecção pelo HIV, elas se apartam de entes queridos, aproximam-se de situações de risco e limitam as relações interpessoais em contraposição ao ideal subjetivo feminino ligado ao papel materno, à beleza, ao cuidado, ao pudor, à sua capacidade de ter prazer e dar prazer, apesar das dificuldades (VERAS, 2007).

O fenômeno da aids, em sua trajetória, confere a necessidade de atenção à pessoa como um todo e abanca-se sobre questões até então pouco exploradas no que se refere ao cuidado em saúde, como as diferenças de gênero/geração no exercício da sexualidade. Nesse âmbito, é preciso adotar uma perspectiva de reapropriação do corpo pelas mulheres, afastando-as dos mais variados tipos de violência e incorporando a defesa do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e da vivência da sexualidade com segurança e autonomia.

A proposição/negociação do uso do preservativo esbarra em questões delicadas, sobre as quais é difícil dialogar, ainda mais quando se estabelece uma relação de afeto e/ou de poder entre os indivíduos. Assim, a maior vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV passa por questões complexas, que vão desde o comportamento sexual “esperado” para cada gênero, os papéis sociais a ser cumpridos por homens e mulheres e a dinâmica de poder entre os gêneros (BARBOSA, 1999). Ainda que a proporção de uso do preservativo permaneça baixa para todos os extratos (faixa etária, atividade sexual, estado civil) a menor proporção de uso permanece entre as mulheres negras (SANTOS, 2016).

Convém ressaltar que na realidade brasileira mulheres heterossexuais e com parceiro único, que no início da epidemia pareciam distantes da aids, tiveram na gravidez e/ou no parto o diagnóstico de sorologia positiva, na medida em que foi adotada pelo governo a estratégia de ampliação da testagem anti-HIV a partir do pré-natal (CARRARA, 2015). Assim, a heterossexualidade defendida como padrão para a sexualidade não assegurou proteção para as mulheres. Isso porque mulheres continuaram com a autonomia sexual comprometida, mantendo-se na (in)visibilidade entre as (des)igualdades de gênero que determinam vulnerabilidade à infecção pelo HIV (VILELLA; MONTEIRO, 2015).

No tocante à intergeracionalidade, sua importância reside no fato de a infecção pelo HIV atingir mulheres e homens em qualquer período etário, preocupando na atualidade os extremos de idade, subestimados na trajetória do crescimento da epidemia. Em relação à adolescência, “reduzir a feminização da aids implica em ampliar e aprofundar o debate em torno da sexualidade e dos dilemas vivenciados por adolescentes a respeito desse assunto, de forma aberta, não preconceituosa e não normatizada” (CONEJEROS, et al., 2010 p.327). Considera-se que a opressão por parte de seus parceiros, menor decisão nas relações afetivossexuais e o mito das relações estáveis, que configuram situações de risco ampliado ao HIV, ligam a vivência da sexualidade, a gênero e a geração (CARRARA, 2015).

Pesquisa realizada com 23 mulheres que tiveram diagnóstico sorológico, entre 11 e 19 anos e que foram infectadas por meio do contato sexual, apresentaram várias situações de vulnerabilidade como: não uso de preservativo, submissão a situações de violência e parceiros usuários de drogas injetáveis. Tais mulheres apontam como principais problemas enfrentados, após o diagnóstico, o preconceito, a necessidade de tomar medicamentos diariamente e as preocupações relacionadas ao desejo de ser mãe (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015).

No tocante a mulheres idosas, mantendo-se sexualmente ativas por mais tempo, elas estão também expostas a infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre as quais o HIV. As características de pessoas com 60 ou mais anos de idade vivendo com HIV se concentra na faixa etária 60-64 anos, modo de transmissão heterossexual com idade do diagnóstico antes dos 60 anos (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015). As autoras chamam a atenção para a forma de transmissão da infecção, via sexual, que não as diferem de outros grupos populacionais.

A característica da heterogeneidade social esteve presente no perfil brasileiro da epidemia e na transmissão do HIV (BRASIL, 2017). Do total de casos de infecção pelo HIV registrados no ano de 2017 (38.090) a razão de sexos foi de 2,5 homens para cada mulher, acentuando a feminização da epidemia. Segundo a categoria 'exposição', entre as mulheres, há uma concentração na faixa etária de 20 a 34 anos e cor autodeclarada pardas/pretas. Um ponto a destacar é que 96,4% dos casos se inserem na categoria de 'exposição heterossexual' (BRASIL, 2019). Assim, a feminização, heteronização do HIV chamam atenção, juntamente com a maior incidência de casos entre pessoas com até oito anos de escolaridade (LOUZADA, 2011). Em relação a pandemia na América Latina, o Brasil se assenta em posição de destaque por ser o único país que apresenta aumento no número de novas infecções na última década, com percentual em torno de 11% (UNAIDS, 2016).

A infecção pelo HIV tem implicações sobre a sexualidade e carece ser observada sob a perspectiva interseccional considerando aspectos de gênero, raça, geração e classe social. Nesse seguimento, o movimento feminista, em sua dinâmica histórica reivindicou atenção as demandas específicas das mulheres, entre elas as relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, ao controle do próprio corpo e da sexualidade. Ferreira et al., (2012) ressaltam que o debate sobre aborto, sexualidade e reprodução, enquanto demandas de mulheres, agora necessitam serem discutidas também na esfera pública, ao tempo em

que recriaram conceitos como o de assistência integral à saúde das mulheres formulado em primórdios da década de 1980.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), considera a saúde da mulher como uma prioridade de governo e o Estado brasileiro responsável pela implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres, reduzindo a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004). Nessa perspectiva, o governo brasileiro, se comprometeu em consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar e na prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV.

No Brasil e na América Latina dos últimos anos, houve um relevante desenvolvimento de análises socioantropológicas, com foco no curso da vida, com vistas a detectar interlocuções com temáticas sobre gênero e sexualidade. No entanto, os estudos que se tornaram influentes nas últimas décadas e que representam a expansão desses debates se concentram em temas acerca da velhice e das intersecções de envelhecimento, gerações e homossexualidade masculina (ANDRADE, 2019).

Parker (1996) já salientava que estudos produzidos na área da saúde relacionavam a sexualidade com a genitália e com o ato sexual. Em contraposição, os estudos desenvolvidos pela antropologia e pelas ciências sociais, compreendem a sexualidade como uma manifestação histórica impulsionada pelo movimento feminista sob a perspectiva de gênero (RESSEL, 2003).

A fundamentação conceitual aqui sustentada concebe a sexualidade como construção histórica, social e cultural e se baseia nos trabalhos de Foucault (2004) e Parker (1991). Tal concepção é crítica ao enfoque normativo, que nomeia e reconfigura as representações de sexualidade nos relacionamentos sociais.

Minha experiência profissional e de pesquisadora no campo do cuidado a pessoas vivendo com HIV, propiciaram inquietude no tocante à sexualidade de mulheres que integram essa parcela da população, tendo em vista que o diagnóstico de soropositividade afeta diretamente essa dimensão humana. Aproximar-me de mulheres que vivem com o HIV, implicou em manter contato com questões que envolvem uniões afetivossexuais e, portanto, com a sexualidade expressa por meio de emoções, sensibilidade, comunicação verbal e não-verbal que permeiam a vida.

Assim, buscou-se estudá-la no contexto peculiar de gerações de mulheres que vivem com HIV, tendo em vista modos particulares de sexualidade segundo a idade. Assumimos como conceito de geração: ‘Uma geração’ pode ser configurada por “sujeitos de um dado tempo histórico e social que compartilham entre si suas experiências e vivências comuns, concretas ou simbólicas, que guiam a formação de grupos concretos variados” (COSTA-JÚNIOR; COUTO, 2015).

Uma vez sendo a sexualidade objeto também epistemológico, buscamos conhecer as representações sociais de mulheres de diferentes gerações sobre sexualidade após o diagnóstico de HIV com o intuito de apreensão desse fenômeno na realidade.

O aporte nas Representações Sociais (RS) dar-se-á por se constituírem um guia, para os comportamentos ao remodelar e reconstituir elementos do ambiente no qual o comportamento deve acontecer em forma de conhecimento prático que orienta a ação. Assim, se quisermos influenciar a ação (estilo de vida) precisamos antes compreender o que a embasa (MOSCOVICI, 2012). Uma vez que “as tensões societárias podem ser explicadas através das diversas trajetórias de vida e biografias que caracterizam as experiências das pessoas vivendo com HIV em termos de sexualidade e gênero, [...] de idade e estilos de vida” (VALLE, 2016, p. 95).

Compreendemos que abordar a temática da sexualidade sob o ponto de vista de mulheres que vivem com HIV, considerando a perspectiva de gênero e geracional, suscite reflexões e ressignificação das práticas de profissionais no que se refere ao cuidado planejado e/ou dispensado a esse segmento populacional. Por conseguinte, a partir da pluralidade e diversidade de saberes compartilhados pelas participantes propiciará com que as suas vozes sejam ecoadas a partir das experiências vividas.

Apresentamos como **pressuposto** que as representações sociais relativas à sexualidade de mulheres de diferentes gerações, após o diagnóstico de HIV, têm em sua base, valores legitimados social e culturalmente, que restringem o direito à liberdade sexual e reprodutiva e elevam a primeiro plano demandas socioemocionais que requerem atenção das políticas públicas de saúde.

Temos como **questão de pesquisa**: Como mulheres de diferentes gerações representam a sexualidade após o diagnóstico de HIV? Para obter respostas a tal questionamento, foram delimitados os seguintes **objetivos**:

1) Apreender as representações sociais, em diferentes gerações de mulheres, sobre a sexualidade após o diagnóstico de HIV;

2) Analisar as representações sociais da sexualidade segundo mulheres com diagnóstico de HIV considerando características geracionais.

Trabalhar o tema ‘sexualidade’ de mulheres no contexto peculiar da positividade para o HIV construirá conhecimento em um campo de vulnerabilidades feminino produtor de demandas para o cuidado. Sua divulgação terá potencial para subsidiar políticas públicas e o fazer profissional no cuidado a pessoas vivendo com HIV, com escuta das demandas pela voz das mulheres e na perspectiva da liberdade sexual e reprodutiva.

No tocante à experiência profissional a que me refiro é representada por um percurso de duas décadas que teve como base atividades desenvolvidas na assistência/gestão de serviços e sistemas de saúde no município de Jacobina-Bahia; no ensino/pesquisa/extensão no curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) campus VII; e, como técnica da vigilância epidemiológica no Núcleo Regional de Saúde de Jacobina da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Assim, a pesquisa consolida conhecimentos produzidos pelos grupos de pesquisa: Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado; e Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero, que integram o Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem (GEM) e fortalece a linha de pesquisa Cuidado à saúde das mulheres, relações de gênero e etnicorraciais. Nesse sentido, dois resumos já foram apresentados em eventos científicos nacional e internacional e três manuscritos foram submetidos a periódicos indexados, conforme planejado.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

Para contextualizar o objeto deste estudo serão apresentadas neste capítulo as interfaces entre sexualidades, feminismos, gênero, HIV/aids e questões pertinentes à geração.

2.1 SEXUALIDADES, FEMINISMOS E GÊNERO

A sexualidade como ciência, estruturou-se nos séculos XIX-XX, na Europa, por meio de dois movimentos que tiveram na figura de dois médicos seus principais representantes: A Reforma Sexual, com Magnus Hirschfeld e, Psicopatias Sexuais com Richard von Krafft-Ebing. Com a patologização - do que se compreendia como perversões - tornou-se possível “não punir” um comportamento considerado delinquente e, sim, estabelecer tratamento frente a um sujeito perturbado. Ao assinarem um manifesto contra a criminalização da sodomia, eles determinaram que as perversões, assim, passavam a ser do campo da ciência médica e não mais do sistema judicial (RUSSO, 2013).

Entre as décadas de 20 e 40 do século XX, os dois cientistas descobriram que o problema central da sexologia moderna era o ‘orgasmo’ e, como proposta para intervenção sobre a sexualidade estabeleceram as terapias pós-psicanalíticas. Outra mudança marcante desse período foi o deslocamento geográfico das pesquisas em sexualidade da Europa para os Estados Unidos. A concepção de sexualidade norte americana que passa a tomar corpo é a de uma “sexualidade autônoma, enquanto atividade que tem seu próprio objetivo – o prazer” (RUSSO, 2013, p.176).

No início da década de 1970 com o questionamento e ruptura com valores associados à família nuclear, com a naturalização e a patologização de papéis de gênero, o surgimento de movimentos (feministas, gay) e, o pensamento de “liberação”, a sexualidade torna-se um campo de embate e afirmação (FACCHINI; FERREIRA, 2013). A politização da sexualidade desperta para um conhecimento com bases na fisiologia sexual e para o estabelecimento do que seja o ‘normal’ de uma resposta sexual humana. A concepção de sexualidade é, a partir de então, colocada no âmbito do orgânico e do racional. As clínicas para tratamento das disfunções sexuais explodem nos Estados Unidos, para dar conta e tratar medicamentosa e psicologicamente casais heterossexuais, marcando, assim, o surgimento da chamada Medicina Sexual (GIAMI, 2009).

O campo das terapias sexuais só assume outra roupagem com a entrada da urologia no cenário da especialidade médica. Ao debruçar-se sobre o problema da impotência, impulsionados pelas inovações tecnológicas da biomedicina e pela redefinição do envelhecimento (masculino), o desempenho sexual passa a assumir um lugar de destaque. A impotência deixa de ter uma concepção psicogênica e a ‘disfunção erétil’ é sua causa orgânica; ambas passam a ser operacionalizável (RUSSO, 2013).

Em 1996 foi lançada nos Estados Unidos uma droga específica para o tratamento da disfunção erétil, com o aval da Organização Mundial de Saúde (OMS). A reconfiguração do envelhecimento possibilitada pela biotecnologia, envolve também a terapia de reposição hormonal para às mulheres (MARSHALL, 2007). Assim, “a busca da performance erétil ideal, fomentada pela medicina sexual e pelos medicamentos que ela difunde, intensifica tanto as concepções tradicionais de gênero quanto a hierarquia de gênero” (RUSSO, 2013, p.198).

A chamada terceira onda sexológica, representada pela medicina sexual tem “implicado reconfigurações das masculinidades e intensificado as hierarquias de gênero”. A própria estratégia de prevenção do HIV - circuncisão masculina- é um mecanismo de regulação das inteligibilidades corporais (FACCHINI; FERREIRA, 2013, p 165). Conforme afirmam as autoras:

As formas contemporâneas de medicalização e de patologização da sexualidade e da diferença sexual envolvem simultaneamente a reconfiguração da vida erótica, o controle social, a disputa por discursos considerados legítimos, a produção, a proliferação e a politização de identidades, sujeitos e subjetividades, além de estarem inseridas em processo e projetos amplos e complexos de modernidade e globalização (FACCHINI; FERREIRA, 2013, p. 166).

A suposta finalidade reprodutiva da atividade sexual reconfigura-se na noção de um sujeito que valoriza a autonomia de sua vontade e liberdade e, na ideia de respeito, consentimento sexual e igualdade como condições necessárias para que parcerias afetivo-sexuais e, o exercício da sexualidade possa ser estabelecido, na busca pelo prazer.

Nesse sentido, o conceito de sexualidade pode ser interpretado e aplicado sob diferentes perspectivas. Para Platão, a sexualidade era compreendida como a formação do homem na sabedoria para vivência em sociedade. Aristóteles pensava que sexualidade e sexo tornavam-se “um elemento a ser controlado pela contemplação filosófica pautada na virtude, evitando todo tipo de prazeres que possam levar o homem a bestialidade”

(CABRAL; ROMEIRO, 2011, p. 93). Nesse sentido, Foucault (2004) discute sexualidade à luz da filosofia buscando o rigor e a visão da totalidade, que está presente no pensamento de filósofos desde o período Clássico.

A sexualidade é compreendida como parte de nossa conduta e da liberdade em usufruir dela em nosso mundo. Nós devemos compreender que, o “sexo não é uma fatalidade; ele é uma possibilidade de ascender a uma vida criativa” (FOUCAULT, 2004, p. 260). A sexualidade também é uma maneira de expressão e se associa estreitamente à capacidade amorosa e erótica de cuidar de si, do outro e da sociedade (CABRAL; ROMEIRO, 2011). Nesse sentido, os direitos das pessoas no que diz respeito à sexualidade incorporam importância social.

Foi a partir do século XIX, que o discurso religioso e o discurso da ciência médica se afinaram, no tocante ao cerceamento da sexualidade feminina, onde as mulheres apenas poderiam atingir uma vida saudável se estivessem sexualmente unidas em matrimônio e com fins de reprodução. Essa perspectiva alocava as práticas sexuais fora do padrão proposto, na categoria de doença, portanto passível de intervenção médica (COSTA; COELHO, 2011).

A incorporação desse discurso acabou imprimindo à sexualidade, no século XX a perspectiva da doença iminente, atendendo ao modelo biomédico e as pesquisas sobre sexualidade se estruturaram dentro desse campo de conhecimento. Nesse sentido, os modelos de influência cultural da sexualidade, entre os anos de 1920-1990, assumiram que o fundamento da sexualidade é universal e biologicamente determinado (RESSEL, 2003).

Para Vance (1995, p.22), a Teoria Construtivista, “examinaria seus significados subjetivos, a esfera do comportamento e da ideologia, além de analisar o corpo, suas funções e sensações como potências (e limites), incorporados e mediados pela cultura”. Nesse aspecto, Cabral e Romeiro (2011) sinalizam que o prazer físico não se restringe e/ou decorre exclusivamente do prazer sexual como socialmente se pensa.

Nesse aspecto, o estudo de Margareth Mead, na década de 1970 do século passado, por meio de pesquisa etnográfica de sete culturas nos mares do sul, mostra como os nossos corpos aprenderam, através da vida, a ser macho e fêmea, tanto eles, como nós e assim declara: “Não conheço cultura que tenha afirmado que não há diferença entre o homem e a mulher [...] apesar da divisão arbitrária, ela está sempre presente em todas as sociedades” (MEAD, 1971 p.54).

Ao apresentar a teoria da construção social para compreender a sexualidade, Vance (1995) desnaturaliza e situa cultural e historicamente que os comportamentos sexuais, gênero e sexualidade se encontram em locais distintos, mas são partes que se entrelaçam. Por conta disso, pesquisadores/as da área de sexualidade precisam entender que atitudes sexuais não estão isoladas. O pensamento de Rubin enfatiza que a naturalização acontece quando, “o conjunto de medidas mediante o qual a sociedade transforma a sexualidade biológica em produto da atividade humana e essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas” (RUBIN, 1975, p. 157).

Ainda no século XX, é possível afirmar que a sexualidade é um dos elementos-chave da experiência humana, sendo essencial entendê-la para assim enfrentar os problemas da epidemia da aids (PARKER, 1997). Na visão do antropólogo, a sexualidade feminina apresenta relevância, na sociedade brasileira, por ser percebida como objeto de controle masculino. Nesse sentido, Cabral e Romeiro a concebe como:

Uma dimensão ontológica do ser humano que está para além das suas estruturas biológicas. Há que se superar a noção de que sexualidade e sexo (órgão genital ou relação sexual) são a mesma coisa, sendo fundamental elaborar critérios, respostas e conceitos para superação do que se fala sobre a sexualidade como genitalidade (CABRAL; ROMEIRO, 2011, p. 89).

Ao articular sexualidade e relações de poder, Foucault (2004) afirma, que “se não há resistência, não há relações de poder, porque tudo seria simplesmente uma questão de obediência” (p. 268). O filósofo centraliza sua análise na questão do poder que a sexualidade produz e na existência da repressão à sexualidade ao longo da história (FOUCAULT, 1991). Ressalta que a sexualidade foi manipulada por meio dos discursos produzidos, de modo a se estabelecer o ciclo de interdição da sexualidade:

Não te aproximes, não toques, não consumas, não tenhas prazer, não fales, não apareças; em última instância não existirás, a não ser na sombra e no segredo. Tua existência só será mantida à custa de tua anulação. O poder oprime o sexo exclusivamente através de uma interdição (FOUCAULT, 2007, p. 94).

Nesse sentido, agir sexualmente demandaria aprender os procedimentos e elaborar mentalmente o que fazer ou o que não fazer, de modo a dar-lhes sentido. Nas sociedades contemporâneas as relações necessitam de improvisações cada vez mais complexas e assentadas em experiência e representações culturais disponíveis, sendo as principais, aportadas na medicina e na psicologia, por sustentarem uma nova normatividade de

condutas e funcionamentos sexuais. Nessa concepção, o discurso moderno sustenta a repressão do sexo, pois “se o sexo é reprimido, isso é, fadado à proibição, à inexistência e ao mutismo, o simples fato de falar dele e de sua repressão possui um ar de transgressão deliberada” (FOUCAULT, 2007, p. 11).

Nesse campo, a psicanálise apresenta-se como uma ciência legítima e por meio da ideia de libido, a sexualidade se desdobra em atividade psicológica e materializa-se no ato confessional. A noção de libido, quando não relacionada à experiência, choca-se por estar relacionada a uma região ainda associada a ‘proibição’ para reflexão e conversa (MOSCOVICI, 2012a).

As questões relacionadas a erotização explicam uma série de possibilidades para a organização da vida sexual. Ao focar o prazer que a sexualidade produz e os significados associados ao corpo, ao desejo e às práticas sexuais, é apontado também como uma dimensão construída social e culturalmente, necessária à compreensão do fenômeno da aids (PARKER, 1997; RESSEL, 2003). A aids gera uma nova era com relação à pesquisa sobre sexualidade e traz duas possibilidades, trabalhar na direção de questões desafiadoras que a teoria da construção social tem levantado ou reincidir nos modelos essencialistas e de influência cultural.

O discurso sobre o sexo, há três séculos seguidos, tem-se multiplicado e arvora-se em novos temas de assepsia, somando-se aos velhos medos do mal venéreo. Ao transpor do normal ao patológico, assegurar que “o sexo aparece como um campo de alta fragilidade patológica”, ao dizer a verdade ao médico, o diagnóstico será eficaz e dará sentido a afirmação de que a “verdade cura quando dita a tempo” consolidando-se assim um biopoder (FOUCAULT, 2007, p.77).

A sexualidade se constitui um domínio a conhecer e, se estabelece como objeto de estudo. Tal aproximação será possível através de relações de poder denominadas de poder-saber, onde as técnicas de saber e os procedimentos discursivos propiciaram o domínio. Estratégias como as utilizadas desde o século XVIII, como a histerização do corpo da mulher, pedagogização do corpo da criança, práticas de controle dos nascimentos e psiquiatrização do instinto sexual, são apontados como dispositivo de docilização e controle da sexualidade (FOUCAULT, 2007).

A feminilidade não é mais o domínio reservado as mulheres, biologicamente definidas, mas é atravessada por meio de construção social e cultural, tendo em vista a necessidade de reconhecimento que o gênero determinado no nascimento pode não

corresponder ao modo como a pessoa se autopercebe. Desse modo, não somente a feminilidade natural ou original é um mito, mas a possibilidade de reconhecimento de diferentes formas de construção de feminilidades. O mesmo também se aplica no que se refere ao reconhecimento, produção e a conformação de masculinidades (VANCE, 1995).

Do fim do século XVIII ao início do século XIX, de modo silencioso foi imposta a monogamia heterossexual, as diversificações dos discursos e a sistematização das leis naturais do matrimônio, para além, as sexualidades desviantes passaram a ser interrogadas ostensivamente. Essas imposições são manifestações antagônicas à natureza e se tornaram uma dimensão autônoma no campo da sexualidade (FOUCAULT, 2007).

Porém, o estudo da sexualidade continua a ser marginal, mesmo no campo das ciências sociais, a sexualidade, não é uma área inteiramente legítima de estudo (VANCE, 1995). Para essa teórica e ativista, a sexualidade e o gênero são fenômenos analiticamente distintos, embora entrelaçados em muitos pontos. Nesse sentido, as feministas acadêmicas e ativistas revolucionaram ao criticar as teorias que usavam a reprodução para ligar o gênero com a sexualidade.

Cabe ressaltar que os conceitos de corpo e sexualidade se constituem focos do movimento feminista, enquanto movimento político de luta das mulheres, vez que é através do controle do corpo e da sexualidade feminina que a opressão de gênero se concretiza (FERREIRA, et al., 2012).

Nos anos noventa do século XX, período da terceira onda do feminismo, o pós-estruturalismo veio reforçar as concepções sócio construtivistas dos gêneros (feminino e masculino) e acrescentou uma forte dimensão discursiva: os gêneros não são mais simplesmente uma construção social que se opõe ao sexo biológico dito 'natural'. Os gêneros e o sexo tornam-se construções discursivas ou performativas abusivamente naturalizadas. Depois da época moderna, o poder não se exerce mais somente a partir dos lugares institucionais clássicos tal como o Estado, a lei, nem a partir de um só direito, nem de maneira vertical (BOURCIER, 2012).

Para Ferreira et al., (2012) o pensamento feminista radical tem no patriarcado sua principal preocupação, ou seja, a opressão das mulheres pelos homens, e em sua análise enfatiza o modo de reprodução, a sexualidade, a violência sexual e os direitos das mulheres. Assim, o principal foco desse pensamento é que a diferença entre os sexos só deixará de ser estrutural ao se modificar o exercício do poder.

Ao defender que o feminismo é uma caixa de ferramentas que instrumentaliza a análise no tocante às mudanças e contradições, limites, recursos, e objetivos da revolução política e cultural, iniciada no século XIX, que transformou milhares de mulheres, Bourcier e Moliner (2012) afirmam que o mesmo também fracassou ao tentar convencer muitas outras, resultando em sua divisão. Assim, como exemplo da divisão, longe de representar as reivindicações minoritárias ampliadas como o feminismo lésbico, pessoas transgêneras e o feminismo *Queer*, nos mostra qual ponto de vista o feminismo está dependente da definição de mulher e da feminilidade assim como a concepção de diferença sexual.

A antropologia é um campo que contribuiu largamente para os estudos de gênero e sexualidade (FERNANDES; IRINEU, 2015). Os estudos acerca das relações sociais em diferentes culturas foram importantes na crítica ao essencialismo, demonstrando que as relações de gênero e sexualidade variam de acordo com a sociedade, sendo, portanto, ‘constructos’ sociais. A sexualidade se constrói em cada trajetória também como processo resultante de um aprendizado complexo e é responsável por parte importante das trajetórias pessoais (HEILBORN, et al., 2006).

Assim, as mulheres parecem ser oprimidas ou necessitadas de valorização e status na medida em que são limitadas às atividades domésticas, separadas de outras mulheres e do mundo social dos homens (ROSALDO, 1979). De modo que as sociedades mais igualitárias são aquelas nas quais os homens valorizam e participam na vida doméstica do lar. O sexo de nascimento ainda é um dos principais marcos da distribuição das atividades atribuídas a mulheres e homens em várias sociedades pelo mundo independentemente do contexto cultural. (ROSALDO, 1979; HEILBORN, et al., 2006).

A posição da mulher é elevada, nas sociedades, onde elas podem disputar as reivindicações de autoridade, ou seja, ao assumir papéis ainda considerados como eminentemente masculinos. Para Scott (1991 p.16) gênero “estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social” e estabelece marcos para a distribuição de poder. No meio acadêmico brasileiro, os estudos de gênero em sua maioria são marcados por estudos feministas e nesse sentido, “gênero é mais pertinente exatamente onde parece menos relevante” (SOUZA, 2011 p.18).

Com efeito, a transversalidade de gênero nos diversos campos de conhecimento contribui para a compreensão ampla de questões de estudo, como a aqui apresentada - o campo das sexualidades. Apoiada no discurso pós-moderno, a teoria feminista abre

espaços para novas reflexões em torno da heterogeneidade da ideia de progresso linear da humanidade, em oposição à categorização identitária ‘mulheres’ e o surgimento de um novo sujeito do feminismo e de novo olhar sobre as questões da luta pela emancipação da mulher (BUTLER, 2003). Assim, o gênero perpassa a dimensão biológica e deve ser entendido em seu sentido político e social de relações sociais e culturais (ROSALDO, 1995).

A esse respeito, Bonetti (2011, p. 61) ao se debruçar sobre uma antropologia feminista esclarece sobre o caráter secundário que supostamente a mulher ocupa em diferentes culturas e que se conecta à subordinação feminina transcultural embasada na biologização do gênero. Considera que a antropologia feminista vai além da “construção social de identidade de gênero e dos papéis de gênero” ao assumir o conceito de gênero como “categoria de diferenciação”.

Nessa compreensão, “gênero como uma construção sociológica, política e cultural, significa que o sexo não deve ser visto como uma variável demográfica, biológica ou natural, mas que deve integrar toda uma carga cultural e ideológica” (EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013, p. 122).

A contribuição da mulher em aprovisionar cuidado dentro da dinâmica familiar retorna para ela como se o protagonismo excessivo implicasse em uma reivindicação de desejo de manter-se na esfera privada, sendo capaz inclusive de cuidar de si mesma em seu adoecimento. Em resultados de pesquisa, as práticas narrativas reproduziam as dimensões de violência simbólica e das relações de poder condizentes com um verdadeiro pânico moral (VALLE, 2017).

Para seu enfrentamento:

As experiências feministas nas últimas décadas podem ajudar a olhar o desconhecido e ouvir os silêncios impregnados de desejos de rupturas: do conservadorismo sobre sexualidade; do heterossexismo que permeia o feminismo na saúde; do distanciamento entre os movimentos que lutam contra a Aids; da conveniente convivência no sistema capitalista, racista e patriarcal. Romper com tais determinações pode resignificar os sentidos da Aids na vida prático-cotidiana das mulheres e só assim refletir as transgressões mobilizadoras do projeto feminista de transformação da sociedade (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2013, p. 138).

A vivência da sexualidade permite que o sujeito estabeleça uma relação consigo mesmo e com o mundo, enquanto construção flexível e contextualizada historicamente (RESSEL, 2003). Nesse sentido, aponta limites para o enfrentamento da epidemia,

restringindo as fronteiras das estratégias de prevenção e de promoção como as adotadas pelas políticas públicas que não têm sido suficientes para impedir a feminização da aids e sua chegada às mulheres negras (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2013).

No Brasil, mesmo com todos os avanços na elaboração da política para as mulheres e os limites de sua implementação na área da prevenção, ao ressaltar que a estratégia do uso do preservativo feminino, tornou-se prioridade do governo Lula, nas duas gestões; contudo, também houve limitação, quanto ao acesso aos preservativos femininos o que interfere diretamente no empoderamento de mulheres na prevenção de IST.

O conceito de gênero é essencial para pensarmos a sexualidade de acordo com o apontado por estudiosos nas últimas décadas do século XX. Para tanto, buscaremos discutir as especificidades e diferenças entre sexualidade e gênero e, demarcar a estreita relação entre tais conceitos.

Nesse sentido, gênero aparece, enquanto termo, entre as feministas americanas que aspiravam enfatizar o caráter essencialmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indica uma rejeição do determinismo biológico implícito no uso de termos como 'sexo' ou 'diferença sexual' (SCOTT, 1995, P.72).

O termo, como é atualmente utilizado, está intrinsecamente imbricado aos estudos sobre as mulheres, e às lutas feministas deferidas desde as décadas de 60 e 70 do século XX, em países da Europa e da América do Norte. Somente a partir dos anos 80, o Brasil adentrou significativamente nos estudos de gênero, porém a expansão nos meios acadêmicos se deu ao longo da década de 1990.

Chegamos ao século XXI e o termo, atualmente, mais utilizado é o de relações de gênero. Cabe ressaltar que relações de gênero aporta um significado teórico e de alcance social, decorrentes das discussões sobre direitos humanos, movimentos LGBT, masculinidades e pesquisas sobre identidades homoeróticas (LOURO, 2008).

O deslocamento e a ênfase nos estudos feministas trasladaram de estudos sobre mulheres para estudos sobre a problemática das relações de gênero (SARDENBERG; COSTA, 2002). As desigualdades de poder e assimetrias de gênero, presente no cenário mundial, substantivam o argumento das feministas norte-americanas de que a sexualidade tem desempenhado, historicamente, papel importante nas relações desiguais de gênero.

Mantendo-nos na linha de pensamento que se detém sobre a sexualidade, como elemento articulador das desigualdades, compactuamos com a ideia de que é preciso olhar e analisar atentamente às políticas sexuais sob a influência do filósofo Michel Foucault que

defende que a sexualidade é produzida em contextos históricos (SCOTT, 1995; FOUCAULT, 2007).

As feministas norte-americanas enfatizam que o grau de importância dada à sexualidade pelo feminismo decorre da compreensão de que sexualidade é um processo social que cria, expressa e direciona o desejo, nos seres sociais – mulheres e homens - do mesmo modo como suas relações criam a sociedade. Então, a expropriação organizada da sexualidade de alguns, para o uso de outros, define o sexo, mulher (HARAWAY, 2004).

Estudiosas brasileiras compreendem que a sexualidade é produto de diferentes cenários, e não deriva, apenas, do funcionamento psíquico dos sujeitos. Ao pensarem sobre cenários socioculturais, pressupõem que em havendo especificidades entre mulheres e homens, no tocante à vida sexual e na interface desta com a esfera reprodutiva, tais características derivariam de uma combinação de fenômenos que reverberam nos corpos como efeito de processos complexos de socialização dos gêneros, levando a acreditar que sexualidade e gênero inescapavelmente estariam imbricados (HEILBORN, 2006).

Debruçar-se sobre a problemática das relações de gênero e sexualidade, propiciou às estudiosas brasileiras, argumentarem sobre a dificuldade de pensar a sexualidade como construção social (LOURO, 2008). O caráter de construção social da sexualidade prescinde de concentrar nosso olhar, em um dado momento histórico, sobre quais pessoas, de que maneira e por que estão autorizadas a falar sobre a sexualidade.

No século XX, a sexualidade autorizava médicos a falarem sobre e/ou conduzi-las como disciplina, assim, se fala sobre a temática baseando-se no discurso científico, em uma cultura branca e com recorte de gênero masculino, estabelecendo os padrões de conduta a serem seguidos pela sociedade.

Movimentos organizados de mulheres, movimentos feministas, de pessoas gays, lésbicas, travestis e transexuais e o movimento negro provocaram novos olhares e posicionamentos sobre a importância em considerar as identidades de gênero e etnia. Provocaram, sobretudo, uma reviravolta aos padrões estabelecidos, ao reivindicarem voz e visibilidade para as ‘minorias’ historicamente excluídas.

Acompanhar esse processo histórico nos possibilita compreender que “aproximamos gênero e sexualidade na medida em que assumimos que ambos são construídos culturalmente e, portanto, carregam a historicidade e o caráter provisório das culturas” (LOURO, 2008, p.33). Assim, as construções identitárias, marcadas por desigualdades de poder e determinadas por assimetrias de gênero, corroboraram para a

manutenção de estereótipos de feminilidades e masculinidades e inscreveu a sexualidade a partir de um paradigma, o patriarcal. Um recorte de gênero, na proposição desse estudo, possibilitará um olhar sobre o papel dos homens na significação da sexualidade feminina e um modo de romper com o padrão determinado pela hegemonia masculina.

A força das relações desiguais de gênero quanto ao exercício da sexualidade localiza-se para além das desigualdades existente entre mulheres e homens. Ao atribuir ao feminino, valores menos reconhecidos socialmente, posturas sociais que identificam situações de subalternidade como a ideia de passivo-ativo, evidenciam-se construções das relações de poder verticalizadas e assimétricas.

A produção da sexualidade, deriva do ‘dispositivo da sexualidade’ que penetra os corpos de modo detalhado com vistas ao controle das populações. Assim, há quase dois séculos, o dispositivo de práticas discursivas foi instalado e, denomina a verdade do sexo e de seus prazeres como sendo, sexualidade (FOUCAULT, 2007).

A crescente produção das tecnologias de sexo e tecnologias de gênero exacerba a visão hierárquica do binário masculino/feminino. Essa exacerbação se traduz pela abundância de discursos e produções imagéticas que chegam a nós, instigando a mais sexo e sexualidade, desviando do que seria íntimo e, mais relacional no sentido da emoção, repercutindo nas mais distintas esferas da vida (COSTA, 2011).

Tais produções discursivas, por um lado, demarcam a naturalização do sexo feminino, ou seja, a continuidade da ideia, sob o ponto de vista do exercício da sexualidade, de que a existência dos corpos femininos são objetos de prazer e, portanto, concedem-se aos homens o controle sobre o corpo feminino (SWAIN, 2008).

Por outro, a biomedicalização estrita da sexualidade fundada em uma concepção inteiramente orgânica do sexo, na busca de performance erétil ideal, fomentada pelos medicamentos, difundem e intensificam as concepções tradicionais de gênero. Aproximando o corpo masculino do feminino, enquanto objeto de cuidado e vigilância (RUSSO, 2013).

Sendo as relações de gênero e sexualidade complexas, faz-se necessário tocar, mesmo que pontualmente, nas emergentes categorias identitárias de travestis e transexuais enquanto sujeitos políticos e envolvidos - para as pessoas que assim desejam e/ou dispõem de recursos para essa finalidade - com tecnologias de mudança corporal. Aflorando, ainda mais, as possibilidades e limites no que diz respeito a garantia de direitos frente aos “dilemas atuais das políticas sexuais no Brasil, como é o caso da aliança discursiva entre

medicalização e conservadorismo religiosos e do reforço à patologização e à estigmatização de um amplo conjunto de sujeitos, condutas e identidades” (FACCHINI; FERREIRA, 2013).

Estudos sobre mídia para compreender como os corpos humanos tem sido medicalizados através da mobilização de discursos específicos, metáforas e recursos visuais que, embora promova uma melhor compreensão sobre como o HIV pode ser adquirido e prevenido, também gerou novas representações sobre a sexualidade, os corpos e as pessoas vivendo com HIV ou aids em favor de diferentes sistemas de valores (MC MANUS; MERCADO-REYES, 2016).

Em entrevista a médicos de serviços públicos de saúde no México sobre as práticas reprodutivas e sexuais das usuárias e, sobre as designações sociais e profissionais do cuidado do corpo nas relações sexuais, revelaram como os discursos e normatividades sobre gênero e sexualidade legitimam as desigualdades sociais nos espaços de saúde reprodutiva, especialmente as de gênero, e a dupla moral sexual imperante na sociedade mexicana. As mulheres insurgem saturadas de uma sexualidade desordenada e controlada através de diversas regulações corporais, sexuais e reprodutivas. Regulações essas que incidem no reconhecimento de sua autonomia sexual e reprodutiva e impactam negativamente nos seus direitos (SOSA-SÁNCHEZ; ERVITI, 2017).

Na Colômbia, em fins de 2016, foram exploradas três interpretações do debate sobre ideologia de gênero: como estratégia política, como recurso retórico e expressivo, e como resistência à mudança nas relações de gênero e sexualidade na sociedade colombiana. Embora as três interpretações expliquem, cada uma à sua maneira, os acontecidos, não obstante, são insuficientes (SOSA-SÁNCHEZ; ERVITI, 2017).

O uso da noção “ideologia de gênero”, enquanto argumento, não só facilitou a emergência de novos sujeitos políticos, mas também a revitalização de setores já consolidados politicamente. Neste sentido, a ideologia de gênero possibilitou a articulação de setores sociais assimétricos mediante a estruturação de um sentido coletivo em um momento conjuntural do Brasil, no qual se negociava um novo pacto social (AMAYA, 2017).

Vale salientar que, tanto na agenda internacional como na nacional: “no âmbito do enfrentamento da epidemia da aids, o feminismo adotou a estratégia de inserir o debate sobre aids e mulheres numa abordagem de gênero articulado com a agenda política dos direitos sexuais e direitos reprodutivos” (ROCHA; VIEIRA; LYRA 2013).

A articulação entre gênero e sexualidade, enquanto marcador social de diferenças nos faz assumir que, “gênero não é uma simples categoria analítica; ele é como as intelectuais feministas têm crescentemente argumentado uma relação de poder” (WEEKS, 2000, p.56). Desse modo, defendemos, neste estudo, que a categoria analítica “gênero” tornará possível definirmos de que mulher se falará, de qual subjetividade, de quais gerações e em quais condições. E, sobretudo, como vimos, a categoria gênero mantém uma interface que repercute em todas as instâncias da vida, do trabalho, das relações de gênero e da ideologia de gênero.

2.2 SEXUALIDADES, HIV/AIDS E GERAÇÃO

A aids ergue demandas afetivas e sociais ao conferir necessidade de atenção à pessoa como um todo e abanca-se sobre questões até então pouco exploradas no cuidado à saúde, como o exercício da sexualidade, as diferenças e a morte (SOUZA; SILVA, 2013). Se a experiência da aids implica, também, em uma ruptura na vida emocional, enfrentar a feminização da epidemia se apresenta como um desafio de grande complexidade.

A aids foi constituída como fenômeno cultural de forte conotação moral, acumulando representações negativas sobre estilo de vida e sexualidade. Tais representações são decorrentes da sua associação com a ideia de promiscuidade. O fenômeno da aids, por envolver particularidades de situações vivenciadas individualmente, demanda adequação nas estratégias preventivas sendo necessário conhecer a relação entre o conhecimento científico disponível e as ações realizadas pelos serviços de saúde, articuladas a pontos específicos relativos à sexualidade.

A estigmatização que foi produzida pela epidemia demandou instrumentalizar as pessoas do convívio de soropositivos/as baseando-se no pressuposto de que a pessoa com HIV e sua família adoecem juntas (SILVEIRA; CARVALHO, 2011). O preconceito e a discriminação conformam a denominação da aids como uma epidemia, ao produzir o efeito insalubre da estigmatização sobre as pessoas (OLIVEIRA, et al., 2005).

Ao abordar a temática do HIV e mulheres, pressupomos que existem diferenças nas vulnerabilidades entre as mulheres nos variados contextos em que a prática sexual acontece, e há intenções de prevenção que nem sempre se efetivam, seja naquelas demandadas pela gravidez ou em decorrência da própria infecção pelo vírus.

No enfrentamento da epidemia, as mudanças ocorridas nos comportamentos sexuais dos/as brasileiros/as apontam mais desafios. A exemplo, o manejo das infecções sexualmente transmissíveis na população sexualmente ativa, frente ao aumento do sexo casual e da redução no uso do preservativo (STRECK, 2012). Fato semelhante foi constatado em pesquisa realizada na Bolívia ao se verificar que as atividades de prevenção ignoram o conteúdo e a forma de compreensão da sexualidade dos principais grupos nos quais a aids encontra-se centrada (HITA, 2013).

O estudo realizado na Bolívia mostrou que as metodologias utilizadas na investigação do HIV não possibilitam olhar as subjetividades que envolvem a temática. Isso porque deixam de lado problemas fundamentais que poderiam evidenciar a situação real da epidemia e das pessoas que vivem com o vírus e por concentrarem esforços em quantificar os casos e os que recebem medicamento (HITA, 2013).

Na atualidade, há um relativo colapso do uso do preservativo masculino nas relações sexuais. Essa falência aponta na direção do reconhecimento de que mulheres em idade fértil e seus parceiros não incorporaram que a prevenção do HIV não se dissocia da contracepção, apesar de serem práticas simbólicas e tecnologicamente distintas (VILLELA; BARBOSA, 2015).

Estudos clínicos revelam o efeito protetor de tecnologias como a profilaxia pré-exposição, circuncisão e a supressão da carga viral pelo tratamento com antirretrovirais e apontam para novos campos de intervenção e prevenção do HIV (FONTES, et al., 2017). Frente à demanda de implantação dessas tecnologias em escala populacional, reacende-se o ‘temor’ de estimular práticas sexuais vistas e/ou percebidas como mais arriscadas. Entre outras questões, as autoridades sanitárias podem retardar sua inclusão nos programas de prevenção (FERRAZ; PAIVA, 2015).

Em revisão narrativa de artigos científicos, constataram, uma vertente construcionista da psicologia social integrada à análise da epidemia da aids, no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos, sendo apresentada uma reflexão crítica sobre o tema. Consideram que “o uso de tecnologias biomédicas para a prevenção não induz grande parte dos/as usuários/as ao aumento de práticas mais arriscadas, havendo variações relativas a cada método”. Além de enfatizarem a necessidade de respostas dialógicas baseadas na perspectiva dos direitos humanos, concluem serem necessárias mudanças sócio-políticas que reestabeleçam a participação e o diálogo sobre a sexualidade (FERRAZ; PAIVA, 2015 p. 99).

Em pesquisa com estudantes do sexo feminino, em sua maioria de nacionalidade portuguesa, com média de idades de 21 anos e solteiras, verificou-se que as atitudes sexuais se associaram fraca e positivamente com os conhecimentos sobre o HIV e a aids, isto é, os conhecimentos influenciam as atitudes, reduzindo os comportamentos de risco. No que diz respeito à orientação sexual das participantes, 57,7% referiram ser heterossexuais, 33,1% homossexuais e 9,2% bissexuais (REIS, et al., 2013).

Considerando que a transmissão do HIV se dá, sobretudo, por via sexual e que o sexo é parte da relação conjugal mesmo entre casais sorodiscordantes, a especificidade e importância do debate sobre prevenção e assistência é primordial, porém, bastante específica. Passadas três décadas da epidemia, o conteúdo dos relatos de sorodiscordantes revela que, entre as mulheres brasileiras, a aids ainda é considerada uma "doença do outro", mantendo-se assim a percepção do início da epidemia (MAKSUD, 2012).

A prevenção do HIV ainda está centrada no corpo dos homens, explicitando a desvantagem das mulheres para realizar o uso da camisinha. Salienta-se que é difícil a negociação da prevenção em situações de desigualdades, em que se inter cruzam questões de gênero, raça, geração e classe social, que podem ser permeadas por violência e impossibilidade de negociação (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2013).

A compreensão da epidemia por mulheres perpassa pela desconstrução, na mídia, da performatividade, ou seja, distanciar-se da apresentação pessoal – ideal social de feminilidade - e focar na possibilidade mais reflexiva. Nesse sentido, Alves (2011) considera de que a transformação do corpo através do vestuário, nos moldes sociais, além de exigir grande sacrifício contribui para menor reflexividade da mulher, e deve ser valorizado neste contexto.

A abordagem utilizada pelos meios de comunicação de massa restringe a sexualidade humana a meras receitas de sexo perfeito e orgasmo fantástico, desconhecendo as possibilidades estética, ética e amorosa da sexualidade. “A suposta valorização dos corpos é na verdade, uma velada submissão dominadora, pois no corpo perfeito o indivíduo torna-se simplesmente um objeto de consumo” (CABRAL; ROMEIRO, 2011, p. 91).

A mulher, em grande parte, é vista como “mãe/jovem/esposa/trabalhadora” o que não dá conta da abrangência de outras possibilidades. Na situação específica do HIV a dissociação dessa visão possibilitará ampliar o olhar de cuidado a mulheres não-mães/não-jovens/não-casadas/não-trabalhadoras.

A interseccionalidade é um conceito sociológico que estuda as interações nas vidas das minorias, entre diversas estruturas de poder e trata das interseções entre estes diversos fenômenos (RODRIGUES, 2013). Ela amplia a forma de identificar especificidades e mudanças na vivência da sexualidade em distintas fases da vida. A perspectiva interseccional acolhe diversas formulações e aplicações e é uma das principais contribuições do pensamento e da crítica feminista à reflexão sobre desigualdades sociais, embora ainda haja limitada problematização da interseccionalidade.

Assim, o questionamento de papéis tradicionais como o de esposa/mãe, a busca de autonomia e independência que incidem no processo de construção identitária da mulher e possibilitam a saída da posição de objeto do desejo de homem, para alguém que faz suas próprias escolhas, se dará na perspectiva da interseccionalidade. Se socialmente o exercício da sexualidade feminina está condicionado ao matrimônio, uma possibilidade para a mulher é ‘camuflar’ a existência de uma vida sexual, quando não chega ao matrimônio. As mudanças ocorridas nas últimas décadas têm provocado uma inversão, a ponto de vivenciarmos um chamado “tabu da virgindade”, ainda que, como afirma Tavares (2011) exista uma dificuldade de a mulher conceber o sexo dissociado da afetividade.

A ‘nova’ moldagem da personalidade feminina mantém um estereótipo do patriarcado e caracteriza a mulher pela afetividade, passividade e dependência econômica. Ou seja, uma recriação do patriarcado que fortalece a manutenção do sistema capitalista e a ideologia patriarcal, além do sistema político, econômico e social (TAVARES, 2011). No entanto, se faz necessário compreender a complexidade dos processos que reduzem a autonomia das mulheres em relação a suas trajetórias amorosas, sexuais e reprodutivas. A esse respeito, Vilella e Monteiro (2015, p.537) chamam atenção, para a “idealização romântica dos relacionamentos, a falta de envolvimento dos homens com a prevenção na esfera sexual, a coerção sexual e as diversas formas de violência” que devem perpassar as ações voltadas para a construção de um viver com HIV.

Outro aspecto de relevância é o caráter dinâmico e mutável das expressões das orientações e identidades de gênero, da diversidade de combinações entre desejos/atração e práticas sexuais, das variações na apresentação da imagem de si pelos indivíduos ao longo de suas trajetórias de vida. Faz-se necessário problematizar os processos classificatórios dessas identidades e as trajetórias afetivo-sexuais dos sujeitos nas pesquisas e ações voltadas para a saúde mental, sexual e qualidade de vida (MONTEIRO, et al., 2014).

A aids no Brasil, tem apresentado transformações epidemiológicas e sociais e, hoje tem características distintas das iniciais, na década de 80 do século passado. Entretanto, em diferentes momentos na história da aids, no Brasil, sua interseção com as políticas públicas permitiu descrever períodos caracterizados pela omissão das autoridades e períodos impulsionadas pelas organizações não governamentais, chegando, na última década à conquista de leis, serviços de assistência com proposição de novas metodologias assistenciais.

Desde o ano de 1996, o governo do Brasil oferece e garante às pessoas infectadas pelo HIV, o acesso universal e gratuito aos antirretrovirais na rede pública de saúde, sem descartar os/as pacientes da rede privada. Dentre outras ações de enfrentamento da aids houve a incrementação da testagem rápida nos anos de 2010 e 2011, quando foi ampliada a cobertura do diagnóstico do HIV em todo o país. A participação da sociedade civil também se fez importante em defesa da população mais vulnerável, aproximando-as dos serviços de saúde e do diagnóstico do HIV e outras IST (BRASIL, 2012).

O surgimento da aids e as rápidas mudanças no perfil epidemiológico geraram diferentes desafios para a população em geral, para profissionais de saúde, formadores e gestores de políticas públicas e, sobretudo, para as pessoas que vivem com o HIV.

Historicamente a aids é considerada um agravo de curto percurso. Foi apresentada ao mundo, como doença há cerca de quatro décadas, desde então, associada fortemente ao preconceito e à exclusão social. O termo exclusão social é uma construção teórica que precedeu a formulação do conceito de vulnerabilidade social, e tem servido de referência para a distinção de situações sociais limites como a marginalidade, que suscitou a formulação de políticas públicas voltadas para seu enfrentamento. A imprensa teve importância significativa para a construção do senso comum sobre a epidemia, como sendo uma doença associada à homossexualidade (VALLE, 2017).

A aids no campo da racionalidade é disputada por família, igreja, governo, escolas, movimentos sociais, à semelhança de outras dinâmicas da sociedade, em que a disputa por hegemonia relaciona-se com a opacidade da realidade. Observa-se, na aids, múltiplos sentidos ou múltiplas determinações que lhe conferem a urgência de enfrentamentos, a ampliação de respostas institucionais ou de mobilizações sociais mais complexas, inclusive pela tendência de maior longevidade das pessoas com HIV (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2013).

Um aspecto importante a ser observado na história social e cultural da epidemia da aids é a dimensão política presente nas “diversas articulações entre políticas públicas, estruturas de saúde, o alcance das intervenções biomédicas, além dos efeitos das mais variadas formas de organização civil” (VALLE, 2017). A criação de mundos sociais – Organização não Governamental (ONG), grupos de ajuda, etc - refletem a criação de biosociabilidade e coletividades que interseccionam gênero, sexualidade, raça/cor e classe (VALLE, 2016).

No entanto, como fenômeno ainda associado à morte, muito presente no início da epidemia, a aids gerava e ainda gera, sofrimentos, impactos sociais e morais por se correlacionar às questões da sexualidade e alavancar, preconceitos, estigmas e desigualdades. As ideias e crenças que possibilitam às pessoas viverem petrificam-se em estruturas específicas como família, igrejas, entre outras, e são adotadas pelas pessoas que fazem parte dela. A aids, que, na década de 80 foi considerada uma doença punitiva, no contexto de uma sociedade abertamente permissiva, sustentou uma representação ancorada na moral do fenômeno e tornou-se um estigma social (MARKOVÁ; WILKIE, 1987).

Os avanços científicos e tecnológicos proporcionaram o controle e o tratamento da doença, possibilitando melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV e com manifestação clínica da aids. Nesse sentido, a aids atualmente passou a ser classificada como uma doença crônica, a ponto de Silva et al., (2016) caracterizarem-na como uma doença degenerativa, crônica e progressiva, ainda que, as limitações físicas e psicológicas continuem provocando impactos diretos e o estigma se mantenha (SILVEIRA; CARVALHO, 2011; BIEHL, 2011).

Os avanços tecnológicos têm possibilitado à aids ultrapassar a barreira simbólica de morte anunciada e ocupar a posição de uma doença com perspectiva de cronicidade, havendo assim, mudanças de valores, crenças, hábitos e conhecimentos individuais e coletivos (CASTRIGHINI, et al, 2013).

Além da magnitude e da alteração em sua classificação, a aids, no Brasil, apresenta como relevante a característica da ‘pauperização’ o que influencia diretamente a vulnerabilidade à infecção (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000) e, o silêncio que permanece sobre o avanço ‘negrófilo’ da epidemia (WERNECK; LOPES, 2004). Tais aspectos, implicam em novos desafios para a mobilização da sociedade para a construção e implementação de políticas públicas.

No tocante à formulação de políticas, a subnotificação de casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) além de descumprir a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, traz importantes consequências para a resposta ao HIV, vez que mantem desconhecidas informações importantes no âmbito da epidemiologia, tais como número total de casos, comportamentos e vulnerabilidades, dentre outros.

De 1980 a junho de 2016, foram identificados no Brasil 842.710 casos de aids. O país registra anualmente 41,1 mil casos, como média dos últimos cinco anos. Segundo registros do SINAN, de 2007 até junho de 2016, foram notificados 136.945 casos de infecção pelo HIV, entre as mulheres foram 44.766 casos e, a região Nordeste totaliza 13,8% destes casos 18.840. A taxa de detecção de aids no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, no entanto, o Nordeste apresenta uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção de 37,2% e, o Estado da Bahia segue esse incremento. Chama atenção que a maioria dos/as infectados/as encontram-se nas faixas de 20 a 34 anos (BRASIL, 2017).

No aspecto evolutivo da epidemia, a aids apresentou diferenças importantes nas diversas regiões do país. Na região Sudeste, na segunda metade da década de 90 do século XX, a doença avançou entre a população feminina e se constatou a “feminilização da aids”. Agravada, segundo o Programa Nacional de DST/Aids, pelo fato de que 52% dos casos em mulheres no Brasil ocorrem entre aquelas sem escolaridade e que não concluíram o primeiro grau de ensino fundamental (BRASIL, 2007).

A epidemia da aids se mantém relevante para a saúde pública brasileira e, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, a curva ainda é ascendente (BRASIL, 2014). Em Salvador, capital do estado da Bahia, em 2012, foram registados 219 óbitos, sendo 56,6% desses entre adolescentes e adultos jovens (15 a 44 anos) e, 21% em mulheres autodeclaradas pretas/pardas (BRASIL, 2015).

Ressalta-se que, a taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil, apresenta tendência de aumento nos últimos dez anos. As regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram maiores incrementos na taxa; ambas apresentavam taxa de 1,2/1.000 nascidos vivos em 2006, a região Nordeste chegou a 2,0 casos/1.000 nascidos vivos em 2015 (BRASIL, 2017).

Os diferentes momentos na história da aids no Brasil se interligam com a história mais ampla da vida política do país. O contexto histórico da epidemia permite circunscrever momentos distintos vivenciados pelos/as profissionais de saúde em suas

práticas de cuidado e pelas pessoas vivendo com HIV. A década de 80 apresentou características próprias, como o medo, a obscuridade científica e a omissão das autoridades governamentais (COSTA, et al., 2012).

Contrapondo-se a fase inicial, há um segundo momento histórico, no qual o país assume uma posição política importante para o enfrentamento da epidemia, ao sancionar, por exemplo, a Lei 9.313/96 (BRASIL, 1998), que trata da universalização da terapia antiretroviral (TARV) no tratamento da aids. A referida lei retrata, também, a luta de ativistas pró-aids dentro da sociedade brasileira, impelida pelo conhecimento científico mais desenvolvido e pela participação ativa das ONG.

Na segunda década do século XXI, final de 2013, com o intuito de ampliar a expectativa de vida e reduzir drasticamente as chances de transmissão do vírus, após acordo internacional, o Ministério da Saúde implanta a estratégia ‘Tratamento como Prevenção’ (TasP), que envolve testagem ampla, precoce e a imediata oferta de tratamento a todas as pessoas diagnosticadas com HIV, independentemente da carga viral. Para Cohen e Gay (2010), a detecção precoce do HIV é considerada como uma estratégia de prevenção importante.

No Brasil, foi estabelecida uma rede nacional de suporte laboratorial e implantadas redes nacionais de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e de alternativas assistenciais. Mesmo assim, tem-se recomendado, desde o final da década de 90, que os serviços da atenção básica, durante o pré-natal, ofereçam aconselhamento, teste anti-HIV e tratamento com vistas à redução das chances de transmissão do HIV para o feto ou ao recém-nascido (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013), tornando o período gestacional importante para o diagnóstico da infecção.

Algumas mulheres têm o contato primário com as redes de saúde somente no momento do pré-natal/parto, o que torna esse espaço um lugar efetivo na descoberta da soropositividade para o HIV na população feminina. Ao mesmo tempo em que a atenção básica um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações específicas de promoção e prevenção em saúde.

Casos de aids em menores de cinco anos tiveram uma considerável redução, em relação ao ano de 2012, em cerca de 35,8% ao comparar-se com as taxas de 2003 (BRASIL, 2013). O que implica em uma perspectiva positiva no enfrentamento da aids, bastante específica desta população, que a diferencia das demais. Em oposição a esta aquisição, as mulheres enfrentam, em seu cotidiano, a baixa disponibilidade de acesso ao

pré-natal na rede primária de atendimento. Fato que se contrapõe a redução da transmissão pela via vertical.

A aids, mesmo sendo um problema relativamente novo, e com tecnologias assertivas para alguns grupos populacionais, trouxe à tona deficiências muito antigas do atendimento em saúde em todos os âmbitos. No Brasil, a qualidade do pré-natal ainda está aquém do desejável e mesmo que a quimioprofilaxia seja disponibilizada no sistema público de saúde, tanto para as gestantes infectadas quanto para seus filhos, a zidovudina injetável só é administrada em menos de 50% dos partos do total de mulheres estimadas como infectadas pelo HIV (FERNANDES, et al., 2010). A proposta assumida pelo Ministério da Saúde é bastante ousada ao acreditar que com investimento internacional o país conseguirá alcançar a meta 90-90-90 do Unids e acabar com a epidemia até 2030 (BRASIL, 2015).

Em uma análise de políticas de saúde no Brasil, considerou-se que a epidemia exige serviços de referência, tecnologia para prevenção e tratamento, porém sua implementação no SUS é baixa, principalmente na maioria das cidades do interior do Nordeste. Para as autoras, isso possibilita visibilizar os limites da descentralização e da integralidade como dificultadores do acesso aos serviços de saúde e da universalidade do SUS nos últimos 30 anos (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2013).

No Brasil, com a implantação da metodologia de detecção precoce de novos casos, o Ministério da Saúde tem demonstrado preocupação com a dimensão ética da oferta do teste anti-HIV, reconhecendo a necessidade de que essa ação aconteça de forma a garantir a cidadania e o respeito à pessoa humana (BRASIL, 2010). As tecnologias biomédicas de testagem necessitam ser destacadas, pois “representam um momento crítico de ruptura na trajetória pessoal e de reelaboração de identidade” (VALLE, 2016).

Até chegar à denominação de “pessoa vivendo com HIV” (PVH) as representações passaram por modelos ideológicos de construção identitárias como “aidético”, “soropositivo”. Assim, as ideologias mais marcantes como a de inicialmente cupabilizar o sujeito deu vazão ao modelo atual que defende o valor universal do indivíduo e a solidariedade grupal, como apontado em pesquisas recentes (VALLE, 2017). A dinâmica identitária, historicamente, desenrolou-se de modo tenso e emocional.

Ao ser revelado a soropositividade, o mundo oculto do uso das drogas, da promiscuidade e de outras condutas socialmente censuráveis vem à tona e o indivíduo passa a vivenciar um duplo preconceito (SILVEIRA; CARVALHO, 2011). Atentar para os

aspectos da subjetividade, resgatando a integralidade da pessoa que vive com HIV percebendo-a como sujeito participante nas ações de saúde, além de acolhê-la, por meio de uma escuta ativa, se faz necessário durante todo o processo do cuidado.

Ao vivenciar situações de ameaça à sua integridade física ou emocional, as pessoas costumam ficar fragilizadas e, às vezes, não se sentem capazes de resolver solitariamente seus conflitos (OLIVEIRA, 2007). Na última década, a testagem passou a ser uma das principais estratégias da política de aids, através de campanhas públicas, resultando na ampliação do número de pessoas sabidamente “soropositivas”.

Evidências científicas apontam que o tratamento não só é eficaz para o controle da doença e melhoria da qualidade de vida, mas também para a diminuição da transmissão do vírus (COHEN; GAY, 2010). O processo de medicalização mesmo tendo uma importância reconhecida, se dá com sobreposição ao cuidado. A implantação do diagnóstico precoce da infecção e do tratamento das pessoas, não impede que pessoas vivendo com HIV precisem manter em segredo sua soropositividade, devido, principalmente, à sociedade que exclui a diferença com preconceito e estigmatização. É importante considerar que ao ter acesso ao resultado sorológico positivo as pessoas passam a lidar com o caráter subjetivo da doença e do sofrimento social que a aids ocasiona.

As emoções, necessariamente, devem ser foco de preocupação de agravos que impelem à desestruturação da vida social. A aids desestabiliza e reordena, de modo não esperado, trajetórias e projetos de vida, através da experiência de se passar a conviver com a doença (VALLE, 2017).

Pesquisas no campo da antropologia revelaram que as emoções mais aludidas ao se falar em HIV/aids foram: vergonha, medo, tristeza e raiva e, que a experiência da soropositividade é singular na vida das/dos participantes. Ao mesmo tempo, os estudos apontaram que as atividades públicas, assumidas enquanto ativismo, criaram grande ressonância cultural e emocional. Assim, “as emoções precisam ser consideradas de modo complexo, enfatizando as práticas sociais e os agenciamentos pessoais como sendo inevitáveis para seu entendimento”, pois a família e os grupos sociais são transcurados pela dimensão afetiva (VALLE, 2017, p.82).

Após passar-se três décadas da epidemia, a aids impõe a obrigação de reformular a estrutura do cuidado em saúde (SOUZA; SILVA, 2013). As autoras destacam que os(as) profissionais de saúde e os serviços de saúde, agora, necessitam discutir e apresentar respostas às questões até então pouco exploradas no cuidado a saúde, como sexualidade,

perdas e morte. Nesse sentido, torna-se essencial, avançar em temas como violação dos direitos humanos, desigualdades sociais, gênero, geração, estigmas e discriminação, vivenciadas cotidianamente por pessoas que vivem com HIV (URIBE; ORCASITA, 2011). No Brasil, a epidemia apresenta uma face socialmente heterogênea que “cruzou as clivagens de classe, ‘cor/raça’ e as diferenças etárias” (VALLE, 2016, p. 90).

O aconselhamento apresenta-se como uma técnica efetiva para a redução de riscos para a saúde ao propiciar mudanças concretas no comportamento. A finalidade principal do aconselhamento é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal. Além de, em seu aspecto técnico, tornar-se um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das IST/HIV, na medida em que propicia uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção, envolvendo assim o paciente e suas parcerias (BRASIL, 2014).

Novas tecnologias como o regime de antirretrovirais que será de pílula única, a ser administrada uma vez ao dia, com combinação de dose fixa de tenofovir disoproxil fumarato, lamivudina e dolutegravir (DTG) aportam esperança no cuidado para que o acordo acelere a oferta de tratamento com esta terapia antirretroviral de alta qualidade, como parte dos esforços globais para alcançar todos os 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV (UNAIDS, 2019).

Na estratégia do cuidado a pessoa que vive com HIV, a relação com o/a parceiro/a e/ou familiares podem ser facilitadores ou dificultador/a para o engajamento no autocuidado. Pesquisa revela que, muitas mulheres, embora estando cientes da sorologia positiva do parceiro para HIV, mantinham relação sexual desprotegida. Tal atitude ocorre, talvez, pelo descuido com o corpo, impossibilidade de pleitear o uso do preservativo ou condições econômicas e sociais baixas, como supõem os pesquisadores (CECHIM; PERDOMINI; QUARESMA, 2007).

Outra pesquisa aponta um perfil de mulheres vivendo com o HIV, no Brasil, qualificado por mulheres jovens e de baixa escolaridade, que afirmaram não exercer atividade (trabalho) fora de casa (PADOIN, et al., 2015). Para as autoras, os achados do estudo identificam características relacionadas à vulnerabilidade feminina e, as relacionam a exposição sexual e as relações de gênero, uma vez que ainda cabe ao homem decidir sobre as práticas sexuais.

Também é importante na estratégia do cuidado, apontado na literatura, versar sobre os desafios da classificação da orientação sexual dos indivíduos, com base em categorias

de identidades sexuais e de gênero. As definições das identidades sexuais embasadas em categorias fixas como heterossexual, homossexual, bissexual ou lésbica e gay não contemplam aspectos como: variações das identidades, experiências e preferências sexuais dos indivíduos (FOLLER; MONTEIRO, 2012). Os autores criticam as análises acerca da influência dos fatores socioculturais e históricos, centradas em experiências sexuais, por reduzirem a possibilidade de discussões acerca do modo como as práticas sexuais vem sendo abordadas nas pesquisas sociais e epidemiológicas, desde o advento da aids (MONTEIRO, et al, 2014).

O HIV traz à tona, segundo o pensamento freudiano, questões internas, pois confronta o sujeito com a sexualidade “mal praticada”. No caso das mulheres soropositivas confronta-as com a dualidade feminina “puritana x promíscua”, com a qual toda mulher convive e ressignifica a cada momento, devido à necessidade de “investir a libido em novos objetos” ao afastar-se das práticas sexuais (VERAS, 2007, p. 273).

Ainda considerando as ideias de Freud, o corpo é o lugar no qual são colocados os atributos ideais do que nos comercializa o mundo moderno. O corpo torna-se o maior símbolo do autocentramento em que vivemos. O HIV, ao se instalar no corpo e atacá-lo, destrói não só as fantasias inconscientes da sexualidade, mas também o “imaginário social destinado ao corpo e sua importância na construção da subjetividade. Pode-se pensar aí que o sujeito passa a ter que conviver com um corpo desarmado, frente a uma sociedade, que o coloca como fonte de força e poder” (VERAS, 2007, p. 274).

No início da epidemia da aids as campanhas publicitárias incitavam o indivíduo a buscar um conhecimento técnico para se proteger da doença. E não levou em conta as representações (conhecimento popular) existentes, em que a aids estava ancorada em pecado e obscenidades, de modo, que o conhecimento neutro e objetivo das campanhas para o uso do preservativo implicava em prova inconteste de se estar infectado (MARKOVÁ, 2012). Nesse sentido, as questões geracionais também não foram amplamente consideradas.

Assim, pensar a categoria geração implica, inicialmente, conceituar geração. “A geração representa a posição e atuação do indivíduo em seu grupo de idade e/ou de socialização no tempo” (BRITTO-DA-MOTTA, 2010, p.175). O conceito de geração tem sido um tema relevante nas ciências humanas e sociais desde Augusto Comte e Karl Mannhein. Nos debates contemporâneos, há uma tentativa de repensar o conceito de geração a partir de uma perspectiva histórica. Pesquisadores brasileiros, a exemplo de

Tomizaki e Leccardi, discutem a atualização do conceito e sua articulação com as categorias empíricas de infância, juventude, maturidade e velhice (FEIXA; LECCARDI, 2010).

Para os autores citados, a categoria geração, apesar de antiga, é menos explorada quando se toma a relação com a saúde. Nesse sentido, o conceito de geração passou por diferentes interpretações desde seu aparecimento no campo das ciências humanas e sociais, na segunda metade do século XIX (FEIXA; LECCARDI, 2010).

Nos estudos mais recentes, quando a categoria é explorada, subvertem-se os fundamentos teóricos, fracionando e simplificando sem considerar a perspectiva relacional e a complexidade que a categoria congrega (TOMIZAKI, 2010). Nominando-as: infância, juventude, maturidade e velhice (EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013). Na visão das autoras, geração é percebida como processo de construção da responsabilidade civil, apenas como divisão de faixa etária.

Além disso, é decodificada erroneamente por não se apropriarem de sua dinamicidade com a cultura e o modo de vida que determina a construção de identidade nas diferentes faixas etárias (CUBAS; EGRY, 2007). Em oposição a esta percepção, a categoria geração permite avaliar vulnerabilidades de grupos que se encontram em polos que necessitam de maior proteção.

Nesse sentido, ao desconsiderar a dinâmica geracional como elemento de uma ordem social e cultural mais ampla, muitos estudos tendem a descuidar da complexidade de sua conformação. Reduzindo, assim, a compreensão dos fenômenos que se propõe a debater (COSTA-JÚNIOR, 2015). Para o referido autor, o enfrentamento da doença e suas possibilidades dependeriam das trajetórias individuais e dos estilos de vida dos sujeitos, em contextos sociais tecidos a partir de condições heterogêneas de vida.

Reafirmando a dificuldade conceitual de perceber-se a “condição geracional, a posição geracional do sujeito ou mesmo a dinâmica social do ponto de vista das relações entre as gerações”, a antropóloga justifica que tanto o aspecto multifacetado decorrente da polissemia do termo, quanto à intercambialidade dos termos que a definem e dos lugares sociais a que se referem, conferem ambiguidade conceitual (BRITTO-DA-MOTTA, 2010, p. 56).

A mudança de idade de cada indivíduo a cada ano, a gestação de uma nova geração a cada nova pulsação da vida social, deve significar o fazer-se estrutural de uma dimensão da vida social tecida com afetividade e relações de poder. A vida social é complexamente

imbricada com outros sistemas de relações, expressões das dimensões de gênero e classe social. Tal complexidade, para os estudiosos, que se debruçam sobre as mudanças de idades e gerações e seus conflitos no tempo é perturbadora (BRITTO-DA-MOTTA, 2010).

Outro conceito que importa desmitificar é o de etarismo, que no contexto organizacional é percebido como “processo de estereotipação sistemática e discriminação contra pessoas por elas serem velhas”, ou seja, consolida o fenômeno do preconceito etário (LOTH; SILVEIRA, 2014, p. 24). A Teoria da Identidade Social estuda o movimento identitário, que alterna a percepção de pertencimento e não pertencimento a uma categoria social (HALL, 2006; MENEZES, 2010).

Para a Antropologia do Curso da Vida descrita por Henning e Braz (2017), esclarece, sobre este campo de estudos, que se faz necessário tecer uma problematização sobre o caráter substantivo das idades, desvelando, assim, as variabilidades histórico-culturais em que se localizam as elaborações simbólicas das fronteiras entre as fases da vida.

Vale salientar que entre as formas de medida de idade temos a idade biológica funcional que é conceituada como idade do sistema do corpo, e a idade cronológica que é concebida como o tempo em que habitamos na terra desde o dia em que se nascemos. Para além, os estágios de maturação ou processo de mudanças desenvolvimentais classificam-se como sendo outras medidas de idade (BEUNEN, 2009).

As categorias geracionais instituem incubações analíticas complexas que se propõem a explicar/compreender as condições visíveis que são vivenciadas por sujeitos. Neste sentido, tais categorias tornam-se respeitáveis para a compreensão das condições de saúde e vulnerabilidades de indivíduos (COSTA-JÚNIOR; COUTO, 2015). A conjuntura histórica na qual se inscreve as gerações de mulheres que vivem com HIV a partir dos anos 2000 será o recorte aqui definido.

A infecção pelo HIV revela a tendência de juvenização da epidemia, justificada pelo início precoce da vida sexual, pela necessidade de aceitação em grupos sociais, pelo consumo de álcool e outras drogas, além da questão de gênero.

A classificação segundo critérios etário, de orientação sexual e gênero, perdeu força no cenário da aids e o “jovem vivendo é um personagem ao mesmo tempo epidemiológico, político e moral” (CUNHA, 2012). Para a autora, o jovem desponta no quadro de notificações de novas infecções pelo HIV e, o sentido ideológico da construção deste

personagem não segue descolado de uma série de movimentos sociais e políticos mais amplos e diversificados da epidemia.

Nesse sentido, imprimir uma categoria analítica (jovem vivendo), para tentar “dar conta do conjunto de modificações materiais e simbólicas que permitiram construir na “história da AIDS” uma “AIDS de antes” como uma “narrativa catastrófica”, que compila falhas, frustração e sofrimento, e uma “AIDS de agora”” (CUNHA, 2012, p. 73). A pesquisadora ressalta em seu estudo que a sexualidade de jovens vivendo é um ponto central de controvérsias que consubstancia um tema a ser explorado, divulgado e desmistificado.

As pretensões e necessidades de adolescentes que vivem com HIV tendem a ser restringidas se comparadas com outros adolescentes de sua idade, Sehnem et al., (2015) explica que a condição de soropositividade, por si só, fosse a razão suficiente para que as práticas de autocuidado com a saúde, vida afetiva, sexual e reprodutiva não merecessem planos e investimentos.

Assim, a “qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids está estreitamente associada às políticas sociais e aos serviços públicos garantidos por cada nação, em resposta às lutas sociais, portanto, uma história situada e datada” (VIEIRA, 2011, p.2)

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria das Representações Sociais (TRS) oferece potencialidade ao estudo da vivência da sexualidade por meio de duas abordagens teórico-metodológicas que compõem seu domínio, a saber: abordagem estrutural e dialógica (ABRIC, 2004; DOISE 1985; MARKOVÁ, 2006). A TRS, como vertente do conhecimento científico, fornece um instrumental profícuo para o estudo das simbolizações circulantes nos diferentes grupos por meio das conversações e das práticas de pessoas que vivem com HIV.

O estudo da representação busca dar “sentido à pessoa enquanto agente ativo numa dada sociedade” (VALSINER, 2015, p. 29). De modo que, sob a perspectiva de Doise, Jodelet e Marková, a teoria das representações sociais, ao defender uma pesquisa mais interventiva e orientada para mudança, aponta na direção de atentarmos para os contextos sociais (JODELET, 2015). Nesse sentido, esse capítulo versa sobre os aspectos gerais da TRS.

3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O termo representações sociais, cunhado por Moscovici há cerca de 50 anos, no campo da psicologia social, advém do pensamento de Emile Durkheim sobre as representações coletivas. Porém, foi com Piaget, ao estudar a representação de mundo da criança, que se concretizou o primeiro passo para tornar a ‘representação’ um fenômeno e não mais apenas um conceito. A partir de então, as representações sociais “devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos” (MOSCOVICI, 2012 p. 46).

A TRS pode ser definida como um conjunto de conceitos articulados que têm origem nas práticas sociais e diversidades grupais cujas funções são dar sentido à realidade social, produzir identidades, organizar as comunicações e orientar as condutas individuais e coletivas (SANTOS; ALMEIDA, 2005). Também é, compreendida como uma construção teórica desenvolvida pela corrente sociopsicológica, denominada pensamento social, que se dedica a investigação dos processos cognitivos e construtos. Enquanto teoria propõe a análise sociopsicológica, no sentido de fornecer uma compreensão mais ampla dos fenômenos de interação social.

As representações sociais, se compreendidas enquanto fenômeno e, descritas através de técnicas metodológicas que possam ser adequadas, possibilitarão a oferta de um “referencial interpretativo tanto para tornar as representações visíveis, como para torná-las inteligíveis como forma de prática social” (MOSCOVICI, 2012 p.25).

A Teoria das Representações Sociais trabalha com uma gama de elementos que envolvem teorias científicas, ideologias e experiências vivenciadas na vida cotidiana e também com questões pertinentes à linguagem, psicanálise, psicologia, sociologia do conhecimento e psicossociologia. Como o próprio Moscovici afirma, as representações sociais “[...] constituem uma organização psicossociológica, uma forma de conhecimento particular de nossa sociedade e é irreduzível a qualquer outra” (MOSCOVICI, 1978; p.111).

O estudo sobre representação social se ocupa da análise do conhecimento produzido no cotidiano, entretanto, não é possível afirmar tratar-se de uma sociologia do cotidiano, embora volte-se para o exame do processo de construção da realidade a partir das relações sociais, tal como o faria uma sociologia do conhecimento do mundo da vida (SILVA, 2019).

Segundo Doise (1985), a TRS, é um estudo científico do senso comum por considerar que o conhecimento varia conforme inserções específicas num contexto de relações sociais e que implicará em uma identidade de grupo que orientará as práticas sociais. Nesse sentido, as representações sociais tanto são normativas, inserindo objetos em modelos sociais, quanto prescritivas servindo de guia para ações e relações sociais (MOSCOVICI, 2012).

As representações sociais intervêm nas atividades cognitivas e ao mesmo tempo são independentes dela. Isso implica na existência de duas funções das representações: convencionalização de objetos, pessoas, ou acontecimentos e prescritiva. A convencionalização pressupõe objeto/pessoa/acontecimento em uma categoria ou modelo; já a função prescritiva é compreendida como a combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que comecemos a pensar, sendo acompanhada de uma tradição que “decreta o que deve ser pensado” (MOSCOVICI, 2012 p. 36).

A palavra ‘cognitivo’ se aplica a qualquer tipo de processamento de informação em seu sentido muito geral. As representações sociais estão relacionadas ao pensamento simbólico e à linguagem. A cultura desempenha um papel importante na formação das representações sociais e as perpetuam ou reciclam e propagam e/ou difundem através do discurso público.

No campo da ciência, o senso comum é compreendido enquanto ‘vulgarização’ da ciência, ou seja, senso comum é a ciência tomada comum. Para a TRS o senso comum está continuamente sendo criado e recriado nas sociedades com a popularização dos conhecimentos científicos e tecnológico (MARKOVÁ, 2006). A ponto de Moscovici afirmar que “do mesmo modo como alguém pode pensar um sistema de representações que forma um conhecimento científico, alguém pode pensar um sistema de representações que forma um conhecimento do senso comum” (MOSCOVICI, 2012 p. 317).

As representações sociais são conceituadas como conhecimento prático que se constituem a partir das relações sociais, o que lhe possibilita ser um quadro de referência que dá sentido ao mundo. Uma teoria que pode ser “simultaneamente psicossocial, antropológica e histórica” (SPINK, 2013 p. 13). Se em um sentido a representação é “um processo social de comunicação e discurso”, em outro sentido, é vista como atributos individuais acessíveis e compartilhados; as representações sociais se manifestam de maneira dialógica nos discursos (WAGNER, 2000, p. 3).

Em sua discussão epistemológica, a representação é estruturada nas dimensões: imagem, atitude e informação. E, organizada por imagens icônicas do objeto representado; pela posição adotada com orientação favorável ou desfavorável ao objeto; e, por conhecimentos expressos a respeito do objeto. Sua estruturação e organização lhe possibilitam legitimidade para compreensão científica dos fenômenos humanos (MOSCOVICI, 2012).

Para a TRS a necessidade de darmos familiaridade a ideia de objetos e/ou seres não-familiares põem em função dois mecanismos do processo de pensamento que se baseiam na memória e em condições passadas, chamadas de ancoragem e objetivação (MOSCOVICI, 2012). Assim, ancorar ideias estranhas implica buscar na memória categorias ou imagens comuns que possibilitem colocá-las em um contexto familiar. Para o processo de objetivar tais ideias é o mecanismo de transformar algo abstrato em algo quase concreto, de modo quase a transpor o que está na mente em algo que exista no mundo físico. Jodelet, em seu estudo sobre a loucura reajusta, na voz dos aldeões, que os termos “idiotas, vagabundos e epiléticos” foram transferidos, sem modificações, para os doentes mentais; ancorar é classificar e dar nomes a alguma coisa. De modo que ao nomear algo nós o libertamos do anonimato perturbador para dotá-lo de uma “matriz de identidade em nossa cultura” (MOSCOVICI, 2012 p. 66).

Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, de modo que um conceito se reproduz em uma imagem. E, quando essa imagem é totalmente assimilada o que é percebido substitui o que é concebido e o processo de objetivação se completa, pois o objeto passa a ter um sentido e ser o que significa. Então, ancoragem e objetivação são modos de lidar com a memória. A primeira classifica e nomeia, enquanto a segunda tira da memória os conceitos e imagens tornando o desconhecido em familiar (MOSCOVICI, 2012).

Nesse sentido, há o entendimento de que representações são instituições que partilhamos e que elas existem antes de termos nascido dentro delas; nós formamos novas representações a partir das anteriores ou manifestamos posicionamentos contra elas (MARKOVÁ, 2012).

De acordo com os princípios de racionalidades distintas, admite-se um universo consensual¹ e outro reificado² dentro da mesma cultura e da mesma sociedade. Há que se observar, no processo da elaboração das representações sociais, os contextos da comunicação em que as representações são elaboradas e, assim, as diferenças e contrastes socialmente demarcados e reforçados as distingue. O conhecimento reificado estabelece explicações imparciais e independentes das pessoas; o consensual prospera por meio da negociação e aceitação mútuas (MOSCOVICI, 2012).

As representações são ferramentas mentais que se operam em experiências individuais em variados contextos. Distintas representações podem conviver, mesmo se novos e velhos tipos entrem em contradição (MOSCOVICI, 2012). Ainda que as RS sejam acessadas por meio do discurso, elas são aclaradas pelos nexos que estabelecem com o entorno sociocultural.

A TRS busca tanto dentro da psicologia social como fora dela possibilidades de reconstrução teórica, epistemológica e metodológica o que a torna uma teoria específica da psicologia social, porém considerada um “empreendimento interdisciplinar” (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2013). Nesse sentido, identificar o conteúdo do conhecimento do senso comum foi o interesse da teoria desde seu início. As RS nos

¹Universo consensual- Espaço do senso comum.

²Universo reificado- Espaço do pensamento crítico, elaborado com as preocupações, objetividade e rigor metódico (MOSCOVICI, 2012).

mostram que algo ausente se acrescenta e algo presente se modifica e, que esse jogo dialético possui uma significação maior (MOSCIVICI, 2012a).

É necessário desfrutar do instrumental teórico profícuo ofertado pela TRS para pesquisas que “buscam compreender o conhecimento construído no cotidiano, nas múltiplas dimensões que compõem os universos subjetivo e social” (NOVAES; ORNELLAS; ENS, 2017, p. 1.007). Nessa perspectiva, é pertinente pensar que o indivíduo é gerado pelas inter-relações e, nesse movimento, subjetivamente, constrói e reconstrói seu cotidiano, enquanto sujeito situado, considerando que:

Os meios de comunicação de massa passaram a produzir, circular e cristalizar imagens discursos e significados de medo perigo e violência sobre a epidemia da Aids, o que nos permite pensa-la como um fenômeno cultural que vem sendo reconfigurada historicamente nas últimas três décadas (VALLE, 2017, p. 83).

Neste estudo, o critério denominado de holomorfose na TRS, segundo o qual as representações sociais sempre contêm referências à pertença grupal, por ser parte da identidade social, adquire importância vez que as representações sociais trazem meta-informações sobre o grupo. Cada indivíduo vinculado a um grupo possui, virtualmente, conhecimento sobre como outros membros se comportariam numa dada situação ou pensariam sobre ela (WACHELKE; CAMARGO, 2007). Esse critério é útil para distinguir entre representações sociais e individuais, ao passo que outros aspectos funcionais, estruturais e de compartilhamento podem não sê-lo (WAGNER, 1998).

A fonte primeira de todo conhecimento é o cotidiano e o vivido, que pode ser ‘olhado’ de forma direta como racismo, religião ou de maneira indireta como o medo diante do contágio pelo HIV. Cada pesquisador/a tentará apreender esse fenômeno segundo um método. Nesse estudo, nos abordaremos nas abordagens estrutural e dialógica da TRS.

3.1.1 TRS – Abordagem estrutural

A ideia fundamental da abordagem estrutural é dentro do conjunto de cognições presentes no campo de um objeto de representação. Alguns elementos têm um papel diferente dos demais e o núcleo central desenvolve duas funções: genética, que cria ou transforma seu significado, e outra organizadora, assegurando a unidade e a estabilidade (ABRIC, 2005). O modelo do núcleo central, como estratégia metodológica ao recolher dados por via qualitativa, foi desenvolvido por Claude Flament, Jean C. Abric e Pierre

Vergès e possibilita o estabelecimento de aceitáveis diálogos interdisciplinares no processo de análise de dados.

A teoria do núcleo central (TNC) que compõe a TRS foi elaborada por Abric, Flament e Guimelli, na década de 90, e estabelece que cada representação social é composta de elementos cognitivos, ao redor dos quais estão ordenados outros elementos cognitivos. Os elementos centrais expressam permanência e uniformidade social e, os periféricos, diversidade.

O conhecimento do conteúdo de uma RS não é suficiente para seu conhecimento e definição, pois “duas representações serão consideradas idênticas se forem organizadas em torno de mesmo núcleo central, mesmo se o conteúdo for extremamente diferente” (CAMPOS; LOUREIRO, 2003, p. 38). Sob a perspectiva de Abric (1994) a TNC apresenta elementos complementares à TRS ou grande teoria, pois se ocupa do conteúdo cognitivo organizado e estruturado. Desse modo o autor propõe que o conteúdo da representação se constitui um sistema central e um periférico com particularidades e funções distintas. Essa organização estrutural tem natureza hierárquica, isto é, seus sistemas de cognições são interligados e diferenciam-se quanto a suas naturezas e funções relativas à representação.

A TRS em sua abordagem estrutural possibilita conceber as representações sociais como estruturas de conhecimento sobre temas da vida social, compartilhadas por grupos e formadas por elementos cognitivos ligados entre si. A TNC que fundamenta a abordagem estrutural defende que as representações sociais são um duplo sistema composto por dois tipos de elementos: um núcleo central e o sistema periférico.

Como proposta de trabalhar a abordagem estrutural Abric descreve que:

O núcleo central é o elemento essencial de toda representação constituída e que ele pode [...] superar o simples quadro do objeto da representação para encontrar sua origem diretamente nos valores que transcendem e que não exigem nem aspectos figurativos, nem esquematizações, nem mesmo concretização (1994, p. 21).

Sob a perspectiva estrutural, o núcleo central apresenta elementos complementares à TRS e se ocupa do conteúdo cognitivo organizado e estruturado. O conteúdo da representação se constitui num sistema central e noutro periférico, com particularidades e funções distintas. Na abordagem estrutural o “núcleo é composto por um conjunto restrito de elementos que definem a representação social e a organiza” (WACHELKE; WOLTER, 2011, p. 521).

Para Moscovici (2012, p. 31) a “invisibilidade não se deve a nenhuma falta de informação devido à visão de alguém”, pois ao aceitarmos fatos que são básicos sem discussão, não teremos como transpor a realidade. Fundamentamos nosso estudo nas representações sociais, tendo em vista que as mesmas se constituem em uma passagem que nos permitirá atingir os propósitos delineados e a investigação sobre o modo como se formam e funcionam os sistemas de referência que utilizamos para classificar pessoas e grupos. Pois, facultam interpretação dos fenômenos e acontecimentos da realidade cotidiana, nesse caso, sobre sexualidade de mulheres vivendo com HIV.

Na TNC, o núcleo, que é fortemente partilhado pelo grupo, é composto por um conjunto circunscrito de elementos que define a RS e a organiza. O sistema periférico, por possuir natureza condicional, têm caráter mais flexível e prático, moldando a representação às experiências cotidianas e abarcam a maior parte dos elementos da representação (SÁ, 2015; WACHELKE; WOLTER, 2011).

O conhecimento da estrutura permite o estudo comparativo entre representações assim como a compreensão dos processos de transformação da mesma. Assim, a TNC consiste em conceber as representações conforme conjuntos “estruturados, organizados e hierarquizados” o que afirmaria a concepção de uma representação submetida à influência do contexto discursivo e do contexto social (CAMPOS; LOUREIRO, 2003, p. 36).

Vérgès propôs a análise prototípica onde às palavras com frequência alta se distinguem das com frequência igual ao valor de corte estabelecido e situam-se na zona de baixa frequência (WACHELKE; WOLTER, 2011). Nesta classificação, em zonas de frequência, para a coordenada de ordem de evocação define-se que são as palavras com baixas ordens de evocação ou lembradas primeiro que trazem maior interesse nas representações.

A análise prototípica baseia-se, também, no princípio segundo o qual, o quanto antes uma pessoa se lembra de uma palavra, maior é a representatividade dessa palavra num grupo composto por pessoas com perfil semelhante. Na TNC os critérios de frequência e ordem de evocação se complementam e proveem indicadores para caracterizar a saliência de uma palavra num corpus gerado a partir de um grupo, de modo que termos que apresentem frequências muito maiores que os demais componentes da zona do núcleo, seja possível afirmar que se trata de um elemento central. Segundo Sá (2015), a TNC torna a teoria das representações sociais mais heurística para a prática social e para a pesquisa.

3.1.2 TRS – Abordagem dialógica

O conceito de dialogicidade foi aplicado ao conhecimento social e à TRS de Moscovici em 2003, pela teórica Ivana Marková, o que lhe proporcionou a força conceitual que compôs a temática norteadora de sua obra (PALLÚ; LAROCCA, 2017). Assim, na hipótese adotada por Marková, o “pensamento humano e a linguagem são gerados a partir da dialogicidade” (MARKOVÁ, 2006 p. 94).

O estudo da dialogicidade com base na TRS pressupõe “que o pensamento social e a linguagem são fenômenos em ritmo de mudanças, e que os tipos diferentes de conhecimentos sociais coexistem na comunicação, podendo servir a propósitos diferentes” (PALLÚ; LAROCCA, 2017, p. 182). A abordagem contribui para a compreensão daquilo que Moscovici chamou de uma atividade através da qual os homens tornam a realidade inteligível (NOVAES; ORNELLAS; ENS, 2017).

Dialogicidade é a “capacidade fundamental da mente humana em conceber, criar e comunicar as realidades sociais” (MARKOVÁ, 2006, p15). Para a autora, dialogicidade não é mais entendida no sentido Baktiniano, do início do século passado, com a lógica e com a natureza não-humana; atualmente, preocupa-se com a existência humana e comunicativa. O processo marcado pelo conflito de tentar mudar a perspectiva do outro e confirmar a sua, através da relação dialógica entre o *Ego* e o *Alter*, sustenta a ideia de que as realidades sociais são criadas pela mente humana (MARKOVÁ, 2006).

A dialogicidade apresenta como categorias essenciais: sua natureza multifacetada, multivocal e polifásica³. De modo que, o fenômeno comunicativo é compreendido como algo tenso e potencialmente aberto/oculto de interpretações (PALLÚ; LAROCCA, 2017).

A abordagem dialógica compreende que as representações sociais preocupam-se com fenômenos bastante específicos que precisam ser analiticamente descobertos. Então, o triângulo semiótico dinâmico (*Alter-EGO-Objeto*), por ser unidade básica da teoria do conhecimento social e ter sustentado as proposições apresentadas por Moscovici, proporciona-lhe alteração de epistemologia estática para uma epistemologia dinâmica.

Essa abordagem enfatiza a dinâmica e a historicidade. Pois, o conhecimento social, nas palavras da autora é “o conhecimento em comunicação e o conhecimento em ação. E, não pode haver conhecimento social a menos que seja formado, mantido, difundido e

³ Categorias essências da dialogicidade:

transformado dentro da sociedade, entre indivíduos ou entre indivíduos e grupos, subgrupos e culturas” (MARKOVÁ, 2006, p.27).

O conceito de dialogicidade desenvolvido por Rosenzweig, Bauer e Bakhtin que consideravam aspectos da comunicação como o da interação eu/outro, diferenciavam-se de outros estudos à época, vez que, não consideravam tal interação (CARVALHO, 2009). Para a autora citada, Marková contribui de maneira relevante com a TRS ao discutir o papel da linguagem e da dialogicidade agregando essa discussão à Psicologia.

A escolha lexical demonstra que “cada palavra se apresenta como uma arena em miniatura onde se cruzam e lutam valores sociais” (BAKHTIN; VOLOCHINOV, 1979, p.66). Vale ressaltar, que as representações sociais comportam o valor semântico das escolhas lexicais e, no processo de produção do discurso e do sentido, as representações sociais se projetam (LEITE, 2013).

Ao integrar o conceito de diálogo ao de representações sociais, nesta abordagem, o pensamento em oposição não nega ou exclui outras formas de conhecimento, pois o pensamento ocorre de diversas maneiras e toma rotas diferentes (NOVAES; ORNELLAS; ENS, 2017). Assim, diferentes problemas requerem tipos de pensamentos diferentes.

A ideia de antinomia, existente desde a Grécia Antiga, emergiu na teoria hegeliana do conhecimento social. A ideia de antinomia, ou seja, oposições, distinções, polaridade, é fundamental para o pensamento e para a comunicação. Vale ressaltar que a teórica Marková centra sua atenção no pensamento em antinomias como a ferramenta conceitual para o desenvolvimento de sua teoria (CARVALHO, 2009; PALLÚ; LAROCCA, 2107).

Nesse sentido, a representação social expressa uma natureza de saber prático, decorrente de interação, assimilação e formas de interpretar o mundo, que são produzidos coletivamente por práticas e discursos sociais – linguagens. As representações, assim geradas, têm uma base cognitiva e afetiva possibilitando pesquisas que se preocupam em como integrar dimensões afetivas e cognitivas na análise.

De tal modo, a sexualidade de mulheres com HIV, por se constituir em um objeto sensível, devido à relação direta com os campos do comportamento sexual, do estigma e da saúde, constitui-se, em fenômeno próprio de ser estudados pela Teoria das Representações Sociais que tem como aspiração elucidar, que as razões para se criarem essas representações são o “desejo de tornar familiar o não familiar” (MOSCOVICI, 2012, p.206).

Analisar uma situação de produção de sentido sobre a sexualidade, por suas especificidades, “tem efeito sobre o modo como os sujeitos se situam relativamente aos discursos que circulam no espaço social e a sua apropriação” (JODELET, 2015, p.64). Segundo a autora, sob o olhar de Schultz é a significação da nossa experiência que constitui a realidade e assim, qualifica o senso comum como saber.

Para Spink (2013) a significação da sexualidade é possível ao visibilizar aspectos do pensamento individual e o sentido pessoal que é dado à determinada experiência. Nesse sentido, as RS podem ser consideradas “matéria-prima para a análise do social e também para ação pedagógica-política de transformação, pois retratam e refratam a realidade segundo segmento da sociedade” (MINAYO, 2013 p.91).

Com base nessas observações escolhemos trabalhar com a abordagem dialógica das representações sociais para melhor captar a percepção de mulheres com doenças crônicas. A escolha desta abordagem socio-representacional é motivada pela sua originalidade e adequação neste contexto por suas qualidades descritivas. Essa abordagem se refere ao pensamento comum e ao senso comum (ROUQUETTE, 2009) e vários estudos demonstram a contribuição da TRS na psicologia e na saúde (APOSTOLIDIS; DANY, 2012; BRYANT; HARRISON, 2015). Essa escolha permitirá a aquisição de dados essenciais para a compreensão da sexualidade e sua consideração no campo do cuidado por fornecer um corpus teórico e metodológico rigoroso.

4. PROCESSO METODOLÓGICO

Ao definir um procedimento para medir processos em ciências sociais, se define em que “nível o fenômeno em questão será mapeado” (WAGNER, 2013 p. 123). A decisão metodológica constitui, nesse sentido, uma parte do processo de interação com o objeto do qual pretendemos nos aproximar, a sexualidade.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi do tipo exploratória, pois se caracterizou como aquela que possibilitou à investigadora “propor um novo discurso interpretativo para o fenômeno que descreve” na busca das interconexões sistemáticas com o contexto do objeto pesquisado (MINAYO, 2016 p.17). Trata-se, no tocante à sua natureza, de uma pesquisa qualitativa com abordagem multimétodos e enfoque teórico-metodológico na TRS. A pesquisa qualitativa se preocupa com o significado dos fenômenos e processos sociais, privilegiando as crenças, valores e representações sociais (MINAYO, 2014). Para a autora citada, essa abordagem metodológica possibilita uma maior apreensão da realidade, das ações dos comportamentos, dos sentimentos que, em conjunto, implicam no conhecimento que desejamos alcançar ao atuarmos com a matéria-prima das vivências e experiências de mulheres.

Em decorrência da utilização de *softwares*, algumas mensurações e tratamentos estatísticos como análise fatorial de correspondência e análise de co-ocorrências, foram acrescidas no intuito de consubstanciar os resultados, no entanto, trata-se de um estudo qualitativo e orientado pela TRS.

Esta pesquisa se pautou, em parte, na abordagem estrutural da TRS. Para se chegar ao conteúdo e estrutura se utilizou de evocação de palavras. A palavra evocada tem vários significados na língua portuguesa, mas, como uma projeção mental, ela traz à lembrança, à imaginação, algo que está fixo na memória dos indivíduos (OLIVEIRA, et al., 2005). O Teste de Associações Livres (TALP) permite restringir as dificuldades e os limites das expressões discursivas sendo comumente utilizada nas pesquisas de representações sociais.

Também foi pautada na abordagem dialógica. Para tanto a técnica de análise de discurso deu sustentação metodológica para a análise do material empírico advindo das entrevistas. A análise de discurso devolve ao texto sua incompletude ao acenar para um

“jogo de múltiplas possibilidades interpretativas, para o contexto que o gerou, para a ideologia nele impregnada e para as relações dos atores que o tornam possíveis” (MINAYO, 2014, p.321).

Ainda no plano metodológico foi desenvolvida a abordagem plurimetodológica que permitiu trabalhar a complexidade do fenômeno representacional e nos apoiou na estratégia de triangulação de dados, articulada sobre diferentes perspectivas metodológicas de coleta e análise dos dados, para estudar o fenômeno da sexualidade de mulheres vivendo com HIV.

4.2 CAMPO DE ESTUDO E PARTICIPANTES

A pesquisa foi desenvolvida no município de Feira de Santana, Estado da Bahia, principal eixo rodoviário do Norte/Nordeste do país, cuja população é de mais de setecentos mil habitantes, destes, 292.643 são do sexo feminino (IBGE, 2016). Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde revelou que o grau de preconceito, em relação a pessoas que vivem com HIV, é alto entre os mais pobres e aqueles que residem na Região Norte/Nordeste do Brasil (PCAP, 2011).

No que se refere à saúde, o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) é prestado por unidades da rede municipal, estadual e federal. A unidade selecionada como campo de estudo caracteriza-se como um serviço de atenção especializada (SAE) de média e alta complexidade.

As SAE propiciam a reflexão dos/as usuários/as sobre sexualidade e gênero, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos com atendimento gratuito e sigiloso compondo a Linha de Cuidado Integral ao HIV conforme normatização do MS (BRASIL, 2016). Nesses serviços atuam equipes multiprofissionais com relações horizontais e comunicativas que oferecem atenção, sob modelo centrado na pessoa e nos princípios de confidencialidade, com escuta ativa das demandas culturais e psicossociais dos/as usuários/as.

Participaram da pesquisa mulheres atendidas na unidade SAE da rede municipal de saúde, por ser a única em funcionamento no município e atender a cerca de 1.200 mulheres que vivem com HIV na microrregião de Feira de Santana. As participantes foram escolhidas por amostragem tipo conveniência, desde que atendessem aos critérios pré-definidos. Na determinação da amostra, que constituiu o banco de dados, levou-se em

consideração o item assinalado por Minayo (2016) onde uma amostra pode ser considerada ideal quando for capaz de elucubrar a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

Sendo a saturação um termo criado por Glaser e Strauss em 1967 com o intuito de referir-se a um período do trabalho de campo, onde a coleta de novos dados não apresentaria novos esclarecimentos para o objeto em estudo. O termo saturação impregna uma sensação de praticidade e, ao mesmo tempo desencadeou controvérsias (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). O tamanho da amostra e seu desenho dependem de um processo ativo de reflexão, ao tempo em que não devem ser pensadas por quantidade e nem carecem de ser sistemáticas, no entanto, devem ser a mais abrangente possível e cuidar rigorosamente da seleção dos participantes (MINAYO, 2017).

Nesse sentido, uma “quantidade consensual seria de, pelo menos, 20 a 30 entrevistas para qualquer tipo investigação qualitativa” (Minayo, 2017 p. 6). A definição da amostra, para os dados aqui coletados, considerou além dos elementos expostos acima, os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos e especificidade da temática e do grupo social das participantes. Assim, para cada técnica de coleta utilizada houve necessidade de se estabelecer um tamanho de amostra, que propiciasse o processo de triangulação de dados, tendo como base a Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 do Ministério da Saúde que dispõem sobre as especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais.

As representações de um único e mesmo objeto social “estão presentes em vários estados de elaboração em diferentes subgrupos e incluem aspectos diferenciados do objeto que variam na relevância que tem para cada subgrupo” (WAGNER, 2013 p.133). Ao buscar uma unidade social mais ampla a pesquisadora teve a possibilidade de avaliar, em tese, a totalidade das versões existentes em uma representação.

Formaram-se quatro grupos de participantes em diferentes ciclos da vida, por evidenciarem uma tendência à homogeneização dos comportamentos como: 1- mulheres na faixa etária entre 18 e 29 anos; 2- mulheres entre 30 e 44 anos; 3- mulheres de meia-idade entre 45-59 anos; 4- mulheres idosas com idade acima de 60 anos. Assim, considerando que cerca de 36,7 milhões de pessoas vivem com HIV; sendo 34,5 milhões na fase adulta e 17,8 milhões são mulheres acima dos 15 anos, acreditamos que o recorte proposto, em diferentes ciclos da vida, fortalece a perspectiva metodológica adotada.

Tomamos como parâmetro para classificar a população jovem a faixa etária de 15 a 29 anos, estabelecida no Brasil, após a aprovação do Estatuto da Juventude pela Lei nº 12.852/2013 e por se constituir uma categoria sociológica (BRASIL, 2017a). Para compor

o primeiro grupo de mulheres (1ª geração) a conformação se deu a partir dos 18 anos evitando-se limitações éticas devido à temática de estudo. Assim, o ciclo considerado jovem foi composto por mulheres entre 18 e 29 anos.

Conforme dados da Organização das Nações Unidas (ONU), cerca de 50% da população mundial possui até 25 anos e aproximadamente 59% das novas infecções por HIV ocorreram entre mulheres jovens de 15 a 24 anos de idade. Na América Latina um terço das novas infecções ocorre em jovens de 15 a 24 anos (PAHO/UNAIDS, 2017) evidenciando, portanto, a necessidade de investigação com recorte etário na população jovem (1ª geração).

A idade adulta se caracteriza, em sociedades capitalistas, como a idade produtiva e apta ao consumo de bens. No Brasil, a faixa etária de 30 a 44 anos compreende a idade adulto jovem e a faixa 45 a 59 anos a chamada meia-idade (ANTUNES; SILVA, 2013). A Conceção da meia-idade expressa um momento de vida, mais específico de pessoas, dentro da faixa etária denominado de idade adulta e inserido no processo de envelhecimento humano. Estudos vêm delimitando a meia-idade como período dos 45 a 59 anos (COSTA-JÚNIOR; COUTO, 2015; MARI, et al, 2016). É na meia-idade feminina que sobrevém a cessação da capacidade reprodutiva, marcada pela menopausa, ou seja, pela última menstruação, geralmente, entre 45 e 55 anos.

Assim, neste estudo, o grupo chamado adulto jovem foi composto por mulheres entre 30 e 44 anos (2ª geração) e o chamado de meia-idade contemplou mulheres entre 45 e 59 anos (3ª geração). Ressaltamos que a maior concentração de participantes vivendo com HIV, nesse estudo, encontra-se nestas faixas etárias.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que, em países em desenvolvimento, é considerada idosa a pessoa que tem 60 ou mais anos de idade. No Brasil o crescimento da população idosa tem aumentado de forma progressiva e a estimativa para 2020, poderá exceder 30 milhões, chegando a representar quase 13% do total da população brasileira (IBGE, 2016). Diante da expectativa de aumento de sobrevida no país, o fato de se ter um grande número de idosos/as, na maioria das vezes, portadores de várias doenças e dependentes de atenção ininterrupta, fez-se importante conhecer, no contexto do HIV, aspectos da sexualidade. Neste estudo, essa será a chamada 4ª geração.

A inserção das participantes, conforme sugere Souza, Erdmann e Magalhães (2016) ocorreu em dois momentos. Do total de 191 mulheres que participaram do momento 1, aplicação do TALP, 39 apresentaram disponibilidade para participar da entrevista

semiestruturada (momento 2). O tamanho da amostra para as entrevistas foi determinado pela técnica de saturação teórica ou redundância de informações. Para obtenção dos dados com a utilização da técnica da entrevista, a mesma foi previamente agendada com as participantes que tiverem disponibilidade de tempo para refletir e verbalizar suas experiências. Assim, não houve proporcionalidade ou equivalência entre gerações em números absolutos entre as 39 mulheres que foram entrevistadas. A disponibilidade em participar das entrevistas foi maior entre as mulheres das gerações dois e três.

Ressaltamos que entre as usuárias do serviço, que foram abordadas pela equipe de enfermagem para participação no estudo, apenas uma se recusou a participar justificando que o horário do transporte para seu retorno ao lar não permitia que a mesma continuasse no SAE.

Foram respeitados os critérios estabelecido para inclusão: ter 18 anos ou mais, realizar acompanhamento no serviço selecionado para pesquisa; ter conhecimento do diagnóstico positivo para HIV; conviver com o diagnóstico há pelo menos seis meses e, estar em uso de TARV para o HIV. E os critérios para exclusão: demonstração de dificuldade ao serem acessadas e utilização de medicamentos apenas como medida profilática da transmissão vertical do HIV ou do Tratamento como prevenção (TasP).

4.3 APROXIMAÇÃO, PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Neste estudo, a apreensão das RS acerca da sexualidade de mulheres de diferentes gerações vivendo com HIV foi priorizada, na perspectiva de visibilizar e analisar demandas por cuidado implicadas na sexualidade e saúde sexual/reprodutiva.

A aproximação com o campo se iniciou com os primeiros contatos realizados no serviço durante a fase de elaboração do projeto, tornando-me conhecida da equipe e frequentadora da unidade, o que não dispensou o uso do jaleco e da credencial do grupo de pesquisa.

Em estudos de representações sociais se evidenciam a necessidade de “associar técnicas complementares à entrevista, visando controlar, recortar ou aprofundar as informações recolhidas”, de modo que a triangulação dos resultados se torna imprescindível (OLIVEIRA; GOMES, 2016 p. 356). Nesse sentido, para a coleta de dados foi utilizado um instrumento de coleta denominado “Evocações livres, caracterização

social e informações relativa a sexualidade e conjugalidades e, guia de entrevista” (APÊNDICE B). A aplicação das técnicas da entrevista semiestruturada e do TALP ocorreram nos meses de setembro a novembro de 2018.

O estudo em representações demanda aprofundar a escuta para sua apreensão. Nesse sentido, a utilização da técnica de entrevista foi imprescindível à perspectiva de visibilizar vivências, vulnerabilidades e práticas sexuais de mulheres após o diagnóstico de HIV. Em relação à entrevista, Bauer e Gaskell (2006, p. 110) afirmam que a “narrativa privilegia a realidade do que é experienciado, denotando seu contexto sócio-histórico” o que nos permite, enquanto pesquisadora, ter acesso, de modo indireto, à experiência da outra pessoa, ou à sua interpretação. Nesse sentido, como afirma Minayo (2017, p. 4) “as relações entre os indivíduos ocorrem sempre de maneira interdependente, ou seja, conformando identidades pessoais e sociais. Desta forma uma entrevista com alguém de um grupo é, ao mesmo tempo, um depoimento pessoal e coletivo”.

A entrevista possibilitou, também, organizar o campo, com vistas a encontrar respostas, por parte das entrevistadas, que pudessem aclarar o objeto investigado (ORNELLAS, 2011). Neste estudo, segundo classificação, a que melhor se adequou à proposta foi a entrevista semiestruturada, que permite pequenas intervenções da pesquisadora, no intuito de obter a reflexão das mulheres sobre a realidade que vivenciam perpassando o antes e depois do diagnóstico.

As representações sociais, a partir do contexto comunicativo, relacionam o sujeito com base na sua cognição e comportamento a partir de sua forma de comunicabilidade e expressão intersubjetiva. A intersubjetividade e sua intensa relação com o universo cotidiano do mundo da vida, assim como as formas de expressão através da linguagem e atos de fala ampliam pontos de convergência entre a abordagem da ação comunicativa e das representações sociais (SILVA, 2019). O mundo da vida é comum a todas as pessoas e pressupõe relações, interações sociais e processos comunicativos pertinente as representações sociais como modelo de produção de conhecimento. De modo que, neste estudo, a utilização da técnica de entrevista foi adequada e pertinente.

Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado que serviu como guia, considerando que a mesma ocorreu em consultórios/salas disponíveis no SAE. A estratégia possibilitou e incentivou um clima favorável e tranquilo. As entrevistas foram audiogravadas, procedimento esse realizado pela própria pesquisadora, com prévia autorização das participantes. Quatro questões foram propostas a cada uma das

entrevistadas, na seguinte ordem: “A senhora poderia falar sobre sua sexualidade antes de saber que tinha a infecção pelo HIV?”; “Após o diagnóstico o que mudou no seu relacionamento com seu parceiro?”; “Poderia falar um pouco sobre o relacionamento com seu companheiro/os/as?”; “Você gostaria de acrescentar algo mais sobre seus sentimentos em relação a você e sua sexualidade após o diagnóstico do HIV”. Essas questões procuraram contemplar dados subjetivos da representação de mulheres que vivem com HIV.

A principal dificuldade dessa etapa foi em relação ao espaço físico disponível, pois a maioria das salas era utilizada para atendimento pelo(a)s profissionais da unidade e devido à aposentadoria da enfermeira responsável pelo SAE no turno matutino, a coleta de dados se deu prioritariamente no turno vespertino, seguindo-se as orientações da direção da unidade.

Em relação, à técnica do TALP, essa baseia-se em produção verbal e permite reduzir dificuldades e limites na expressão do discurso da pessoa participante da pesquisa por meio da dimensão projetiva da técnica. O TALP, além de possibilitar rapidez e ampliar o acesso a diferentes participantes, permite a constituição do universo semântico do termo ou do objeto de estudo, por meio de elementos latentes e não mascarados nas produções discursivas (TAVARES, et al, 2014).

Segundo Rataud e Delauvé (2012), as respostas de associação livre, ou seja, frases ou expressões curtas são fornecidas a partir de um estímulo indutor, que geralmente é o termo que se refere a um objeto de representação social. Metodologicamente, a técnica de evocação livre tem por objetivo:

Apreender a percepção da realidade de um grupo social a partir de uma composição semântica preexistente, na maioria das vezes, concreta e imagética, organizada ao redor de certos elementos simbólicos que orienta a percepção real do objeto de estudo (BARDIN, 2009, p.53).

Ressalta-se que a coleta de dados por meio de evocações (TALP) demandou às participantes a produção das cinco primeiras palavras e/ou expressões que lhe viesse imediatamente à mente ao ouvir a expressão indutora. Neste estudo, os termos indutores foram: ‘sexualidade’, ‘sexualidade de pessoa vivendo com HIV’ e ‘sua sexualidade’. Em todas as situações, as respostas foram escritas na íntegra no instrumento apropriado e gravada (MP3).

O material advindo das evocações do TALP quando integrado às possibilidades da informática tornam-se uma ferramenta facilitadora para a análise da estrutura e da organização das RS aventadas pelos diversos grupos, e possibilitam maior objetividade na análise inferencial das representações investigadas (SARRUBI-JÚNIOR, et al., 2013).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

No processo de análise, buscou-se evidenciar sob o ponto de vista das gerações as representações sobre sexualidade sob duas perspectivas: a primeira considerando dados provenientes do TALP e das entrevistas para o conjunto das participantes e para grupos etários pré-definidos, com auxílio de *softwares* na etapa de organização e processamento dos dados; e, uma segunda análise, relativa ao *corpus* oriundo das entrevistas, aplicou-se a técnica de Análise de Discurso.

A análise do processo discursivo originário das entrevistas e das evocações, observando-se as gerações definidas e justificadas na metodologia, visaram o aprofundamento da análise lexical de seus conteúdos. Para tanto, contou-se com a utilização de *softwares* que se encontram disponíveis como ferramentas de análise, de domínio público, e utilizados largamente em estudos com aporte teórico-metodológico das representações sociais.

Desse modo, o material empírico foi analisado a partir de três perspectivas. Os dados referentes à caracterização social e os relativos a aspectos da sexualidade e do diagnóstico, obtidos na primeira etapa da pesquisa, foram organizados com auxílio *Microsoft Excel* em planilhas e utilizada a estatística para os cálculos de frequência relativa; os dados advindos do TALP, após lematização e aproximação semântica, foram processados pelo *software EVOC* e resultaram em figuras na forma de quadros de quatro casas; e, as processadas pelo *software Iramuteq*, resultando em Árvores de Similitude, Nuvens de Palavras e Classificação Hierárquica Descendente (CHD); os dados resultantes das entrevistas passaram tanto pela etapa do processamento no qual geraram gráficos: Nuvens de Palavras, Árvores de Similitude e CHD; quanto pelos procedimentos concernentes à técnica de Análise de Discurso proposta por Fiorin.

A discussão e interpretação dos dados empíricos se deu à luz da literatura pertinente, ancorada na TRS, buscando atender aos objetivos do estudo e possibilitar a triangulação dos resultados.

4.4.1 Auxílio de *softwares*

4.4.1.1 – EVOC - *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse de Évocations*, versão 2005.

A análise da estrutura das RS a partir das evocações evidenciou o núcleo central das representações para cada um dos três estímulos utilizados. O *Software* EVOC é uma ferramenta computacional que aumenta a validade do estudo, ao admitir a possibilidade de procedimentos de transferências dos resultados para outros estudos, no caso das análises lexical, semânticas, de similaridades e de diferenças (SARUBBI-JUNIOR, et al., 2013). O *software* possibilita análise prototípica que acolhe a caracterização estrutural de uma representação social. Nesse sentido, Oliveira et al., (2011) confirmam que a teoria do núcleo central, em representações sociais, pode ser concebida como um sistema formado por dois tipos de elementos: um núcleo central e o sistema periférico.

Para a utilização do *software* os dados do instrumento de evocações (TALP), foram organizados a fim de permitir a identificação de discrepâncias derivadas da polissemia do material coletado, através de cálculos estatísticos realizados e, da confecção do quadro de quatro casas, a partir de um valor de corte estabelecido tanto para as frequências mínimas quanto para as frequências médias e Rang. Salientamos que para cada um dos *corpos* formados, em cada um dos estímulos, as frequências foram calculadas individualmente, variando de 3 a 6 a mínima e, de 5 a 11 a média.

Neste estudo, o *software* EVOC, por ser constituído de um conjunto de programas que gera dados quantitativos, como o programa SELEVOC, possibilitou a desagregação dos *corporas* em subgrupos constituídos intencionalmente e reordenados de acordo como o grupo geracional (definido anteriormente) tornando possível observar as representações sociais para o conjunto das 191 participantes e, também, para cada ciclo/geração, separadamente.

4.4.1.2 IRAMUTEQ - *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

Após escuta e confrontação com a escrita, foi elaborado o *corpus* com as entrevistas e alimentado o banco de dados para o *software* Iramuteq que possibilita, no caminho qualitativo da análise, através de categorização dos elementos, conservar a forma literal dos dados na busca dos elementos cognitivos, da prática cotidiana e do investimento

afetivo de cada participante. A aplicabilidade de *softwares* que permitem analisar qualitativamente os dados, vem proporcionando as/aos pesquisadoras/es a oportunidade de aperfeiçoarem suas pesquisas, principalmente de campos científicos que utilizam este tipo de análise, unindo metodologia e tecnologia (CAVALCANTI, et al., 2017)

O *software* é gratuito e desenvolvido sob a lógica de *open source*. Esse programa informático viabiliza distintos tipos de análise, tais como a lexicográfica e a análise multivariada (classificação hierárquica descendente e análises de similitude). Além de organizar a distribuição do vocabulário de forma compreensível, visualmente clara sua versão na língua portuguesa possibilita melhor uso de suas ferramentas com representações gráficas pautadas nas análises utilizadas (LOUBÈRE; RATINAUD, 2014; CAMARGO; JUSTO, 2013).

O referido *software* permite a análise de dados textuais ou lexical. Conforme Camargo e Justo (2013, p. 515) além de superar a dicotomia clássica entre quantitativo e qualitativo, na análise de dados, suas “análises estatísticas, sobre dados textuais, possibilitam que se relacionem palavras encontradas na produção textual, com variáveis categoriais caracterizadoras dos produtores do texto”. Fornece, entre outras formas, a apresentação dos resultados, por meio de uma Análise Fatorial de Correspondência (AFC) feita a partir da CHD (Análise Pós-Fatorial). Já a Análise de Similitude possibilita identificar as co-ocorrências entre as palavras e, seu efeito traz indicações da conexão entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual, evidenciando especificidades em função das variáveis descritivas identificadas na análise (RATINAUD, 2009).

O Iramuteq vem se destacando em estudos de abordagem qualitativa, ao utilizar-se de técnicas estatísticas que auxiliam os pesquisadores a apreender o constructo social, e a criar classes de análises baseadas na apreensão e identificação das unidades de significado (JESUS, 2017; AMARAL-ROSA, 2019).

No entanto, vale ressaltar, que coube à pesquisadora, no processo de análise dos dados, a exploração do material textual, interpretar os resultados proporcionados pelo *software*, inclusive aqueles resultados que não foram inteiramente expressos pelo processamento informático. Pois, “apenas o conhecimento externo do analista o habilita a interpretar os dados, ou seja, o conhecimento da língua, do assunto e do *software* são fatores limitantes” (LAHLOU, 2012, p. 38).

Ao utilizarmos os *softwares*, mantivemos a proposta de Moscovici de buscar nos processos de ancoragem e objetivação as classes de discurso e construção de campos semânticos, suas chaves interpretativas e os princípios legitimadores das argumentações inscritas nos registros semióticos da aprendizagem intelectual (MOSCOVICI, 2012).

A organização dos elementos das representações sociais, no presente estudo, foi operacionalizada por meio da força das relações de co-ocorrências entre os elementos representacionais, com uma Análise de Similitude para cada uma das idades agrupadas. Essa técnica permitiu caracterizar as relações de conexidade entre os elementos, isto é, relações entre si.

A análise proposta funda-se numa matriz de similitude que compreende as co-ocorrências de todas as categorias construídas para a análise advindas do TALP. O resultado apresenta-se na forma de um grafo (conjunto onde os elementos são unidos por arcos), cujos valores são os índices de co-ocorrência. Assim, a análise de similitude permite aprofundar o exame da estrutura sócio representacional iniciada na análise de evocações livres (CAMARGO; JUSTO, 2007).

O *corpora*, após o processamento possibilitou, ainda, a composição gráfica de cinco Nuvens de Palavras, sendo uma representativa do total das 191 participantes e, quatro outras, representando cada uma das gerações/ciclos de vida estudados, que compõem os resultados apresentados e discutidos no artigo 1.

Para a análise textual, definiu-se, também, pela utilização do método da Classificação Hierárquica Descendente, em que os textos são classificados em função de seus respectivos vocábulos e o conjunto deles se divide pela frequência das formas reduzidas (RATNOUD, 2009). Camargo et al. (2013) ressaltam que a partir das análises em matrizes o *software* organiza a análise dos dados em um dendograma (representação diagramática ramificada da inter-relação de um grupo de itens que participam de alguns fatores comuns) que ilustra as relações entre as classes. Através da execução de cálculos o *software* fornece resultados que nos permite a descrição de cada uma das classes, principalmente, pelo seu vocabulário característico (léxico) e pelas suas palavras com asterisco (variáveis).

Ainda para a análise textual, o *software* propiciou a visualização de excertos de fala de forma organizada, possibilitando extraí expressões-chave, a partir do discurso das entrevistadas, que permitiram maior compreensão dos termos com as maiores frequências e co-ocorrências evidenciados nos diversos gráficos.

4.4.2 Técnica de Análise de Discurso

“Qualquer discurso é referidor e referido: dialoga com outros discursos e se produz no interior de instituições e grupos que determinam quem fala, o que fala e em que momento (MINAYO, 2014, p.322).

Entendendo que a linguagem e as práticas discursivas têm importância decisiva para este estudo na medida em que expõem como as vivências associadas a contextos sociais particulares possibilitam descortinar socialidades e relações de poder em jogo no âmbito das sexualidades, a Análise de Discurso se apresenta como adequada, enquanto técnica de análise. No entanto, há de ser salientado que a Análise de Discurso (AD):

É um campo de pesquisas que não possui uma metodologia pronta/acabada. Isto quer dizer que ao lançar mão dos elementos constitutivos do delineamento teórico que balizarão suas análises, o analista do discurso estará ao mesmo tempo alçando os dispositivos metodológicos. É o objeto (corpus) e os efeitos de sentido que vão impondo a teoria a ser trabalhada, pois em AD, teoria e metodologia caminham juntas, lado a lado, uma dando suporte a outra, não podendo separá-las (SILVA; ARAÚJO, 20170).

A Análise de Discurso trabalha com o sentido, compreendendo que um sentido não é traduzido, mas produzido. Assim, o corpus da AD é constituído pelo conjunto: ideologia, história e linguagem. Desse modo, “fará uma leitura do texto enfocando a posição discursiva do sujeito, legitimada socialmente pela união do social, da história e da ideologia, produzindo sentidos”. (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 684).

Assim, nas entrevistas de mulheres vivendo com HIV os modos de enunciação e as textualidades, considerando a dimensão cultural e política, da vivência de sua sexualidade possibilitaram evidenciar a comunicação explícita, tendo em vista, a importância de visibilidade a sua vida social, através, inclusive, de suas performances emocionais.

Considerando, que, mesmo em seu cotidiano as mulheres sejam marcadas pela objetividade e pela razão analítica, também são envolvidas por “construções simbólicas e culturais que permitem manter sua identidade social e suas inserções em distintos grupos de pertença” (GOMES, 2015 p.4) e mesclam a sua constituição enquanto sujeito. Desse modo, ao ter como característica humana a linguagem, e por sua vez o discurso, suas construções simbólicas tornam-se importantes no processo de produção do discurso. No entanto, as contradições e lutas entre as classes são produtoras do discurso e a linguagem é configurada politicamente para produzir preconceitos e manter hierarquias sociais

(TERRA, et al., 2018). Nesse sentido, a perspectiva da Análise de Discurso se faz necessária para a compreensão da representação da realidade.

A Análise de Discurso busca desfazer a ilusão de que o sujeito é o senhor absoluto de seu discurso, pois, os temas, figuras, juízos e valores, emergem das visões de mundo existentes na concepção social. Em Análise de Discurso, à medida que se estuda os elementos discursivos, vão aparecendo por inferência a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos, até ser despontada o que determinou aquela visão revelada pelo discurso (FIORIN, 2016).

Assim, a AD utilizada no tratamento do material textual (entrevistas) se aplica à proposta apresentada. Como explicita Minayo (2014, p.301) é “concebido para trabalhar com a fala e seu contexto, sendo utilizado como alternativa às práticas de análise tradicionais” e tem como principal expoente Michel Pêcheux que fundou a Escola Francesa de Análise de Discurso na década de 60 do século passado.

Em seu quadro epistemológico, a proposta da AD, é trabalhar a linguagem, inclusive a do senso comum, articulando o Materialismo Histórico, a Linguística e a Teoria do Discurso. Tem como objetivo básico realizar uma “reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos”, com vistas a compreender o modo de funcionamento, os princípios organizadores e as formas de produção de sentidos (MINAYO, 2014, p. 319).

Os pressupostos básicos, segundo Pêcheux (1997, p. 115), da Análise de Discurso são de que o sentido de uma palavra/expressão não existe em si mesma pois, expressa posições ideológicas no processo sócio-histórico onde as formas de relações são produzidas; toda formação discursiva dissimula sua dependência das formações ideológicas. Quanto às técnicas de análise de discurso parte-se dos efeitos de superfície (linguagem e sua organização) para inferência de uma estrutura profunda (os processos de produção do discurso) (MINAYO, 2014).

Um elemento essencial desta análise é o texto que é tomado como unidade de análise (unidade complexa de significações). O texto é considerado por Orlandi (2015) como unidade significativa, pragmática e portadora de contexto situacional dos falantes. Para esta autora, devem-se valorizar as palavras, as sentenças e os períodos em suas peculiaridades lexicais, morfológicas, sintáticas e semânticas, sem descolamento do ponto de vista das condições de produção do texto. A AD percebe a linguagem como forma de ligar as pessoas e a realidade natural.

Desse modo, a/o pesquisadora/o deve refazer o discurso na busca das estruturas de relevância, possibilitando codificar os enunciados elementares e as relações binárias (ORLANDI, 2015) inclusive, tendo a possibilidade de “utilização de auxílio computacional em busca de correlação” (MINAYO, 2015, p. 325).

No entanto, concordando com Orlandi (2015), que revelou em seus estudos que é possível ampliar os campos de abordagem crítica e desvelar os mecanismos de dominação que se escondem sob a linguagem, ser factível sem utilização de *softwares*, a compreensão das relações dialéticas constitutivas da realização social, calcadas na flexibilidade que a teoria dá à produção do sentido. Uma característica marcante deste estudo é a busca do “não-dito”, ou seja, sobre o que não se mostra explicitamente nos discursos produzidos pelas mulheres.

Desse modo, Pereira (2016) em seu estudo afirma, com base na Análise de Discurso francesa que:

Há um efeito de encaixe entre algo já dito e os dizeres. Nunca perfeitamente ajustável, porque esta relação entre sujeito, linguagem e realidade não é linear. Há lacunas. As palavras não recobrem totalmente o que pretendem designar. Sendo assim, há efeitos de pré-construído, de modo que parte do que é dito fica ocultado, apagado, pois não se diz tudo (PEREIRA, 2016, p. 2).

Nesse sentido, os interdiscursos analisados, compõem uma rede de representações que alimentam uma determinada forma de pensamento social (GOMES, 2015). Assim, considerando que os discursos são complexos, mesmo quando pensamos estar entrevistando sobre um tema único - sexualidade - múltiplos aspectos estão relacionados como as representações da aids e processo saúde/doença em sua composição ideológica e de imagem figurativa.

O recorte assumido neste estudo, sexualidade, é entendido como uma unidade de sentido, que, conforme Orlandi (2015) se guia por evidências ideológicas também em funcionamento na elaboração da questão de pesquisa. Convém ressaltar, que a pesquisadora também está afetada pelas evidências ideológicas, pelas quais investiga as paráfrases e interpreta as repetições advindas dos discursos das mulheres. Nesse sentido, são procedimentos que se traduzem na seleção das sequências discursivas que serão analisadas. Pontua-se ainda, que o recorte também abre a possibilidade para a desconstrução das evidências ideológicas presentes nos enunciados.

A Análise de Discurso enquanto instrumento de análise possui como tipologia: discurso lúdico, discurso polêmico e discurso autoritário. O lúdico tem como característica ser simétrico, reversível e ampla polissemia; o polêmico tem reversibilidade e polissemia reduzidas; e, o autoritário é totalmente assimétrico. Tais instrumentos permitem a construção de matrizes de interpretação e inspiram o modelo teórico (estrutural) (ORLANDI, 2015).

Neste estudo o processo de análise do material empírico, por meio da técnica de análise de discurso, obedeceu aos seguintes passos, conforme preconizado por Fiorin (2011):

1. Leitura de todo texto tentando localizar todas as recorrências como as figuras/elementos concretos e, temas/elementos abstratos que conduzem a um mesmo bloco de significação.
2. Agrupamento dos dados segundo os elementos significativos (figuras ou temas) que se somem ou se confirmem num mesmo plano de significado.
3. Depreensão dos temas centrais, os quais levaram à formulação das categorias empíricas.

4.4.3 Síntese dos procedimentos de análises

Para a análise dos dados o quadro 1 apresenta, de forma sintética, os procedimentos de análises realizados nesse estudo.

Quadro 1. Síntese dos procedimentos de análise de dados.

Técnicas de análises	Finalidade	Softwares	Dados
Análise Prototípica de Vèrgès	Descrever a estrutura da representação social de sexualidade para as 191 participantes e para cada grupo geracional/ciclo de vida, quanto à prototipicalidade dos elementos representacionais	EVOC	TALP
AFC	Descrever associações entre menção de elementos e grupo geracional/ciclo de vida	Iramuteq	Entrevistas TALP
Classificação Hierárquica Descendente	Classificar os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, com base na frequência das palavras lematizadas.	Iramuteq	Entrevistas TALP

Continua na página seguinte

Análise de Similitude	Identificar as co-ocorrências entre as palavras e conexidade, auxiliando na identificação da estrutura de corpus textual para cada grupo geracional/ciclo de vida. Analisar arestas significativas da matriz de similitude.	Iramuteq	Entrevistas
Análise de discurso	Utiliza-la como técnica de análise, onde o texto foi submetido a várias operações classificatórias, simultaneamente: semânticas, sintáticas e lógicas. Possibilitando revelar a linguagem em interação, com seus efeitos de superfície e a representação das relações existentes.	—	Entrevistas

Cada procedimento de análise utilizado constituiu o objeto de estudo de um modo particular, possibilitando um olhar específico, assim, a triangulação metodológica deixou de ser uma estratégia de validação e tornou-se, neste estudo, um fator de enriquecimento para compreensão do fenômeno como aponta Spink (2013).

Para Morin (1996) a objetividade é produto do consenso sociocultural e histórico da comunidade científica, regida, portanto, pelo signo da intersubjetividade. Na pesquisa qualitativa a interpretação é o ponto de partida e o ponto de chegada por ser considerada a interpretação das interpretações (MINAYO, 2013). Assim, a triangulação, nesse estudo, possibilitou o diálogo entre diferentes técnicas, de coleta e análise de dados, e fontes advindas da literatura, iluminando pontos obscuros e estabelecendo novos conhecimentos.

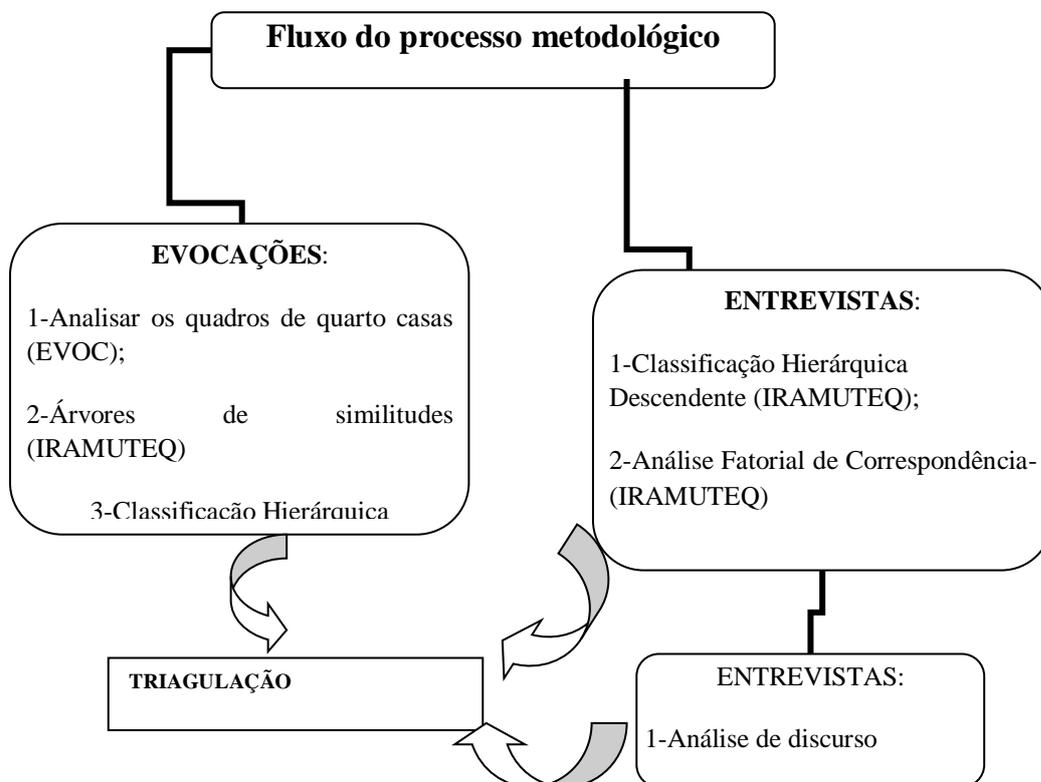


Figura 1- Fluxograma do percurso metodológico para triangulação dos dados.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para fins éticos e de acordo com as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos foi respeitada de modo a resguardar os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

A produção do material empírico foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, por meio da Plataforma

Brasil. Sendo aprovada sob CAAE 90004218.9.0000.5531, Parecer número 2.776.570, em 19 de julho de 2018. Todas as participantes, que atenderam aos critérios citados e aceitaram participar do estudo, leram e/ou tiveram lido (mulheres com baixa escolaridade) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) que só então foi assinado. Foi garantido a privacidade, a confidencialidade e direito de desistir de participar da pesquisa sem nenhuma restrição, ao mesmo tempo em que foi permitido o acesso aos dados e ao relatório de pesquisa e às pesquisadoras em qualquer momento do estudo. As participantes que assinaram o TCLE compreenderam que também autorizavam, além da gravação da entrevista, a divulgação dos resultados obtidos a partir dos dados coletados e analisados.

Segundo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variadas. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes” (BRASIL, 2012).

Os riscos foram minimizados após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, assegurando a confidencialidade, credibilidade das informações e a privacidade dos participantes. Vale ressaltar que as participantes do estudo por já lidarem com o seu diagnóstico de soropositiva há cerca de seis meses e, que o local da coleta de dados lhe é familiar, ou seja, ela era usuária do SAE e esse serviço conta com equipe multiprofissional, foram fatores que contribuíram para minimização dos riscos e asseguraram a assistência adequada. No entanto, nenhuma participante apresentou desconforto maior que necessitasse de envolver outros profissionais do serviço.

A pesquisa propiciou benefícios relacionados à ampliação do conhecimento, uma vez que possibilitou maior reflexão sobre as práticas na rede de saúde e como os SAE estão lidando com as demandas da sexualidade de mulheres com diagnóstico de HIV. Com a elevação do número de casos de HIV a proposta governamental é a descentralização da atenção e a revelação de demandas específicas sobre sexualidade poderá contribuir para uma prática calcada na Política de Humanização.

Nesse sentido, a pesquisa se mostrou como um meio de reacender a discussão promovendo a elucidação desta temática, permitindo às mulheres repensarem com criticidade suas vivências e aprimorar a autonomia sexual e reprodutiva.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo mostra os principais resultados da pesquisa em resposta aos objetivos e foi organizado em quatro itens. O primeiro mostra a caracterização do grupo que participou da pesquisa a partir de variáveis sociais e informações relativa a sexualidade e conjugalidades, considerando-se faixa etária, nível de escolaridade, tempo de diagnóstico, situação econômica, condição marital e situação sorológica do companheiro. A caracterização do grupo é fundamental e relevante, sobretudo pela fundamentação da pesquisa no arcabouço teórico metodológico da Teoria das Representações Sociais. De acordo com a TRS, uma representação social é sempre de alguém sobre alguma coisa (JODELET, 2015), e sua elaboração está associada aos contextos social e cultural no qual as pessoas estão inseridas e as experiências que são vivenciadas. Assim, caracterizar as mulheres participantes visa fornecer elementos para compreensão das representações apreendidas.

O segundo item expõe as análises dos dados provenientes das evocações livres de palavras, conferidas aos termos indutores ‘Sexualidade’, ‘Sexualidade de pessoa vivendo com HIV’ e ‘Sua sexualidade’. O processamento se deu com auxílio dos *softwares* EVOC e Iramuteq, que possibilitaram evidenciar elementos estruturais, centrais e periféricos das RS, apresentando aspectos relevantes do pensamento das mulheres frente à temática estudada.

Pelas características e peculiaridades dos termos indutores, cada um foi apresentado separadamente para o conjunto das 191 participantes. O termo indutor ‘Sua sexualidade’ também foi desagregado por idade (grupo geracional) e apresentado em resultados específicos para cada subgrupo.

O terceiro item aborda as análises dos dados originários das entrevistas com as 39 participantes no intuito de aprofundar a compreensão das RS no sentido processual. O *software* Iramuteq possibilitou a configuração gráfica da CHD, AFC, Análise de similitude e Nuvens de Palavras. As análises textuais foram apresentadas para o conjunto das 39 participantes e também em grupos desagregados por idade. Vale ressaltar, que os gráficos das Nuvens de Palavras foram analisados e discutidos no artigo 1 e não compõem esta sessão. Os resultados das análises dos estímulos ‘Sexualidade’ e ‘Sexualidade de pessoa vivendo com HIV’ processados pelo EVOC também conformaram o artigo 3, já submetido a revista.

O quarto item apresenta a análise do material empírico analisado com base na técnica de AD, por meio do *corpus* empírico, obedecendo-se aos passos estabelecidos na metodologia que conduziram ao agrupamento dos temas e a configuração de três categorias. As informações que integram o capítulo ‘resultados e discussão’ possibilitou a triangulação dos resultados sob a óptica da TRS, apontando as representações sociais do grupo e de subgrupos geracionais, sobre o objeto estudado.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV

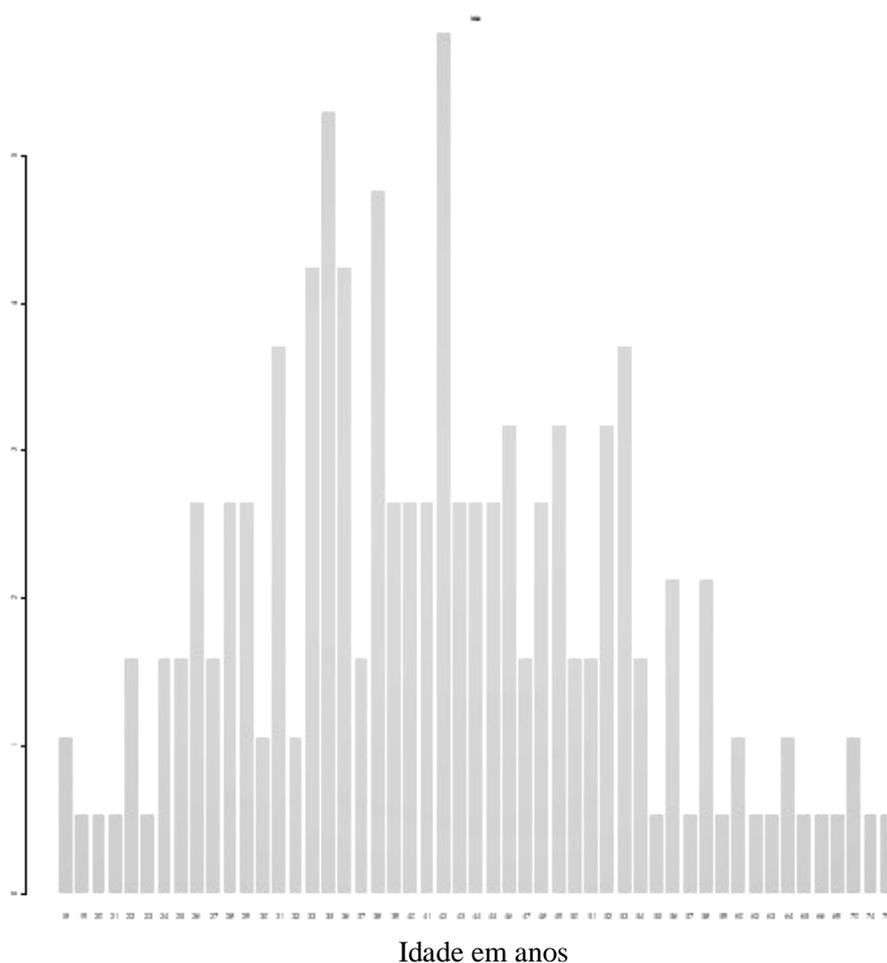
A caracterização das 191 participantes se deu em três etapas. A primeira com dados sociodemográficos, a segunda apresenta informações relativa a sexualidade e conjugalidades e a terceira especifica particularidades do grupo que participou da entrevista. A sociodemográfica descreve faixa etária (Figura 2), nível de ensino, raça/cor e situação econômica para as 191 participantes do TALP, Quadro 2.

Quadro 2. Variáveis sociodemográfica de mulheres vivendo com HIV investigadas (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.

Geração	Idade/Média	Ensino	Raça/Cor	Situação econômica
Geração 1 (N=34)	18 (2), 19, 20, 21, 22 (3), 23 (2), 24 (3), 25 (3), 26 (5), 27 (3), 28 (5), 29 (5) Média de idade = 25,0	Fundamental I (5) Fundamental II (9) Médio (18) 52,9% Superior (2)	Parda (13) Pretas (20) 58,8% Branca (1)	Auxílio (6) Trabalha (14) Companheiro (12) Ajuda (7)
Geração 2 (N=87)	30 (2), 31 (7), 32 (2), 33 (10), 35 (11), 36 (7), 37 (3), 38 (7), 39 (5), 40 (6), 41 (6), 42 (12), 43 (5), 44 (4) Média de idade = 37,4	Fundamental I (27) Fundamental II (23) Médio (29) 33,3% Superior (8)	Parda (38) Pretas (46) 52,9% Branca (3)	Auxílio (30) Trabalha (35) Companheiro (27) Ajuda (18)
Geração 3 (N=57)	45 (5), 46 (5), 47 (3), 48 (5), 49 (6), 50 (3), 51 (3), 52 (6), 53 (7), 54 (3), 55, 56 (4), 57, 58 (4), 59) Média de idade = 50,9	Fundamental I (20) 35,0% Fundamental II (13) Médio (22) 38,6% Superior (2)	Parda (24) Pretas (30) 52,6% Branca (2)	Auxílio (16) Trabalha (19) Companheiro (13) Ajuda (9) Aposentada (6)
Geração 4 (N=13)	(60 (2), 62, 63, 64 (2), 66, 65, 69, 70 (2), 74, 75) Média de idade = 61,2	Fundamental I (9) Fundamental II (1) Médio (3)	Parda (5) Pretas (7) 53,8% Branca (1)	Auxílio (1) Trabalha (1) Companheiro(1) Ajuda (1) Aposentada (10)

FONTE: Dados da pesquisa, 2019

Figura 2 – Distribuição das idades das participantes (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019



Fonte: Iramuteq, 2019

As idades variaram entre 18 e 75 anos distribuindo-se equitativamente entre os dois polos de idade, no entanto, apresentou maior concentração de participantes com idades entre 33 a 42 anos. Vale salientar que 53,8% das mulheres classificadas neste estudo como idosas foram contaminadas e/ou diagnosticadas na idade adulta ou meia-idade. A Figura 2 apresenta uma conformação gráfica em curva, com pico na idade de 42 anos.

Conforme o Quadro 2, as 34 mulheres que compõem a geração 1 apresentaram média de idade de 25 anos, ensino médio (52,9%) e a maioria se autodeclarou preta (58,8%); a geração 2 com participação de 87 mulheres, conformou o maior grupo, tendo em média 37,4 anos e 33,3% com ensino médio; esse grupo teve maior número com ensino superior (8) e 52,9% se autodeclarou preta; a geração 3 contou com 57 participantes, média de idade 50,9 anos, ensino fundamental I (35%) e médio (38,6%), autodeclaradas pretas

em igual percentual a geração 2 (52,6%); e, a geração 4 (13) com média de idade 61,2 anos, ensino fundamental (69%) e autodeclaram pretas (53,8%).

Quanto à situação econômica, as mulheres das gerações 1 e 2 apresentam características semelhantes por trabalharem e, cerca de 30%, dependerem economicamente dos companheiros. As da geração 3 também informaram que trabalham, porém 35% delas recebem auxílio ou aposentadoria e as da geração 4 são aposentadas (76,9%). As más condições de saúde afetam a disseminação do HIV e intensificam a pobreza, seja ao dificultar o desempenho profissional e/ou impedir o acesso ao trabalho, ou mesmo, por obrigar as pessoas a destinarem parte de sua renda para a atenção à saúde (LOUZADA, 2011). Assim, além de enfrentar as dificuldades decorrentes da infecção pelo HIV, ainda lidam com a exclusão do mercado de trabalho e com problemas de ordem econômica (FERREIRA; FIGUEIREDO, 2006).

No Brasil, em 2017 para as faixas etárias de 20 a 29, a taxa de detecção de casos de aids entre os homens foi superior, sendo três vezes maior do que entre as mulheres. O número de casos notificados entre as mulheres, no ano de 2018, apresentou maiores percentuais nas idades entre 30 e 44 anos (39,6%) e o menor entre as de 60 e mais (0,6%). No entanto, verifica-se que, nos últimos dez anos, a taxa de detecção apresentou queda em quase todas as faixas etárias, exceto na de 60 anos e mais. Nesta, foi observado aumento de 21,2% quando comparados os anos de 2007 e 2017 e, as faixas com maior detecção foram as das mulheres entre 35 e 44 anos com 21,9 casos/100.000 habitantes. (BRASIL, 2018). Pelo perfil que se apresenta neste estudo, podemos inferir que a longevidade e a eficácia terapêutica/assistência têm permitido que mulheres que se infectam em grupos etários anteriores cheguem à idade de 60 e mais anos.

A taxa de detecção de HIV por 100.000 habitantes no município de Salvador-Bahia, entre 2007 e 2017, apresentou aumento para ambos os sexos, sobretudo entre as mulheres, variando de 10,7 para 30,8 habitantes, com incremento de 168,8% (SALVADOR, 2019). Para o município de Feira de Santana estes dados não se encontram disponíveis. Assim, tomaremos como base os dados apresentados na capital baiana, até porque é habitual o deslocamento populacional, dentro do estado, em busca de serviços especializados/referência (CTA/SAE), inclusive entre os municípios que os dispõem, como forma de autopreservação e/ou não revelação da condição sorológica.

Os resultados das participantes (Quadro 2) com relação à escolaridade revelam um maior percentual de mulheres com ensino médio e superior, quando comparadas com os

dados divulgados no boletim nacional. Entre as gerações 1 e 3 os percentuais nessa faixa de escolarização variaram entre 58,8% para geração 1 e 42,1% para geração 3. A média nacional no ano de 2018 foi de 30,1% (BRASIL, 2018). Chama atenção, que a geração 4 apresentou o percentual 30,7%, muito próximo da média brasileira.

Desde o ano de 2006 o percentual de casos em negras ultrapassa as demais categorias de raça/cor. No ano de 2018 entre os 2.044 casos novos notificados entre mulheres, apenas 11,8% revelaram ser da cor preta (BRASIL, 2018). No quesito raça/cor (Quadro 2) houve pequena variação em valor percentual dentre as quatro gerações para as participantes que se autodeclararam pretas, sendo maior na geração 1 (58,8%) e menor na geração 3 (52,6%). Ao agregarmos o percentual de pretas (11,8%) ao de pardas (49,7%) chega-se a 61,5% de casos em negras, confirmando a tendência nacional.

Com relação às questões raça/cor é importante levar em consideração outros aspectos, para além das questões biomédicas, pois o racismo incide no acesso à saúde e na mortalidade das pessoas negras. Salientamos, que a Bahia ainda é o único Estado do país em que as pessoas pretas são mais representativas na população em geral do que as autodeclaradas brancas. O que reforça a necessidade de que gestores e profissionais de saúde conheçam os dados epidemiológicos da população negra – que registram taxas acima da média nacional para muitos agravos, como por exemplo: o HIV, sífilis e a tuberculose.

As desigualdades socioeconômicas e culturais e o racismo institucional são hipóteses plausíveis para explicar a alta vulnerabilidade às IST/aids das mulheres negras. A esse respeito, o Programa Municipal de DST/aids de São Paulo reconhece as questões de gênero e raça/cor e afirma que lidar com o diferencial de poder entre homens e mulheres é um fator determinante das doenças e da transmissão do HIV (SANTOS, 2016). A política nacional de DST/aids desenhada em 1999, já enfatizava como principais desafios à redução da incidência nos diferentes segmentos populacionais, em situação de risco e vulnerabilidade social, elencando principalmente a população negra (BRASIL, 1999). Nesse sentido, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde, lançou em 2018 a “Agenda para população prioritária para o HIV – população negra, quilombola e de religião de matriz africana”.

No que tange às mulheres de meia idade e idosas negras que convivem com HIV, estas estão mais sujeitas ao estigma. Nesse sentido, ressalta-se a importância de considerar o aspecto interseccional, visto que o estigma relacionado ao HIV se potencializa por seu

múltiplo papel social enquanto gênero, raça e idade. Em estudo realizado no Condado de Prince George nos EUA, entre 2014 e 2015, evidenciou-se que apesar do reconhecimento de sua aceitação quanto a sua condição de HIV positiva, estas mulheres ainda se deparam com experiências de estigma considerando o aspecto interseccional no âmbito interpessoal/familiar, comunitário e institucional/estrutural (SANGARAMOORTHY; JAMISON; DYER, 2017).

Nesse sentido, o HIV expressa a realidade da vulnerabilidade social, o trabalho da biopolítica sobre os corpos, particularmente no triplo vínculo que comporta a raça, gênero e a geração. Ao calcular o risco relativo entre mulheres pretas e pardas com relação às mulheres brancas, nota-se que as pretas e pardas possuíam maior risco de desenvolver a aids (51%) do que as brancas (LOPEZ, 2011).

A segunda parte da caracterização das participantes é relativa aos aspectos da sexualidade/conjugualidades. Descreve condição marital, se estavam convivendo com companheiro e se este é uma pessoa que vive com o vírus ou não, além do tempo, em anos, que elas sabem/conhecem seu diagnóstico, Quadro 3.

Quadro 3. Variáveis relativas a sexualidade e conjugualidades de mulheres vivendo com HIV investigadas (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.

Geração	Convive/ companheiro	Companheiro é positivo, negativo ou não sabe?	Tempo de Diagnóstico
Geração 1 (N=34)	Sim (22) 64,7%	Positivo (11) 50,0% Negativo (3) Não sabe (8) 36,3%	Até 1 ano (10) 1 a 5 (23) 67,6% 6 a 15 (1) 15 e mais (0)
Geração 2 (N=87)	Sim (64) 73,5%	Positivo (21) 32,8% Negativo (8) Não sabe (39) 60,9%	Até 1 ano (5) 1 a 5 (27) 6 a 15 (41) 47,1% 15 e mais (12) 21,0%
Geração 3 (N=57)	Sim (34) 59,6%	Positivo (16) 47,0% Negativo (2) Não sabe (16) 47,0%	Até 1 ano (4) 1 a 5 (20) 6 a 15 (28) 49,1% 15 e mais (5)
Geração 4 (N=13)	Não (10) 76,9%	Positivo (2) 66,7% Negativo (1)	Até 1 ano (0) 1 a 5 (1) 6 a 15 (7) 53,8% 15 e mais (5) 38,4%

FONTE: Dados da pesquisa, 2019

As participantes da geração 1 (jovens), quadro 3, convivem em sua maioria com companheiro (61,2%), sendo que 50% deles são soropositivos e/ou conhecem sua condição

sorológica. Por conformarem a geração de menor idade 67,6% tiveram ciência do seu diagnóstico há um período médio inferior a cinco anos. Na geração 2 (adultas), a maioria das mulheres (73,5%) convive com companheiro, porém 60,9% delas informaram desconhecer a condição sorológica do mesmo; quanto ao tempo de diagnóstico houve variação entre seis e mais de 15 anos (70,1%). A geração 3 (meia-idade) apresentou pequena redução no percentual de convivência com companheiro (59,6%), sendo que entre as que convivem 47% afirmaram que seus companheiros são soropositivos e 47% desconhecem a condição sorológica dos mesmos; a maioria das mulheres de meia-idade convive com o diagnóstico há mais de seis anos. A geração 4 (idosas) apresentou situação marital diferenciada, pois 76,9% afirmou não ter companheiro e, entre as duas que possuíam, 66,7% são soropositivos; essa é também a geração com maior percentual (92,2%) em relação ao tempo de diagnóstico, sendo que 38,4% conhecem sua condição há mais de 15 anos.

O desconhecimento da situação sorológica do parceiro é significativo na maioria das gerações estudadas. Esta conjuntura retrata que apesar da parceria atual, ao longo da vida sexual, ambos podem ter tido outros relacionamentos, aspecto este que pode dificultar o diálogo acerca das vivências anteriores. Tais silenciamento, seja por receio de exposição, seja por repercussões negativas na aceitação, perpassam também por questões de saúde, a exemplo da condição sorológica das parcerias reverberando na dificuldade de comunicação evidenciada.

Estudo socioantropológico, a partir de comentários dos seguidores nas postagens feitas pelo autor em um blog sobre HIV/AIDS, que aborda a temática do HIV, durante cinco anos, evidenciou o significado atribuído às reações do outro após o conhecimento da condição sorológica, conjuntura que perpassa experiências estigmatizantes e produtoras de sofrimento emocional e social que acaba gerando a falta da comunicação e diálogo a respeito das condições sorológicas no relacionamento (BORGES; SILVA; MELO, 2017).

Tal conjuntura coaduna com pesquisa realizada na África Oriental cujo objetivo foi caracterizar experiências de divulgação de HIV e crenças normativas entre casais em comunidades participantes de um teste e tratamento de HIV no Quênia e Uganda em que participaram 50 prestadores de cuidados, 32 líderes e 112 membros de oito comunidades. Evidenciou-se que barreiras e receios quanto a divulgação da condição sorológica atravessa o receio de acusação e culpa, tanto em homens quanto em mulheres. Contudo,

em mulheres, tais fatores estão associados ao temor de violência e abandono (MAERI, et. al., 2016).

A Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids em 1989 já definia que o portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus exames/testes. Para além, já assegurava que toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. As portaria, cartas e declarações tornaram-se mais consubstanciadas com a promulgação da Lei 12.984/2014 que ‘criminaliza’ a discriminação (BRASIL, 2014). Isso posto, reafirma-se que, mesmo entre casal/relação de conjugalidades, (des)conhecer a condição sorológica do parceiro é aceitável e legal.

Desenhou-se assim, neste estudo, um perfil caracterizado por mulheres negras, com relações heterossexuais, em relacionamentos estáveis e com um único parceiro por ocasião da entrevista, não significando que tiveram um único parceiro na vida. Aponta-se uma diferenciação no perfil para mulheres da geração 4 que, em sua minoria, vivem sozinha/sem companheiro. Pelo desenho apresentado, compreendemos tratar-se de um grupo fortemente marcado pela ‘heteronormatividade’ sexual e de gênero. Os dados coadunam com resultados do Boletim epidemiológico, ano 2018, ao apresentar que 96,6% dos casos de HIV notificados no Brasil ocorreram em mulheres declaradas heterossexuais.

A partir de uma perspectiva heteronormativa e binária de gênero, os dados dos Boletins Epidemiológico do MS, para categoria mulher, mantém um modelo de disponibilização onde apenas há informação para casos de HIV em mulheres heterossexuais (96,6%), para as demais inexistente informação. Ou seja, para as 3,4% de mulheres não-heterossexuais, não temos como saber se seriam elas lésbicas, bissexuais, transgêneras ou tantas outras possíveis conformações identitárias e/ou expressões de gênero e/ou da sexualidade. Estudo realizado com mulheres lésbica e bissexuais sobre prevenção as IST/HIV relatou a falta de preparo dos profissionais de saúde para atendimento dessa população, contribuindo para sua invisibilização e vulnerabilidade e, também, colocou em evidência o caráter heteronormativo das ações de prevenção (BATISTA; ZAMBENEDETTI, 2017).

Em tese, a sociedade moderna parece reafirmar como normal e esperada que a sexualidade seja reduzida a práticas sexuais cisheterossexuais e monogâmicas. No entanto, espaços como a família, as instituições psiquiátricas e as pedagógicas, acabam funcionando como dispositivos de saturação sexual por incitarem sexualidades móveis. Assim, “através

do isolamento, da intensificação e da consolidação das sexualidades periféricas que as relações do poder com o sexo e o prazer se ramificam e multiplicam, medem o corpo e penetram nas condutas” (FOUCAULT, 2007, p. 56). Com relação à caracterização de mulheres vivendo com HIV, a normatização e/ou não revelação de outras práticas sexuais permanece estabelecida socialmente ao longo da epidemia.

A terceira caracterização envolve um subgrupo de 39 mulheres que participaram da primeira e, também, da segunda etapa da coleta de dados - entrevista. Aborda aspectos sociais e relativos a sexualidade e conjugalidades e, descreve média de idade, nível de ensino, situação econômica, condição marital, companheiro sendo pessoas que vive com o vírus ou não e tempo de diagnóstico (Quadro 4).

Quadro 4. Variáveis socioeconômicas e relativas a sexualidade e conjugalidades de mulheres vivendo com HIV investigadas (N=39). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.

Média de Idade	Ensino	Situação econômica	Convive/ companheiro	Companheiro é positivo	Tempo de Diagnóstico
Geração 1 (N=7) Média de 26	Médio (6)	Auxílio (1) Trabalha (4) Ajuda (2)	Sim (4) 57,1%	Sim (2) 50,0%	Média 3 anos
Geração 2 (N=15) Média de 37 anos	Médio (10)	Auxílio (4) Trabalha (5) Companheiro (3) Ajuda (3)	Sim (8) 53,3%	Sim (3) 37,5%	Média 7 anos
Geração 3 (N=13) Média de 53 anos	Fundamental II (5) Médio (5)	Auxílio (2) Trabalha (3) Companheiro (3) Ajuda (4) Aposentada (1)	Sim (7) 53,8%	Não (4) 57,1%	Média 9 anos
Geração 4 (N=4) Média de 67 anos	Fundamental I (3)	Auxílio (1) Ajuda (1) Aposentada (2)	Não (4)	-	Média 17 anos

FONTE: Dados da pesquisa, 2019

O grupo de mulheres entrevistadas revelou algumas particularidades que as difere do grupo formado pelas 191 participantes do estudo: as médias de idade em anos são maiores (G1=26, G2=37, G3=53, G4=67); o percentual de participantes que convivem com companheiro é menor (G1=57,1, G2=53,3%, G3=53,3%, G4=0,0%); as mulheres da geração 3 que convivem com companheiro afirmam que, em sua maioria, os mesmos não são soropositivos (57,1%). No quadro 4, é possível perceber que nenhuma das mulheres

que compõem a geração 4 convive com companheiro e a média de tempo de diagnóstico é de 17 anos.

Mulheres das gerações 1 e 2 trabalham e/ou recebem ajuda de familiares para sobreviverem e, as da geração 4 são aposentadas e/ou recebem benefício social. O perfil das entrevistadas aponta também para relações heterossexuais, com único parceiro, que em sua maioria não é soropositivo. No entanto, 51,2% delas vivem sozinhas/sem companheiro, trabalham e/ou recebem benefício social.

5.2 ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES VIVENDO COM HIV: GRUPO E SUBGRUPOS POR GERAÇÃO

Neste capítulo se apresenta a estrutura das RS sobre sexualidade com vistas a alcançar os objetivos: apreender as representações sociais, em diferentes gerações de mulheres, sobre a sexualidade após o diagnóstico de HIV; analisar representações sociais da sexualidade segundo mulheres com diagnóstico de HIV considerando características geracionais. Os dados aqui analisados são provenientes das evocações livres de palavras que foram processadas pelo *software* EVOC considerando frequências média e mínima e, ordem média de evocações (OME) em cada um dos quadros de quatro casas construídos a partir de três estímulos.

Os dados do TALP, aqui analisados, consideraram todas as evocações, após o procedimento de lematização e foram processadas no *software* EVOC 2005 em acordo com as premissas de Pierre Vèrgès (2003). Para o termo indutor ‘Sexualidade’, as 191 participantes da pesquisa, evocaram 639 palavras, sendo 112 palavras diferentes; para o termo ‘Sexualidade de pessoa vivendo com HIV’ foram 746 termos e 79 diferentes; para o estímulo ‘Sua sexualidade’ tivemos 802 termos com 71 diferentes. Esses achados revelam homogeneidade, visto que os *corporas* tiveram um número aceitável de palavras diferentes, variando entre 17,5 e 8,8%.

O fato do total de palavras (639) evocadas para o primeiro estímulo ser menor que as 802 evocadas para o terceiro estímulo, no aspecto metodológico de aplicação do TALP, aponta como assertiva pois, facultou maior possibilidade de expressão pelas participantes, a partir de sua implicação frente ao objeto representado. Assim, a coleta foi iniciada com um estímulo de maior abrangência ‘Sexualidade’, na busca de conteúdos latentes “mais” traumáticos, até chegarmos à possibilidade onde as participantes puderam revelar

elementos relacionados a própria sexualidade com maior naturalidade e apreensão da realidade. Pois, a esse respeito, Abric (2001) salienta que esta realidade representada, ou seja, apropriada, estruturada e transformada dar-se-á por meio da realidade do sujeito. Assim, o estímulo ‘Sua sexualidade’ apresentou maior disposição e fluência concernente aos valores simbólicos e cognitivos partilhados socialmente.

Tal percurso metodológico, neste estudo, apoia-se em afirmações de Abric (2003) e Wachelke (2009) ao preocuparem-se com a explicação de dimensões do processo de pensamento social, a partir da obtenção de informações diagnósticas acerca do conhecimento de um grupo social sobre um objeto, de modo que possa “resolver” problemas de ordem prática, geralmente com elevada relevância social. Assim, o TALP conformado por três termos indutores, como uma das técnicas mais utilizadas para a etapa de levantamento de elementos representacionais na análise prototípica (VERGÈS, 1992), foi imprescindível para apreensão do objeto de estudo ‘sexualidade’ e a utilização do estímulo ‘Sua sexualidade’ que permitiu conhecer as principais demandas relativas à sexualidade de mulheres vivendo com HIV, características objetivas da dinâmica representacional.

5.2.1 Estímulo ‘Sexualidade’ - Quadro de quatro casas

Para processamento dos dados para o estímulo ‘Sexualidade’ foi definida a frequência média de 16, a mínima de 9, excluindo-se palavras que tivessem frequência inferior a esse valor, o critério de saliência da ordem média de evocações (OME) e Rang de 2,4. Esses dados ao serem organizados conjuntamente deram origem ao quadro de quatro casas, Quadro 5. Obteve-se um aproveitamento desse *corpus* de 90,1% e dentre os 639 termos evocados, 112 foram diferentes. A análise estatística possibilitou inferirmos sobre a probabilidade de os termos evocados estarem presentes ou não no núcleo central da representação social, de acordo com sua disposição no quadro. A interpretação dos dados pautou-se nos pressupostos teóricos do enfoque estrutural da TRS.

Quadro 5. Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.

NÚCLEO CENTRAL			PRIMEIRA PERIFERIA		
Frequência \geq 16 Rang $<$ 2,4			Frequência \geq 16 Rang \geq 2,4		
Sexo	68	2,088	Carinho	20	2,550
Se prevenir	30	2,233	Mulher	17	3,118
Relação sexual	28	2,036	Parceiro	16	3,125
Não-sei	21	1,619			
Prazer	18	1,889			
Não quero mais	17	2,353			
Vida conjugal	17	1,882			
ELEMENTOS DE CONTRASTE			SEGUNDA PERIFERIA		
Frequência $<$ 16 Rang $<$ 2,4			Frequência $<$ 16 Rang \geq 2,4		
Amor	15	1,933	Homem	15	2,467
Coisa boa	14	1,786	Relacionam	15	2,467
Nada	14	2,000	ento	13	2,692
Ter cuidado	13	2,231	Medo	12	2,750
Normal	12	1,583	Camisinha	10	3.100
Difícil	11	1,909	Aceitação	10	3,000
Responsabilidade	10	2,000	Doença	9	2,444
Não sente prazer	9	2,333			

O quadro 5 apresenta elementos provavelmente constituintes do núcleo central da RS de mulheres para o termo indutor ‘Sexualidade’ representada pelas evocações ‘sexo, se prevenir, relação sexual, não sei, prazer, não quero e vida conjugal’. Chama a atenção que o termo ‘sexo’ é o mais importante componente de acordo com sua hierarquia e apresenta uma associação direta com ‘relação sexual e prazer’ como se essas fossem sinônimas. É possível que elementos que se apresentam na zona do núcleo, com frequência muito superior que os demais componentes, sejam o elemento central da representação (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015). Com relação ao apresentado no quadro 5, o elemento ‘sexo’ (68) adequa-se a essa definição.

Utilizando-se da frequência relativa, podemos afirmar que mulheres que vivem com HIV, ao associarem ‘sexo, relação sexual e prazer’, termos que aparecem 114 vezes entre as palavras evocadas, marcam uma correspondência de pensamento com a compreensão do senso comum, onde essa tríade substitui e/ou subentende a palavra “sexualidade”, embora possua significações distintas. Em RS, os elementos que estão nesse quadrante superior esquerdo, não o compõem apenas por critérios quantitativos, como OME e frequência, eles

têm uma dimensão qualitativa e são uma manifestação do pensamento social (WACHELKE, 2009; SÁ, 2015). Assim, a centralidade de um dado elemento necessita ser definida com base no significado que esse dá à representação, de modo que, cada grupo social representa a sua realidade e a reconstrói em seu sistema cognitivo, atendendo a seu sistema de valores, em um determinado contexto sócio-histórico-cultural e ideológico (SÁ, 2015).

Ao observarmos o critério saliência da OME, no núcleo central, o termo que aparece com a menor OME é ‘não sei’ (1,619). Por ter sido prontamente evocado, esse termo contribui para confirmar a dificuldade que as participantes têm de falar sobre a dimensão sexualidade, tendo em vista a sua condição sorológica e necessidade de não revelar ou não nominá-la.

A sexualidade se apresentou no século XX como uma disciplina e autorizava sexólogos e médicos a falarem sobre ela. Tais atores, falavam a partir de uma cultura masculina e branca, com autoridade conferida pelo discurso científico, a fim de estabelecer padrões de condutas e o exercício de uma sexualidade desejável (LOURO, 2008). Entretanto, a sexualidade quando associada a práticas sexuais e sexo lança discursos sociais que produzem gêneros, polaridades, padrões e diferenças que trazem as marcas do político e das relações de poder de um patriarcado, que ainda relutante, é atual (SWAIN, 2008).

O sentido atribuído a um dado objeto pelo sujeito provém das informações que, continuamente, lhe vêm de sua prática e de suas relações (MOSCOVICI, 2013). Considerando que o núcleo central das representações sociais manifesta o pensamento social e corresponde à identidade e constância do grupo social (GALINKIN; SEIDL; BARBOSA; MAGALHÃES, 2012), na análise do núcleo central apresentado no quadro 5, podemos inferir que o sentido atribuído revela elementos atitudinais (se prevenir, não quero mais e não sei) colocando em foco “medo/afastamento”, elementos que se somam aos tabus e ao discurso hegemônico, reforçando estigma e preconceito, principalmente, ao apontar para sua condição sorológica advinda de contaminação decorrente da prática (hetero)sexual.

As representações sociais podem ser classificadas em três tipos: hegemônicas, emancipadas e polêmicas. Ter como elementos centrais ‘sexo/relação-sexual/prazer’ caracteriza essa RS como hegemônica, por ser largamente partilhada pelos membros de um grupo, não sendo discutíveis e compondo os pilares de uma sociedade (JODELET, 2001).

Tal estrutura representacional, quanto os aspectos sociais, revela o sentido atribuído pela sociedade em geral de que sexualidade equivale à prática sexual.

O sistema periférico distante conforma os termos latentes que aparecem na estrutura da representação social em função da carga de sentidos e significados. A primeira periferia apresenta os elementos: carinho (20), mulher (17) e parceiro (16) apontando no sentido do amor romântico que é socialmente aceito e associa amor ao sexo. A palavra amor/carinho porta grande amplitude de sentidos e valores, como os afetivos e sexuais que enfatizam o desejo e sensualidade e, estabelece que no relacionamento amoroso, entre um homem e uma mulher, a prática sexual seja considerada um componente essencial e parte do amor demonstrado pelas partes (TÚLIO, 2013). A conformação da primeira periferia sustenta o sentido da RS apresentado no núcleo central.

Os demais elementos periféricos, presentes no quadrante inferior direito: homem, relacionamento, medo, camisinha, aceitação, doença e saúde denotam sentido mais amplo da compreensão de sexualidade. E os elementos da zona de contraste, quadrante inferior esquerdo, não apontam para formação de subgrupo dentre as participantes.

Nesse sentido, concordamos que sexualidade é concebida por mulheres vivendo com HIV como algo difícil de ser nominado, que se mostra associado à prática sexual que exige cuidados preventivos para ser vivido e/ou precisa ser afastado, por conta de sua condição sorológica. No entanto, já que as interpretações e as representações são temporalmente influenciadas, o sentido dado à sexualidade pode continuar reformulando-se dependendo do contexto de sua produção e podendo, simbolicamente, diferenciar-se em seu conteúdo.

5.2.2 Estímulo ‘Sexualidade de pessoas vivendo com HIV’ – Quadro de quatro casas

A análise do segundo *corpus*, no que tange ao termo indutor ‘Sexualidade de pessoas vivendo com HIV’, conformou-se pelas evocações das 191 participantes da pesquisa, resultando no quadro 6. Foi utilizada a estatística descritiva, frequência relativa (frequência mínima de 9 e frequência intermediária de 19), critério de saliência da ordem média de evocações (OME) e Rang de 2,7. Obteve-se um aproveitamento do *corpus* de 95,4%. Dentre os 746 termos evocados, 79 foram diferentes. A partir desses critérios os dados foram organizados compondo o Quadro de quatro casas, no qual são visualizados os

elementos do núcleo central no quadrante superior esquerdo e os elementos periféricos nos demais quadrantes (Quadro 6).

Quadro 6. Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sexualidade de pessoas vivendo com HIV’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.

NÚCLEO CENTRAL			PRIMEIRA PERIFERIA		
Frequência \geq 19 Rang $<$ 2,7			Frequência \geq 19 Rang \geq 2,7		
Difícil	59	1,746	Medo	40	2,825
Normal	48	1,625	Aceitação	40	2,700
Ter cuidado	42	2,405	Camisinha	34	3,118
Complicado	32	1,813	Preconceito	23	2,870
Se prevenir	27	2,407			
Não pode mais	25	2,480			
Horrível	22	2,091			
ELEMENTOS DE CONTRASTE			SEGUNDA PERIFERIA		
Frequência $<$ 19 Rang $<$ 2,7			Frequência $<$ 19 Rang \geq 2,7		
Barreira	15	2,133	Não falar	18	3,500
Tristeza	13	2,308	Responsabilidade	18	2,889
Mudou	13	2,462	Parceiro	17	3,235
Não quer mais	12	2,083	Vida	16	3,250
Proteção	12	2,500	Não passar doença	11	3,455
Tratamento	11	2,364	Sozinha	11	2,727
Constrangedor	9	2,222	Conversar	11	3,182
			Risco	10	3,100
			Frustrante	9	3,778

O quadro 6 apresenta em seu núcleo central, em resposta ao termo indutor, elementos de maior densidade na RS de mulheres, concebida pelas evocações ‘difícil, normal, ter cuidado, complicado, se prevenir, não pode mais e horrível’. Os termos ‘difícil e normal’ apresentam as maiores frequências 59 e 48, respectivamente. As evocações que compõem o NC possibilitam inferir que hajam duas ideias, uma centrada na ‘negação’ da sexualidade/sexo (difícil, ter cuidado, complicado, não pode mais e horrível) e outra sinalizando para uma ‘normalidade’ que requer atitude/ação da mulher como ‘ter cuidado e se prevenir’, apontando em direção a importância/valorização do suporte social e da boa adesão ao tratamento no enfrentamento do agravo.

Na base teórico-reflexiva da TRS, em sua vertente estrutural, pressupõe-se que os elementos da representação social com importância em sua estrutura, núcleo central e seu caráter prototípico, são considerados como os mais acessíveis à consciência, enquanto que

os termos menos evocados conformam os elementos periféricos (ABRIC, 2003). Ao acessarem mais prontamente termos que conformam a associação ‘difícil, complicado, não pode mais e horrível’, que somados aparecem 138 vezes, as mulheres revelam através do medo, uma reação a partir de representações do imaginário social, incorporadas também por elas, em que há impossibilidade na vivência da sexualidade quando sua condição sorológica se apresenta positiva.

Assim, é possível afirmar que a RS sobre ‘Sexualidade de pessoas vivendo com HIV’, estruturada no núcleo central, apresenta-se ancorada no medo. Essa percepção, encontra respaldo no critério saliência da OME, pois os termos com menor valor foram: ‘normal, difícil e complicado’. Desse modo, podemos estabelecer que o “medo” está subliminarmente presente na representação e reafirma a dificuldade de vivenciarem a sexualidade após o diagnóstico do HIV e o estado de constante vigilância para não transmitir ou ser infectada por outras IST. O grupo de pertença estudado mostrar-se com número significativo de mulheres que convivem com HIV há mais de 6 anos (40,3%) e com 11,5% delas convivendo há mais de 15 anos.

Questões referentes ao medo/morte apresentam-se também nas representações sociais de profissionais de saúde com ensino superior, que atuam em serviços especializadas da cidade de Salvador. O estudo apontou que ‘preconceito e morte’ estruturavam a representação social sobre o HIV e eram amparados pelo ‘medo’, revelando aspectos negativos e que remetem a forma como se pensava ao início da epidemia (SUTO, et al., 2017). Frente a uma doença marcada pela transmissão por via sexual e que, de 1980 até 2017, levou a óbito 327.655 pessoas (BRASIL, 2018), a percepção de morte iminente que perpassa os elementos da representação social de mulheres que vivem com HIV é esperada.

O fato comprovado, por meio de estudo, de que mulheres que vivem com HIV sofreram mais violência sexual na vida, de alguma forma as torna mais vulneráveis às relações de gênero e afloram reações (in)conscientes, nominadas por meio da palavra ‘medo’. Santos et al., (2009) verificaram que, embora apenas 2% das mulheres vivendo com HIV tenham relatado a violência sexual como categoria de exposição ao vírus, 22,1% dessas mulheres apresentam histórico de violência sexual alguma vez na vida, enquanto em mulheres soronegativas esse índice cai para 13,2%. Essa diferença mostrou significância estatística, evidenciando um medo “real”.

As participantes deste estudo, convivem com o vírus por tempo superior há seis anos, em sua maioria, e suas memórias ainda refletem a ameaça do contágio. No entanto, observa-se em pesquisas que o uso de antirretrovirais está sendo, cada vez mais comum enquanto tecnologia de prevenção, antes da exposição ao HIV, denominadas de terapia de profilaxia pré-exposição – PrEP (MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015). Apesar dos progressos que aconteceram a partir da introdução de novas terapias e oferta do tratamento às pessoas que vivem com HIV, o medo do contágio ainda é visto como uma ameaça à integridade física do ser humano (FERREIRA, et al., 2014).

Os termos que compõem a periferia próxima ‘medo e preconceito’ coadunam com a ideia de ser a sexualidade algo “difícil e complicado” para alguém vivendo nessa condição. Os termos ‘aceitação e camisinha’, reafirmam que ao se posicionarem no que concerne ao acolhimento e suporte recebido, quer seja no serviço ou no âmbito familiar, a condição de “normalidade” pode ser reestabelecida. Assim, o termo aceitação (40) foi mais evocado por mulheres dos grupos 2 e 3 e perpassa o sentido de ‘normal’ que está presente no NC dessa representação.

A aceitação de uma doença crônica, que exige cuidado e atenção ininterrupta, tende a interferir na qualidade de vida das pessoas e podem resultar em níveis de limitação e incapacidades, o que não é um processo fácil. Estudo realizado em Rondônia aponta como estratégias de enfrentamento adotadas no processo de aceitação do adoecimento: apoio relacional/social com pessoas com experiências similares, informações sobre a doença, apoio de pessoas próximas e reaproximação de familiares (ASSIS; ALVES, 2015). Aceitação revela-se como um elemento representacional que se opõem a: ‘difícil, complicado, não pode mais, horrível, medo e preconceito’ presentes no NC e na primeira periferia.

Os demais termos que compõem a periferia como ‘não falar, responsabilidade, parceiro, não passar doença, sozinha, risco e frustrante’, assim como os da zona de contraste: ‘barreira, tristeza, mudou, não quer mais, proteção, tratamento e constrangedor’ sustentam e reforçam a composição do núcleo central dessa representação.

Desse modo, buscando uma classificação para a representação exposta, com base na sua estrutura (Quadro 6), podemos classificá-la como hegemônica, por ser largamente partilhadas pelas participantes e compactuam com o senso comum partilhado na sociedade brasileira há algumas décadas. Tanto os elementos centrais quanto os periféricos

apresentam uma conotação negativa para representação da sexualidade de pessoas que vivem com HIV⁴.

5.2.3 Estímulo ‘Sua sexualidade’ – Quadro de quatro casas e Análise de Similitude

Neste subitem apresentamos a estrutura das RS sobre sua sexualidade enfatizando as aproximações e ou oposições relativas à geração. Os dados aqui analisados são provenientes das evocações livres de palavras para o termo indutor ‘Sua sexualidade’ e foram processados pelos *softwares* EVOC e Iramuteq, considerado para suas construções as frequências médias e mínima e, as OME em cada quadro de quadros casas e da árvore de similitudes.

O software Iramuteq possibilitou a análise dos dados textuais a partir do Método da Análise de Similitude. Camargo et al. (2013) explicam que com esse método o *corpus* textual é segmentado e classificado em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. Esta análise visa obter co-ocorrência entre os termos com vocabulário semelhante entre si. Os referidos autores mostram que esse tipo de análise é utilizada frequentemente por pesquisadores das representações sociais (cognição social), pois seu resultado traz indicações da conexão entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação.

Os dados do TALP, aqui analisados, consideraram todas as evocações, após o procedimento de lematização para as 191 participantes da pesquisa e, separadamente, para cada geração. Esses achados revelaram homogeneidade na análise prototípica e, em conjunto, apontaram a centralidade de elementos que compuseram as RS. Apresentamos os resultados advindo do EVOC e sua discussão, em seguida, os originários do Iramuteq com as observações pertinentes, para as cinco situações analisadas.

Iniciamos com os resultados provenientes do *corpus* processado no *software* EVOC para a construção do quadro de quatro casas. Foram contabilizadas 802 palavras, destas 71 eram diferentes. Optou-se por descartar as evocações com frequência menor que sete, correspondendo a 2,7% do total, tendo-se assim um aproveitamento de 97,3% do *corpus*. Definiu-se a frequência média de 16 e Rang de 2,7, também chamada de OME. A partir desses critérios os dados foram organizados compondo o quadro de quatro casas (Quadro 7).

⁴ Os subitens 5.2.1 e 5.2.2 conformaram o artigo 3 submetido à RBE n

Quadro 7. Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019

NÚCLEO CENTRAL			PRIMEIRA PERIFERIA		
Frequência \geq 16 Rang $<$ 2,7			Frequência \geq 16 Rang $> =$ 2,7		
Normal	45	1,578	Medo	50	2,960
Não quero mais	43	2,558	Camisinha	45	3,289
Sozinha	35	2,571	Aceitação	40	2,850
Não pode mais	28	2,357	Parceiro	31	3,190
Difícil	26	2,346	Ter cuidado	31	3,065
Não tem prazer	24	2,667	Não falar	23	3,217
Se prevenir	22	2,636	Autoconfiança	18	2,722
Vida conjugal	17	2,471			
ELEMENTOS DE CONTRASTE			SEGUNDA PERIFERIA		
Frequência $<$ 16 Rang $<$ 2,7			Frequência $<$ 16 Rang $> =$ 2,7		
Tristeza	14	1,857	Desconfortável	13	2,923
Sexo	14	2,643	Mudou	12	2,833
Complicado	10	2,200	Preconceito	12	3,250
Desejo	10	2,400	Não passar doença	11	3,091
			Amor	11	3,364
			Gravidez	9	3,111
			Soropositividade	9	3,669

O quadro 7 exibe em seu núcleo central, em resposta ao termo indutor, elementos de maior densidade na RS de mulheres onde os termos ‘normal e não quero mais’ apresentam as maiores frequências 45 e 43, respectivamente. Ao observarmos o critério de saliência da OME o termo que aparece no núcleo central com a menor OME é ‘normal’ (1,578). As evocações que compõem o NC possibilitaram inferir sobre a existência de duas ideias, uma centrada na negação da sexualidade/sexo (não quer mais, não pode mais, não tem prazer, difícil e sozinha) e outra apontando para a sexualidade que é própria da ‘vida conjugal’, vista pelo grupo como sinônima da prática sexual. Essa segunda ideia materializa a dimensão atitudinal no termo ‘se prevenir’, como responsabilização por si e pelo outro no seguimento de sua vida.

O conjunto dos termos com conotação ‘negativa’, presente no núcleo central, foram evocados 156 vezes, em oposição aos termos com sentido de ‘normalidade’ que aparecem 50% menos (84 vezes). Ao acessarem termos que conformam uma associação situada na ideia da “negação” da sexualidade, as mulheres revelam o preconceito que é expressado

pela sociedade e que parece estar imbricado em si próprias, como condição de ser pessoa que vive com HIV.

Assim, a estruturação da RS se mostra assentada em elementos com conotação eminentemente negativa, para esse grupo de pertença, ressoa na primeira periferia como os termos: medo (50), ter cuidado (31) e não falar (23). Tais evocações também chamam atenção quando confrontadas com as estruturas das RS para os dois estímulos que foram analisados anteriormente. Ao representarem ‘Sexualidade’, aparece no núcleo elementos que remetem à prática sexual e apenas um termo com conotação negativa (não quero mais); na representação de ‘Sexualidade de pessoas vivendo com HIV’ as questões relativas à prática sexual foram reduzidas e os elementos com carga negativa assumiram a cena. Porém, ao elencarem termos para designar a RS sobre ‘Sua sexualidade’, cinco dentre os oito termos, que compõem o núcleo, apresentam-se como negativos e apontam para um sentido de impossibilidades para o exercício da prática sexual.

Segundo a perspectiva freudiana, a repressão é um mecanismo de defesa que atua ao nível da segunda censura. Trata-se da exclusão de algum material do campo da consciência, onde as motivações morais desempenham um papel predominante. Passando, assim, a ser algo presente e intenso na consciência (PAIVA, 2011). Após o diagnóstico positivo para HIV os mecanismos de repressão parecem atuar na vida das participantes deste estudo.

Nesse sentido, estudo com adolescentes vivendo com HIV, realizado em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, reforça que as aspirações e necessidades do grupo tendem a ser restringidas, por eles mesmos ou por pessoas com que convive e, que o diálogo sobre sexualidade ainda é um tabu, o que a restringe ao silêncio e ao secreto (SEHNEM; PEDRO; RESSEL; VASQUEZ, 2018).

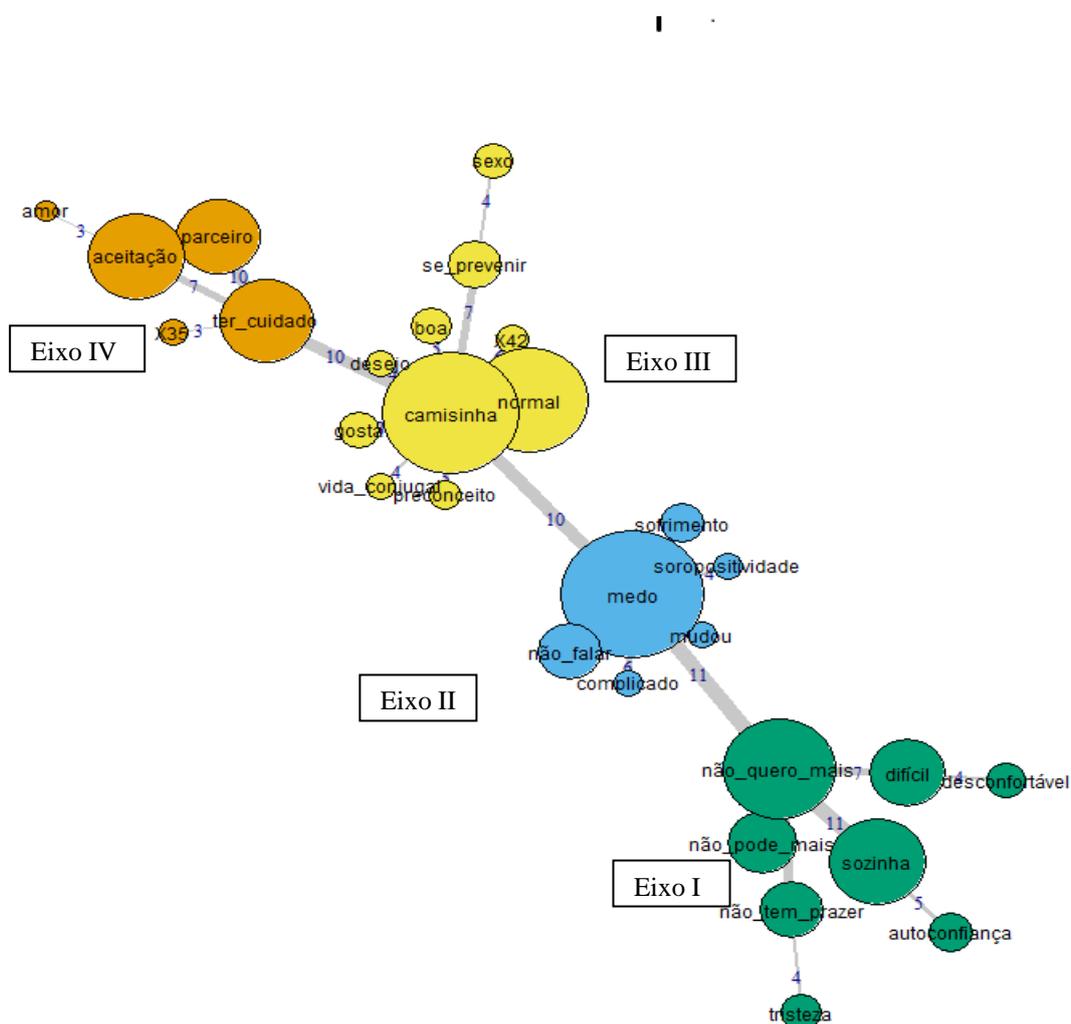
Outro estudo com mulheres, realizado em 2009, sistematizou o conhecimento disponível na literatura sobre o sexo e a sexualidade apontando ser comum entre as mulheres, que, devido a seu diagnóstico, a restrição ou supressão de suas práticas sexuais; mesmo que não tenham perdido o desejo sexual, devido ao medo das consequências potenciais de ter revelado o diagnóstico, da transmissão do vírus e de sentimento de limitação imposto pela necessidade de uso de preservativo (SOUTO; KIYOTA; BATALINE; BORGES; KORKISCHKO; CARVALHO, et al., 2009).

Os elementos periféricos presentes no quadro 7 com conotação que destoam da ideia de negação da sexualidade como: ‘aceitação, camisinha, parceiro, autoconfiança e

amor’, dão sustentação ao termo ‘normal’ que é o elemento mais importante do núcleo central, de acordo com os critérios de frequência e OME.

Para as 191 participantes, as evocações atribuídas ao estímulo ‘Sua sexualidade’ fora também processada pelo Iramuteq e geraram a Árvore de Similitude com quatro eixos/comunidades, Figura 3.

Figura 3 – Árvore de Similitude ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019



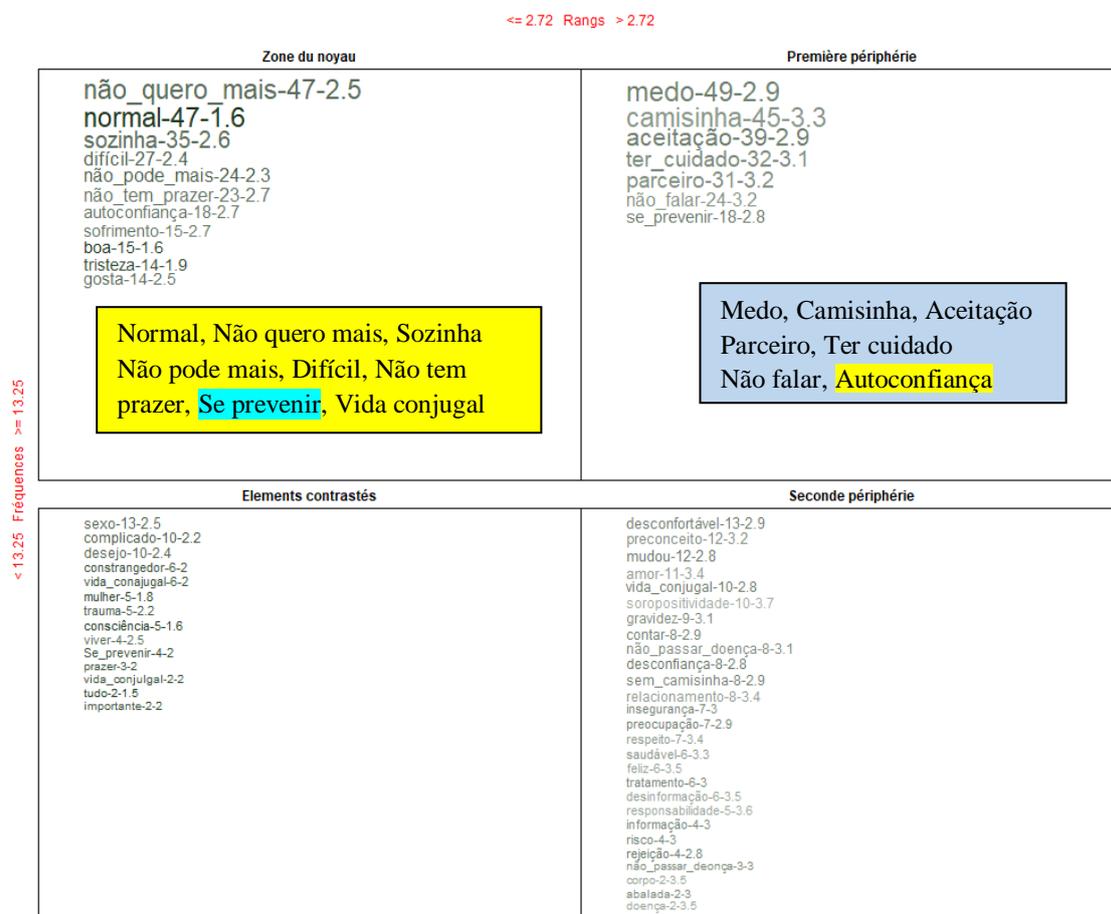
A árvore de similitude (Figura 3), apresenta termos análogos aos expostos no Quadro de quatro casas (Quadro 7). Em seus quatro eixos, demarcados pelas cores verde, azul, amarelo e laranja, demonstram a co-ocorrência entre os termos e apresentam o termo “medo” como elo, por possuir a maior força de conexão com os demais eixos. O eixo I

mostra um aglomerado de termos que reforçam a ideia de impossibilidade, tristezas e desconfortos que se ligam a ‘medo’ e ‘sofrimento’ (Eixo II).

Os eixos III e IV agregam termos que reforçam o pensamento de ‘normalidade’ e de que é possível vivenciar a sexualidade após o diagnóstico de HIV, desde que se tenha os suportes de companheiro/tecnológico/assistencial. Aspecto esse que deve ser ponderado por profissionais que atuam nesses serviços sob o risco de uniformizar as pessoas como modelo único.

A análise prototípica realizada pelo Iramuteq, confirma a centralidade dos termos e das ideias de negação e/ou normalidade da sexualidade, conforme figura 4.

Figura 4 – Análise prototípica do termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019



FONTE: Iramuteq, 2019.

Assim, após as diferentes análises das evocações, com foco na estrutura das RS, podemos inferir que para as 191 participantes do estudo, a ‘sua sexualidade’ é representada por meio de termos que conformam uma ideia impulsionada pela “negação” da mesma; e,

em contraposição explicitam a ideia de ser algo ‘normal’, desde que, haja possibilidade de atravessarem as barreiras da negação e adentrarem ao espaço da aceitação da doença/infeção por meio do amparo e/ou convivência com um companheiro que aceite o uso do preservativo, fazendo-as se sentirem protegidas.

5.2.3.1 Estímulo ‘Sua sexualidade’ – Quadro de quatro casas e Árvore de Similitude para geração 1 (Jovens)

No que tange ao termo indutor ‘Sua sexualidade’, para as 34 participantes desse estudo com idade entre 18 e 29 anos (jovens), foram contabilizadas 140 palavras, destas 40 eram diferentes, com aproveitamento do *corpus* de 86,4%. Nesse sentido, foram descartadas as evocações com frequência menor que quatro, correspondendo a 13,6% do total. Para o processamento no *software* EVOC, definiu-se a frequência média de 6 e Rang de 2,8. A partir desses critérios os dados foram organizados compondo o Quadro de quatro casas (Quadro 8).

Quadro 8. Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ para mulheres com idade entre 18 e 29 anos (N=34). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.

NÚCLEO CENTRAL			PRIMEIRA PERIFERIA		
Frequência \geq 6 Rang $<$ 2,8			Frequência \geq 6 Rang \geq 2,8		
Medo	11	2,364	Camisinha	7	3,000
Normal	8	2,375	Não falar	7	3,000
Difícil	7	2,000	Aceitação	7	3,857
Sozinha	7	2,286			
ELEMENTOS DE CONTRASTE			SEGUNDA PERIFERIA		
Frequência $<$ 6 Rang $<$ 2,8			Frequência $<$ 6 Rang \geq 2,8		
Complicado	5	2,000	Ter cuidado	4	3,000
Não pode mais	5	2,000	Parceiro	4	3,250
Não quero mais	4	2,000	Vida conjugal	4	3,500
Tratamento	4	2,500			

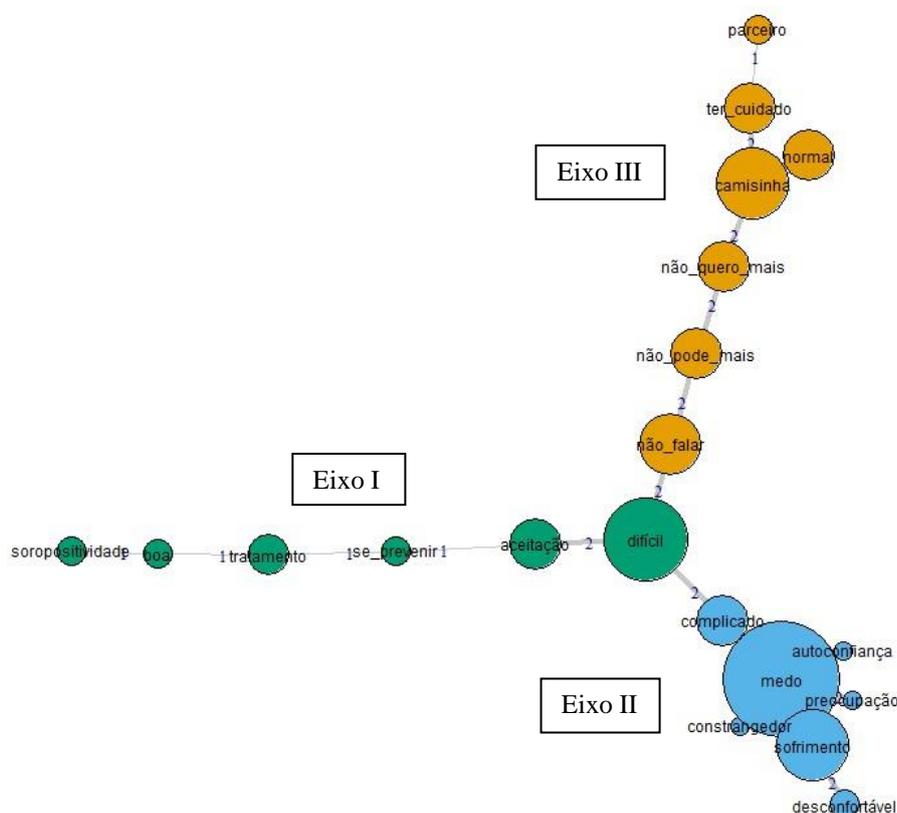
O quadro 8 mostra em seu núcleo central que, para mulheres jovens, em resposta ao termo indutor ‘Sua sexualidade’, os elementos de maior densidade na RS foram: ‘medo, difícil, sozinha e normal’. No critério de saliência da OME o termo ‘difícil’ com 2,000 de Rang, foi o mais prontamente evocado dentre os quatro termos que se apresentam nesse quadrante. Para essa geração, parece haver um peso maior ainda nos aspectos inconscientes

e de “negação” da sexualidade, pois os termos que apoiam tal ideia contribuem com 75% das evocações. A ideia de sexualidade como algo ‘normal’ que foi apresentada para o total das participantes (191) perde força neste grupo.

Ao acessarem termos que conformam uma associação fortemente marcada pela ideia de “negação” da sexualidade revelam o preconceito que é expressado pela sociedade e que “parece” estar imbricado em si próprias. Os elementos periféricos: ‘não falar e ter cuidado’ coadunam com a ideia mais premente no núcleo central. E, se opõem a ‘parceiro, vida conjugal, camisinha e aceitação’. Os elementos presentes na zona de contraste não revelam haver subgrupos dentre as 34 participantes.

Para a elaboração da árvore de similitude com as evocações das participantes da geração 1, as mesmas respostas ao TALP compuseram o (sub)corpus e foram processadas pelo *software* Iramuteq resultando na Figura 5.

Figura 5 – Árvore de Similitude ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=34). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019



A árvore de similitude (Figura 5), apresenta termos semelhantes (medo, difícil e não falar) aos expostos no Quadro de quatro casas (Quadro 8). Em seus três eixos, demarcados em cores diferentes, possibilitam identificar a co-ocorrência entre os termos. Apresentam o termo ‘difícil’ como elo de ligação que possui a maior força de conexão com os demais eixos. O eixo I mostra linearidade entre os seis termos e apontam certa “possibilidade” de sobrevivência frente às dificuldades.

O eixo II está representado pelo termo ‘medo’, elemento mais evocado pelas mulheres jovens, configurando-se como o elemento central da RS e o que agrega termos que reforçam o pensamento da “negação” como: ‘constrangedor, complicado, preocupação e desconfortável’. Vale salientar que tal ideia reforça a preocupação com possíveis repercussões para a saúde mental e implicações frente a tomada de posição, conseqüentemente prejuízo que tende a repercutir na qualidade de vida e adesão ao tratamento das participantes. O eixo III constitui-se com termos como ‘não-falar, não-pode e não-quer’ que robustecem a “negação” da sua sexualidade como se a pessoa nessa condição não pudesse falar sobre ela e nem vivenciá-la. Tais aspectos, reforçam que a vivência com HIV contribui para a solidão, relacionamentos frágeis e a potencialização de vulnerabilidades.

As/Os jovens que vivem com HIV e participaram de estudo realizado em São Paulo revelaram que ao iniciar suas primeiras experiências sexuais, na condição de soropositiva/o, os mesmos não se sentem muito à vontade para falar sobre sexualidade e namoro, quer seja com os parceiros/familiares/profissionais. Tal atitude, traz implicações diretas em sua saúde, desde o retardo no início do tratamento até a negação da vivência das práticas sexuais (PAIVA, et al., 2011).

As duas análises realizadas, neste estudo com as mulheres jovens, apresentam convergência e chamam atenção para o cuidado com pessoas recém infectadas ou com menor tempo de diagnóstico. Pois, para além do fato de estarem na ‘plenitude’ da vivência de sua sexualidade e da possibilidade de gestarem ou não, sua sexualidade e saúde mental apresentam comprometimento e necessitam cuidados. Nesse aspecto, ressalta-se a importância sobre o modo de administrar a condição de soropositividade em seus relacionamentos afetivos, considerando ser uma atividade que mobiliza o cotidiano de mulheres jovens/adolescente com as mais variadas demandas e dilemas como por exemplo: a revelação do diagnóstico para namorados/as, a responsabilidade de usar preservativo para

se proteger e proteger o outro e o medo do abandono ou de não poder ter e/ou cuidar dos filhos.

5.2.3.2 Estímulo ‘Sua sexualidade’ – Quadro de quatro casas e Árvore de Similitude para geração 2 (Adultas)

Ainda com relação ao termo indutor ‘Sua sexualidade’, para as 87 participantes desse estudo com idade entre 30 e 44 anos (adultas), foram contabilizados 366 termos, destes 62 eram diferentes, com aproveitamento de 91,3%. Nesse sentido, foram descartadas as evocações com frequência menor que seis, correspondendo a 8,7% do *corpus*. Para o processamento no *software* EVOC, definiu-se a frequência média de 6 e Rang de 2,8. A partir desses critérios os dados foram organizados compondo o Quadro de quatro casas (Quadro 9).

Quadro 9. Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ para mulheres com idade entre 30 e 44 anos (N=87). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.

NÚCLEO CENTRAL			PRIMEIRA PERIFERIA		
Frequência \geq 11 Rang $<$ 2,8			Frequência \geq 11 Rang \geq 2,8		
Não quero mais	26	2,688	Camisinha	24	3,542
Normal	25	1,280	Medo	21	3,143
Não tem prazer	14	2,286	Parceiro	19	2,842
Difícil	13	2,615	Ter cuidado	19	3,158
			Aceitação	14	3,071
			Se prevenir	11	3,091
ELEMENTOS DE CONTRASTE			SEGUNDA PERIFERIA		
Frequência $<$ 11 Rang $<$ 2,8			Frequência $<$ 11 Rang \geq 2,8		
Autoconfiança	10	2,600	Preconceito	9	3,222
Sexo	9	2,667	Desconfortável	6	2,833
Vida conjugal	9	2,222	Não falar	6	3,500
Sozinha	9	2,111	Gravidez	6	3,000
Não pode mais	8	2,625			
Mudou	7	2,714			

O quadro 9 exhibe em seu núcleo central elementos da RS de mulheres adultas/jovens, em resposta ao termo indutor, onde os termos ‘não quero mais e normal’ apresentam as maiores frequências 26 e 25, respectivamente. Ao observarmos o critério saliência da OME, o termo que aparece no núcleo central com a menor OME, ou seja, o que foi prontamente evocado, é ‘normal’ (1,280). As evocações que compõem o NC

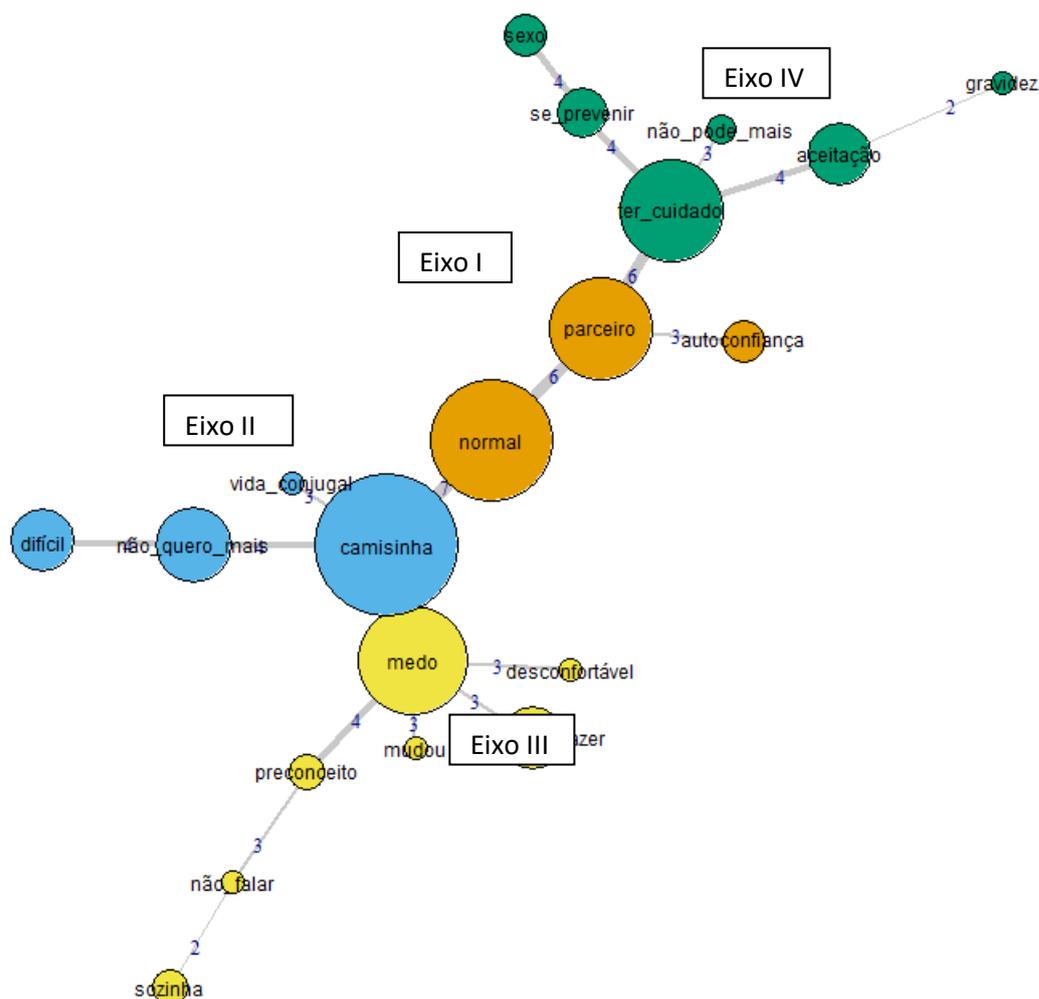
possibilitam inferir que haja duas ideias, uma centrada na “negação” da sexualidade/sexo (não quer mais, não tem prazer e difícil – 53 vezes) e outra marcando um estado de normalidade/aceitação (25 vezes).

O conjunto dos termos que foram evocados e se apresentam no núcleo central em apoio à impossibilidade de vivenciar a sexualidade é 50% maior, em relação a possibilidade de seguir uma vida normal. A ideia de negação é semelhante à de mulheres jovens (Quadro 8), porém para estas, tais termos se apresentam na zona de contraste, significando, a presença de um subgrupo de mulheres jovens que assim pensam. Na zona de contraste de mulheres adultas os elementos da prática sexual e os termos como ‘autoconfiança’ dão sentido e reafirma a ideia de ‘normalidade’.

Em sua periferia próxima, os termos ‘camisinha, parceiro, aceitação e se prevenir’ apresentam-se como ação, também, associada a ideia de ‘normalidade’. Para mulheres adultas, ter parceiro, aceitar a soropositividade e se prevenir, utilizando-se do preservativo, é o caminho que ora se apresenta. Assim, tanto para as políticas públicas quanto ao que é reproduzido pela mídia, é possível o estado de normalidade no que se relaciona a vivência da sexualidade por mulher com HIV. No entanto, para as mulheres adultas, o que é considerado hegemônico em suas RS é o modo como a percepção do senso comum se imprime na “negação” da sexualidade.

Por conviverem com o diagnóstico há mais tempo (21,2% delas convivem há mais de 15 anos), caracterizarem-se como a geração com o maior percentual de presença de companheiro (73,5%) e maior escolaridade (42,5%) com ensino médio e superior. É socialmente esperado, para mulheres nessa faixa etária, a assunção da ideia de que a sexualidade é vista e/ou percebida ‘normal’, porém o tempo de convivência com o vírus assenta a RS em outro lugar, perpassado pelo ‘medo’ e ‘preconceito’.

Figura 6 – Árvore de Similitude ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=87). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019



A árvore de similitude (Figura 6), apresenta os termos ‘normal, camisinha, medo e se cuidar’ como os mais importantes e com maior co-ocorrência, em certa oposição ao NC da figura 8. Em seus quatro eixos, demarcados em cores diferentes, é possível observar que o termo ‘normal’ assume a posição de elo de ligação. O eixo I tem menor densidade e reforça a ideia de normalidade. Porém, a condiciona a presença do parceiro/companheiro como aquele que impulsiona a autoconfiança e determina que na vida conjugal a sexualidade demanda o uso da camisinha (Eixo II). Por conter mais elementos, dentre eles o ‘medo’, o eixo III, reforça a ideia da impossibilidade, mesmo em aproximação ao eixo IV carregado por elementos de negação ‘não-pode-mais’ que confere sustentação à RS presente no NC.

Vale considerar, que a medida que a mulher compartilha com o parceiro seu status sorológico; solicita o uso do preservativo na relação sexual para prevenir doenças; e/ou quando precisa tomar decisões sobre uma possível gravidez; a busca pelo tratamento para si; bem como a prevenção da transmissão vertical do HIV, ela também pode ser alvo de violência(s) que se sobrepõem em função de sua condição sorológica (CAMPBELL, et al., 2008). No entanto, o sentimento expresso pelo ‘medo’ pode ser traduzido como uma espécie de “prisão”, tendo em vista a potencialização de vulnerabilidades às mulheres.

As mulheres adultas acabam desenvolvendo estresse, que pode prejudicar sua libido e deixa-las com pouca disposição para a atividade sexual (VIEIRA; DA NÓBREGA; ARRUDA; VEIGA, 2016). Ao longo da história, as mulheres adultas vivenciaram dilemas sexuais nos quais é imposto ao homem o papel ativo na relação sexual e social, levando-os a deter o domínio econômico em detrimento da dependência financeira da mulher. Todavia, esse conceito vem mudando e, atualmente, a mulher vem conquistando seu espaço na sociedade e com maior autonomia, sobretudo, no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos, onde o sexo deixa de ser visto apenas como apenas obrigação com fins de procriação.

5.2.3.3 Estímulo ‘Sua sexualidade’ – Quadro de quarto casas e Árvore de Similitude para geração 3 (Meia-idade)

A terceira organização realizada com relação ao termo indutor ‘Sua sexualidade’, para as 57 participantes desse estudo com idade entre 45 e 59 anos (meia-idade), foram contabilizados 230 termos, destes 55 eram diferentes, com aproveitamento de 82,6%. Nesse sentido, foram descartadas as evocações com frequência menor que sete, correspondendo a 17,4% do *corpus*.

Para o processamento no *software* EVOC, definiu-se a frequência média de 9 e Rang de 2,7. A partir desses critérios os dados foram organizados compondo o Quadro de quatro casas (Quadro 10).

Quadro 10. Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ para mulheres com idade entre 45 e 59 anos (N=57). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.

NÚCLEO CENTRAL			PRIMEIRA PERIFERIA		
Frequência \geq 9 Rang $<$ 2,7			Frequência \geq 9 Rang \geq 2,7		
Aceitação	14	2,357	Sozinha	17	2,706
Não quero mais	12	2,500	Camisinha	13	3,154
Não pode mais	9	2,222	Medo	11	3,364
Normal	9	1,667			
ELEMENTOS DE CONTRASTE			SEGUNDA PERIFERIA		
Frequência $<$ 9 Rang $<$ 2,7			Frequência $<$ 9 Rang \geq 2,7		
Se prevenir	8	2,625	Parceiro	8	3,750
Boa	7	1,429	Não tem prazer	8	3,500
Gosta	7	1,571	Não falar	7	2,714
Tristeza	7	1,857	Ter cuidado	7	2,857

No quadro 10, as evocações das mulheres de meia-idade exibem em seu núcleo central os elementos: ‘aceitação, normal, não quero mais e não pode mais’. A OME do termo ‘normal’ foi a menor (1,667). As evocações que compõem o NC apresentam características um pouco diferenciadas das gerações anteriores, pois demonstram haver um equilíbrio entre dois polos: ‘aceitação/normal’ (23 vezes) e ‘não quero mais/não pode mais’ (21 vezes). No entanto, mantém-se as mesmas ideias presentes nos NC das RS de mulheres jovens e das adultas, onde ocorre uma oscilação entre – negação/normalidade. Conservam-se duas ideias, uma centrada na negação da sexualidade/sexo (não quer mais, não tem prazer e difícil) e outra assinalando a perspectiva de que existe uma normalidade/aceitação. Esta segunda, se apresenta mais proeminente, seja pelo critério da frequência ou pela OME.

A geração 3 compõem-se de mulheres em que 59,6% delas convivem com companheiro e vivem em média há mais de seis anos com o diagnóstico positivo de HIV. Chama atenção, ao falarem sobre a positividade do companheiro, pois cerca de metade (47%) deles também são positivos e a outra metade (47%) elas não sabem e/ou desconhecem a condição sorológica. O fato de não terem conhecimento sobre a sorologia do companheiro ser positivo parece não exercer influência negativa em sua representação sobre a própria sexualidade.

Os termos ‘sozinha, medo, não tem prazer e não falar’ conformam as periferias da RS e apoiam os aspectos “negativos” presentes no núcleo central. No entanto, esta é a

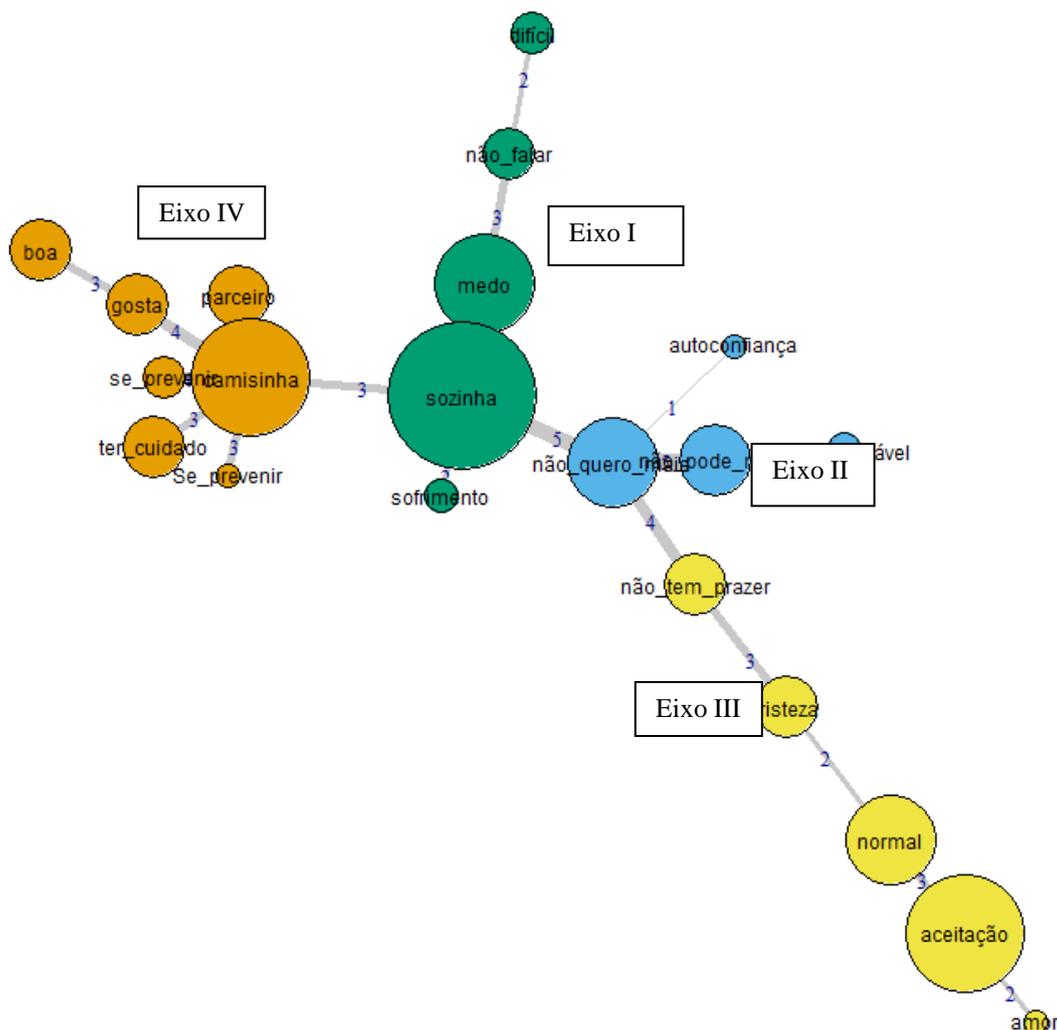
única geração em que o termo ‘aceitação’ se apresenta no núcleo central. Como características, as mulheres de meia-idade, independentemente de outros diagnósticos, experienciam o climatério. Este pode ser interpretado como um processo de transformação física, emocional e fisiológica e, principalmente, da individualidade da mulher. As mudanças ocorridas nesse período interferem na sexualidade e podem estar ligadas às dificuldades em sua vivência (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010). Para o grupo estudados a experiência do climatério parece não ser marcante.

O termo ‘aceitação’, que também aparece na primeira periferia para as gerações jovens e adultas, necessita de maior atenção, pois, parece apontar no posicionamento lacaniano sobre sublimação. Para este teórico a sublimação é entendida como aquela que permite ao objeto elevar-se à dignidade de “Coisa”, conceituando-a como “movimento capaz de promover a sustentação do vazio, ao invés da anulação da falta”. Esta proposição evidencia que o processo sublimatório se apresenta como capaz de aproximar o sujeito de seu desejo, ou no sentido freudiano, sublimar, possibilita evitar o afastamento do desejo (TOREZAN; BRITO, 2012, p 256). Nesse sentido, ao ocupar o núcleo central da RS o termo ‘aceitação’ pode significar para as participantes uma situação de conformação com a impossibilidade de vivenciar a prática sexual e não, o seu enfrentamento ou vivência plena da sexualidade.

Estudo realizado em João Pessoa-PB com mulheres sobre representações sociais de relação sexual revelou que, para as mulheres de meia-idade, as categorias se formaram em torno de “prazer, afetividade e casamento”, no entanto, 47% delas afirmaram se abster de práticas/relações sexual (VIEIRA, et al., 2016). As participantes deste estudo, classificadas na geração 3, com média de idade de 50,9 anos e com percentual de escolaridade inferior as gerações 1 e 2, pois 57.9% delas alcançou até o fundamental II, apontam que a ‘aceitação/normalidade’ presente em sua representação, demarcam centralidade e encontra respaldo nos elementos ‘boa, gosta e se prevenir’ que aparecem na zona de contraste.

Mantendo a linha de análise proposta para cada um dos grupos geracionais, a elaboração da árvore de similitude, com as evocações do TALP para mulheres de meia-idade, compôs o quarto *corpus* foram processadas pelo *software* Iramuteq e apresenta quatro eixos/comunidades (Figura 7).

Figura 7 – Árvore de Similitude ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=57). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019



A árvore de similitude (Figura 7), apresenta com mais destaque os termos ‘aceitação, sozinha, camisinha e não quero’, também presentes no quadro de quatro casas (Quadro 10). Em seus quatro eixos permitem visualizar a co-ocorrência entre os termos. A figura 7 apresenta o termo ‘sozinha’ como elo de ligação entre os demais eixos. O eixo I elenca sentimentos como: ‘solidão, medo e sofrimento’ enquanto elementos importantes na estrutura da RS e com forte co-ocorrência com ‘não-quero-mais e não-tem-prazer’. O termo ‘sozinha’, por um lado retrata a solidão vinculada a faixa etária, segundo maior tempo de vivência com HIV, e por outro lado, se mostra como um ‘fato’ natural

considerando que a prática sexual está atrelada a uma necessidade básica ao remeter ao elemento ‘boa, gostar e amor’.

O eixo II está representado pelos termos ‘não-quero e não-pode’ que fazem co-ocorrência com ‘não-tem-prazer e tristeza’ no eixo III. Em outra vertente, o eixo IV se estrutura a partir da palavra ‘camisinha’ e mantém a ideia de prevenção e responsabilização da mulher. O eixo II, ao apresentar os elementos ‘não-pode’, que significa não ter capacidade, direito ou autoridade para conseguir ou para realizar alguma coisa. O termo ‘não-quero’ remete ao ‘não desejo’ ou não permitido e ratificam as impossibilidades da prática sexual para parte desse grupo.

A representação gráfica da árvore de similitude destoa da análise do núcleo central, com base no quadro 10. Entretanto, em todas as análises realizadas para esta geração, não é adequado afirmar que as pessoas perdem suas habilidades sexuais quando estão envelhecendo. Como afirmam pesquisadoras brasileiras, o que acontece é que a atividade sexual, assim como várias outras, pode tornar-se menos valorizada com a idade. Conseqüentemente, haverá uma diminuição da frequência das práticas sexuais, não significando, porém, o término do desejo sexual (VIEIRA; DA NÓBREGA; ARRUDA; VEIGA, 2016).

As representações sociais de mulheres de meia-idade perpassam os processos de aceitação e negação, assim como, visto até aqui, com as gerações 1 e 2. No entanto, as análises com base no EVOC apontam maior peso representacional na ideia de aceitação enquanto que as realizadas com auxílio do Iramuteq sinalizam para a negação.

5.2.3.4 Estímulo ‘Sua sexualidade’ – Quadro de quatro casas e Árvore de Similitude para geração 4 (Idosas)

A quarta organização do *corpus* com relação ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ foi realizada para as 13 participantes desse estudo, com idade igual ou maior que 60 anos (idosas). Contabilizaram 56 termos, destas 20 eram diferentes e apresentou um aproveitamento de 82,1%. Por ser numericamente o menor grupo, foram descartadas apenas as evocações com frequência menor que três, correspondendo a 17,9% do *corpus*.

Para o processamento no *software* EVOC, definiu-se a frequência média de 5 e Rang de 2,8. A partir desses critérios os dados foram organizados compondo o quadro de quatro casas (Quadro 11).

Quadro 11 - Quadro de quatro casas ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ para mulheres a partir de 60 anos de idade (N=13). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.

NÚCLEO CENTRAL			PRIMEIRA PERIFERIA		
Frequência \geq 5 Rang $<$ 2,8			Frequência \geq 5 Rang $> =$ 2,8		
Não quero mais	10	2,600			
Sozinha	8	2,625			
Medo	6	2,500			
Não pode mais	5	2,000			
ELEMENTOS DE CONTRASTE			SEGUNDA PERIFERIA		
Frequência $<$ 5 Rang $<$ 2,8			Frequência $<$ 5 Rang $> =$ 2,8		
Não passar doença	4	2,750	Não falar	3	4,333
Normal	3	1,667	Saudável	3	4,000

O quadro 11, expõe as evocações das mulheres idosas e exhibe em seu núcleo central os elementos ‘não quero mais, sozinha, medo e não pode mais’. A OME do termo ‘não pode mais’ foi a menor (2,000). As evocações que compõem o NC apresentam características totalmente diferenciadas das gerações anteriores, por concentrar apenas termos que apontam para uma “negação” de sua sexualidade. Vale ressaltar, que tanto os elementos de contraste, quanto os periféricos, sustentam o exposto no núcleo central. Salvo, os termos ‘normal e saudável’.

A geração 4 apresenta também diferenciações em sua caracterização pois, 76,9% afirmam não ter companheiro e entre as que os possuem (2) 66,7% são soropositivos. As idosas tiveram o maior percentual em relação ao tempo de diagnóstico, onde 92,2% conviviam com o vírus há mais de 15 anos e possuíam, ainda, o menor nível de escolaridade, 69% delas só tiveram acesso ao ensino fundamental.

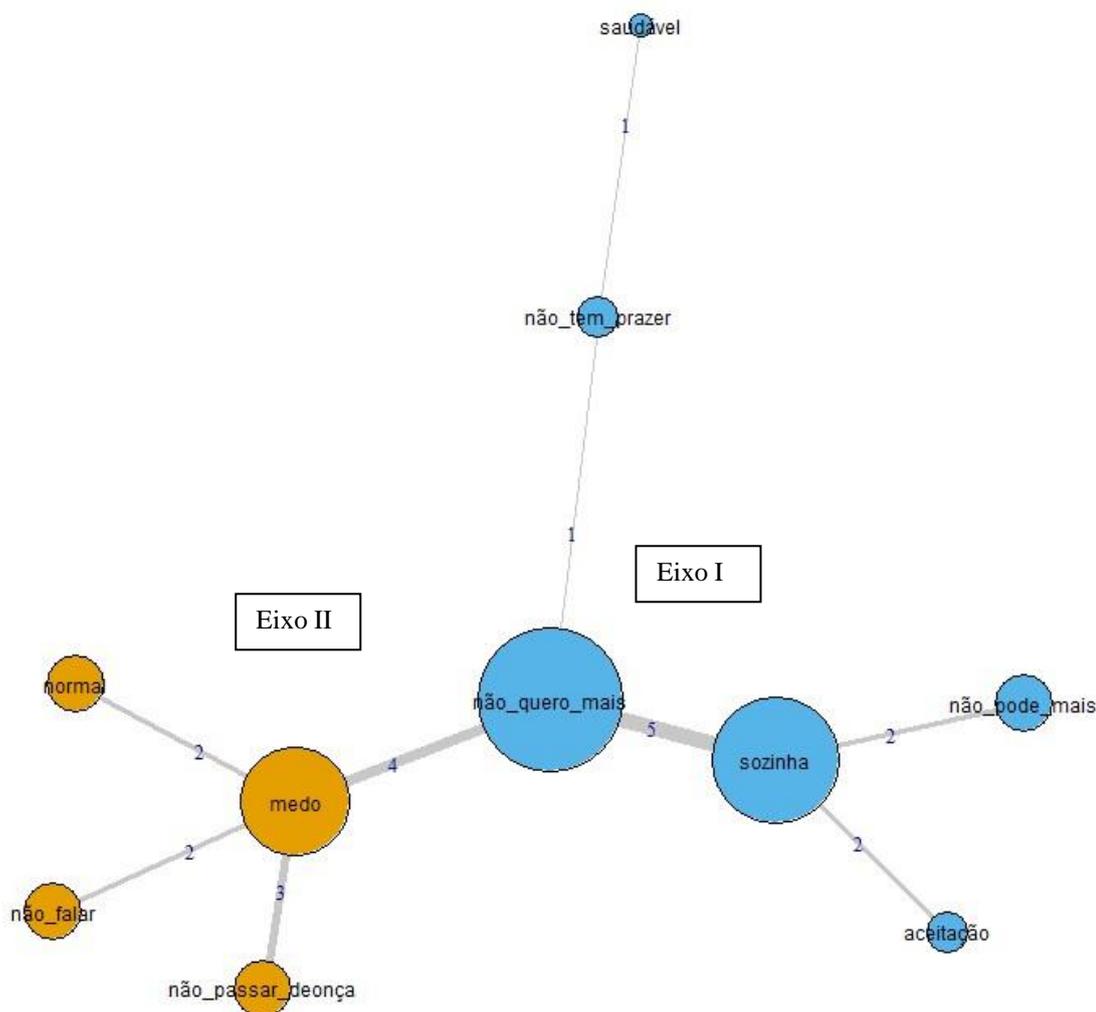
É importante ressaltar que pesquisa realizada com idosos que vivem com HIV revelou em sua maioria que os/as participantes apresentam situações socioeconômicas desfavoráveis e baixa escolaridade, como demonstra o estudo realizado em Cuba, onde no sexo feminino prevaleceu o nível fundamental de escolaridade (ESTRADA; HECHAVARRÍA; FERNÁNDEZ; TABARES; FONG, 2015).

A sociedade, a cultura e a falta de conhecimento contribuem para a problemática da aceitação das relações sexuais entre pessoas idosas (BALLONE; MOURA, 2002). Tal afirmação perpassa o senso comum e se apresenta nas representações sociais das idosas neste estudo. No entanto, com o envelhecimento, a mulher idosa não precisa se privar do trabalho, relações sexuais, vida social e lazer. Há um preconceito cultural quanto às

práticas sexuais na velhice, mesmo, sabendo-se, que existe a necessidade da relação sexual continuada em qualquer idade para o ser humano.

Para a elaboração da árvore de similitude, as evocações que compuseram o quinto *corpus*, foram processadas pelo *software* Iramuteq e resultaram na figura 8.

Figura 8 – Árvore de Similitude ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=13). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019



A árvore de similitude (Figura 8), apresenta termos semelhantes aos expostos no Quadro de quatro casas (Quadro 11). Possibilita identificar a co-ocorrência entre os termos ‘não quero mais, sozinha e medo’, onde o elemento com maior número de termos agregados é ‘não quero mais’.

A figura 8 tem em sua periferia o termo ‘não-pode-mais’, que, no Quadro de quarto casa apresenta-se no NC. A co-ocorrência estabelecida sinaliza que as mulheres idosas que vivem com HIV requerem mais atenção por parte dos profissionais que atuam no SAE. As RS construídas pelas participantes suscitam a importância do apoio por parte de profissionais para que as mesmas possam expor seus sentimentos com vistas a superação de barreiras socialmente impostas.

A estrutura representacional revela um ajuste entre imagem social e identidade das mulheres idosas em relação à sexualidade. Possivelmente, ancoradas em uma imagem negativa promovida, dentre outros, pela mídia.

Estudos que tratam da assistência de enfermagem apontam ser a clínica baseada nos diagnósticos da NANDA e centrado na abordagem individualizante os elementos mais preponderantes, opondo-se às considerações de aspectos sociais. Nesse sentido, as intervenções grupais e educativas parecem ser ainda limitadas as práticas tradicionais, e/ou técnicas que não problematizam o contexto de vida, a cultura, os valores, o acesso a políticas sociais relacionando-as com a infecção pelo HIV na condução de enfrentamento. (SILVA; CAVALCANTE; SANTOS; SANTOS; SANTOS, 2018)

Um grupo estudado com bases na Teoria das Representações Sociais revelou, por meio do material obtido, que amor, respeito e carinho eram os elementos centrais que estruturam e organizam a RS da sexualidade na terceira idade (QUEIROZ, et al., 2015). Nesse estudo, o termo ‘sexo’ apareceu enquanto elemento periférico com alta frequência de evocações, porém não enunciados prontamente, significando que estes não o concebem como o aspecto mais importante no exercício da sexualidade.

5.3 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDEÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES VIVENDO COM HIV – TALP

Para a análise dos dados oriundos do TALP definiu-se, ainda, a utilização do método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), em que os textos/termos são classificados em função de seus respectivos vocábulos e o conjunto deles se divide pela frequência das formas reduzidas como proposto por Ratnaud (CAMARGO, et al., 2013). A partir das análises em matrizes o software Iramuteq organiza a análise dos dados em um dendograma (representação diagramática ramificada da inter-relação de um grupo de itens que participam de alguns fatores comuns) que ilustra as relações entre as classes.

Através da execução de cálculos o *software* forneceu resultados que nos permitiu descrever cada uma das classes formadas, principalmente, pelo seu vocabulário característico (léxico) e pela variável idade. Obteve-se no processamento da CHD quatro classes de segmentos de texto, sem denominação inicial. Posteriormente, procedeu-se a nomeação a partir da identificação das ideias centrais.

A análise de contraste de modalidades de variáveis, com os dados do TALP, possibilitou mais uma análise - Análise Fatorial de Correspondência (AFC). O primeiro fator (F1) explica 25,69 % da inércia total e possui valor próprio de 0,047584; o segundo fator (F2) explica 34,17% da inércia total, com valor próprio de 0,055848, a AFC possibilitou apresenta os termos que compuseram cada uma das classes (Figura 9) e as idades (Figura 10).

Figura 9 – Análise Fatorial de Correspondência por classes de palavras, fornecida pelo Iramuteq, ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019

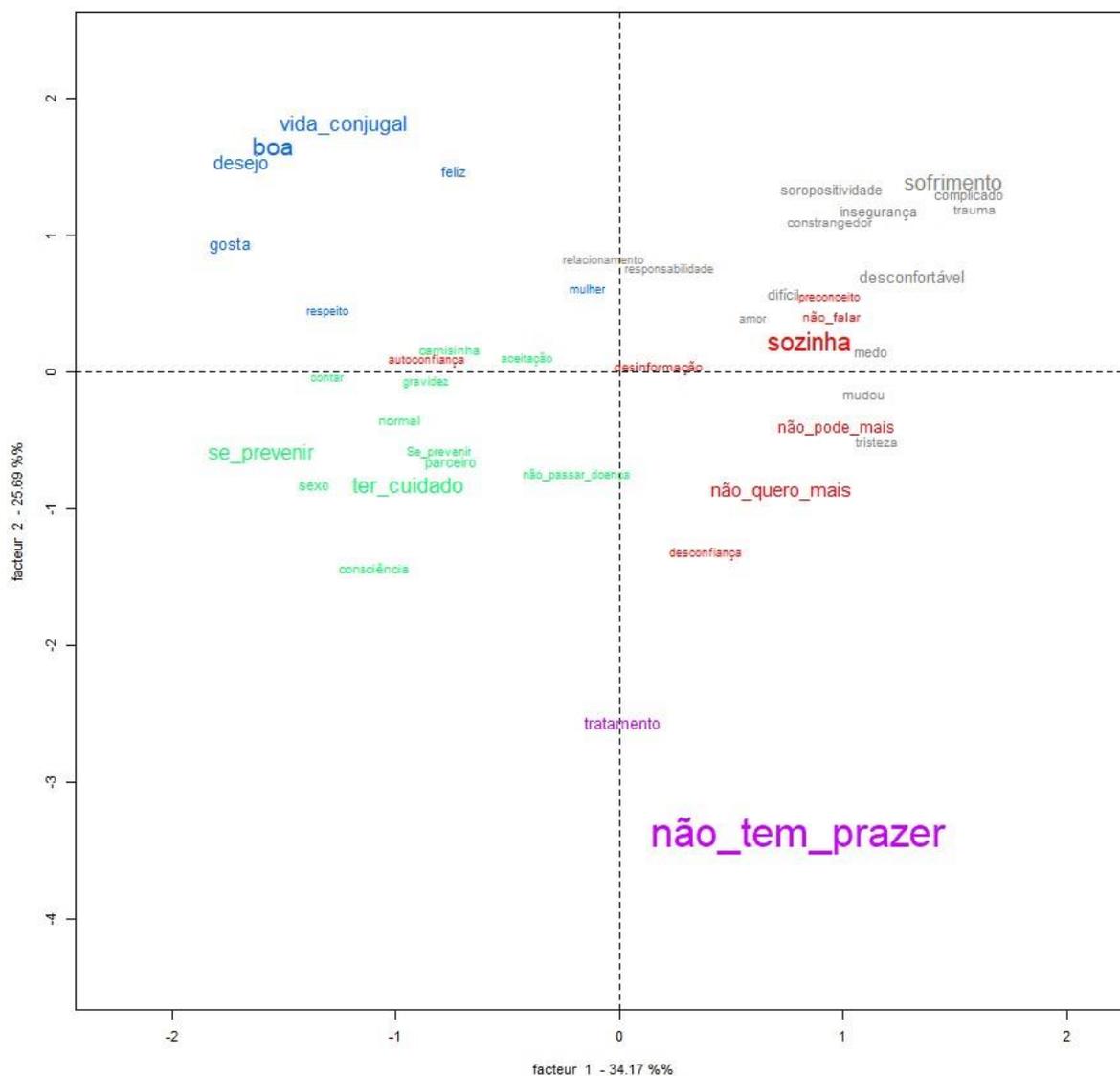
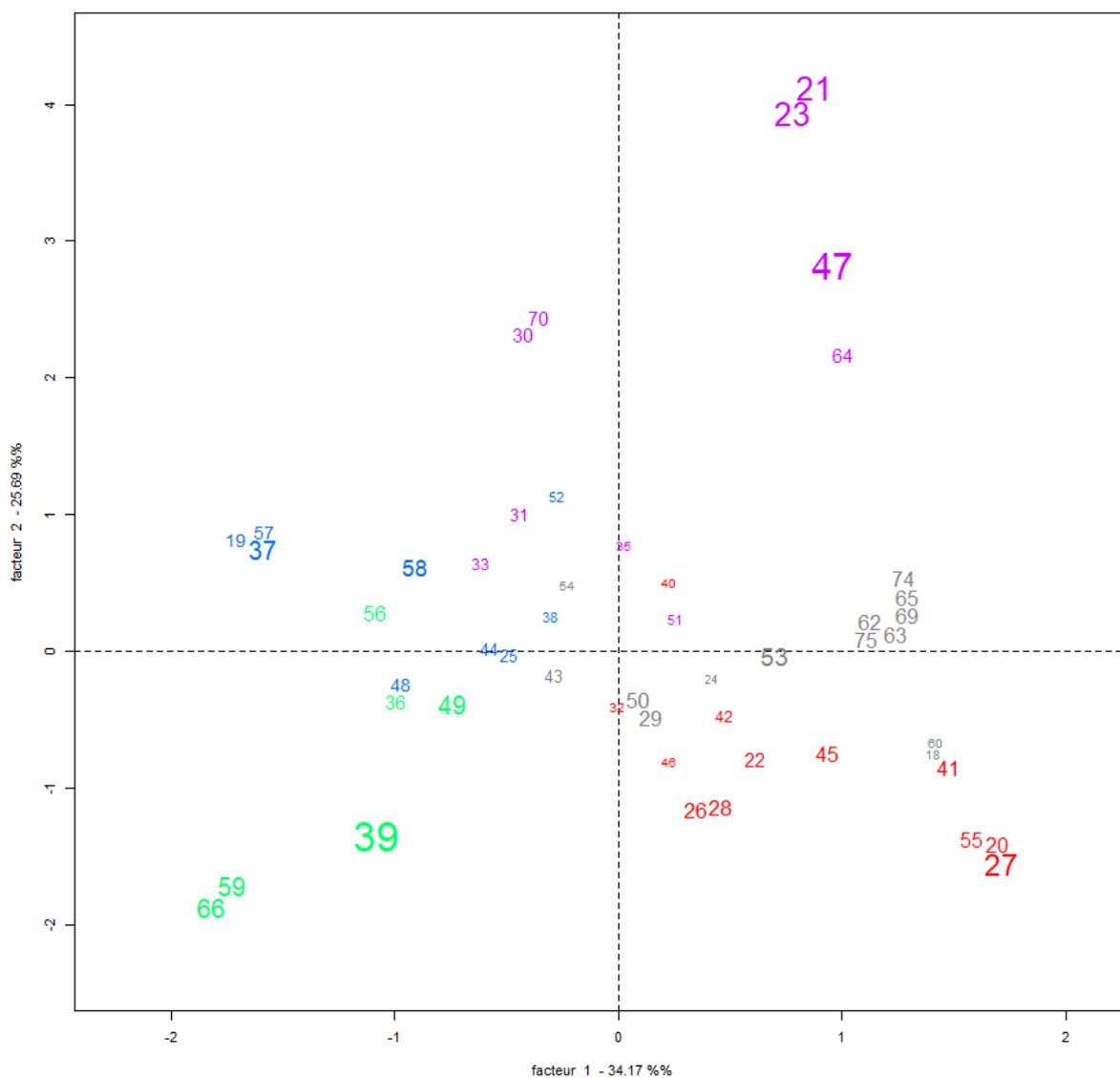


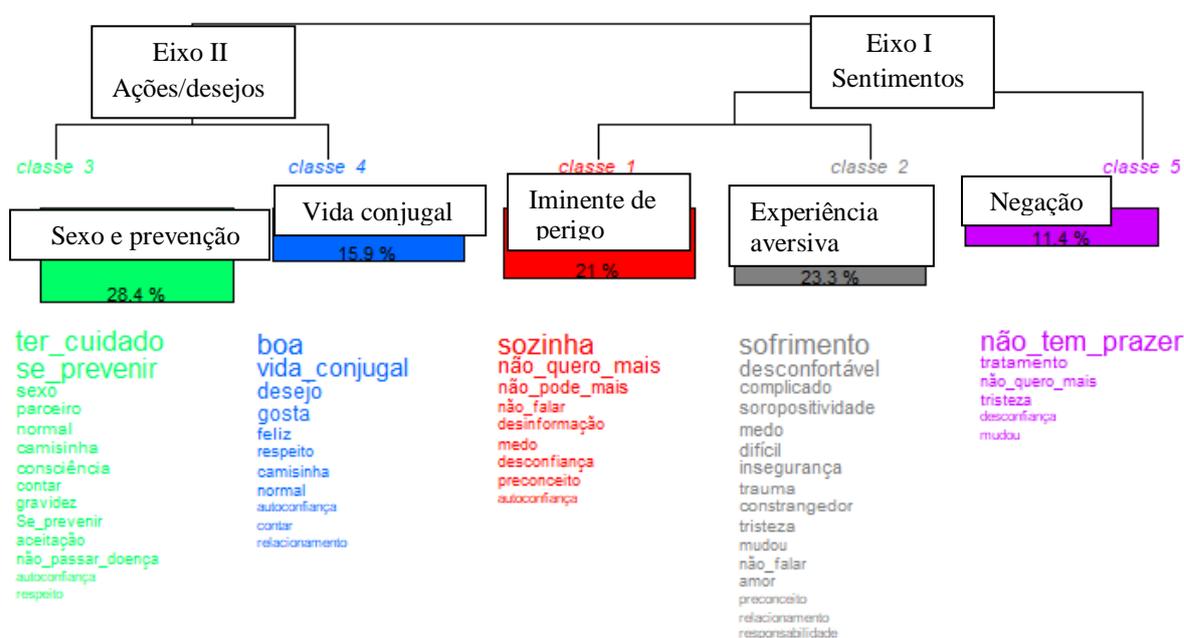
Figura 10 – Análise Fatorial de correspondência por idade, fornecida pelo Iramuteq, ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019



Como demonstração do contraste de modalidade da variável idade a AFC (Figura 10), apresenta esses dados de acordo com a composição de cada uma das classes. Ela expõe as mesmas quatro classes da AFC com os termos (Figura 9) e sua distribuição se dá em quadrantes. Nos quadrantes à direita, distribui-se a contribuição das classes 1 (vermelha) e 2 (verde), com tendência de aproximação no eixo horizontal (abcissa). Destaca-se a maior participação de idosos no quadrante superior à direita, na classe 3, em oposição às demais onde o termo ‘Sozinha’ aparece em destaque.

Então, fundamentando-se na TRS, realizou-se a identificação das ideias centrais em cada uma das quatro categorias, as quais permitiram sua denominação, como expõe o dendograma (Figura 11). As palavras, agrupadas em lista e distinguidas por tamanho, possibilitam uma visualização quanto a sua frequência nas classes. Desse modo, quanto mais no topo e maior for o seu tamanho, mais destaque ela terá apresentado no corpus textual.

Figura 11. Estrutura temática sobre a sexualidade de mulheres após o diagnóstico de HIV, Classificação Hierárquica Descendente, fornecida pelo Iramuteq, ao termo indutor ‘Sua sexualidade’ (N=191). Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019



A disposição das classes revelou que o material sofreu partições resultando em cinco Classes e dois eixos. O primeiro eixo relaciona sentimentos de negação, solidão e medo (classes 1, 2 e 5), o segundo, abarca as classes 3 e 4 com ações, desejos e relações afetivas. Cada uma das classes foi nomeada segundo o conteúdo que apresenta, representado pelos vocábulos, buscando-se identificar a ideia central associada a mesma, conforme se visualiza no dendograma.

Categoria/Eixo 1 – Sentimentos.

Esta categoria, composta pelas classes 1, 2 e 5, comporta vocábulos que apontam sentimentos negativos na vivência da sexualidade e do sexo após o diagnóstico. Nas expressões-chave (Sofrimento, Sozinha, Desconfortável e Não tem prazer) delinea-se aspectos relevantes a serem cuidados pela equipe de saúde. Estas classes evidenciam a fragilidade que permeia a intimidade afetivo-sexual de mulheres vivendo com HIV, e que na AFC é composta por mulheres de todas as idades.

Categoria/Eixo 2 – Ações e desejos.

Esta categoria abarca duas classes (3 e 4), apontam preocupação e responsabilização pelos aspectos da prevenção e as dificuldades vividas no relacionamento conjugal. O escore dado aos termos não-usar-camisinha expõem as dificuldades na negociação do preservativo com o parceiro, independentemente da idade das participantes, sendo mencionada uma resistência ao seu uso por parte de homens, o que pode indicar na relação de poder/gênero as práticas sexuais acabam sendo desprotegidas (sem uso da camisinha) e de alto risco para as mulheres. Na AFC, estas classes demonstram que participaram em sua composição, na classe 1, as idosas onde se concentra a preocupação com prevenção e na classe 2 jovens e adultas-jovens preocupadas com a vida conjugal, sem uso do preservativo e a possibilidade da gravidez.

5.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES VIVENDO COM HIV: ANÁLISE DE DISCURSO

A fala de cada um deve ser valorizada, mas não de forma absoluta, uma vez que o sujeito não se esgota na conjuntura em que vive e nem sua ação e pensamento são meros frutos de sua vontade, personalidade e desejo. Sua narrativa precisa ser balizada pelo pensamento do outro, pois é também reveladora do grupo em que está inserido e de seu tempo histórico onde sua singularidade está entranhada de cultura. Cecília Minayo

Neste item, a opção com o conhecimento nos levou à escolha pela técnica de análise da Análise de Discurso para compreensão do objeto sexualidade de mulheres vivendo com HIV, por acreditarmos na importância central do discurso na construção da vida social e como meio de encontrarmos caminhos para o amadurecimento da forma de cuidar e responder às demandas dessa população.

No estudo das Representações sociais a estratégia multimétodos permite testar a validade de convergência dos dados empíricos, principalmente quando o objeto de estudo ou os modos sociais de representação do mundo apresentam elevada complexidade e grau de polifasia cognitiva (JESUÍNO, 2015). Este estudo, que tem como objeto ‘sexualidade’, ajusta-se adequadamente ao exposto. Nesse sentido, os discursos são uma possibilidade de chegar a natureza dialógica (de mulheres) que entram no jogo das representações sociais (MARKOVÁ, 2012). A TRS é uma teoria que torna possível dar conta das várias transformações dinâmicas nas relações pessoais (VALSINER, 2015).

Assim, para análise do material empírico, ou seja, do *corpus* das entrevistas das 39 participantes, obedecemos aos passos estabelecidos no capítulo da metodologia por meio da realização de leitura de todo o *corpus*, buscando localizar as figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos); apreensão dos temas parciais que nos conduziram ao agrupamento dos que se configuravam num mesmo plano de significado; e, formulação de três categorias empíricas.

Nesse estudo, para melhor apresentação dos resultados, cada categoria foi analisada e discutida separadamente, o que possibilitou aprofundar suas condições de produção. Cada categoria também se encontra permeada por recorte de fala, que referem-se a “uma unidade discursiva percebida como fragmentos correlacionados de linguagem e ocorrência” (ORLANDI, 2015, p. 36). Tal escolha se deu por considerarmos que cada

recorte é um fragmento da circunstância discursiva que foi explorada, por meio de seleção realizada na composição do *corpus*.

5.4.1 Temores no plano afetivossexual decorrentes de estereótipos sobre o HIV

O olhar das mulheres que participaram do estudo sobre suas vivências acerca da sexualidade após o diagnóstico da infecção pelo HIV é orientado por estereótipos do imaginário social.

Essa categoria foi constituída por quatro temas presentes nos discursos e que se relacionam de forma combinadas ou subordinadas: conflitos no relacionamento pós-diagnóstico; redução da libido, negação do direito ao sexo e ao prazer; contato com o diagnóstico produzindo reações no companheiro; e, tensão permanente da mulher ao assumir responsabilidade por ela e pelo parceiro.

O diagnóstico para o HIV tensiona as relações e interfere diretamente nas práticas sexuais e na libido da mulher, acarretando desajustes e/ou rupturas nos relacionamentos. O discurso, na perspectiva de Orlandi, se caracteriza como “o que vem a mais, o que vem depois, o que se acrescenta” (BRANDÃO, 2012). Assim, nos discursos a seguir, mulheres jovens e adultas apontam riscos para o relacionamento afetivossexual que podem culminar em recusa da relação sexual e/ou em situação de isolamento.

[...] meu relacionamento com meu companheiro é bom, com relação a meus sentimentos acho que não tem nada que mudou, [...] se eu pudesse não tinha mais nada com ninguém [...] é uma briga, uma confusão em casa, mudou muito as vontades, o prazer depois do diagnóstico mudou muito [...]. (E1, 38anos, positiva há 10anos, companheiro positivo). G2

E depois que você conta, as vezes tem pessoas que aceita e tem pessoas que não aceita, isso traz um transtorno muito grande para a gente, porque a gente fica sem saber o que fazer, a gente fica sem chão, porque você fica só [...]. (E3, 26anos, positiva há 3 anos, não tem companheiro). G1

A análise de discurso possui um caráter qualitativo interpretativista, pois estuda o objeto de investigação em seu contexto natural experimentando dar sentido aos fenômenos e considerando os significados que as pessoas lhe atribuem. Assim, na AD é importante assinalar quem produziu os enunciados e a carga semântica e simbólica de cada texto (SANTOS; ARAÚJO, 2017).

A maior parte das participantes deste estudo, se autodeclarou negras e pobres, de modo que podem experimentar mais de uma forma de discriminação, pois uma pessoa pode vivenciar uma situação discriminatória por causa da raça, do gênero, estado de saúde

ou orientação sexual o que agrava os efeitos sobre o indivíduo. Frente ao preconceito, uma forma de reação é esconder o “segredo de sua doença” e controlar “seu corpo, suas atitudes, seus sentimentos e seu comportamento, para que nada delate sua condição de soropositivo [as]” (PASCUAL, 2008, p. 30).

O diagnóstico e o acesso ao tratamento de mulheres acontecem em estágios mais avançados da doença, quando comparadas à população masculina e em serviços públicos de saúde (LOUZADA, 2011). Para além, do acesso ao tratamento e do conhecimento sobre a prevenção presentes nos discursos, as participantes se defrontam com a resistência de parceiros que não fazem uso de camisinha, mesmo quando o diagnóstico da positividade do HIV lhe é revelado. Assim, frente ao discurso cristalizado na sociedade, como é o da prevenção de IST por meio do preservativo, a proteção não acontece.

[...] só que com as palestras daqui eu fui aprendendo, as psicólogas disseram que era melhor eu falar porque se ele pegar HIV seria como um assassinato e aí eu contei. Só que ele não quis acreditar, não quis usar camisinha, ficou resistente [...] (E1, 38anos, positiva há 10anos, companheiro positivo). G2

[...] porque eu ficava com aquela dúvida, porque os homens sempre quer ter caso mais não usa camisinha[...] (E29, 28 anos, positiva há 2 anos, companheiro soronegativo). G1

Segundo Brandão (2012, p. 59) a fala do sujeito é um “recorte das representações de um tempo histórico e de um espaço social”, dessa forma, busca situar seu discurso em relação aos discursos do outro. O contexto da cultura sexual, no Brasil, transformou em desigualdade as diferenças entre os gêneros que se mantêm arraigada na sociedade. Essas desigualdades se exacerbam, sobretudo, pelo fato de o uso do preservativo depender principalmente da vontade do homem e suscitar desconfiança quanto à fidelidade, o que dificulta as possibilidades de negociação da mulher com o parceiro acerca da sua utilização (BARBOSA; VILELLA, 1996).

Dados mundiais apontam que semanalmente, cerca de 6.200 jovens entre 15 e 24 anos são infectadas pelo HIV em todo o mundo e que mulheres jovens, com idade entre 15 e 24 anos, têm duas vezes mais chances de viver com o HIV do que os homens. Os dados revelam também que na África Subsaariana 80% das novas infecções acontecem na faixa etária entre 15 e 19 anos (UNAIDS, 2019).

Neste estudo, independentemente da idade, a (possível) reação do parceiro é o afastamento, com/sem ruptura do relacionamento. Assim, mulheres assumem ter dúvidas

se revelam e\ou não a sua condição diagnóstica, inclusive pela possibilidade de serem expostas caso ele comente sobre seu diagnóstico. Os sentidos das falas, conforme se lê a seguir, se estabelecem através dos já ditos ou já construídos na relação:

Depois que descobri [HIV] eu estava com companheiro, conversei com meu companheiro, mas ele sumiu no meio do mapa e não quis fazer exame, a gente teve uma discussão. (E29, 28 anos, positiva há 2 anos, companheiro soronegativo). G1

[...] pela minha idade que tenho pegar uma pessoa, para botar na minha casa para morar, acho difícil. Pois tenho que falar da minha vida, do princípio ao fim, e não vai ter como esconder, vai dizer: “você tem que tomar esse monte de remédio?” Vou ter que dizer a verdade. [...] para conviver com homem quando a gente descobre o vírus, acho que para mim, que muitos que não estejam com esse problema, vai sair dizendo. (E13, 62 anos, positiva há 16 anos, não tem parceiro). G4

Nesse sentido, aos olhos dos outros, a pessoa vivendo com HIV ainda se assemelha a um ‘pecador’ sendo punido por uma vida desregrada. De modo que, revelar a uma pessoa que se vive com o vírus, implica em enfrentar julgamentos sobre sua sexualidade ou mesmo sobre um modo de viver concebido como pecaminoso e contrário às normas da boa convivência (PASCUAL, 2008).

Essa categoria, ora em análise, revela uma atitude da mulher de ‘esconder-se do preconceito’ como apontados nos enunciados. Seja pela dificuldade para falar sobre o diagnóstico com o companheiro, ou utilizando-se da negação como mecanismo de proteção. Em ambas as situações as possibilidades de viverem na solidão de apresentam. Nesse sentido, os excertos ressaltam, inclusive, o receio/medo de ter o diagnóstico revelado para a família, seja elas jovens ou idosas:

Foi difícil chamar minha filha para conversar [...] Eu não saio, fico dentro de casa, vou só para igreja, fico em casa. (E13, 62 anos, positiva há 16 anos, não tem parceiro). G4

É melhor que a família do meu marido não saiba, porque pode influenciar e isso ser ruim para nossa relação, eu prefiro que eles não saibam e meu companheiro aceita isso, ele também nunca falou nada para família dele. (E31, 35 anos, positiva há 9 anos, parceiro positivo). G2

No entanto, chama atenção, como o apoio da família/familiares após a revelação do diagnóstico é importante para a vida da mulher, assim retrata a fala de E35:

[...] meus filhos sabem de tudo e me dão a maior força[...] (E35, 27 anos, positiva há 12 anos, parceiro positivo). G2

Na maioria dos discursos das participantes, o que se apresenta é o receio e medo de revelar o diagnóstico. Esses aspectos, impulsionam manifestações de negação, diante de uma realidade que tem um peso biológico, psicológico e social. A negação é amparada no fato, que se destaca nos discursos, de que as mulheres ao estarem ‘só’ ou não se exporem teriam maior liberdade para o autocuidado e não necessitariam dar satisfação de suas vidas à terceiros.

É melhor você ficar só, porque saber administrar a vida e viver com outra pessoa, mesmo os dois tendo, aliás acho que os dois tendo o vírus não é o mais complicado, agora você tendo e você sabendo o que está fazendo [...]. Isso vai tirando o gostar e você vai vendo que você apesar de ser uma pessoa casada está sozinha. (E24, 51 anos, positiva há 9 anos, não tem parceiro). G3

Só venho aqui no serviço para pegar o remédio, esse lugar me faz mal, as pessoas são boas mais não gosto daqui não. (E20, 31 anos, positiva há 3 anos, não tem parceiro). G2

Nesse sentido, o respeitável avanço na produção de medicamentos para enfrentar o HIV tem produzido concretamente a possibilidade do fazer viver ampliando o número de anos vividos, solidificando a aids como doença crônica, porém sem cura, mas que não impede o viver a vida cotidiana (SEFFNER; PARKER, 2016).

Considerando que o discurso é o local onde se pode verificar a relação entre a língua e a ideologia, possibilitando examinar como os efeitos de sentidos são gerados através de enunciados (SILVA; ARAÚJO, 2017). As falas das mulheres, presente nesta categoria, também revelam que a sorodiscordância se interpõe e dificulta a revelação do diagnóstico. Pois, ao falar sobre o HIV, implica revelar uma possível traição e omissões, assim como, a incorporação de estereótipos e sistema de valores compartilhados entre homens e mulheres.

Na sociedade brasileira, podemos assentir que o homem que trai sabe que esta situação não é tida como certa e/ou adequada. No entanto, o modo como enxergam seu o papel social, leva a mulher a sentir-se muito mais culpada quando é ela quem trai ou possa ter traído a pessoa, principalmente, quando a consequência direta do ato resulta em uma IST. Assim, para revelar o diagnóstico a mulher necessita de apoio/suporte profissional que as movimente no sentido de compreender a problemática vivenciada e falarem sobre a infecção com o companheiro/familiares.

Desconfiei dele, ele também não ficava só comigo, ele ficava com várias outras pessoas. Não sei como era antes porque ele também não ficava só

com mulher, ele ficava com outros homens, ele ficava comigo, porém a cabeça dele era totalmente diferente, não era aquele homem assim, ele saía e chegava a hora que bem queria, quando eu falava, não gostava. (E12, 38 anos, há 1 ano e 3 meses, não tem parceiro). G2

Os relacionamentos com meus parceiros são difíceis, porque é difícil você se envolver com a pessoa depois que você tem HIV. [...] para você se relacionar, você é obrigado a contar para o parceiro, mesmo porque se você quer fazer o tratamento se quer ter uma vida saudável, você tem que contar, porque não tem como você fazer um tratamento, eu tomo medicação dentro de casa, sendo que no meu caso mesmo morando com meu parceiro não tem como você viver com ele, fazer o tratamento, tem que usar preservativo, então você é obrigado a chegar para pessoa contar sobre sua vida. (E2, 33anos, positiva há 8 anos, parceiro negativo). G2

Os estereótipos estão na base dos julgamentos ancorados à mulher, por relacionar-se com início da epidemia e com o processo de feminização e pauperização da aids. Nesse segmento, os estereótipos são construídos em função da vivência de uma sexualidade que infringe o dispositivo da sexualidade, em que o pecado, a proibição e o não direito ao prazer, estavam postos na sociedade brasileira. No entanto, ao longo das mudanças socioculturais vem sendo desestabilizados porém ao se somarem às desigualdades de classe, gênero, geração e cor/raça/etnia, ou seja, quanto mais determinados grupos sociais são estigmatizados e discriminados, mais têm probabilidade de se tornarem os mais afetados pelo HIV (VILLELA; KNAUTH, 2012).

No mundo, cerca de 8,1 milhões de pessoas no ano de 2018 não sabiam que estavam vivendo com HIV (UNAIDS, 2019). Assim, ter contato com o diagnóstico da parceira pode precipitar reações, desde o desespero até tentativa de suicídio, podendo afetar um ou ambos no relacionamento. As situações extremas (transtorno, desespero, tentar suicídio) parecem estar na base do preconceito como possibilidade iminente da morte, como se apresentam no excerto abaixo. Tomar conhecimento do diagnóstico possibilita reação, frente a algo que não apresenta solução, no caso do HIV, uma condição que não tem cura, ou como ainda presente no imaginário social, uma situação iminente de morte - a aids. Nesse sentido, em todas as faixas etárias, o alívio com a negatividade do parceiro as livra de culpas.

[...] No início achava que não ia mais poder viver, que não tem mais vida, que nem podia sair de casa, porque estava perto de morrer [...] em minhas consultas e convivendo com outras pessoas com esse problema descobri que é só se cuidar certinho. (E4, 59 anos, positiva há 5 anos, não tem parceiro) G3

[...] fui casada durante 16 anos, depois fiquei viúva e tive outros companheiros, outras coisas e depois que essa pessoa me contaminou, inclusive ela já faleceu eu não quis mais fazer sexo com ninguém. (E17, 74 anos, positiva há 15 anos, não tem parceiro) G4

Mas no momento que estava contando o desespero, tanto para mim como para pessoa, a pessoa ainda ameaçou se jogar e tudo mais, só que depois veio fazer um exame e ele deu não detectável, faz exame direto e continua fazendo exame, mais sabe que a qualquer momento pode ter, só que eu faço a minha parte, como eu sei que eu posso transmitir, faço meu tratamento certinho. Meu parceiro vai repetir de novo o exame, que a gente não quer para gente, não quer para os outros entendeu. [...] já vai fazer três anos que a gente está junto e ele não contraiu, mas ele veio fazer exame certinho para ver porque qualquer momento pode acordar e aí ... Graças a Deus, até hoje, não usou medicação. (E2, 33anos, positiva há 8 anos, parceiro negativo). G2

Eu descobri primeiro, ele fez um exame e deu positivo, então foi um baque [...] eu não sentia mais vontade, achava que qualquer pessoa que eu chegasse era para passar [...] aí eu fui pesquisando, pesquisando e vi que não era por esse meio [...] Agora é um cuidando do outro [...] a gente já tem até um filho. (E6, 22anos, positiva há 4 anos, parceiro positivo) G1

Para além, da revelação do diagnóstico, em situação de sorodiscordância, pressupõem assumir o ônus sobre a possível reação do parceiro, que pode, inclusive, ser violenta. Apartar-se de julgamentos parece ser uma das estratégias de proteção contra o preconceito, a discriminação e suas consequências. Assim, a presença do ‘medo’ parece estar relacionada as significações e efeitos de sentido reproduzidos em volta do discurso/representação. Tal afirmativa se conforma ao conceito de interdiscurso, onde a memória pode ser entendida como conformação, a partir do discurso alheio, que afeta e influencia na significação e, em seguida, cristaliza-o, uma vez que o que se fala não é seu, e sim uma construção sócio-histórica (SILVA; ARAÚJO, 2017). Nesse sentido, o medo em revelar a situação sorológica encontra suporte no abandono pós-revelação do diagnóstico e suscita sentimentos de decepção e tristeza que necessitam ser superados quando ocorre a perda de apoio e/ou abandono pelo parceiro.

[...] tem que falar com a outra pessoa e é difícil da outra pessoa entender que o vírus não foi um acontecimento porque a pessoa quis. [...] eu gostava dele e esse companheiro também gostava de mim, como eu gostava só de sexo e eu não gostava dele, quando meu companheiro terminou eu nem fiquei triste, só gostava do sexo mesmo [...] se fosse para continuar eu continuaria, mas o medo de contar e depois nem sei explicar, não sei o que ele faria, depois eu acabei ficando com medo. (E34, 52 anos, positiva há 12 anos, não tem parceiro). G3

Um discurso ocupa espaço em relação a outros discursos produzidos e circulantes na comunidade (BRANDÃO, 2012). Frente a necessidade de falar sobre o diagnóstico com o companheiro, se interpõem também, o conflito de se resguardar para não vir a ser exposta a pessoas do entorno, tendo que enfrentar preconceito, abandono e dissolução de vínculos como consequência de um ato de confiança no parceiro. A dissolução de vínculos já fragilizados, seja pela fluidez das relações afetivossexuais denominadas de “ficar” ou pelo próprio processo de estabelecimento de novas relações, implicam em dúvidas e sentimento de tristeza/abandono, situações que podem incorrer em sofrimentos e insegurança na vivência da sexualidade.

Vale ressaltar que, as doenças, especialmente as incuráveis, nutrem o preconceito social contra seus “portadores”. Ao longo da história humana as infecções serviam de motivo para práticas de segregação social. Hansenianos e pessoas com tuberculose, até os dias atuais, são vítimas de preconceitos e discriminação (COUTINHO, 2006). No entanto, a discriminação em razão do HIV é acrescida a outras discriminações, o que acentua o impacto da doença entre as pessoas que vivem com HIV (BRASIL, 2008). Estigmas ligados à doença geram medo, culpa e solidão que acompanham as vítimas e potencializam os dramas vividos por elas impondo-lhes luto e frustração (ROCHA, 2015).

Nos relacionamentos, quando a mulher é ‘soropositiva’, os riscos perpassam também a formação de expectativas que podem se configurar em frustração, tendo em vista a possibilidade de perda iminente da pessoa, com quem estabelecia relacionamento. Da mesma forma, que como em qualquer relacionamento, pode não encontrar razões para o investimento nessa relação. Nos relacionamentos, há sempre uma probabilidade de o mesmo não ser duradouro, principalmente entre mulheres jovens, como revelado na fala de E3:

[...] a pessoa acaba desistindo da gente e isso é frustrante, para a gente é muito importante porque a gente pensa que está tendo um relacionamento sólido, que ali tem uma base de estrutura familiar e a pessoa vai lá, de uma hora para outra resolve terminar com você. [...] ele chegou para mim, me deu uma desculpa muito esfarrapada a gente ficou 1 mês e meio. [...] ele disse está bom então cada um para o seu lado e depois acabei descobrindo que a pessoa falou aquilo para se sair de mim, fiquei chateada, fiquei magoada, fiquei triste, gostar da pessoa gostava. Ninguém faz publicação, aqui se fulano sabe o parceiro que você está, ele também vai saber então de imediato já tentei contar, conhecer a pessoa assim que se apresentou conta logo, pode terminar, mais para não correr o risco de ninguém contar. [...] depois do vírus a vida fica mais complicado, não é todo mundo que me aceita como era antes (E3, 26anos, positiva há 3 anos, não tem parceiro). G1

A compreensão da complexidade e especificidades nas relações de gênero revela que jovens vivenciam experiências dolorosas nos relacionamentos afetivossexuais que podem levá-las a assumir comportamentos negativos e considerados aceitáveis. Quer seja, produzido pelo processo de socialização e legitimados por determinado grupo social, numa etapa da vida, em que a sexualidade é considerada um aspecto fundamental (OLIVEIRA, et al., 2016). A emoção revela atributos não adaptativos, como ocorre nas relações íntimas que, na perspectiva de gênero, pode evidenciar maior vulnerabilidade feminina, expressando-se, principalmente, com sentimento de tristeza, rebaixamento da estima, solidão, entre outros, e apontam a necessidade e importância do suporte social. (SANTOS; CARIDADE, 2017).

As novas infecções pelo HIV no Brasil, entre os anos de 2010 a 2018, aumentaram mais de 20%, com maior força entre jovens, o que desperta a necessidade de novos projetos de intervenção como a proposta da Fundo das Nações Unidas para a infância de estímulo a formação de jovens brasileiros para falar sobre o HIV e aprender a se proteger utilizando o recurso da internet. Eles falam sobre sexo e conhecimento sobre a prevenção do HIV e o uso de preservativos com seus parceiros e se fizeram o teste para o HIV, assumindo o protagonismo e possibilitando trocas atravessadas pela geracionalidade.

O temor do agravamento da infecção pela reinfecção é exposto quando a mulher vivencia/vivenciou conscientemente a multiparceria do parceiro ou mesmo quando desconhece a condição sorológica do parceiro. Tais situações implicam em redução da libido e decisão de manter-se distante do parceiro ou de novos relacionamentos. Vez que a positividade para o HIV impõe responsabilidades consigo e com o outro, independentemente da soroconvergência, restringe a liberdade na intimidade, expõe a mulher a julgamentos e a possibilidades de rejeição.

Meu marido era muito mulherengo, fiquei com medo de passar para ele o vírus e ele passar novamente para mim, aí larguei. (E15, 64 anos, positiva há 30 anos, não tem parceiro). G4

O parceiro, a gente não sabe onde é que ele está enfiando as coisinhas dele, se você for lá, se usa preservativo tudo bem, fiz uma vez, de vez em nunca sem preservativo, tudo bem porque não vai passar se estar em situação imperceptível, não vai correr risco para outra pessoa, mas as pessoas têm medo, acha que se está com o vírus vai me contaminar. (E3, 26anos, positiva há 3 anos, não tem companheiro) G1

O temor da contaminação do outro também pode fazer com que a pessoa fique em ‘descrédito’ na prevenção, aspectos que podem ocasionar o bloqueio e/ou diminuição da

libido. Ao assumir-se soropositiva, a mulher adota a prevenção como centralidade em sua vida devido ao medo de contaminação do outro e de si própria. A presença do temor implica na limitação de desejos e dificuldades em revelar desconfortos, em certas práticas sexuais, no intuito de não revelar o diagnóstico e, assim, proteger o companheiro.

Sem parceiro, sem vida sexual, tudo parado é complicado, acabou minha sexualidade, tenho que pensar no outro. Acho que a camisinha não resolve [...] (E20, 31 anos, positiva há 3 anos, não tem parceiro) G2

[...] se eu ficar com uma pessoa agora só penso em me prevenir. [...] na verdade tenho muito medo de ter uma relação sexual, não tenho companheiro atualmente. (E22, 36 anos, positiva há 3 anos não tem parceiro) G2

[...] a gente usava camisinha e meu companheiro não queria dizer que não gostava, eu também nunca disse a meu companheiro que não gostava de sexo anal, porque é horrível e também nunca quis pedir para ele não fazer sexo oral, justamente para não se contaminar mas, no mais era tudo bem. Meu companheiro sempre queria fazer sexo oral e eu dizia que não, justamente para não contaminar mais a gente nunca conversou sobre o vírus. (E34, 52 anos, positiva há 12 anos, não tem parceiro) G3

No intuito de proteção, algumas mulheres jovens, neste estudo, atribuem ao uso do preservativo o papel conceitual de método contraceptivo como estratégia de defesa/proteção contra o HIV. No entanto, o parceiro tende a ignorar.

[...] eu sempre dizia que não queria engravidar, para tentar fazer com que a pessoa, o masculino fizesse o uso da camisinha [...] (E39, 23 anos, positiva há 5 anos, não tem parceiro). G2

5.4.2 Sobreposição do prazer masculino às vulnerabilidades das mulheres ao HIV

Essa categoria retrata vulnerabilidades resultante de desinformação, sexo casual ou em conjugalidade, sem proteção; sobreposição do prazer masculino à vulnerabilidade ao HIV/IST; assunção de responsabilidade pelas mulheres quanto à proteção frente às IST e as dificuldades para a negociar com o parceiro o uso do preservativo.

Os depoimentos a seguir expressam o discurso de pessoas, principalmente antes de conhecer o diagnóstico de positividade para o HIV, que na juventude não utilizavam camisinha, dirigindo sua prática sexual ao prazer imediato permeada por atitudes inconsequentes, possivelmente orientadas pelo *pensamento mágico*, que se traduz em “isso não acontecerá comigo”:

[...] pelo fato de ser jovem e sair para festa, aí vem bebida e algumas coisas a mais, que no momento a gente não pensa, a gente só vai pensar depois. [...] o fato de estar bebendo, ainda usando umas coisas, quando você ver, você já se relacionou com algumas pessoas, e em cada festa um, em cada festa vários, aí a gente não pensa, não usava camisinha nem nada, não pensa em gravidez, como que vai ser depois. Era tudo prazeroso, muito. Só que ele não quis acreditar, não quis usar camisinha, ficou resistente (E2, 33anos, positiva há 8 anos, parceiro negativo). G2

[...] eu tive vários outros parceiros, mas não usava camisinha, gostava muito de sair de namorar, gostava muito de me relacionar e sentia prazer, era tudo normal. [...] precisou eu pegar o HIV que aí eu fui nas informações, fui me prevenindo para não passar para ninguém (E1, 38anos, positiva há 10anos, parceiro positivo). G2

Era joia, com 19 anos, menininha bonitinha, de corpo bonito, ia atrás dos galãs, ficavam todos felizes. [...] é normal, é fazer sexo e usar camisinha, mais nada. (E7, 42anos, positiva há 18 anos, não tem parceiro). G2

Em relacionamentos estáveis com separações e retomadas da relação, porém com multiparceria admitida pelo casal, a vulnerabilidade não é ‘percebida’. As participantes com esse perfil relataram situações vivenciadas nesse contexto que configuram sua vulnerabilização diante de práticas desprotegidas.

Acabava um relacionamento, não dava certo ou depois a gente voltava, mas antes disso tanto eu como esse companheiro se envolvia com outra pessoa e nessa situação a gente, na verdade, não sabe quem passou para quem. [...] relacionamento aberto, meu companheiro sempre foi tranquilo. Para gente era normal e por isso a gente não usou camisinha, mesmo sabendo que um se envolvia com outra pessoa, quando a gente se envolvia com outras pessoas era que a gente tomava cuidado. (E18, 31 anos, positiva há 1 ano, não tem parceiro). G2

Mas independente da questão do sexo, da relação sexual, o meu relacionamento com o meu companheiro agora é muito bem [...] eu disse que tenho e não é da sua conta, ele fez sexo e não usou camisinha. (E8, 53 anos, positiva há 11 anos, parceiro negativo) G3

Além disso, o discurso de E21 revela a vulnerabilidade não ‘percebida’ a partir das relações extraconjugais do parceiro:

Depois que me separei, vivi 10 anos com um companheiro, que bebia muito e gostava de outras mulheres, não via nada do que ele fazia, até que um dia, vi tudo na minha frente e mandei meu marido ir pastar [...] (E21, 58 anos, positiva há 5 anos, não tem parceiro). G3

Todavia, a mesma participante se coloca em condição de desproteção na relação sexual, em situação onde a mesma realiza o sexo casual:

Conheci um cara e disse que queria fazer amor no mar, que era diferente e eu nunca tinha feito. (E21, 58 anos, positiva há 5 anos, não tem parceiro). G3

Na atualidade, E21 reconhece as vulnerabilidades do sexo sem proteção e exerce autonomia ao descartar aqueles que não aceitam o uso da camisinha e estão em outros relacionamentos. Afirmando que preferia estar sozinha como formação de proteção:

Muito homem casado, que as mulheres não sabem, está por ai no badu, ainda perguntam você é casada? Pois é, tem que ficar alerta, muitos casos [...] Eu vivo só, pois acho quem queira fazer sexo e não usar camisinha, coroa é pior porque parece que com a camisinha o negócio nem vai funcionar, aí caio fora, basta meu sofrimento E21, 58 anos, positiva há 5 anos, não tem parceiro). G3

As infecções pelo HIV em mulheres decorrem principalmente por dificuldade de acesso aos insumos de prevenção, falta de conhecimento e relacionamentos estáveis onde não são adotadas medidas de proteção. Mais de 20 tipos diferentes de doenças podem ser transmitidos por meio do contato sexual (MARTINS; PESCE; SILVA; FERNANDES, 2018).

O uso da camisinha como fator de proteção ao HIV mostra-se incorporado a alguns discursos, perpassando por todos ciclos de vida estudado, após o diagnóstico da soropositividade, como meio possível de cumprir o objetivo de prevenção do HIV junto ao parceiro e da não reinfeção.

[...] só vou ter relação sexual com camisinha, mais me relaciono normal com meu companheiro. [...] quando a gente ficou junto eu já tinha o vírus e ele encarou isso tranquilo, não teve dificuldade, só que sempre me previno. Meu companheiro gosta de usar o preservativo e não reclama [...] (E27, 57 anos, positiva há 12 anos, parceiro negativo). G3

[...] precisou eu pegar o HIV que aí eu fui nas informações, fui me prevenindo para não passar para ninguém [...] na verdade ele tem hepatite, nos exames dele agravou um pouquinho porque ele também tem hanseníase e aí ele não estava bem e o médico pediu por saber se eu tinha HIV e aí deu positivo. (E1, 38anos, positiva há 10anos, parceiro positivo). G2

O discurso é um lugar em que a ideologia se manifesta, por meio da língua, materializando-se e se tornando concreta (BRANDÃO, 2012). A multiparceria das mulheres e de seus parceiros, após o diagnóstico de HIV, mantém a possibilidade do sexo sem proteção e amplia vulnerabilidades nos relacionamentos, seja pelo uso esporádico do preservativo ou pela exposição de si e do parceiro às IST seguindo no sentido da precarização da vida, conforme falas abaixo:

Eu convivi, apesar de que meu companheiro não foi o último, tem uns dois meses que tive relação sexual com uma pessoa, mais sem compromisso[...] foi essa relação sexual. [...] porque eu ficava com aquela dúvida, porque os homens sempre quer ter caso mais não usa camisinha [...] (E29, 28 anos, positiva há 2 anos, parceiro negativo). G1

Foi um relacionamento conturbado porque separava e voltava, me envolvi com outras pessoas, é difícil. [...] no início dos relacionamentos sempre usava camisinha, mas quando vai ficando sério, você chega a conviver com uma pessoa dentro da sua casa, já relaxa e fica confiante. (E18, 31 anos, positiva há 1 ano, não tem parceiro). G2

Sou uma pessoa que não tive muitos parceiros, até porque adquirir o vírus através do meu esposo, foi uma traição dentro do meu casamento e para mim foi um choque porque para mim era tudo lindo, tudo maravilhoso e eu achava que isso nunca ia acontecer comigo porque eu era casada[...] minha mãe dizia que se eu fosse você usaria camisinha, só que a gente nunca imagina porque se a gente fosse imaginar ia se prevenir. E37, 43 anos, positiva há 6 anos, parceiro positivo) G2

No Brasil, as estratégias desenvolvidas para a prevenção do HIV perpassam a recomendação do uso de preservativo masculino em todas as relações sexuais. O direito que cada pessoa tem de decidir quando e com quem se relacionar sexualmente exclui abordagens que recomendem a diminuição do número de parceiros, fidelidade e abstinência. Assim, se faz necessário abordar os diversos tipos de prática sexual, as diferentes vulnerabilidades femininas, não apenas a partir do seu comportamento sexual, mas, sobretudo, de suas parcerias (MARTINS; PESCE; SILVA; FERNANDES, 2018).

A violência sexual também contribui para os riscos em relação às IST/HIV. Mulheres que sofrem violência sexual não têm sequer chances de proteção ou escolha aos tipos de comportamentos sexuais o que as expõem a essas doenças, mesmo no sexo marital sem desejo, onde muitas vezes não há a percepção de situação de violência sofrida nessa relação não consentida.

A negociação para uso do preservativo e suas estratégias acontece quando a mulher incorpora o sexo com proteção, inclusive, a estende às relações extraconjugais do parceiro. Percebe-se, ainda, um nível de informação insuficiente sobre o sexo com proteção quando o casal encontra-se com carga viral indetectável sendo indicativa de suporte ineficiente do serviço de saúde, o que se revela nas falas de mulheres adultas e de meia-idade:

Hoje enquanto casal, a gente tem que tomar mais cuidado [...] E se ele for pegar alguém fora, tem que se prevenir, pois é uma forma de se prevenir e proteger a mim também. (E4, 59 anos, positiva há 5 anos, não tem parceiro). G3

A gente se separou e agora está tudo bem depois dele, estou até hoje, que dizer eu amei alguém, mas me preveni só que a pessoa queria porque queria não usar camisinha e eu falava a pessoa que era porque tinha medo de engravidar. (E12, 38 anos, há 1 ano e 3 meses, não tem parceiro). G2

No entanto, há uma situação revelada quando da condição de sensibilidade/alergia ao látex da camisinha masculina e não adaptação à camisinha feminina, levando a participante E32 a ‘escolher’ o sexo sem proteção vez que a alternativa de abstinência sexual é improvável entre um casal com vida sexual regular e estável.

[...] já vai fazer doze anos, eu continuo com o mesmo parceiro desde lá até aqui, meu parceiro também é positivo. [...] a gente usa preservativo raramente ou praticamente não usa camisinha, só quando a gente sente algum sintoma diferente é que usamos o preservativo, mas no dia a dia a gente não usa camisinha [...] tanto eu como meu parceiro estamos com a carga indetectável e por conta disso a gente vai vacilando, não usa camisinha também porque não gosta. Toda vez que uso camisinha fica bastante assada e irritada, eu não gosto. Já experimentei a camisinha feminina algumas vezes, mas não me adaptei não. (E32, 43 anos, positiva há 12 anos, parceiro positivo). G2

Em 2018, segundo estimativas do Ministério da Saúde para o município de Salvador, jovens com idades entre 15 e 24 anos representavam quase 15% de todos os novos diagnósticos de HIV. Nesse sentido, o uso do preservativo para todas as mulheres vivendo com HIV perpassa inclusive pela necessidade de acesso a informações sobre o Papilomavírus Humano (HPV), acompanhamento e tratamento do câncer de colo do útero (BRASIL, 2015a). O fato de viverem com HIV aumenta de quatro a cinco vezes o risco de desenvolverem câncer cervical invasivo, pois são mais propensas às lesões pré-invasivas que se não forem tratadas, podem progredir rapidamente para o câncer invasivo.

O preservativo feminino surge como tecnologia que previne as IST e tem a pretensão de promover a autonomia feminina nas relações sexuais. Mantém a aspiração de ser facilitador na argumentação da mulher como seu parceiro sobre prevenção e “sexo seguro”. Essa estratégia foi adotada, no Brasil, desde o ano 2000, como forma de prevenção/proteção por meio do Ministério da Saúde (BARBOSA; PERPETUO, 2010).

Estudo realizado no Estado da Bahia aponta algumas das dificuldades que as mulheres referem como pertinentes para o não uso do preservativo feminino por serem vistos como ‘desconfortável’ e ‘estranho’, podendo, assim, provocar perda ou redução de libido do parceiro (MORAES, et al., 2019). Questões relacionadas a utilização desse dispositivo perpassam também pela necessidade de conhecer/manusear a região íntima, e pela negociação entre o casal.

5.4.3 Responsabilidade e insegurança de mulheres diante da vulnerabilidade do parceiro ao HIV

Os discursos presentes nesta categoria apontam incorporação da responsabilidade consigo e com o outro. A responsabilização é retratada na preocupação diante de parceiros sexuais os quais precisam proteger, em meio a insegurança quanto a transmissão do HIV. A responsabilidade da mulher é ampliada pela dificuldade de compartilhar o diagnóstico e pelo sentimento de ter sua libido comprometida, o que as instiga a “optar” pela abstinência sexual. Assim, a incorporação do cuidado consigo e com o outro vai sendo construída na prática e com aporte do serviço de saúde.

Tem que saber como e porque, tem a questão do preservativo, tem a questão de se preocupar consigo e com o próximo, porque a gente também fica vulnerável a outras doenças oportunistas, porque a nossa imunidade não é tão alta. [...] fiquei um bom tempo sem ter relações, me separei do meu marido e arranjei outra pessoa. Foi complicado também porque tinha aquele cuidado de falar para pessoa sobre o preservativo e a pessoa não querer aceitar, não podia dizer o porquê, a pessoa não entendia, não queria aceitar e isso foi um transtorno para mim. (E16, 33 anos, positiva há 13 anos, não tem parceiro). G2

Depois disso fico com medo de ter relação sexual, a camisinha não é cem por cento segura, tenho medo de me envolver com outra pessoa, porque camisinha sempre fura, fico com muito medo. Assim que você começa um relacionamento novo, tem que se abrir, tem que falar sobre o vírus, tem certos homens que quer pegar mulher de qualquer jeito, que quer fazer tudo e aí não dá, você tem que abrir o jogo. (E18, 31 anos, positiva há 1 ano, não tem parceiro). G2

Quando eu descobri esfriei sexualmente, só que depois tem que ser com o marido mesmo e usando a camisinha, então vamos para frente porque a gente não vai ficar só, não vai largar como todo mundo fala, não vai sair por aí pegando outro porque também a gente não vai por aí contaminando outra pessoa mesmo usando camisinha. (E25, 49 anos, positiva há 7 anos, parceiro positivo). G3

Mulheres que vivenciaram sentimentos por medo da doença/morte ou morte do parceiro trazem em seus discursos uma dualidade entre crê ou não na possibilidade de sobrevivência, por meio do enfrentamentos e estratégias de enfrentamento da doença que advêm da interação com o serviço e da convivência com pessoas vivendo em condições semelhantes.

A associação do HIV a morte, ainda é presente e remete a história inicial da aids, considerada sem cura e mortal, por destruir o sistema imunológico deixando os/as soropositivos/as expostos/as a várias doenças que as levavam a uma morte rápida. Assim,

tomar conhecimento da positividade para o HIV ainda tem sido representada como ‘sentença de morte’ (ROCHA, 2015, p. 11).

Assim, Seffner e Parker (2016, p. 296) afirmam que existe uma aids:

Mais vinculada ao que se poderia chamar de “vírus ideológico do preconceito e da intolerância”, que é assumido como matando mais do que o vírus biológico, pois, além de matar, encurta a vida possível dos indivíduos, conforme os conceitos de morte civil e morte anunciada.

É perceptível que a desinformação e as relações de gênero impõem a obrigatoriedade cultural das relações sexual no casamento, independente da vontade feminina. Assim, atitudes de compensação frente ao processo de culpabilização e o medo de expor a condição de soropositividade impulsionam a crença no papel social da mulher como cuidadora e em sua fortaleza para enfrentar preconceitos e estigmas, principalmente entre mulheres de meia-idade e idosas.

[...] ele fez o teste e deu negativo, o pai do meu menino. No início pensava que era dele e aí quando ele fez o teste e o dele deu negativo a gente estava junto. Há uns 15 dias atrás acho que a coisa está se resolvendo, a gente se previne bem, vem sempre para psicóloga, sempre convidado ele, ele vem faz os testes todos, não faz questão. (E10, 46 anos, positiva há 6 anos, parceiro negativo). G3

[...] o sexo é uma coisa boa que todo ser humano precisa, até uma certa idade, depois que vai passando, no meu caso mesmo já passou, já não tenho mais companheiro e vivo a minha vida sem sexo. [...] jamais quero contaminar alguém, por isso mesmo que vivo sem companheiro, já tem uns 15 anos que não faço sexo. Justamente para não ter que prejudicar alguém, vivo com isso para mim, fui prejudicada também e não condenei quem me prejudicou, estou vivendo a minha vida, mas tenho um medo terrível disso que tenho passado. [...] ele não gostava muito da camisinha, mesmo eu já tendo descoberto o vírus, mas a gente usava camisinha e nós dois fizemos tratamento aqui. (E17, 74 anos, positiva há 15 anos, não tem parceiro). G4

A mulher após constatação da sorodiscordância busca a prevenção como caminho para proteção do outro. O cuidado consigo e com o outro é potencializado por meio dos grupos de apoio e atendimento profissional, que são espaços de ressignificação da condição de soropositividade e redesenho das relações afetivas (familiares e sexuais). A dificuldade de estabelecer a fonte de contaminação, causa constrangimentos à mulher, no relacionamento, após constatação da sorodiscordância. No entanto, a desperta para necessidade de prevenção e readequações nas práticas sexuais.

Minha vida mudou nada, está a mesma coisa, ou melhor, porque eu queria mais amizade aí o pessoal do grupo que participo é unido, não tem diferença e eu tenho um novo paquerinha, agora é começar esse relacionamento com ele, a gente só está se conhecendo [...] (E5, 56anos, positiva há 4 anos, parceiro positivo). G3

E a psicóloga foi dizendo não se deixe abater, você tem a sua vida ainda, você é jovem e tem sua vida toda pela frente, tem como você vivenciar tudo é só ter mais cuidado agora. Agora estou bem, sou feliz do jeito que eu sou. (E6, 22anos, positiva há 4 anos, parceiro positivo) G1

Só depois que vim para psicóloga e ela me explicou tudo direitinho, me sinto como uma mulher qualquer, que não tem nada, mas sei que tenho que me prevenir e vou para a ginecologista, faço todos os exames, nunca perdi o médico e tomo os medicamentos, todos os dias. (E10, 46 anos, há 6 anos, parceiro negativo) G2

Contudo, o restabelecimento da autoconfiança da mulher, para mulheres de meia-idade, dar-se-á em meio a novas experiências que criam possibilidades de superação de barreiras, com parceiro e família, mesmo enfrentando o temor de possíveis reações, ao compartilhar o diagnóstico.

[...] comecei fazendo logo o tratamento certo, tomando a medicação, ando sempre assim bonita e de batom. (E27, 57 anos, positiva há 12 anos, parceiro negativo) G3

Minha sexualidade é boa e prazerosa me sinto como uma mulher qualquer [...] no começo me afastei, chorava muito e não queria nada com ninguém, não deixava nem ele encostar em mim. (E10, 46 anos, há 6 anos, parceiro positivo) G3

[...] A gente se entende bem, ele mora em outra cidade, para mim está normal. Mas não é fácil no início, é muito difícil, tem a adaptação, você tem que chamar o companheiro para falar, tem medo da reação do outro lado, família [...] O preconceito às vezes está dentro da gente mesmo de uma forma ou de outra, os outros podem até deduzir que tenho o vírus mas, da minha boca nunca falei [...] (E 23, 59 anos, positiva há 16 anos, parceiro negativo). G3

As mulheres, excetuando-se as idosas, revelam algumas tentativas de manutenção/elevação da autoestima, de aceitação e confiança na possibilidade de conviver com o HIV. A conscientização para luta e enfrentamento da aids, por meio de grupos organizados, é uma das estratégias que mais tem se mostrado eficaz. O estabelecimento de novos relacionamentos afetivos propicia novas descobertas de prazer mesmo em momentos pós-diagnóstico.

[...] eu sou o que eu sou, não sou um objeto que a pessoa vai lá e usa e abusa e depois descarta não, a gente tem que se dar valor, mesmo a gente

convivendo. Eu trabalho e converso com muita gente, faço muitas amizades, embora não tem muita conversa onde eu moro, mas fora é uma conversa [...] sou destrambelhada desse jeito, é jeito único, é um jeito diferente, então vamos manter a bola para frente. (E3, 26anos, positiva há 3 anos, não tem parceiro). G1

Viver com HIV é natural porque meu companheiro não é portador, a gente tem uma vida normal como outra qualquer [...] o que existe é um começo para uma nova vida, uma vida de responsabilidade uma vida de cuidado com o outro e comigo, então não mudou [...] ao contrário não quero que ninguém olhe para mim com pena. [...] hoje sou a mulher que luta e que está à frente da associação, apoiando outras pessoas que convivem. Como eu digo que sou uma guerreira de Jesus [...] sei que esse foi o propósito que ele me deu para estar aqui, para dar a cara à tapa. (E8, 53 anos, positiva há 11 anos, parceiro negativo). G3

A sexualidade é uma maneira de a pessoa sentir prazer, se sentir feliz. [...] antes do vírus era uma obrigação, agora eu faço por prazer. (E34, 52 anos, positiva há 12 anos, não tem parceiro). G3

[...] procuro ficar bonita, uso batom, sempre gostei muito de me arrumar, gostava de sair, hoje tento fazer o possível para levantar o meu astral, mas tem aquele dia que estou com o astral mais baixo. (E37, 43 anos, positiva há 6 anos, parceiro positivo). G2

Nessa perspectiva, a alternativa na desestigmatização de temas transgressores, que ainda estão encobertos pela sociedade, já se apresentam de forma concreta na vida das participantes deste estudo. Assim, a soropositividade necessita ser reconhecida, visando maior amparo social e legal, como um problema de saúde pública e não como um problema de mulheres e homens que se relacionaram sexualmente por desejo.

Em contraposição, os direitos reprodutivos das mulheres vêm sendo atacados, mais uma vez, ao se levantar a bandeira da normalidade por meio de propostas debatidas no parlamento brasileiro para proibir a discussão da temática gênero e sexualidades (GAMA, 2019). No entanto, é evidente que o aumento da feminização da aids necessita de estratégias que abarquem as fragilidades e minimizem as vulnerabilidades de pessoas que vivem com HIV.

O momento atual é de enfrentamento a divergências de opiniões, inclusive no que se refere ao tratamento sob a forma de um único medicamento, na medida em que outras estratégias caíam no ostracismo. Assim, no campo da prevenção não podem ser esquecidas as conexões entre direitos humanos, enfrentamento das desigualdades de gênero e modelos de prevenção frente as desvantagens geradas por aquelas populações marcadas por desigualdades (SEFFNER; PARKER, 2016). Tais aspectos, podem influenciar na

sobreposição de vulnerabilidades no que concerne ao acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento dispensado (SILVA; FINKLER; MORETTI-PIRES, 2018).

Como síntese geral, após a análise e discussão, separadamente, das três categorias empíricas que possibilitaram aprofundar suas condições de produção, apresentamos o quadro 12.

Quadro 12. Síntese dos principais achados, por geração, por meio da técnica de Análise de Discurso. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019

Jovens G1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os riscos para o relacionamento afetivossexual que podem culminar em recusa da relação sexual ou isolamento. 2. Resistência de parceiros quanto ao uso da camisinha. 3. Dúvidas se revelam e/ou não a sua condição diagnóstica. 4. Medo de serem expostas caso ele comente sobre seu diagnóstico. 5. O alívio com a negatividade do parceiro as livra de culpas. 6. Estabelecimento de novas relações, implicam em dúvidas e sentimento de tristeza/abandono levando-a a sofrimentos e insegurança na vivência da sexualidade. 7. O temor do agravamento da infecção pela reinfecção é maior quando vivencia/vivenciou conscientemente a multiparceria do parceiro ou desconhece a condição sorológica do parceiro. 8. O uso da camisinha como fator de proteção está incorporado, após o diagnóstico da soropositividade, como meio de prevenção do parceiro e reinfecção. 9. Tentativas de manutenção da autoestima 10. Aceitação e confiança na possibilidade de conviver com o HIV. 11. A luta e enfrentamento da aids, por meio de grupos organizados.
Adultas G2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os riscos para o relacionamento afetivossexual que podem culminar em recusa da relação sexual ou isolamento. 2. Resistência de parceiros que não fazem uso de camisinha 3. Dúvidas se revelam e/ou não a sua condição diagnóstica. 4. Medo de serem expostas caso ele comente sobre seu diagnóstico. 6. Estabelecimento de novas relações, implicam em dúvidas e sentimento de tristeza/abandono levando-a a sofrimentos e insegurança na vivência da sexualidade. 8. O uso da camisinha como fator de proteção está incorporado, após o diagnóstico da soropositividade, como meio de prevenção do parceiro e reinfecção. 9. Tentativas de manutenção da autoestima 10. Aceitação e confiança na possibilidade de conviver com o HIV. 11. A luta e enfrentamento da aids, por meio de grupos organizados. 12. Estar ‘só’ ou não se exporem amplia liberdade de se cuidar e não dar satisfação de suas vidas à terceiros. 13. O alívio com a negatividade do parceiro as livra de culpas. 14. Limitação de desejos e dificuldades em revelar desconfortos, em certas práticas sexuais, no intuito de não revelar o diagnóstico. 15. Nível de informação insuficiente sobre o sexo com proteção quando o casal encontra-se com carga viral indectável.

Continua na próxima página

Meia-idade G3	<p>3. Dúvidas se revelam e/ou não a sua condição diagnóstica.</p> <p>4. Medo de serem expostas caso ele comente sobre seu diagnóstico.</p> <p>6. Estabelecimento de novas relações, implicam em dúvidas e sentimento de tristeza/abandono levando-a a sofrimentos e insegurança na vivência da sexualidade.</p> <p>8. O uso da camisinha como fator de proteção está incorporado, após o diagnóstico da soropositividade, como meio de prevenção do parceiro e reinfeção.</p> <p>9. Tentativas de manutenção da autoestima</p> <p>10. Aceitação e confiança na possibilidade de conviver com o HIV.</p> <p>11. A conscientização para luta e enfrentamento da aids, por meio de grupos organizados.</p> <p>12. Estar 'só' ou não se exporem amplia liberdade de se cuidar e não dar satisfação de suas vidas à terceiros.</p> <p>13. O alívio com a negatividade do parceiro as livra de culpas.</p> <p>14. Limitação de desejos e dificuldades em revelar desconfortos, em certas práticas sexuais, no intuito de não revelar o diagnóstico.</p> <p>15. Nível de informação insuficiente sobre o sexo com proteção quando o casal encontra-se com carga viral indectável.</p> <p>16. Compensação frente ao processo de culpabilização e o medo de expor a condição de soropositividade impulsionam a crença no papel social da mulher como cuidadora.</p> <p>17. Restabelecimento da autoconfiança dá-se em meio a novas experiências que criam possibilidades de superação de barreiras, com parceiro e família, mesmo enfrentando o temor de possíveis reações, ao compartilhar o diagnóstico.</p>
Idosas G4	<p>3. Dúvidas se revelam e/ou não a sua condição diagnóstica.</p> <p>5. O alívio com a negatividade do parceiro as livra de culpas.</p> <p>6. Estabelecimento de novas relações, implicam em dúvidas e sentimento de tristeza/abandono levando-a a sofrimentos e insegurança na vivência da sexualidade.</p> <p>7. O temor do agravamento da infecção pela reinfeção é maior quando vivencia/vivenciou conscientemente a multiparceria do parceiro ou desconhece a condição sorológica do parceiro.</p> <p>8. O uso da camisinha como fator de proteção está incorporado, após o diagnóstico da soropositividade, como meio de prevenção do parceiro e reinfeção.</p> <p>16. Compensação frente ao processo de culpabilização e o medo de expor a condição de soropositividade impulsionam a crença no papel social da mulher como cuidadora.</p>
Todas	<p>3. Dúvidas se revelam e/ou não a sua condição diagnóstica.</p> <p>4. Medo de serem expostas caso ele comente sobre seu diagnóstico.</p> <p>6. Estabelecimento de novas relações, implicam em dúvidas e sentimento de tristeza/abandono levando-a a sofrimentos e insegurança na vivência da sexualidade.</p> <p>8. O uso da camisinha como fator de proteção está incorporado, após o diagnóstico da soropositividade, como meio de prevenção do parceiro e reinfeção.</p>

O quadro 12 possibilitou, ainda, identificar elementos comuns entre as gerações e os que são compartilhados por uma ou mais geração, na construção da representação social. Tais elementos, conformam o quadro 13.

Quadro 13. Síntese das representações sociais, por geração, e evidenciação de elementos comuns que perpassam gerações. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019

Geração	Representação da sexualidade após o diagnóstico de HIV	Elementos comuns entre as gerações
Jovens G1	Dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. Vivenciam a resistência do parceiro ao preservativo, recusam a prática da relação sexual ou buscam a solidão por temor da reinfecção em face da multiparceria. Sentem-se inseguras em estabelecer novos relacionamentos pela frequência do abandono. Incorporam o uso do preservativo ao aceitar a doença. Concebem a necessidade de elevar a autoestima e lutar pela causa da aids.	1 e 2 com G2; 5 e 7 com G4; 9, 10 e 11 com G2 e G3
Adultas G2	Dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. Vivenciam a resistência do parceiro ao preservativo com isso recusam a prática da relação sexual ou buscam a solidão por temor de reinfecção. Sentem-se insegura em estabelecer novos relacionamentos pela frequência do abandono, limitam seus desejos e não revelam desconfortos nas práticas sexuais. Incorporam o uso do preservativo ao aceitar a doença. Pouco conhecem sobre o sexo com proteção em casal com carga viral indetectável. Concebem a necessidade de e lutar pela causa da aids, frente a ‘escolha’ pela solidão como forma de manter sua liberdade.	1 e 2 com G1; 9, 10 e 11 com G1 e G3; 12, 13, 14 e 15 com G3; 4 elementos novos
Meia-idade G3	Dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. Sentem-se inseguras em estabelecer novos relacionamentos pela frequência do abandono, limitam seus desejos e não revelam desconfortos nas práticas sexuais. Incorporam o uso do preservativo ao aceitar a doença e serem gratificadas com a negatividade do parceiro, pouco conhecem sobre o sexo com proteção em casal com carga viral indetectável. Concebem a necessidade de elevar a autoestima e lutar pela causa da aids, ao mesmo tempo em que se mantém no papel social de cuidadora por culpa. Buscam o restabelecimento da autoconfiança com possibilidade de novas experiências ou ‘escolhem’ a solidão como forma de manter sua liberdade.	9, 10 e 11 com G1 e G2; 12, 13, 14 e 15 com G2; 16 com G4; 2 elementos novos Próprio da G3 17
Idosas G4	Dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. Vivenciam o temor da reinfecção em face da multiparceria e já incorporam o uso do preservativo. Sentem-se gratificadas com a negatividade do parceiro, porém inseguras em estabelecer novos relacionamentos pela frequência do abandono e morte. Se mantém no papel social de cuidadora por culpa.	5 e 7 com G1; 16 com G3 Nenhum elemento novo

TODAS	Dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. Sentem-se inseguras em estabelecer novos relacionamentos pela frequência do abandono. Incorporam o uso do preservativo.	3, 4, 6 e 8
--------------	---	-------------

As representações sociais apreendidas por meio da técnica de Análise de Discurso evidenciam que o medo a insegurança e o uso do preservativo estão presentes no imaginário social de mulheres que vivem com HIV quando pensam em sexualidade, vez que estes elementos perpassam as RS em todas as gerações.

A mulheres jovens comungam aspectos das suas RS com todas as demais gerações. As adultas acrescentam novos elementos as RS das jovens, coadunam quase que integralmente com as de meia-idade e apresentam elementos que não aparecem nas RS das idosas. As de meia-idade apresentam a maior quantidade de núcleos de sentido e, apenas elas, trazem na fala o restabelecimento da autoconfiança com possibilidade de novas experiências e relacionamentos.

5.5 ARTIGOS SUBMETIDOS

5.5.1 Mulheres de diferentes gerações que vivem com HIV: Representações sociais sobre sexualidade

O artigo “Mulheres de diferentes gerações que vivem com HIV: Representações sociais sobre sexualidade”, foi elaborado seguindo as instruções as autoras para publicação e apresentação as editoras do periódico Revista da Escola de Enfermagem da USP, disponíveis no link: <http://www.ee.usp.br/site/Index.php/paginas/mostrar/1419/2094/147>, acessado em novembro de 2019. Situação: Aprovado na pré-análise, encontra-se em avaliação, aguardando seleção de avaliador.

5.4.2 Sexualidade vivida por mulheres de diferentes gerações e soropositivas para o HIV.

O artigo “Sexualidade vivida por mulheres de diferentes gerações e soropositivas para o HIV”, foi elaborado seguindo as instruções as autoras para publicação e apresentação as editoras do periódico Acta Paulista de Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, disponíveis no link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-2100&lng=pt&nrm=iso, acessado em novembro de 2019. Situação: Aprovado na pré-análise, encontra-se aguardando atribuição de revisores.

5.5.3 Estrutura das representações sociais sobre sexualidade de mulheres que vivem com HIV.

O artigo “Estrutura das representações sociais sobre sexualidade de mulheres que vivem com HIV”, foi elaborado seguindo as instruções as autoras para publicação e apresentação as editoras do periódico Revista Brasileira de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), disponíveis no link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-7167&lng=pt&nrm=iso, acessado em novembro de 2019. Situação: Aguardando processamento pelo administrador.

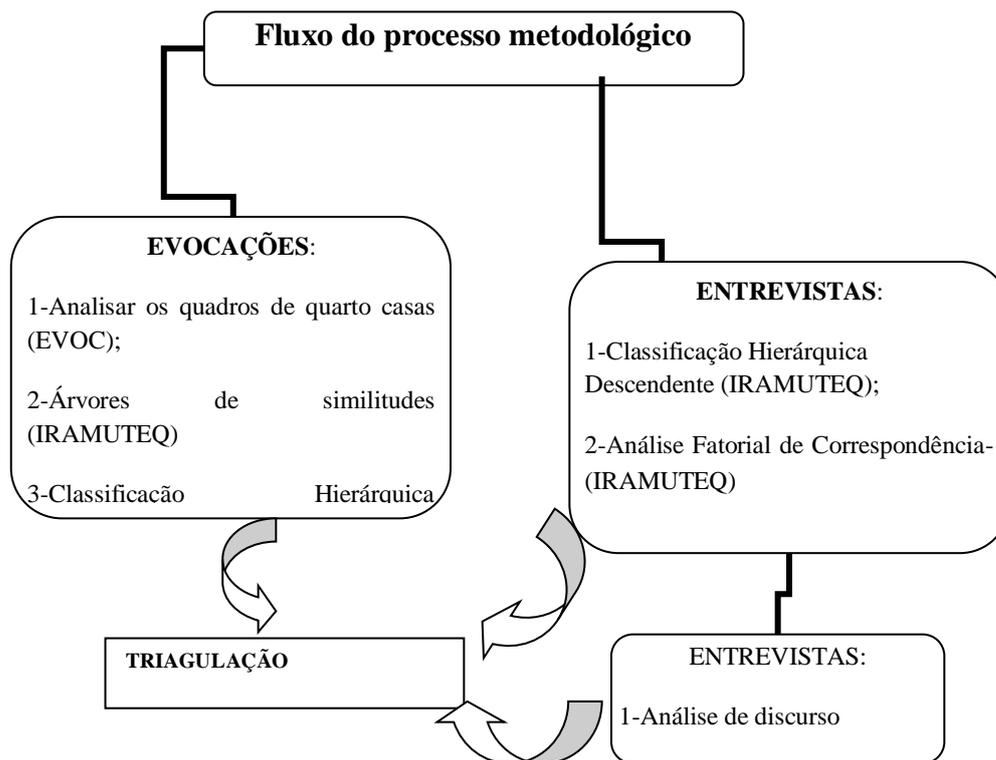
5. 6 TRIANGULAÇÃO DOS RESULTADOS

Naturalmente, existem diferentes métodos, na perspectiva de conhecer e compreender distintos fenômenos os quais demandam de abordagens metodológicas e técnicas articuladas às características dos objetos de estudo. A técnica de triangulação, aqui utilizada, possibilitou a validação e a convergência dos dados enquanto procedimento básico de pesquisa.

Segundo Flick (2009), a triangulação de forma mais ampla, pode ser entendida como uma “combinação de metodologias diferentes para analisar o mesmo fenômeno, de modo a consolidar a construção de teorias sociais”. Desse modo, trata-se de uma alternativa qualitativa para a validação de uma pesquisa que utilizou múltiplos métodos com a finalidade de aprofundar e assegurar a compreensão do fenômeno investigado. Quando se utiliza uma abordagem multimetodológica as evidências obtidas são consideradas fortes, pois reduzem eventuais vieses no processo de coleta. Assim, ao utilizar diferentes métodos, deve-se analisar os dados obtidos em conjunto e auferir conclusões baseadas no todo, e não apenas em métodos individuais (ZAPPELLINI; FEUERSCHÜTTE, 2015).

Segundo Minayo (2017. p. 4), em sua discussão sobre amostragem ao assegurar a escolha do local de pesquisa e do grupo para observação/troca de informações deve-se privilegiar os sujeitos sociais que “detêm os atributos que o/a investigador\|a pretende conhecer”, Nesse sentido, deve-se definir com clareza o grupo social mais relevante, ou subgrupos e dar atenção a todos os outros grupos que interagem com o principal, buscando compreender o papel de cada um em suas interações e influências mútuas. Nesse sentido a autora, interpõe a necessidade de não desprezar informações ímpares, que se destacam e não são repetidas, “cujo potencial explicativo é importante para a descoberta da lógica interna do grupo estudado. Por fim, propõe sempre que possível, prever uma triangulação de técnicas e até de métodos no intuito de multiplicar as tentativas de aproximação com o objeto estudado.

Este capítulo demonstra a triangulação realizada, como proposta na metodologia e sintetizada no fluxograma metodológico figura 2, página 80.



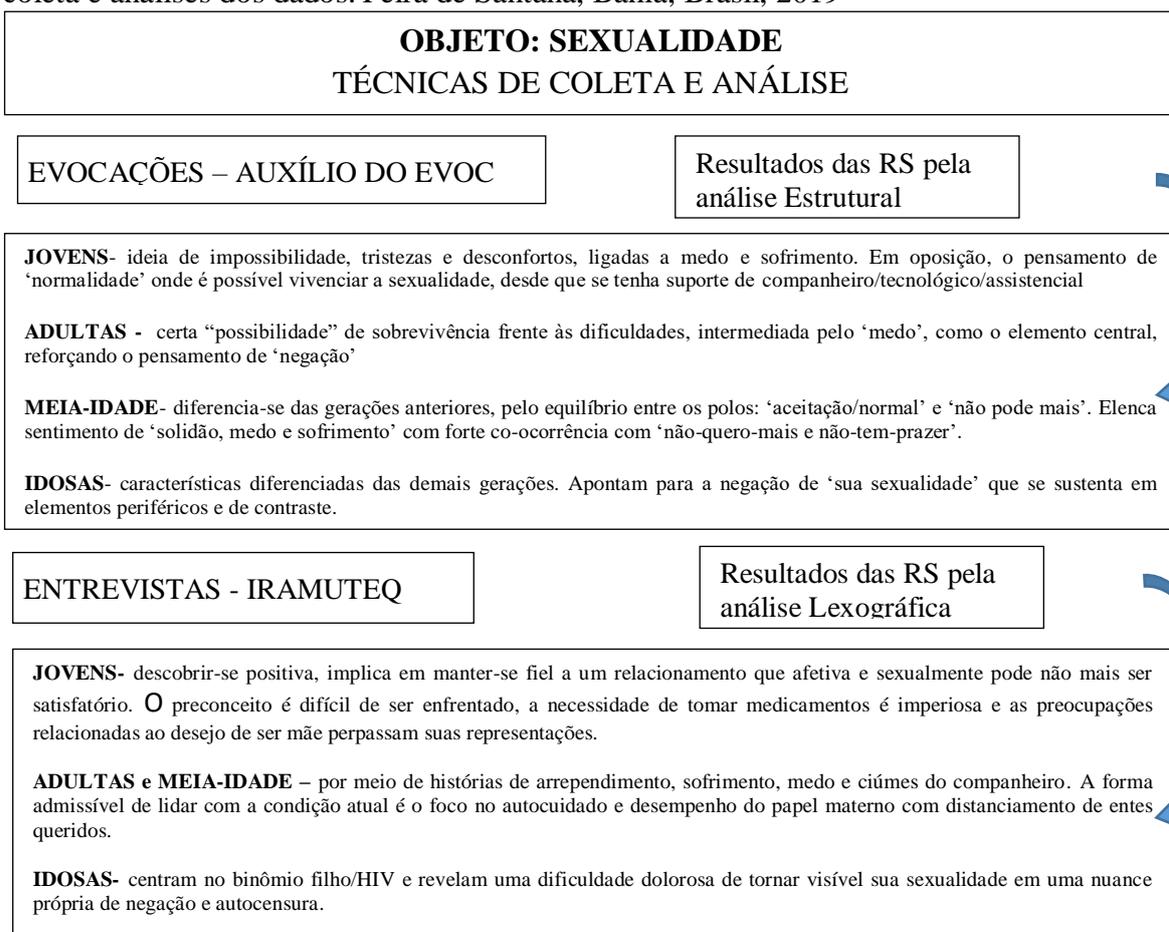
Sabendo-se que nenhuma observação ou interpretação se repete perfeitamente, a triangulação segundo Stake (2011) serve para clarificar significados pela identificação das diferentes maneiras pelas quais um caso é visto. Sob a proposta de Flick (2013), o estudo de um tema/problema de pesquisa pode assumir diferentes “visões a respeito da questão de pesquisa e combinar diferentes tipos de dados sob a mesma abordagem teórica para a produção de mais conhecimento do que seria possível com base em uma só perspectiva”. Assim, uma mesma população pode ser submetida a questionários e entrevistas, realizando-se a comparação entre suas respostas. Nessa lógica, em um momento subsequente, alguns participantes podem ser selecionados para uma entrevista. Nessa acepção, a triangulação, então, dar-se-á no âmbito do conjunto nos dados pesquisados (FLICK, 2009).

Estudo realizado com vistas a possibilidade de conjugar uma análise estatística de vocabulário, um método mais tradicional de análise qualitativa, e um possível desdobramento dessas nas Redes de Conteúdos, como resultados da realização de uma leitura inter-relacionada dos resultados possibilitou, na avaliação das informações

coerentes e discrepantes entre eles e, a visão mais abrangente das informações (NASCIMENTO, 2004).

Assim, nesse estudo, a triangulação realizada partiu da aplicação do TALP para o conjunto das participantes e, em seguida, da entrevista para um subgrupo. E, considerando as três possibilidades de se discutir a triangulação, com base em Flick (2013), obtivemos duas delas, a “Complementação” (os resultados se concentram em diferentes aspectos da questão de pesquisa, e, por serem complementares, permitem visualizar um quadro mais amplo da realidade investigada) e a “Divergência ou contradição” (os dados obtidos por uma metodologia de pesquisa podem ser distintos daqueles coletados com a outra, exigindo um novo estudo que esclareça teórica ou empiricamente a divergência e dê conta das razões e motivações por trás dela) conforme a síntese expressa na figura 12.

Figura 12. Síntese das Representações sociais obtidas por diferentes técnicas de coleta e análises dos dados. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019



Continua na pagina seguinte

ENTREVISTAS – ANÁLISE DO DISCURSO

Resultados das RS pela
Análise do Discurso

JOVENS- dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. Vivenciam a resistência do parceiro ao preservativo com implicação em recusa da prática da relação sexual e/ou buscam a solidão pelo temor da reinfecção em face da multiparceria. Sentem-se inseguras em estabelecer novos relacionamentos pela frequência do abandono. Incorporam o uso do preservativo ao aceitar a doença e concebem a necessidade de elevar a autoestima e lutar pela causa da aids.

ADULTAS- dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. A vivência da resistência do parceiro ao preservativo implica em recusa da prática da relação sexual ou buscam a solidão pelo temor da reinfecção. Sentem-se inseguras em estabelecer novos relacionamentos pela frequência do abandono; limitam seus desejos e não revelam desconfortos nas práticas sexuais. Incorporam o uso do preservativo ao aceitar a doença. Pouco conhecem sobre o sexo com proteção em casal com carga viral indetectável. Concebem a necessidade de lutar pela causa da aids, frente a ‘escolha’ pela solidão como forma de manter sua liberdade.

MEIA-IDADE- dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. Sentem-se inseguras em estabelecer novos relacionamentos pela frequência do abandono; limitam seus desejos e não revelam desconfortos nas práticas sexuais. Incorporam o uso do preservativo ao aceitar a doença e serem gratificadas com a negatividade do parceiro; pouco conhecem sobre o sexo com proteção em casal com carga viral indetectável. Concebem a necessidade de lutar pela causa da aids, ao mesmo tempo em que se mantém no papel social de cuidadora por culpa. Busca o restabelecimento da autoconfiança com possibilidade de novas experiências ou ‘escolhe’ a solidão como forma de manter sua liberdade.

IDOSAS- dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. Vivenciam o temor da reinfecção em face da multiparceria e já incorporam o uso do preservativo. Sentem-se gratificadas com a negatividade do parceiro, porém inseguras em estabelecer novos relacionamentos pela frequência do abandono e morte. Se mantém no papel social de cuidadora por culpa.

Fonte: Elaboração da Pesquisadora, 2019.

Os procedimentos de triangulação de resultados obtidos por diferentes métodos de coleta e análise na produção de conhecimento não garantem seu resultado final. Conforme Zappelline e Feuerschütte, (2015, p.269) “a técnica permite que se tenha um processo de pesquisa mais completo, o que não garante, necessariamente, a produção de conhecimento perfeito”. Nesse sentido, o quadro 14 apresenta a síntese das RS obtidas por meio das análises estrutural, lexográfica e com auxílio da técnica de Análise de Discurso onde se buscou de forma sintética ‘**complementações**’ e ‘**divergência ou contradição**’, entre as quatro gerações estudadas.

Quadro 14. Síntese das representações sociais, por geração, e identificação de ‘complementações’ e/ou ‘divergências’. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019

Representações Sociais		
<p>MULHERES JOVENS – G1</p> <p>Estrutural: ideia de impossibilidade, tristezas e desconfortos, ligadas a medo e sofrimento. Em oposição, o pensamento de ‘normalidade’ onde é possível vivenciar a sexualidade, desde que se tenha suporte de companheiro/tecnológico/assistencial;</p> <p>Lexográfica: descobrir-se positiva, implica em manter-se fiel a um relacionamento que afetiva e sexualmente pode não mais ser satisfatório. O preconceito é difícil de ser enfrentado, a necessidade de tomar medicamentos é imperiosa e as preocupações relacionadas ao desejo de ser mãe perpassam suas representações.</p> <p>Análise de Discurso: dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. As vivências da resistência do parceiro ao preservativo; com isso, recusam a prática da relação sexual ou buscam a solidão pelo temor da reinfecção em face da multiparceria. Sentem-se inseguras em estabelecer novos relacionamento pela frequência do abandono. Incorporam o uso do preservativo ao aceitar a doença. Concebem a necessidade de elevar a autoestima e lutar pela causa da aids</p>	AD complementa a E e L	<p>Novos elementos representacionais: Concebem a necessidade de elevar a autoestima e lutar pela causa da aids</p>
<p>MULHERES ADULTAS – G2</p> <p>Estrutural: certa ‘possibilidade’ de sobrevivência frente às dificuldades, intermediada pelo ‘medo’, como o elemento central, reforçando o pensamento de ‘negação’.</p> <p>Lexográfica: por meio de histórias de arrependimento, sofrimento, medo e ciúmes do companheiro. A forma admissível de lidar com a condição atual é o foco no autocuidado e desempenho do papel materno com distanciamento de entes queridos.</p> <p>Análise de Discurso: dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. As vivências da resistência do parceiro ao preservativo; com isso, recusam a prática da relação sexual ou buscam a solidão pelo temor da reinfecção. Sentem-se inseguras em estabelecer novos relacionamento pela frequência do abandono; limitam seus desejos e não revelam desconfortos em práticas sexuais. Incorporam o uso do preservativo ao aceitar a doença. Pouco conhecem sobre o sexo com proteção entre casais com carga viral indetectável. Concebem a necessidade de lutar pela causa da aids, frente a ‘escolha’ pela solidão como forma de manter sua liberdade.</p>	AD complementa E e L	<p>Novos elementos representacionais: Concebem a necessidade de lutar pela causa da aids</p>

Continua na página seguinte

<p>MULHERES MEIA-IDADE – G3</p> <p>Estrutural: há um equilíbrio entre os polos: ‘aceitação/normal’ e ‘não pode mais’. Elenca sentimentos de ‘solidão, medo e sofrimento’ com forte co-ocorrência com ‘não-quero-mais e não-tem-prazer’.</p> <p>Lexográfica: por meio de histórias de arrependimento, sofrimento, medo e ciúmes do companheiro. A forma admissível de lidar com a condição atual é o foco no autocuidado e desempenho do papel materno com distanciamento de entes queridos.</p> <p>Análise de Discurso: dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. Sentem-se inseguras em estabelecer novos relacionamento pela frequência do abandono e limitam seus desejos e não revelam desconfortos nas práticas sexuais. Incorporam o uso do preservativo ao aceitar a doença e serem gratificadas com a negatividade do parceiro; pouco conhecem sobre o sexo com proteção entre casais com carga viral indetectável. Concebem a necessidade de elevar a autoestima e lutar pela causa da aids, ao mesmo tempo em que se mantêm no papel social de cuidadora por culpa. Buscam o restabelecimento da autoconfiança com possibilidade de novas experiências ou ‘escolhe’ a solidão como forma de manter sua liberdade.</p>	AD complementa E e L	Não há divergências	<p>Novos elementos representacionais: Buscam o restabelecimento da autoconfiança com possibilidade de novas experiências</p>
<p>MULHERES IDOSAS – G4</p> <p>Estrutural: características diferenciadas das demais gerações. Apontam para a negação de ‘sua sexualidade’ que se sustenta em elementos periféricos e de contraste.</p> <p>Lexográfica: centram no binômio filho/HIV e revelam uma dificuldade dolorosa de tornar visível sua sexualidade em nuance própria de negação e autocensura.</p> <p>Análise de Discurso: dificuldade em revelar o diagnóstico por medo de ser exposta. Vivenciam o temor da reinfeção em face da multiparceria e já incorporam o uso do preservativo. Sentem-se gratificadas com a negatividade do parceiro, porém inseguras em estabelecer novos relacionamentos pela frequência do abandono e morte. Se mantêm no papel social de cuidadora por culpa.</p>	AD complementa E e L	Não há divergências	<p>Não há novos elementos representacionais.</p>

Fonte: Elaboração da Pesquisadora, 2019

Frente a **questão de pesquisa, que guiou este estudo:** Como mulheres de diferentes gerações representam a sexualidade após o diagnóstico de HIV? Os procedimentos de triangulação de resultados, indicam que a Análise de Discurso possibilitou a complementação dos resultados extraídos por meio das análises estrutural e lexográfica, não sendo identificadas divergências ou contradições.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver esta pesquisa buscando apreender as representações sociais de mulheres vivendo com HIV acerca da sexualidade foi instigante, solitária/reflexiva e difícil, pois o fenômeno da aids e as particularidades da sexualidade ainda são temas considerados pela maioria dos indivíduos associados à ‘promiscuidade’ e, em nossa sociedade, circundado de preconceito e discriminação.

Ao propomos adentrar no espaço “privado” da sexualidade de mulheres por meio do ambiente estruturado da assistência, nos deparamos com dificuldades advindas do sistema de saúde que obstaculizam a possibilidade de espaços de pesquisa. E, em certa medida pelo silêncio e desconfiança acerca do que seria realmente pesquisado, tanto pelas usuárias, quanto por profissionais.

Ressaltamos, ainda, as dificuldades encontradas para realização da contextualização do estado da arte, em virtude da escassez de estudos publicados na perspectiva de mulheres vivendo com HIV e das representações sociais com abordagem da sexualidade. No entanto, a escolha da TRS como referencial teórico foi apropriada, assim como a triangulação de resultados que permitiu uma gama de possibilidades de análise e propiciaram o alcance dos objetivos.

O perfil das participantes foi caracterizado por mulheres negras, com relações heterossexuais, em relacionamentos estáveis e com um único parceiro por ocasião da entrevista, não significando que tiveram um único parceiro ao longo da vida. Aponta-se uma diferenciação no perfil para mulheres idosas que, em sua minoria, vivem sozinha/sem companheiro. Pelo desenho apresentado, compreendemos tratar-se de um grupo fortemente marcado pelo enfrentamento ao preconceito face à condição de mulheres que vivem com HIV.

A análise estrutural das RS para o estímulo ‘Sexualidade’ possibilitou a compreensão de que a sexualidade é concebida pelas participantes do estudo como algo difícil de ser nomeado, que ainda se mostra associado à prática sexual e que exige cuidados para ser vivido. Para tanto, em decorrência de sua condição sorológica precisa manter-se afastada dessa vivência. Ou seja, como se a vivência com HIV estivesse determinada à permanecer sem parceria. Nesse sentido, já que as interpretações e as representações são temporalmente influenciadas, o sentido dado à sexualidade pode continuar reformulando-se dependendo do contexto de sua produção e podem simbolicamente diferenciar-se em

seu conteúdo e influenciar a mudança de práticas tanto no que se refere ao cuidar de si como ao cuidado dispensado por profissionais.

A estrutura da RS para o estímulo ‘Sexualidade de pessoas vivendo com HIV’ possibilitou apreender que o medo assume centralidade e classifica-la como uma representação hegemônica, por ser largamente compartilhada pelas participantes e compactuam com o senso comum partilhado na sociedade brasileira, há algumas décadas. Por conseguinte, tanto os elementos centrais quanto os periféricos apresentaram uma conotação negativa para a sexualidade de pessoas vivendo com HIV. Assim, as mulheres revelaram através do ‘medo’, uma reação que emerge a partir do imaginário social e simbólico, incorporados também por elas, que apontam para a impossibilidade da vivência da sexualidade quando sua condição sorológica se apresenta positiva. Assim, é possível afirmar que a conformação do campo representacional está ancorada no ‘medo’, quer seja pela revelação de sua condição, bem como a possível reação internalizada por parte do parceiro a medida que tiver acesso a essa informação.

Para o estímulo ‘Sua sexualidade’ foi possível constatar que o campo representacional se mostrou estruturado e associado a elementos com conotação eminentemente negativa. Em seu NC, dentre os oito termos que o integram, cinco deles possuíam essa conotação. Ressalta-se, entretanto que se mostraram associados negativamente para impossibilidades de práticas sexuais. Com isso, cada grupo geracional apresenta suas nuances considerando a importância da diversidade pois, pessoas não podem ser uniformizadas e nem homogeneizadas em detrimento de suas singularidades.

Para as mulheres consideradas jovens, a RS é vista como uma condição permeada pela dificuldade - denominada ‘difícil’ - que se ancora por intermédio de sentimentos que envolvem o ‘medo’ e apresenta-se como elo entre os demais elementos do campo representacional em análise. Entretanto, apontam também para a ‘possibilidade’ de sobrevivência frente às dificuldades que essa vivência interpõe. Entre as adultas, o termo ‘normal’ assume a posição de ligação e está condicionado à presença do parceiro/companheiro como aquele que impulsiona a manutenção da autoconfiança e determina que na vida conjugal a sexualidade dar-se-á mediante o uso da camisinha. Aspecto esse, que não deixa de representar e associar o ‘medo’ ao reforçar a ideia de impossibilidade traduzida como ‘não-pode-mais’.

Ainda com referência ao estímulo “Sua sexualidade”, as mulheres de meia-idade mantêm os processos de aceitação e negação na RS. No entanto, as análises com base no

EVOC apontam maior peso representacional na ideia de aceitação e as realizadas com auxílio do Iramuteq à negação. Para as idosas foi possível a identificação de co-ocorrência entre os termos ‘não quero mais, sozinha e medo’, onde o elemento com maior número de conexões foi ‘não quero mais’, revelando a negação da prática sexual compreendida como forma de abstenção.

Nas falas das mulheres que foram entrevistadas foi possível identificar processos de objetivação e ancoragem do conhecimento comum sobre sexualidades. A mulher se funde ao ‘companheiro/filho’ e demarca o seu lugar social a partir de sua influência no contexto em que se insere. As questões geracionais, ressaltadas na desagregação de corpus, apresentaram convergências por sua centralidade e remetem à família e ‘novas’ demandas advindas da condição de viver com o ‘vírus’. Os termos ‘sexo, relação-sexual, casal, prazer’ dentre outros, que no senso comum são considerados como sinônimos para o termo ‘sexualidade’, não foram relevantes.

Mulheres mais jovens se propõem a revelar sua condição para seu(s) parceiro(s) e familiares, aspecto inexistente nas falas de mulheres com outras idades. Para as mulheres de meia-idade o/a filho/a ocupam lugar de destaque e para as idosas a autocensura. Assim, é possível inferir tratar-se de saberes partilhados onde a sexualidade e a forma de contração do vírus é omitida e necessita permanecer em segredo.

Os resultados aqui analisados confirmaram o pressuposto deste estudo de que as representações sociais relativas à sexualidade de mulheres de diferentes gerações, após o diagnóstico de HIV, têm em sua base valores legitimados social e culturalmente, que restringem o direito à liberdade sexual e reprodutiva e elevam a primeiro plano demandas socioemocionais que requerem atenção das políticas públicas de saúde.

Nessa acepção, a estrutura das representações sociais, para os três estímulos utilizados, revelou que este objeto se encontra para as mulheres, contextualizado no campo do conhecimento do senso comum, demonstrando um caráter similar a sua representação pela sociedade em geral. O universo semântico descrito denota caráter normativo, com objetivação para o ‘não dito’ e a ancoragem no ‘medo’ reforçada pelo preconceito e discriminação.

Quanto aos limites do estudo, o primeiro foi em relação ao espaço físico disponível para coleta dos dados, pois a maioria das salas eram utilizada para atendimento pelos profissionais da unidade. O segundo foi que os procedimentos de coleta de dados só puderam ser realizados no turno vespertino devido à aposentadoria da enfermeira

responsável pelo serviço no turno matutino. Então, ao seguir as orientações da direção da unidade, mulheres que apenas acessavam o SAE no turno da manhã ficaram de fora do estudo. O terceiro limite foi o fato de que a abordagem das mulheres matriculadas no serviço era precedida de um contato inicial, realizado por profissionais da enfermagem e/ou da equipe multiprofissional, como estes estavam sempre muito envolvidos com atividades concernentes as suas funções, potenciais participantes não foram consultadas. O conjunto dos fatores citados cooperou diretamente na redução do número inicial planejado de participantes e impossibilitou chegar a um quantitativo equivalente entre participantes para composição dos grupos geracionais.

Como lacunas do estudo podemos afirmar que este foi conduzido em consonância com a abordagem qualitativa, considerando a amostra específica de mulheres que vivem com HIV e são atendidas em SAE do Nordeste do Brasil o que não nos permite generalização dos seus resultados. A escassez de estudos sobre sexualidade e suas especificidades na vivência de adoecimento crônico, como o HIV, dificultou o estabelecimento de maiores comparações entre os achados da pesquisa e a realidade de grupos populacionais vulneráveis semelhantes, em contextos nacionais ou internacionais.

As contribuições que se mostram relevante para a área de enfermagem, perpassam desde o despertar para a inclusão e manejo da temática sexualidade por profissionais e de estudantes da área da saúde na atenção/cuidado, até as especificidades da feminização do HIV no lidar diário da equipe com a tecnologia dos testes rápidos. Logo, atentar para aspectos ligados aos “medos” vivenciados e que podem impactar na qualidade de vida e adesão ao tratamento, bem como no planejamento e dispensa dos cuidados de enfermagem, seja na atenção primária ou secundária.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

_____. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D, Organizadora. Tradução, Lilian Ulup. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

_____. (org.). **Méthodes d'études des représentations sociales**. Érès: Ramonville Saint-Agne, 2004. Traduzido por Maria de Fátima de Souza Santos para uso de pesquisa. <http://flipbook.cantook.net/?d=%2F%2Fwww.edenlivres.fr%2Fflipbook%2Fpublications%2F48440.js&oid=196&c=&m=&l=&r=&f=pdf>

_____. **A zona muda das representações sociais**. In: Oliveira DC, Campos PHF, Organizadores. **Representações Sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro. Museu da República, 2005. P.27-38.

AFFELDT, Ângela B.; SILVEIRA, Mariângela F.; BARCELOS, Raquel S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, mar 2015. v. 24, n. 1, p. 79-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000100009>

ALVES, Ivã. Representações de mulheres em sitcoms. IN: **Gênero, mulheres e feminismos**/ Alinne Bonneti e Ângela Maria Ferreira de Lima Souza (org.). Salvador, EDUFBA: NEIM, 2011.

AMARAL-ROSA, Marcelo P. et al. Pontos a considerar quanto ao uso do software IRAMUTEQ na análise de dados qualitativos. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, 2019. v.53, p. e03468. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2019ce0103468>.

AMAYA, José F. S. La tormenta perfecta: Ideología de género y articulación de públicos. **Sex., Salud Soc**. Rio de Janeiro, dez. 2017. n. 27, p. 149-171. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.09.a>.

ANDRADE, Hyldalice. Resenha: Henning, carlos eduardo & Braz, Camilo (orgs.). 2017. **Gênero, sexualidade e curso de vida: diálogos latino-americanos**. Goiânia: Editora da Imprensa Universitária. 177 pp. **Sexualidad, Salud y Sociedad revistalatinamericana**. abr. 2019. n. 31, p.139-145. Disponível em: www.sexualidadsaludysociedad.org

ANTUNES, Priscilla C. SILVA, Ana Márcia. Elementos sobre a concepção da Meia Idade, no processo de envelhecimento humano. **Revista Kairós Gerontologia**, 2013. v 16, n 5, p. 123-140. Online ISSN 2176-901X.

- ARAÚJO, Rosália Teixeira de. Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado/Rosália Teixeira de Araújo -Salvador, 2016.179 f. :il. Orientadora: Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho. Tese (doutorado) - **Universidade Federal da Bahia**, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.
- ASSIS, Cleber L.; ALVES, Gislene F. Vivências e estratégias de enfrentamento em uma família com doente crônico com câncer. **Rev. Psicol. Saúde** [Internet]. Dez 2015. v 7, n 2, p. 142-151.
- BAKTHIN, M. Observações sobre a epistemologia das ciências humanas. IN: **Estética da criação verbal**/ M. Bakhtin. São Paulo: Martins Fonte, 2000.
- BAKTHIN, M.: VOLOCHINOV, L. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1979.
- BALLONE, G. J.; MOURA, E. C. Sexo e idade. **PsiquWeb**. Recuperado de <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=173>. 2002.
- BARBOSA, R. M.; PERPETUO, I. H. O. Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco. In: Rumos para Cairo + 20: compromissos do governo brasileiro com a Plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres. 131-49, 2010. Disponível em: http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/capitulo-camisinha-feminina-livro-SPM_Cairo_livro_web.pdf.
- BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. V. A trajetória feminina da AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (org). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1996.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa, Portugal, 2009.
- BASTOS, Francisco. I.; SZWARCOWALD, Célia. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000. v 16, n Sup. 1, p. 65-76.
- BATISTA, Monique C. H; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Uma pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres lésbicas e bissexuais. **Psicologia em Pesquisa**. UFJF, Jul-dez 2017. v 11, n 2, p. 42-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24879/2017001100200180>
- BAUER, Martin. W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático**. 2 ed. Editora Vozes, 2006.

BEZERRA, Elys O.; PEREIRA, Maria Lúcia D.; CHAVES, Ana Clara P.; MONTEIRO, Priscila V. Representações sociais de adolescentes acerca da relação sexual e do uso do preservativo. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, mar. 2015. v.36, n. 1, p. 84-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.45639>.

BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 257-296, jan/jun. 2011.

BONETTI, Alinne L. Antropologia feminista. IN: **Gênero, mulheres e feminismos/** Alinne Bonneti e Ângela Maria Ferreira de Lima Souza (org.). Salvador, EDUFBA: NEIM, 2011.

BORGES, R. E. A.; SILVA, M. F. S.; MELO, L. P. “Mas não tive coragem de contar”: a revelação da condição sorológica na experiência amorosa de pessoas que vivem com HIV. **Saude soc.** 2017. v. 26, n. 3, p. 664-675.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – HIV/Aids. Número especial**, Dezembro de 2019. Secretaria de Vigilância em Saúde - Brasília – DF, 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e IST. Volume 49** - nº 53, Julho de 2017 a junho de 2018. ISSN:1517-1159. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais - Brasília – DF, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e IST. Ano V** - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016. Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017. ISSN: 1517-1159. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - Brasília – DF, 2017.

_____. Presidência da República. Secretaria de Governo. Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 2017: desigualdade racial, municípios com mais de 100 mil habitantes / Secretaria de Governo da Presidência da República, **Secretaria Nacional de Juventude e Fórum Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017a. 87 p. ISBN 978-85-67450-06-3.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Brasília – DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e em outras áreas que utilizam metodologias próprias dessas áreas. CNS/MS, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais**. <http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obtbr.def>. Acesso em 28/07/2015.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST**, 2015a. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em 19/11/2019.

_____. LEI Nº 12.984, DE 2 DE JUNHO DE 2014. **Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids**. www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112984.htm

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano III - nº 1 - da semana epidemiológica 1 à 26ª - junho de 2014. ISSN: 1517-1159. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. ISSN: 1517-1159. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012. Diário Oficial da União- nº 12, Brasília, DF, 13 de jun. 2013. Seção 1, p. 59.**

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ano VIII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010. Ano VIII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Ano VII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009. Ano VII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Tiragem: 10.000. Brasília, 2010.

_____. Programa Nacional de DST e Aids. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico / PN DST Aids**. Brasília, 2007.

_____. Portaria ministerial nº 874. In: BRITO, A. M; SOUZA. L.J; LUNA. F.C; DOURADO. I. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia Antirretroviral no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, p.18-22. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:**

princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. (C. Projetos, Programas e Relatórios). ISBN 85-334-0781-5.

_____. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos.** Coordenação Nacional de DST e Aids. 2ª ed. Brasília: 1998. 25 p.

BRITTO DA MOTTA, Alda. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. **Revista Sociedade e Estado** - v 25, n 2, Maio/Agosto 2010.

BOURCIER, Marie-Hélène; MOLINER, Alice. **Comprendre le féminisme.** Paris: Max Milo Éditions, 2012.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 240 p.

CABRAL, Ronad V.; ROMEEIRO, Artieres E. Sobre a sexualidade controlada: poder e repressão sexual em Michel Foucault. **Educação Batatais.** 2011; v 1, n 1, p. 87-106.

CALAIS, Lara B.; JESUS, Maria Ângela G. S. Desvelando olhares: Infância e Aids nos discursos da sociedade. **Psicologia & Sociedade,** 2011. v 23, n 1, p. 85-93.

CAMARGO, Brígido V.; JUSTO, Ana Maria. Tutorial para uso do *software* Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires.* **Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – UFSC, Brasil,** 2018.
www.laccos.com.br

CAMARGO, Brígido V.; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.** Ribeirão Preto, dez 2013. v.21, n.2.

CAMPOS, Pedro H. F. LOUREIRO, Marcos C. S. **Representações Sociais e Práticas Educativas** (Orgs.), Goiânia: Ed. UCG, 2003, 246p. ISBN 85-7103-179-7.

CARRARA, Sérgio. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no BRASIL contemporâneo. **Mana,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 323-345, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p323>.

CARVALHO, Denis B. Resenha: representação, dialogicidade e a linguagem como questões centrais da psicologia social: uma teoria psicossocial da mente. **Psicologia & Sociedade,** 2009. v. 21, n. 1, p.145-148.

CASTRIGHINI, Carolina C.; REIS, Renata K.; NEVES, Lis A. S.; BRUNINI, Sandra; CANINI, Sílvia R. M. S.; GIR, Elucir. Avaliação da autoestima em pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Ribeirão Preto-SP. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, dez 2013. v.22, n. 4, p. 1049-1055. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400022>.

CAVALCANTI, Vanessa O. M.; CAVALCANTI, I. S. S.; NASCIMENTO, Bruna L. C.; MEDEIROS NETA, Olívia M. A análise de conteúdo com a utilização do software Nvivo: a aplicação no campo da educação profissional. In: ENCONTRO IBÉRICO EDICIC, 8, 2017, Coimbra. **Anais eletrônicos**. Coimbra, 2017. Disponível em: <<http://sci.uc.pt/eventos/atas/edicic2017.pdf>>.

CECHIM, Libona P.; PERDOMINE, Fernanda R.I.; QUARESMA, Lisiane M. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, set/out 2007. v. 60, n.5, p. 519-523. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019610007>

COHEN, Mayron S; GAY, Cynthia L. Treatment to Prevent Transmission of HIV-1. **Oxford Journals. Clinical Infectious Diseases**. 2010. v 50, Issue Supplement 3. p. S85-S95.

CONEJEROS, Irma; EMIG, Helga; FERRER, Lilian; CABIESES, Bértica; IANELLI, Rosina; Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermeira VIH/Sida. **Invest Educ Enferm**. 2010. v 28, n 3, p. 345-354.

COSTA, Lucia H. R.; COELHO, Edméia A. C. Nursing and Sexuality: Integrative Review of Papers Published by the Latin-American Journal of Nursing and Brazilian Journal of Nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Maio/jun 2011. v 19, n 3, p. 631-639.

COSTA, Lucia H. R. Entendendo o fio de Ariadne: sexualidade feminina e interceção com cuidado nos discursos de enfermeiras. Tese (doutorado) – **Universidade Federal da Bahia**, Escola de Enfermagem, Orientadora: Dr^a Edméia de Almeida Cardosos Coelho. Salvador, 2011, f.183.

COSTA, Tadeu L; OLIVEIRA, Denize C.; FORMOZO, Gláucia. A. Quality of life and AIDS from the perspective of persons living with HIV: a preliminary contribution by the structural approach to social representations. **Cad Saúde Pública**, 2015, v 31, n 2, p.365-376. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00365.pdf>.

COSTA, Tadeu L.; OLIVEIRA, Denize C.; FORMOSO, Gláucia A.; GOMES, Antônio M. T. Pessoas com HIV/Aids nas representações sociais de enfermeiros: análise dos elementos centrais, contranormativos e atitudinais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2012, v 20, n 6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600011>.

COSTA JÚNIOR, Florêncio M.; COUTO, Marcia T. Geração e categorias geracionais nas pesquisas sobre saúde e gênero no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.4, p.1299-1315, 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015140408

CUBAS, Marcia R.; EGRY, Emiko Y. Práticas inovadoras em saúde coletiva: ferramenta re-leitora do processo saúde-doença. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, v. 41, n. spe, p.

787-792, Dec. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500008>.

CUNHA, Claudia C. Os muitos reverses de uma "sexualidade soropositiva": o caso dos jovens vivendo com HIV/AIDS. **Sex. Salud Soc.** (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 10, p. 70-99, abr, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872012000400004>.

CUNHA, Gilmara H.; GALVAO, Marli T. G. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 526-532, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000400013>.

DAVID, Célia M.; SILVA, Hilda M. G.; RIBEIRO, Ricardo; LEMES, Sebastião S. (Orgs.). **Desafios contemporâneos da educação** [recurso eletrônico]. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. p. 9-18.

DOISE, Willem. Les representations sociales: définition d'un concept. **Connexions**, 45: 243-253. 1985.

EGRY, Emiko. Y.; FONSECA, Rosa M. G. S. D.; OLIVEIRA, Maria Amélia D. C. Ciência, Saúde Coletiva e enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 119-133, 2013. Número especial.

ESTRADA, Juana A. F.; HECHAVARRÍA, Odalis B.; FERNÁNDEZ, Margarita C. P.; TABARES, Lourdes; FONG, Jacquelin O. Percepción de riesgo de sida en adultos mayores de un área de salud. **MEDISAN** [Internet]. n.19, v. 9, p.11-17, 2015. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n9/san07199.pdf>

FACCHINI, Regina; FERREIRA, Carolina B. C. Medicalização, sexualidade e gênero: sujeitos e agenciamentos. Dossier n.2. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Revista L-A. ISSN 1984-6487, n.14 ago 2013 p.164-171. Disponível em: <http://www.sexualidadsaludysociedad.org>

FEIXA, Carles; LECCARDI, Carmem. O conceito de geração nas teorias sobre juventude. **Soc. Estado**. Brasília, v. 25, n. 2, p. 185-204, Agosto 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922010000200003>.

FERNANDES, Felipe B. M.; IRINEU, B. A. Extensão Universitária em Gênero e Sexualidades. **Revista Feminismos**, v. 3, p. 59-61, 2015.

FERNANDES, Regina C. S. C.; RIBAS, Gustavo F.; SILVA, Danielli P. S.; GOMES, Alexandre M.; Medina-Acosta, Enrique. Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV. **J. Pediatr.** Porto Alegre, v. 86, n. 6,

p. 503-508, Dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000600010>.

FERRAZ, Dulce; PAIVA, Vera. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 89-103, set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050007>.

FERREIRA, Rosana C. M.; FIGUEIREDO, Marco A.C. Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. **Revista Medicina.** Ribeirão Preto, v. 39, p. 591-600, 2006.

FERREIRA, Rita E. D. S.; SOUZA, Norma V. D. O.; PÔÇAS, Cláudia R. M. R.; GONÇALVES, Francisco G. A.; SANTOS, Déborah M. The suffering and pleasure of nursing staff result from care to hiv/aids patients. **Ciências e Cuidado Saúde** [on-line], 2014. V 13, n 1, p.152-159. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i1.20168>.

FERREIRA, Silvia L; NASCIMENTO, Enilda R.; PAIVA, Mirian S (ORG). **O pensamento feminista e os estudos de gênero: experiências na Escola de Enfermagem da UFBA.** Salvador, EDUFBA: NEIM, 2012.

FIORIN, José L. **Elementos de Análise de Discurso.** 15. ed., 3ª reimpressão, São Paulo: Contexto, 2016, 126 p.

_____. **Linguagem e ideologia.** Série Princípios, E-book. São Paulo: Ática, 2011, 137 p.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Bookman, 2009.

FOLLER, Maj-Lis.; MONTEIRO, Simone. The fluidity of sexual preference and identity: A challenge for social movements and AIDS prevention programs in Brazil. In: Lundgren S, Machado-Borges T, Widmark C, editors. **Bodies and Borders in Latin America.** Estocolm: Estocolm University; 2012.

FONTES, Miguel B.; CRIVELARO, Rodrigo C.; SCARTEZINI, Alice M.; LIMA, David D.; GARCIA, Alexandre A.; FUJIOKA, Rafael T. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1343-1352, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.12852015>.

FOUCAULT, Michel. **Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade.** Disponível em: revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/download/4995/3537.

_____. **Vigiar e punir – História da violência nas prisões.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 18ª edição, 2007.

_____. **História da sexualidade: a vontade de saber.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 18. Edição, v.1, 2007.

_____. **O verdadeiro sexo.** In: MOTTA, M. (Org.). Michel Foucault Ditos e Escritos: Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2004. v.5, p. 82-91.

GAGNON, John. O uso explícito e implícito da perspectiva de roteirização nas pesquisas sobre a sexualidade. IN: _____. **Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006, 455p.

GALINKIN, Ana L.; SEIDL, Eliane M. F.; BARBOSA, Bruno T; MAGALHÃES, Rogério F. Social representations about AIDS and risk perception of infection among under-graduate students. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, 2012. p. 51-66. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1155/1054>

GIAMI, Alain. Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade. **Physis – revista de saúde coletiva**. 2009, v. 19, n 3, p. 637-658.

GOMES, Antônio M. T. Análise de discurso francesa e teoria das representações sociais: algumas interfaces teórico-metodológicas. **Psicologia e Saber Social**, 2015, v 4, n 1, p.3-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2015.17558>.

GUARESCHI, Pedrinho A; JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos em representações sociais.** Pedrinho A. Guareschi e Sandra Jovchelovitch (Orgs); 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade.** Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HARAWAY, Donna. “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos Pagu**, (22) pp.201-246: 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/cpa/n22/n22a09.pdf>.

HEILBORN, Maria L.; AQUINO, Estela M. L., BOZON, Michel, KANUTH, Daniela. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Garamond, 2006.

HEILBORN, Maria L. Experiência da Sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, Maria Luiza et al (Orgs). **O Aprendizado da Sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond Universitária, 2006.

HITA, Suzana R. Problemas metodológicos em las investigaciones sobre VIH/SIDA em Bolívia. **Ciências & Saúde Coletiva**, 2013. v 18, n 5, p.1321-1329.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

JODELET, Denise. O encontro dos saberes. In: JESUÍNO, J. C.; MENDES, F. M. M.; LOPES, M. J. (Org.). **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 59-79.

_____. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: D. JODELET (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p.17-44.

LAHLOU, Saadi. Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier: Papers on Social Representations. Volume 20, 381-7. **Peer Reviewed Online Journal**, 2012. Disponível em: <http://www.psych.lse.ac.uk/psr/>.

LEITE, Maria A. Discursos, identidades e representações sociais sobre a imagem docente. **Cadernos Cespuc**. Belo Horizonte, n.23, 2013.

LOTH, Guilherme. B.; SILVEIRA, Nereida. Etarismo nas organizações: um estudo dos estereótipos em trabalhadores envelhecetes. **Revista de Ciências da Administração**, 2014. v. 16, n. 39, p. 65-82.

LOUBÈRE, Lucie; RATINAUD, Pierre. **Documentation IraMuTeQ 0.6 alpha 3 - version 0.1** Computer software. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>.

LOURO, Guacira. Gênero e Sexualidade- as múltiplas “verdades” da contemporaneidade. In: Congresso Internacional Cotidiano, 2, 2008, Niterói, RJ. **Diálogos sobre diálogos**, Niterói, RJ: UFF, 2008. Disponível em: http://www.grupalfa.com.br/arquivos/Congresso_trabalhosII/palestras/Guacira.pdf.

LOUZADA, S. S. S. **Revisitando a História da Epidemia da Aids: O fenômeno da feminização**. Revista Ethnic. n. 15. Ano 08. Jun. 2011.

MAERI, Irene; AYADI, Alison. E. L.; GETAHUN, Monica; CHARLEBOIS, Edwin; AKATUKWASA, Cecília; TUMWEBAZE, Dennis; et at. “How can I tell?” Consequences of HIV status disclosure among couples in eastern African communities in the context of an ongoing HIV “test-and-treat” trial, **AIDS Care**, 2016. v 28:sup3, p.59-66.

MARI, Fernanda R.; ALVES, Gehysa G.; AERTS, Denise R. G. C.; CAMARA, Sheila. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016. v.19, n. 1, p. 35-44.

MARSHALL, Barbara L. “Climateric redux?: (re)medicalizing the male menopause”. **Men and masculinity**. Abril de 2007. v 9, n 4, p. 509-529.

MARTINS, Debora C.; PESCE, Giovanna B.; SILVA, Giordana M.; FERNANDES, Carlos A.M. Comportamento sexual e infecções sexualmente transmissíveis em mulheres de apenados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2018. v. 26, p. e3043. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2568.3043>.

MAKSUD, Ivia. Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jun. 2012. v. 28, n. 6, p. 1196-1204. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600018>.

MARKOVÁ, Ivana. Ideias e seu desenvolvimento: um diálogo entre Serge Moscovici e Ivana Marková. IN: MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.305-387.

_____. **Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente**. Tradução de Hélio Magri Filho. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MARKOVÁ, Ivana; WILKEI, Patrícia. Representations, concepts and social change: the phenomem of Aids. **Journal for the Theory of Social Behavior**, 1987. n. 17, p.389-401.

MC MANUS, Fabrizzio; MERCADO-REYES, Agustin. Constructing publics, preventing diseases and medicalizing bodies: HIV, AIDS, and its visual cultures. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. dez 2016. n. 24, p.69-102. Disponível em: www.sexualidadsaludysociedad.org.

MAKSUD I, Fernandes NM, Filgueiras SL. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. **Rev. Bras. Epidemiol**, 2015. v. 18(Suppl 1), p.104-119. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050008>.

MEAD, Margaret. **Macho e Fêmea, Um Estudo dos Sexos num mundo em transformação**. Editoras Vozes, 1971, Capítulo 1.

MENEZES, Tayana D. A identidade social: uma análise teórica. **Revista Prolíngua**. 5(2) - jul/dez de 2010. p. 16-27.

MINAYO, Maria C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, abril. 2017. v. 5, n. 7, p. 01-12.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016 (Série Manuais Acadêmicos). 95p.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: **Textos em representações sociais**, Pedrinho A. Guareschi e Sandra Jovchelovitch (Orgs); 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MONTEIRO, Simone S.; BRANDÃO, Elaine; VARGAS, Eliane; MORA, Claudia; SOARES, Priscilla; DALTRO, Esther. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, jan. 2014. v. 19, n. 1, p. 137-146. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1906>.

MORAES, Alexia A.S.; SUTO, Cleuma S. S.; OLIVEIRA, Ester M.; PAIVA, Mirian S.; FERREIRA, Cláudia S. B.; BARRETO, Marizete A. S. A. O olhar de alunas de escola pública sobre o preservativo feminino. **Rev Gaúcha Enferm**. 2019. v.40, p.e20180277. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180277>.

MORIN, Edgar. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa, Europa-América, 136p. 1996. ISBN 9721018228.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

_____. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Traduzido do inglês por Sonia Fuhrmann. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012a.

NOVAES, Adelina; ORNELLAS, Maria L; ENS, Romilda T. Convergências teóricas em representações sociais e seu aporte para o estudo de políticas docentes. **Rev. Diálogo Educ**, Curitiba, 2017. v.17, n.53, p.999-1015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7213/1981-416x.17.052.A014>.

OLIVEIRA, Jones S.B.; SUTO, Cleuma S. S.; SILVA, Rudval S. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção básica. **Rev. Saúde.com**, 2016. v. 12, n 2, p. 613-621.

OLIVEIRA, Denize C.; GOMES, Antonio M. T; PONTES, Ana P. M.; COSTA, Camila P. M. The building of a paradigm for nursing care lined in the human and health needs. **Esc Anna Nery** (impr.)2011 out-dez. v. 15, n 4, p. 838-844.

OLIVEIRA, Denize C.; GOMES, Antonio M. T; ACIOLI, Sonia; SÁ, Celso P. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, set. 2007. v. 16, n. 3, p. 377-386. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300002>.

OLIVEIRA, Queiti B. M.; ASSIS, Simone G.; NJAINE, Kathie; PIRES, Thiago. O. Violência Física Perpetrada por Ciúmes no Namoro de Adolescentes: Um recorte de Gênero em Dez Capitais Brasileiras. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2016. v. 32, n 3, p. 1-12.

OLIVEIRA, Denize C.; MARQUES, Sergio C.; GOMES, Antônio M. T.; TEIXEIRA, M. C. T. V. **Análise das evocações livres: uma temática de análise estrutural das representações sociais. Perspectivas Teórico- Metodológicas em representações sociais.** João Pessoa, Editora Universitária UFPB, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, Denize C.; GOMES, Antônio M. T. MARQUES, Sérgio C. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação no campo da saúde. In: Menin MSS, Shinezu AM, Organizadoras. **Experiência e representações sociais: questões teóricas e metodológicas:** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 157-200.

ORLANDI, Eni P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos.** Campinas: Pontes, 2015. ISBN: 9788571131316. p. 100.

PADOIN, Stela M. M.; ZÜGE, Samuel S.; ALDRIGHI, Juliane D.; PRIMEIRA, Marcelo R.; SANTOS, Érika E. P.; PAULA, Cristiane C. Mulheres do Sul Brasil em terapia antirretroviral: perfil e o cotidiano medicamentoso. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, mar. 2015. v. 24, n. 1, p. 71-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000100008>.

PAIVA, Maria L. S. C. Supresión y represión: una discusión conceptual basada en la Película. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, dez. 2011.v. 2, n. 2, p. 229-241.

PAIVA, Vera; AYRES, José R. C. M.; SEGURADO, Aluísio C.; LACERDA, Regina; SILVA, Neide G.; SILVA, Mariliza H. The sexuality of HIV-positive Adolescents: rights and challenges for healthcare. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011. v.16, n 10, p.4199-4210.

PALLÚ, Nelza M.; LAROCCA, Priscila. **MARKOVÁ, Ivana.** p. 182-185.

PAHO. Pan American Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. HIV Prevention in the Spotlight: An Analysis from the Perspective of the Health Sector in Latin America and the Caribbean, 2017. Washington, D.C.: PAHO, UNAIDS; 2017.

PARKER, Richard. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade Latino-America: implicações para intervenções em face do HIV/AIDS. Physis: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 1997. v 7, n 1, p.99-108.

_____. **Corpos, prazeres e paixões: cultura sexual no Brasil contemporâneo.** São Paulo: Best Seller. 1991.

PASCUAL, A Alejandra L. Preconceito e discriminação: violências não visíveis contra os portadores de HI V/aids no Brasil. Direitos Humanos. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids. Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e**

perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

PCAP. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos 2008. **Ministério da Saúde.** Organização: Ana Roberta Pati Pascom, Marcela Rocha de Arruda, Mariangela Batista Galvao Simao Brasília – DF 1ª edição, 2011.

PÊCHEUX, Michel. **O discurso: estrutura ou acontecimento.** Tradução de Eni Pulcinelli Orlandi. 2.ed. São Paulo: Pontes, 1997.

PEREIRA, Anderson C. Discovering the environment?: discours e strategies in Science schoolbooks. **Investigações em Ensino de Ciências**, 2016. v 21, n 1, p. 1-11.

QUEIROZ, Maria A. C.; LOURENÇO, Rejane M. E.; COELHO, Manuela M. F.; MIRANDA, Karla C. L.; BARBOSA, Rachel G. B.; BEZERRA, Sara T. F. Representações sociais da sexualidade entre idosos. **Rev. Bras. Enferm.** 2015. n. 68, v. 4, p.662-667. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680413i>.

RATEAU, Patrick; ERNST-VINTILA, Andeea. DELOUVÉE, Sylvain. Michel-Louis Rouquette et le modèle de l'architecture de la pensée sociale. **Psicologia e Saber Social**, 2012. v 1, n 1, p.53-65.

RATINAUD, Patrick. **IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires** [Computer software]. Retrieved from <http://www.iramuteq.org>. 2009.

REIS, Marta; RAMIRO, Lúcia, MATOS, Margarida G.; DINIZ, José A.; SIMÕES, Celeste. Relação entre atitudes sexuais, conhecimentos e atitudes sobre VIH/Sida na orientação sexual. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, mar. 2013. v. 14, n. 1, p. 141-151. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100009&lng=pt&nrm=iso.

RENESTO, Helana M. F.; FALBO, Ana R.; SOUZA, Edvaldo.; VASCONCELOS, Maria G. **Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV.** **Rev. Saúde Pública** [online]. 2014, v.48, n.1, p.36-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048003186>.

RESSEL, Lúcia B. Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, **Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/T.83.2003.tde-28102004-102256>.

ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana; LYRA, Jorge. Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, Ago. 2013. n. 11, p. 119-141. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-33522013000200005>.

ROCHA, Sheila. **Campanhas de Prevenção HIV/AIDS: Multimodalidade da Linguagem e Modelos Culturais**. Dissertação (Mestrado em Letras, Cultura e Regionalidade). Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2015.

RODRIGUES, Cristiano. Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN 2179-510X

ROMEIRO, Artieres E. Schopenhauer e a metafísica da vontade: confluências éticas e estéticas para uma abordagem da educação e da sexualidade. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual de Campinas - **Faculdade de Educação. Campinas**, São Paulo. 2010.

ROSALDO, Michelle Z. **A mulher, a cultura e a sociedade: uma revisão teórica**. In: _____. *A mulher, a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1979.

_____. O uso e abuso da Antropologia: reflexões sobre o feminismo e entendimento intercultural. **Horizontes antropológicos-** Gênero, n.1, p.11-36, 1995.

ROSSI, Túlio C. Projetando a subjetividade: a construção social do amor a partir do cinema. 2013. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, **Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/T.8.2013.tde-26062013-093448>.

RUBIN, Gayle. The Traffic in Women. Notes on the "Political Economy" of Sex. In: REITER, Rayna (ed.) **Toward an Anthropology of Women**. New York, Monthly Review Press, 1975.

RUSSO, Jeane. Terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade. Dossier n.2. **Sexualidad, Salud y Sociedad** - Revista L-A, ago. 2013. n.14, p. 172-194. Disponível em: www.sexualidadsaludysociedad.org.

SÁ, Celso P. Teoria e pesquisa do núcleo central das representações sociais. In: Sá CP, organizador. **Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2015. p. 209-26.

SANGARAMOORTHY, Thurka; JAMISON, Amélia; DYER, Typhanye. Intersectional stigma among midlife and older Black women living with HIV, **Culture, Health & Sexuality**, 2017. v. 19, n. 12, p. 1329-1343.

SANTOS, Ana P.; CARIDADE, Sônia; CARDOSO, Jorge. Violência nas relações íntimas juvenis:(des) ajustamento psicossocial e estratégias de coping. **Contextos Clínicos**, 2019. v. 12, n. 1, p. 2-25.

SANTOS, Naila J. S. **Saúde Soc**. São Paulo, 2016. v.25, n.3, p. 602-618.

- SANTOS, Maria F. S. A teoria das representações sociais. In: SANTOS, Maria de Fátima de Souza Santos; ALMEIDA, Leda Maria de (Orgs.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife (PE): Editora Universitária da UFPE, 2005.
- SARDENBERG, Cecília M. B. Introdução do Livro Feminismo, ciência e tecnologia. In: COSTA, Ana Alice Alcântara; SARDENBERG, Cecília Maria Bacelar. **Feminismo, ciência e tecnologia**. Salvador: REDOR/NEIM/Editora UFBA, 2002.
- SARUBBI JUNIOR, Vicente; REIS, Alberto O. A.; BERTOLINO NETO, Moacyr M.; ROLIM NETO, Modesto L. **Tecnologias computacionais para auxílio em pesquisa qualitativa – Software EVOG**. São Paulo: Schoba, 2013.
- SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre. 1995 jul/dez. v 20, n 2, p. 71-99.
- SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to aids. **Interface** (Botucatu). 2016, v 20, n 57, p. 293-304.
- SEHNEM, Graciela D.; PEDRO, Eva N. R.; RESSEL, Lúcia B.; VASQUEZ, Maria E. D. Sexualidade de adolescentes que vivem com HIV/aids: fontes de informação delimitando aprendizados. **Esc Anna Nery** 2018. v 22, n 1, p. e20170120.
- SEHNEM, Graciela D.; BRONDANI, Jeanine P.; KANTORSKI, Karen J. C.; SILVA, Silvana C.; RESSEL, Lúcia B.; PEDRO, Eva N. R. A saúde no adolescer com HIV/aids: caminhos para uma agenda pós-2015. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, 2015. v. 36, n. spe, p. 39-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57385>.
- SILVA, Jonathan C.; ARAÚJO, Alcemar D. A metodologia de pesquisa em Análise do Discurso. Grau Zero — **Revista de Crítica Cultural**, 2017. v. 5, n. 1.
- SILVA, Arayana G.; CAVALCANTI, Viviane S.; SANTOS, Tâmyssa S.; BRAGAGNOLLO, Gabriela R.; SANTOS, Karen S.; SANTOS, Ivanilde M. S.; et al. Revisão integrativa da literatura: assistência de enfermagem a pessoa idosa com HIV. **Rev. Bras. Enferm**. 2018. v.71, Suppl 2, p.884-892. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0264>.
- SILVA, Karla G. L. S; SILVA, Renata P; BARBOSA, Janine M; MOURA, Isis S. C. Clinical-nutritional profile of HIV patients in a referral hospital in the northeast of Brazil. **DST - J bras Doenças Sex Transm** 2016. v 28, n 2, p. 50-55. Doi: 10.5533/DST-2177-8264-201628203.
- SILVA, Roberta M. O.; ARAUJO, Carla L. F.; PAZ, Fátima M. T. A realização do teste anti-hiv no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2008. v. 12, n.4, p.630-636.

SILVEIRA, Edilene A. A.; CARVALHO, Ana M. P. Suporte relacionado ao cuidado em saúde ao doente com Aids: o modelo de comboio e a enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 2011. v 45, n 3, p.645-50.

SPINK, Mary J. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. 9. ed. Petropolis, RJ. Vozes, 2013.

SOSA-SANCHEZ, Itzel A.; ERICE, Joaquina E. Narrativas sobre gênero y sexualidad en médicos mexicanos. Sus implicaciones sobre las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas. **Sex., Salud Soc**. Rio de Janeiro, dez. 2017. n.27, p. 46-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.04.a>.

STRECK, Valburga S. A feminilização do HIV/AIDS: Narrativas que interpelam as estruturas de poder na sociedade e igreja. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, jul-dez, 2012. v.52, n.2, p. 345-56.

SOUSA, Francisca G. M; ERDMANN, Alacoque. L.; MAGALHÃES Aline. L. P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: **Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Maria Ribeiro Lacerda, Regina Gema Santini Costenaro (Orgs.) Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 99-122.

SOUSA, Carla Sofia O; SILVA, Alcione L. O cuidado a pessoas com HIV/Aids na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP** 2013. v 47, n 4, p. 907-914.

SOUZA, Ângela M. F. L. Sobre gênero e ciência. IN: **Gênero, mulheres e feminismos/** Alinne Bonneti e Ângela Maria Ferreira de Lima Souza (org). Salvador, EDUFBA: NEIM, 2011.

SOUTO, Bernardino G. A.; KIYOTA, Laurene S.; BATALINE, Mariana P.; BORGES, Mariana F. B.; KORKISCHKO, Nádia et al. The sex and the sexuality in carriers of the human immunodeficiency vírus. **Rev Bras Clin Med**, 2009. n.7, p.188-191.

SUTO, Cleuma S. S; OLIVEIRA, Jeane F.; PAIVA, Mirian S. Representações Sociais de trabalhadores em saúde sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018. n.71, v. 4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0001>

SUTO, Cleuma S. S.; MARQUES, Sergio C.; OLIVEIRA, Denize C.; OLIVEIRA, Jeane F.; PAIVA, Mirian S. Profissionais de saúde falam mais sobre cuidado e menos sobre síndrome da imunodeficiência adquirida. **Cogitare Enferm**. 2017. n. 22; v.3: e49981. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.49981>

SWAIN, Tânia N. Entre a vida e a morte, o sexo. In: STEVENS, M. T. Cristina; SWAIN, Tânia Navarro. **A construção dos Corpos: Perspectivas feministas**. Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 2008.

TAQUETTE, Stella R.; RODRIGUES, Adriana O.; BORTOLOTTI, Livia R. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, maio 2015. v. 37, n. 4-5, p. 324-329. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400020&lng=pt&nrm=iso.

TAVARES, Márcia. Sexo, afeto e solterice. IN: **Gênero, mulheres e feminismos**/ Alinne Bonneti e Ângela Maria Ferreira de Lima Souza (org). Salvador, EDUFBA: NEIM, 2011.

TAVARES, Derek W. S.; BRITO, Raissa C.; CÓRDULA, Ana C. C.; TEIXEIRA E SILVA, Julianne; NEVES, Dulce A. B. Protocolo verbal e teste de associação livre de palavras: perspectivas de instrumentos de pesquisa introspectiva e projetiva na ciência da informação. **Ponto de Acesso**, Salvador, dez. 2014. v.8, n.3, p. 64-79.

TOMIZAKI, Kimi. Transmitir e herdar: o estudo dos fenômenos educativos em uma perspectiva intergeracional. **Educ. Soc.**, Campinas, abr.-jun. 2010. v. 31, n. 111, p. 327-346. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v31n111/v31n111a03.pdf>.

TOREZAN, Zeila F.; BRITO, Fernando A. Sublimação: da construção ao resgate do conceito. **Ágora** (Rio J.), Rio de Janeiro, dez. 2012. v. 15, n. 2, p. 245-258. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982012000200003>.

UNAIDS, Joint United Nations Program HIV/Aids. Global Report. **UNAIDS The Gap Report**. Geneva: Joint United Nations Program HIV/AIDS, 2016.

URIBE, Ana F.; ORCASITA, Linda T. Avaliação dos conhecimentos, atitudes, susceptibilidades e auto-eficácia perante o HIV/AIDS nos profissionais da saúde. **Av. enferm.** v. XXIX, n.2 julho-diciembre, 2011.

VALLE, Carlos G. O. Afirmando-se a vida, constrói-se o tempo: experiência, emoções e ativismo político contra a AIDS. **INTERSEÇÕES** [Rio de Janeiro] jun. 2017. v. 19 n. 1, p. 77-105. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/irei.2017.30396>.

_____. Política, identidades e cidadania: a sociogênese e os impasses do ativismo biossocial de HIV/aids no Brasil. In: **Planeta SIDA- Diversidades, políticas e respostas sociais**. Octávio Sacramento; Fernando Bessa Ribeiro (org.). Edições Húmus, 2016. p. 83-103.

_____. Biosocial Activism, Identities and Citizenship: Making up 'people living with HIV and AIDS' in Brazil. **Vibrant, Virtual Braz. Anthr.** Brasília, dez 2015. v. 12, n.2, p. 27-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-43412015v12n2p027>.

VALLE, Carlos G.; GIBBON, Sahra. INTRODUCTION - HEALTH/ILLNESS, BIOSOCIALITIES AND CULTURE. **Vibrant, Virtual Braz. Anthr.** Brasília, Jun 2015. v. 12, n. 1, p. 67-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-43412015v12n1p067>.

VALSINER, Jaan. Hierarquias de signos: representação social no seu contexto dinâmico. In: JESUÍNO, J. C.; MENDES, F. M. M.; LOPES, M. J. (Org.). **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 29-58.

VANCE, Carole S. A Antropologia Redescobre A Sexualidade: Um Comentário Teórico. **Physis**, Rio De Janeiro, 1995. v. 5, n. 1, p. 7-31.

VERAS, Joana F. Adoecimento psíquico em mulheres portadoras do vírus HIV: um desafio para a clínica contemporânea. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, jun 2007. v. 27, n. 2, p. 266-275. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000200008>.

VIEIRA, Ana C. "Determinantes sociais da saúde e Aids na realidade brasileira", em ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina & SOARES, Raquel (orgs.). **Desafios à vida: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

VILLELA, Wilza V.; BARBOSA, Regina M. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas? **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, set. 2015. v. 18, supl. 1, p. 131-142. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050010>.

VILLELA, Wilza V.; MONTEIRO, Simone. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, set, 2015. v. 24, n. 3, p. 531-540. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300019>.

WAGNER, Wolfgang. Descrição, explicitação e método na pesquisa das representações sociais. In: **Textos em representações sociais**, Pedrinho A. Guareschi e Sandra Jovchelovitch (Orgs); 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

WAGNER, Wolfgang. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: A. S. P. Moreira; D.C Oliveira (Orgs), **Estudos interdisciplinares de representações sociais**; Goiânia, Ed. AB, p. 03-25, 2000.

WACHELKE, João F. R. WOLTER Rafael. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. **Psic.: Teor. e Pesq.** 2011. v 27, n 4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000400017>.

WACHELKE, João F. R. Índice de centralidade de representações sociais a partir de evocações (INCEV): exemplo de aplicação no estudo da representação social sobre envelhecimento. **Psicol Reflex Crit** [Internet]. 2009. v 22, n 1, p. 102-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000100014.

WACHELKE, João F. R; CAMARGO, Brigido V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Interam. j. psychol.** Porto Alegre, dez. 2007. v. 41, n. 3.

WEEKS, Jeffrey. O Corpo e a Sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (org.). **O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. Disponível em: <http://www.autenticaeditora.com.br/download/capitulo/20090504102217.pdf>.

WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Igualdade Racial, 2004.

ZAPPELLINI, Marcello B.; FEUERSCHÜTTE, Simone G. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. **Administração: ensino e pesquisa**, Rio de Janeiro abr-jun 2015. v. 16, n 2, p. 241–273. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.13058/raep.2015.v16n2.238>.

APÊNDICE A - TCLE**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE DA
ESCOLA DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada e/ou participar na pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa intitulado **SEXUALIDADE DE MULHERES DE DIFERENTES GERAÇÕES APÓS O DIAGNÓSTICO DE HIV**, desenvolvido pela pesquisadora **Cleuma Sueli Santos Suto**, doutoranda da Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, tendo como orientadora a professora Dr^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho e coorientadora a professora Dr^a Mirian Santos Paiva, ambas, professoras da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Fui informada, que poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (71) 98784-8194 ou e-mail edmeia@ufba.br e pelo telefone nº (71) 99982-0738 ou e-mail paivamirin@hotmail.com

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou obter qualquer ônus, posto na finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada, também, que a finalidade desta pesquisa é conhecer a sexualidade, em diferentes gerações, de mulheres com diagnóstico de HIV, sendo objetivos estritamente acadêmicos do estudo: Apreender as representações sociais, em diferentes gerações de mulheres, sobre a sexualidade após o diagnóstico de HIV; Analisar representações sociais de sexualidade segundo mulheres com diagnóstico de HIV considerando características geracionais.

Minha participação, após todos os esclarecimentos necessários, se dará de forma anônima, colaborando com o estudo que será desenvolvido através de uma entrevista e por meio da técnica de evocação livre de palavras (evocação de cinco palavras de acordo à indicação de três termos indutores que serão gravados em equipamento MP3 para a

organização das falas, logo após será realizada suas transcrições e, em seguida, utilizar-se-á de software para melhor sistematizar os achados.

Firmo conhecimento de que haverá necessidade de gravação das respostas com utilização de aparelho eletrônico e, que após escuta e transcrição dos dados coletados, será gravada em outro dispositivo de armazenagem de dados digitais do tipo CD-ROM, assim, para garantir a fidelidade e veracidade das informações quer sejam requeridas por mim (sujeito da pesquisa) a qualquer momento, logo, todos os procedimentos supracitados só serão realizados, a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelas pesquisadoras. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela doutoranda e suas orientadoras.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS), e que em cumprimento as recomendações das Resoluções e norma do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e 510/2016, este Projeto de Pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EEUFBA.

Fui ainda informada de que minha participação na qualidade de colaboradora dessa pesquisa é inteiramente voluntária e, portanto, não sou obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas, sabendo ainda que posso me retirar desse (a) estudo/pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Os possíveis riscos à minha saúde física e mental, e caso ocorram, contarei com total assistência das pesquisadoras dessa pesquisa, em unidades de saúde especializadas da rede, conveniadas coma a UFBA, pelo tempo necessário, terei liberdade, ainda, quanto à escolha da data, do horário e do local que poderei realizar a atividade e colaborar com a pesquisa, procedendo de acordo minhas disponibilidades de tempo, disposição física e mental.

Estarei ciente dos benefícios que esta pesquisa oportunizará, mesmo que indiretamente, contribuindo para a disseminação do conhecimento científico para a sociedade, aproximando-a dos temas referentes à saúde; servir de aporte para a reavaliação e reflexão das práticas em saúde coletiva na comunidade local e microrregional; colaborar

para o enriquecimento acadêmico frente ao incentivo em pesquisas na área; para que haja maior discussão sobre o impacto positivo na prestação de assistência à saúde frente à epidemia de Aids que enfrentamos, e que possa servir como referencial teórico para outras pesquisas.

A pesquisadora estará disponível para prestar os esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que vierem a surgir, e garante que os desconfortos previsíveis estarão relacionados ao tempo e energia que dispensará para esclarecer e assinar este termo caso venha a concordá-lo e dispor de minha participação, que por outro poderá ser recusada/interrompida a qualquer instante.

Todo material resultante, logo após utilização para fins aqui esclarecidos, ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa, na Universidade acima mencionada, no acervo da sala do grupo de pesquisa dessa mesma instituição por período igual a 5 (cinco) anos e logo após serão destruídos. Estou ciente ainda, que por meio de minha anuência e solicitação da pesquisadora, todo material e também o resultado obtido com esse estudo/pesquisa poderá ser depositado no banco de dados da pesquisadora, apresentado em eventos científicos e publicados em periódicos da área.

Após ter sido devidamente esclarecida e tido todas as minhas questões respondidas, concordo e dou o meu consentimento para participar da pesquisa. Informo ainda que minha anuência foi livre de pressão e coação. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Feira de Santana (BA), ____ de _____ de 2018.

Assinatura da participante da Pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do (a) testemunha

Comitê de Ética em Pesquisa da EEUFBA- (71) 3283-7615
Comissão Nacional de Ética de Pesquisa – (61) 3315-5878

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
SEXUALIDADE DE MULHERES DE DIFERENTES GERAÇÕES APÓS O
DIAGNÓSTICO DE HIV

INSTRUMENTO DE COLETA: EVOCAÇÕES LIVRES, CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E INFORMAÇÕES RELATIVA A SEXUALIDADE E CONJUGALIDADES E, GUIA DE ENTREVISTA

Este formulário se destina a todas as participantes cadastradas no SAE/CTA.

A coleta das evocações livres será realizada antes das questões de caracterização das participantes.

Caso a participante tenha citado menos de 5 (cinco) termos ou expressões direi, “*tente, por gentileza, citar mais termos ou expressões*”. Após isto aguardarei a participante refletir. Caso a participante cite mais termos anotarei.

O registro das respostas será feito pela entrevistadora, respeitando a ordem em que as palavras tenham sido evocadas. Depois de registradas as evocações, as mesmas deverão:

1) Ser numeradas nos parênteses à esquerda, segundo a ordem de importância definida pela participante.

Sexualidade de mulheres de diferentes gerações após o diagnóstico de HIV	NÚMERO _____ Pseudônimo _____
--	----------------------------------

COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES E ELEMENTOS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

APRESENTAÇÃO:

Meu nome é Cleuma e estou pesquisando para a UFBA- Universidade Federal da Bahia. No momento estamos realizando uma pesquisa e precisamos contar com sua colaboração

A. Por favor, cite, na ordem em que se lembrar, as 5 primeiras palavras ou expressões que vêm à sua lembrança quando você pensa em:

“Sexualidade”

Ordem de importância

() _____
 () _____
 () _____
 () _____
 () _____

Agora, eu gostaria que você colocasse estes termos em ordem de importância. Destes termos que você citou qual você considera o mais importantes? E depois....? (Numerar de 1 a 5).

B. quais são as 5 palavras que vêm imediatamente à sua lembrança quando você pensa em:

“Sexualidade de pessoas vivendo com HIV”

Ordem de importância

- () _____
 () _____
 () _____
 () _____
 () _____

Agora, eu gostaria que você colocasse estes termos em ordem de importância. Destes termos que você citou qual você considera o mais importantes?

C. quais são as 5 palavras que vêm imediatamente à sua lembrança quando você pensa em:

“Sua sexualidade”

Ordem de importância

- () _____
 () _____
 () _____
 () _____
 () _____

Agora, eu gostaria que você colocasse estes termos em ordem de importância. Destes termos que você citou qual você considera o mais importantes?

CARACTERIZAÇÃO SOCIAL, INFORMAÇÕES RELATIVA A SEXUALIDADE E CONJUGALIDADES

FALANDO UM POUCO SOBRE VOCÊ, SUA FORMAÇÃO E CONJUGALIDADE
--

D. Qual sua idade _____

E. Qual sua raça/cor _____

F. Quando obteve o diagnóstico de estar positiva? _____

G. Qual sua formação escolar completa de mais alto nível?

1.() Ensino fundamental I

- 2.() Ensino fundamental II
3.() Ensino médio
4.() Pós-Graduação
5.() Outro. **Qual?** _____

H. Tem parceiro/a atual?_____ **Sabe se ele/ela é soropositivo?**_____

I. Quais são as principais fontes de informação sobre HIV/Aids?

J. Qual sua principal fonte de renda? _____

GUIA DE ENTREVISTA**FALANDO SOBRE A SEXUALIDADE, ANTES E DEPOIS DA
SOROPOSITIVIDADE**

- A. A senhora poderia falar sobre sua sexualidade antes de saber que tinha infecção pelo HIV?**
- B. Após o diagnóstico o que mudou no seu relacionamento com seu parceiro?**
- C. Poderia falar um pouco sobre o relacionamento com seu companheiro/os/as?**
- D. Você gostaria de acrescentar algo mais sobre seus sentimentos em relação a você e sua sexualidade após o diagnóstico do HIV?**

APÊNDICE C – CODIFICAÇÃO EVOC

Codificação das participantes utilizada para processamento no *software* EVOC versão 2005.

Código	Idade	Raça/cor	Diagnóstico há? dia	Escolaridade esc	Tem parceiro par	Ele é + pos
Ind 001 à 191	ida 1-18-29; 2-30-34; 3-45-59; 4-60 e +	rac 10-negra 20-branca 30-outra	1-até 1ano 2- 1-5 anos 3- 6-15 anos 4- 15 e +	10- EFI 20-EFII 30- EM 40-garduação	1-sim 2-não	10-sim 20- negativo 30- nãosabe

001;1;10;2;20;2	042;2;10;4;30;2	083;4;10;3;10;2	124;3;10;3;30;2	165;3;10;2;20;1
002;3;10;4;20;2	043;2;10;1;30;2	084;2;10;2;20;1	125;3;10;4;20;1	166;2;10;2;10;1
003;1;10;1;20;1	044;3;10;3;30;1	085;2;10;3;10;1	126;3;10;2;30;2	167;3;10;3;20;2
004;2;10;3;10;2	045;3;10;2;10;2	086;3;10;3;10;2	127;2;20;2;40;2	168;1;10;2;30;1
005;3;10;3;30;2	046;3;10;1;30;1	087;3;10;2;10;1	128;2;10;3;40;1	169;2;10;2;10;1
006;1;10;2;20;2	047;3;10;3;10;2	088;4;10;4;20;2	129;2;20;3;20;1	170;2;10;3;30;1
007;1;10;2;30;2	048;2;10;3;30;1	089;3;10;3;30;1	130;4;10;3;10;1	171;3;10;2;20;2
008;1;10;1;10;1	049;4;10;3;10;2	090;2;10;2;20;1	131;2;10;2;20;2	172;3;10;3;20;2
009;1;10;1;40;1	050;2;10;4;20;2	091;2;10;2;30;1	132;2;10;2;30;1	173;2;10;3;30;1
010;2;10;3;30;2	051;2;10;3;20;1	092;4;10;4;10;2	133;3;10;3;30;2	174;3;10;4;20;1
011;4;10;3;10;1	052;2;10;3;20;2	093;3;10;2;10;1	134;1;10;2;40;1	175;2;10;2;10;1
012;2;10;3;20;1	053;3;10;3;20;1	094;3;10;3;30;2	135;3;10;3;10;1	176;3;10;2;30;2
013;3;10;3;30;1	054;1;10;1;30;1	095;1;10;1;30;1	136;4;10;2;10;2	177;2;10;4;10;1
014;1;10;2;20;1	055;2;20;2;10;1	096;2;10;3;30;2	137;2;10;2;20;2	178;2;10;1;10;1
015;1;10;2;20;1	056;2;10;4;30;1	097;2;10;3;10;1	138;2;10;4;30;2	179;2;10;3;30;2
016;3;20;3;10;1	057;3;10;1;30;1	098;3;10;3;10;2	139;1;10;3;10;1	180;3;10;2;30;1
017;4;20;3;10;1	058;3;10;2;30;1	099;2;10;4;20;1	140;1;10;2;30;2	181;2;10;4;10;1
018;1;10;3;30;2	059;1;10;2;20;1	100;2;10;3;10;1	141;3;10;4;40;1	182;1;10;1;10;1
019;3;10;3;10;2	060;2;10;4;30;1	101;2;10;4;10;1	142;1;10;2;30;2	183;3;10;3;10;2
020;3;10;3;10;1	061;2;10;2;30;1	102;2;10;3;40;1	143;3;10;3;10;1	184;2;10;3;10;1
021;3;20;4;20;1	062;3;10;3;30;1	103;1;10;2;30;1	144;2;10;3;20;1	185;2;10;2;10;1
022;1;10;3;10;1	063;2;10;2;30;1	104;2;10;3;20;1	145;2;10;2;20;1	186;2;10;2;10;1
023;1;10;2;30;2	064;2;10;3;20;1	105;2;10;3;30;2	146;2;10;4;20;2	187;1;10;2;30;1
024;2;10;1;20;2	065;2;10;2;10;2	106;2;10;4;10;1	147;2;10;1;20;2	188;4;10;4;30;2
025;2;10;2;10;2	066;2;10;4;20;1	107;1;10;1;20;1	148;3;10;3;10;1	189;3;10;3;30;2
026;3;10;2;10;2	067;2;10;3;10;2	108;2;10;4;30;1	149;2;10;3;40;1	190;3;10;3;30;1
027;3;10;2;20;1	068;2;10;2;30;1	109;4;10;4;20;2	150;2;10;3;40;1	191;2;10;3;10;2
028;3;10;2;30;1	069;1;10;1;30;1	110;1;10;3;30;1	151;3;10;3;20;2	
029;1;10;2;20;1	070;2;10;2;30;1	111;3;10;3;30;1	152;1;10;2;10;1	
030;4;10;3;10;1	071;3;10;4;20;2	112;2;10;2;30;1	153;2;10;2;10;1	
031;2;10;1;20;1	072;2;10;3;10;1	113;2;10;2;30;2	154;1;10;2;20;1	
032;2;10;3;40;1	073;3;10;3;20;1	114;1;10;2;30;1	155;3;10;2;40;2	
033;3;10;1;10;2	074;2;10;3;40;1	115;2;10;3;10;1	156;2;10;3;30;1	
034;2;10;3;10;1	075;1;20;2;30;1	116;2;10;4;10;2	157;3;10;2;30;1	
035;4;10;3;30;2	076;3;10;2;30;1	117;3;10;2;10;1	158;2;10;3;30;1	
036;1;10;2;30;1	077;2;10;3;20;1	118;3;10;2;10;2	159;2;10;3;30;1	
037;2;10;2;20;1	078;2;10;3;30;2	119;2;10;3;40;2	160;2;10;4;30;1	
038;1;10;1;30;1	079;4;10;4;10;2	120;1;10;2;10;1	161;3;10;3;30;1	
039;3;10;2;10;1	080;3;10;3;10;1	121;3;10;4;10;1	162;2;10;3;10;1	
040;2;10;2;20;1	081;2;10;2;20;1	122;2;10;3;30;2	163;2;10;2;30;2	
041;3;10;3;20;2	082;3;10;4;30;1	123;2;10;2;20;1	164;2;10;3;20;1	

APÊNDICE E - ORÇAMENTO

Material			Valor R\$
Consumo	05	Resmas de papel A4	67,50
	15	Canetas esferográficas azul	30,00
	10	Classificadores com elástico	40,00
	10	Lápis grafite preto	10,00
	01	Grampeador	8,00
	02	Pen drive 8Gb	80,00
	2.000	Xérox	340,00
	06	Encadernação em espiral	30,00
	04	Cartuchos de impressora	340,00
	10	Aquisições de material bibliográfico	1.650,00
	200	Passagens de transporte coletivo	280,00
	60	Traduções (folha)	580,00
	200	Correção de Português 100 folhas	1.700,00
	01	Gravador digital	250,00
	04	Submissões de artigos em periódicos	2.000,00
	04	Encadernações em capa dura	150,00
	04	Passagem Nacional	1.600,00
	02	Passagens Internacional	4.500,00
06	Hospedagem	2.640,00	
Custo Total da Pesquisa			18.661,00

ANEXO A – EVOC, ESTÍMULO 1

RANG EVOC versão 2005- Estímulo “Sexualidade”

fichier initial : C:\Documents and Settings\ADM\Desktop\Evoc\sexualidade.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\ADM\Desktop\Evoc\sexualidade.Tm2

ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\ADM\Desktop\Evoc\sexualidade.dis
et C:\Documents and Settings\ADM\Desktop\Evoc\sexualidade.tm3

ENSEMBLE DES MOTS		RANGS					
		:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
aceitacao		: 7 :	1*	2*	1*	0*	3*
	moyenne : 3.29						
amor		: 15 :	4*	10*	0*	0*	1*
	moyenne : 1.93						
ansiedade		: 1 :	0*	0*	1*		
antes-era-bom		: 2 :	1*	1*			
atencao		: 1 :	0*	0*	1*		
atracao		: 4 :	1*	3*			
	moyenne : 1.75						
bom		: 8 :	4*	1*	3*		
	moyenne : 1.88						
camisinha		: 10 :	0*	2*	7*	1*	
	moyenne : 2.90						
carinho		: 13 :	0*	2*	8*	2*	1*
	moyenne : 3.15						
casamento		: 11 :	3*	6*	1*	0*	1*
	moyenne : 2.09						
coisa-boa		: 6 :	5*	0*	0*	0*	1*
	moyenne : 1.67						
companheirismo		: 28 :	3*	6*	9*	9*	1*
	moyenne : 2.96						
complicado		: 2 :	2*				
confianca		: 5 :	0*	2*	1*	1*	1*
	moyenne : 3.20						
confunde-com-sexo		: 3 :	0*	2*	0*	1*	
	moyenne : 2.67						
consciencia		: 2 :	0*	0*	1*	1*	
conversar		: 7 :	0*	1*	2*	2*	2*
	moyenne : 3.71						
corpo		: 6 :	2*	1*	1*	1*	1*
	moyenne : 2.67						
cuidado		: 11 :	2*	5*	2*	2*	
	moyenne : 2.36						
cuidados		: 2 :	1*	1*			
descobri-hiv		: 1 :	0*	0*	1*		
descobrir-hiv		: 5 :	0*	1*	4*		
	moyenne : 2.80						
desejo		: 3 :	1*	1*	0*	0*	1*
	moyenne : 2.67						
dificil		: 6 :	3*	2*	1*		
	moyenne : 1.67						
difícil		: 1 :	0*	1*			
doenca		: 10 :	3*	1*	2*	3*	1*
	moyenne : 2.80						
doencas		: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*

ele-quer		:	1	:	0*	1*			
escolha		:	6	:	2*	1*	3*		
estimulo	moyenne : 2.17	:	1	:	0*	1*			
estupro		:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*
falta-fidelidade		:	2	:	0*	0*	1*	1*	
faz-partre-do-casal		:	4	:	1*	2*	0*	1*	
forte	moyenne : 2.25	:	1	:	1*				
genero		:	5	:	3*	1*	0*	1*	
gosta	moyenne : 1.80	:	1	:	0*	0*	1*		
gravidez		:	5	:	0*	0*	4*	0*	1*
higiene	moyenne : 3.40	:	1	:	0*	0*	1*		
homem		:	15	:	2*	6*	6*	0*	1*
homossexualismo	moyenne : 2.47	:	5	:	2*	2*	1*		
idade	moyenne : 1.80	:	2	:	0*	1*	1*		
identidade		:	5	:	0*	1*	2*	2*	
igualdade	moyenne : 3.20	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
importante		:	4	:	2*	0*	2*		
informacao	moyenne : 2.00	:	3	:	1*	1*	0*	1*	
infromacao	moyenne : 2.33	:	1	:	0*	0*	1*		
insegura		:	1	:	1*				
inseguraca		:	1	:	0*	0*	1*		
inseguranca		:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*
intimidade		:	4	:	2*	0*	0*	1*	1*
lesbica	moyenne : 2.75	:	1	:	0*	1*			
medo		:	11	:	3*	3*	1*	3*	1*
mulher	moyenne : 2.64	:	21	:	4*	6*	7*	4*	
mulher-com-homem	moyenne : 2.52	:	2	:	2*				
nada		:	14	:	8*	1*	2*	3*	
namoro	moyenne : 2.00	:	3	:	1*	1*	1*		
nao-confiar		:	6	:	0*	2*	2*	1*	1*
nao-passar	moyenne : 3.17	:	7	:	1*	2*	1*	3*	
nao-quer-mais	moyenne : 2.86	:	14	:	5*	1*	5*	2*	1*
nao-sabe	moyenne : 2.50	:	1	:	0*	0*	0*	1*	

nao-sei		:	17	:	10*	6*	1*		
moyenne :	1.47								
nao-sente-prazer		:	5	:	3*	0*	1*	1*	
moyenne :	2.00								
nem-penso		:	6	:	1*	2*	1*	2*	
moyenne :	2.67								
nem-sei		:	1	:	0*	0*	1*		
nojo-de-sexo		:	2	:	1*	0*	0*	0*	1*
normal		:	10	:	8*	0*	2*		
moyenne :	1.40								
não-quer-mais		:	1	:	0*	0*	1*		
não-sei		:	1	:	1*				
não-sente-prazer		:	3	:	0*	3*			
moyenne :	2.00								
orgao-interno		:	1	:	1*				
orientacao-sexual		:	3	:	0*	2*	0*	1*	
moyenne :	2.67								
ousadia		:	1	:	0*	1*			
pensa-diferente		:	3	:	1*	2*			
moyenne :	1.67								
pesadelo		:	2	:	1*	1*			
prazer		:	18	:	9*	5*	2*	1*	1*
moyenne :	1.89								
prejuizo		:	1	:	0*	0*	0*	1*	
preocupacao		:	3	:	1*	2*			
moyenne :	1.67								
preservativo		:	2	:	0*	2*			
prevencao		:	21	:	5*	8*	7*	1*	
moyenne :	2.19								
privacidade		:	3	:	0*	1*	1*	0*	1*
moyenne :	3.33								
protecao		:	6	:	2*	1*	2*	1*	
moyenne :	2.33								
raiva		:	1	:	0*	0*	1*		
relacao-sexual		:	24	:	10*	8*	0*	4*	2*
moyenne :	2.17								
relacionamento		:	15	:	4*	6*	1*	2*	2*
moyenne :	2.47								
respeito		:	4	:	1*	0*	1*	2*	
moyenne :	3.00								
responsabilidade		:	8	:	4*	3*	1*		
moyenne :	1.63								
revolta		:	1	:	0*	1*			
risco		:	3	:	1*	2*			
moyenne :	1.67								
sabendo-fazer		:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
saude		:	8	:	2*	3*	1*	2*	
moyenne :	2.38								
seguranca		:	4	:	1*	1*	1*	1*	
moyenne :	2.50								
sem-camisinha		:	2	:	0*	0*	2*		
sem-preconceito		:	1	:	0*	1*			
sentimento		:	2	:	1*	0*	0*	1*	

ser-humano-precisa	:	8	:	3*	4*	1*				
moyenne :		1.75								
sexo	:	67	:	30*	15*	11*	10*	1*		
moyenne :		2.06								
sexo-seguro	:	6	:	2*	2*	1*	0*	1*		
moyenne :		2.33								
sexual	:	3	:	0*	1*	2*				
moyenne :		2.67								
sexualidade	:	2	:	2*						
so-isso	:	1	:	0*	0*	0*	1*			
so-quando-era-nova	:	3	:	0*	1*	2*				
moyenne :		2.67								
tabu	:	4	:	0*	3*	0*	1*			
moyenne :		2.50								
trauma	:	4	:	1*	1*	0*	1*	1*		
moyenne :		3.00								
tristeza	:	4	:	1*	1*	0*	2*			
moyenne :		2.75								
trouxe-problema	:	4	:	0*	2*	2*				
moyenne :		2.50								
tudo	:	6	:	2*	0*	3*	0*	1*		
moyenne :		2.67								
vaidade	:	5	:	0*	1*	2*	2*			
moyenne :		3.20								
vem-de-deus	:	1	:	0*	1*					
vergonha	:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*		
vida	:	8	:	4*	2*	2*				
moyenne :		1.75								
vida-sexual	:	1	:	1*						
vive-sozinha	:	2	:	0*	1*	1*				

DISTRIBUTION TOTALE	:	639	:	191*	181*	144*	86*	37*		
RANGS 6 ... 15		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30		0*	0*	0*	0*	0*				

Nombre total de mots differents : 112

Nombre total de mots cites : 639

moyenne generale des rangs : 2.37

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	29	29	4.5 %	639 100.0 %
2 *	17	63	9.9 %	610 95.5 %
3 *	12	99	15.5 %	576 90.1 %
4 *	10	139	21.8 %	540 84.5 %
5 *	8	179	28.0 %	500 78.2 %
6 *	9	233	36.5 %	460 72.0 %
7 *	3	254	39.7 %	406 63.5 %
8 *	5	294	46.0 %	385 60.3 %
10 *	3	324	50.7 %	345 54.0 %
11 *	3	357	55.9 %	315 49.3 %
13 *	1	370	57.9 %	282 44.1 %
14 *	2	398	62.3 %	269 42.1 %
15 *	3	443	69.3 %	241 37.7 %
17 *	1	460	72.0 %	196 30.7 %

ANEXO B – EVOC, ESTÍMULO 2

RANG EVOC versão 2005- Estímulo “Sexualidade de pessoas vivendo com HIV”

fichier initial : C:\Documents and Settings\ADM\Desktop\Evoc\vivendohiv.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\ADM\Desktop\Evoc\vivendohiv.Tm2

ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\ADM\Desktop\Evoc\vivendohiv.dis
et C:\Documents and Settings\ADM\Desktop\Evoc\vivendohiv.tm3

ENSEMBLE DES MOTS		RANGS					
		:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
aceitacao		: 40 :	4*	15*	13*	5*	3*
	moyenne : 2.70						
aceitação		: 1 :	0*	1*			
acostuma		: 1 :	0*	1*			
amor		: 2 :	0*	1*	0*	1*	
barreira		: 15 :	5*	5*	3*	2*	
	moyenne : 2.13						
bom		: 3 :	1*	0*	2*		
camisinha		: 34 :	2*	7*	14*	7*	4*
	moyenne : 3.12						
complicado		: 32 :	20*	5*	2*	3*	2*
	moyenne : 1.81						
condenacao		: 1 :	0*	0*	0*	1*	
confianca		: 8 :	0*	1*	1*	4*	2*
	moyenne : 3.88						
conjugal		: 1 :	0*	0*	0*	1*	
consciencia		: 3 :	0*	2*	1*		
constrangedor		: 9 :	4*	1*	2*	2*	
	moyenne : 2.22						
contaminacao		: 7 :	0*	2*	2*	2*	1*
	moyenne : 3.29						
conversa		: 2 :	0*	1*	0*	1*	
conversar		: 11 :	0*	4*	3*	2*	2*
	moyenne : 3.18						
coversar		: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
culpa		: 2 :	1*	0*	1*		
desejo		: 3 :	0*	0*	1*	1*	1*
desespero		: 4 :	1*	1*	0*	1*	1*
dificil		: 59 :	37*	10*	4*	6*	2*
	moyenne : 1.75						
doenca		: 4 :	1*	1*	0*	1*	1*
encontrar-parceiro		: 1 :	0*	0*	1*		
falar		: 1 :	0*	1*			
falta-informacao		: 2 :	0*	1*	0*	0*	1*
familia		: 3 :	0*	0*	0*	2*	1*

respeito	:	1	:	1*							
responsabilidade	:	18	:	4*	2*	7*	2*	3*			
moyenne :		2.89									
risco	:	10	:	2*	1*	2*	4*	1*			
moyenne :		3.10									
ruim	:	1	:	1*							
se-prevenir	:	27	:	8*	7*	6*	5*	1*			
moyenne :		2.41									
sempre-aberto	:	1	:	0*	0*	0*	1*				
sexo	:	4	:	1*	2*	1*					
sorodiscordante	:	4	:	1*	1*	2*					
sorodiscordantes	:	1	:	0*	1*						
soropositiva	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*			
soropositivo	:	8	:	2*	4*	1*	1*				
moyenne :		2.13									
sozinha	:	11	:	2*	3*	3*	2*	1*			
moyenne :		2.73									
ter-cuidado	:	42	:	14*	9*	9*	8*	2*			
moyenne :		2.40									
ter-cuidar	:	3	:	0*	1*	1*	0*	1*			
tratamento	:	11	:	2*	6*	1*	1*	1*			
moyenne :		2.36									
trauma	:	8	:	0*	2*	4*	1*	1*			
moyenne :		3.13									
tristeza	:	13	:	5*	3*	2*	2*	1*			
moyenne :		2.31									
vergonha	:	2	:	0*	2*						
vida	:	16	:	3*	0*	6*	4*	3*			
moyenne :		3.25									
vida-conjugal	:	5	:	0*	0*	3*	2*				
moyenne :		3.40									
DISTRIBUTION TOTALE	:	746	:	191*	182*	170*	132*	71*			
RANGS 6 ... 15		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30		0*	0*	0*	0*	0*					

Nombre total de mots differents : 79
Nombre total de mots cites : 746

moyenne generale des rangs : 2.61

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
1 *	22	22	2.9 %	746 100.0 %
2 *	6	34	4.6 %	724 97.1 %
3 *	8	58	7.8 %	712 95.4 %
4 *	8	90	12.1 %	688 92.2 %
5 *	1	95	12.7 %	656 87.9 %
6 *	1	101	13.5 %	651 87.3 %
7 *	1	108	14.5 %	645 86.5 %
8 *	5	148	19.8 %	638 85.5 %
9 *	2	166	22.3 %	598 80.2 %
10 *	1	176	23.6 %	580 77.7 %
11 *	4	220	29.5 %	570 76.4 %
12 *	2	244	32.7 %	526 70.5 %
13 *	2	270	36.2 %	502 67.3 %

ANEXO C – EVOC, ESTÍMULO 3

RANG EVOC versão 2005- Estímulo “Sua sexualidade”

fichier initial : C:\Documents and Settings\ADM\Desktop\Evoc\suasexualidade.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\ADM\Desktop\Evoc\suasexualidade.Tm2

ON CREE LE FICHER : C:\Documents and

Settings\ADM\Desktop\Evoc\suasexualidade.dis et C:\Documents and

Settings\ADM\Desktop\Evoc\suasexualidade.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS					
	:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
abalada	: 3 :	0*	1*	2*		
aceitacao	: 40 :	9*	10*	6*	8*	7*
moyenne : 2.85						
aceitação	: 1 :	0*	0*	0*	1*	
acetacao	: 1 :	0*	0*	1*		
amor	: 11 :	2*	0*	3*	4*	2*
moyenne : 3.36						
autoconfianca	: 18 :	4*	3*	6*	4*	1*
moyenne : 2.72						
boa	: 15 :	10*	2*	2*	1*	
moyenne : 1.60						
bom	: 1 :	1*				
camisinha	: 45 :	4*	11*	8*	12*	10*
moyenne : 3.29						
casada	: 1 :	1*				
complicado	: 10 :	4*	2*	2*	2*	
moyenne : 2.20						
consciencia	: 5 :	3*	1*	1*		
moyenne : 1.60						
constrangedor	: 6 :	3*	1*	1*	1*	
moyenne : 2.00						
contar	: 8 :	1*	2*	2*	3*	
moyenne : 2.88						
corpo	: 2 :	0*	0*	1*	1*	
desconfianca	: 7 :	1*	2*	2*	1*	1*
moyenne : 2.86						
desconfiança	: 1 :	0*	1*			
desconfortavel	: 13 :	2*	2*	6*	1*	2*
moyenne : 2.92						
desejo	: 10 :	3*	2*	3*	2*	
moyenne : 2.40						
desinformacao	: 6 :	1*	0*	1*	3*	1*
moyenne : 3.50						
dificil	: 26 :	11*	4*	3*	7*	1*
moyenne : 2.35						
difícil	: 1 :	0*	1*			
doenca	: 2 :	0*	1*	0*	0*	1*
feliz	: 8 :	2*	1*	0*	1*	4*
moyenne : 3.50						
gosta	: 15 :	5*	3*	2*	3*	2*
moyenne : 2.60						

gravidez		:	9	:	0*	2*	5*	1*	1*
importante	moyenne :	3.11	:	2	:	1*	0*	1*	
informacao		:	4	:	0*	1*	2*	1*	
inseguranca		:	7	:	1*	1*	2*	3*	
medo	moyenne :	3.00	:	50	:	11*	10*	9*	10*
mudou	moyenne :	2.96	:	12	:	2*	3*	3*	1*
mulher		:	5	:	2*	2*	1*		
nao-falar	moyenne :	1.80	:	23	:	3*	5*	3*	8*
nao-passar-doenca	moyenne :	3.22	:	11	:	0*	2*	6*	3*
nao-pode-mais	moyenne :	3.09	:	28	:	9*	9*	4*	3*
nao-quer-mais	moyenne :	2.36	:	1	:	0*	1*		
nao-querer-mais		:	43	:	9*	13*	12*	6*	3*
nao-querer-ninguem	moyenne :	2.56	:	1	:	0*	1*		
nao-tem-prazer		:	24	:	4*	9*	4*	5*	2*
normal	moyenne :	2.67	:	45	:	29*	10*	4*	0*
não-falar	moyenne :	1.58	:	1	:	0*	1*		
não-querer-mais		:	3	:	1*	1*	0*	0*	1*
parceiro		:	31	:	1*	9*	10*	7*	4*
prazer	moyenne :	3.13	:	4	:	2*	1*	1*	
preconceito		:	12	:	1*	3*	2*	4*	2*
preocupacao	moyenne :	3.25	:	8	:	0*	4*	1*	1*
rejeicao	moyenne :	3.13	:	4	:	1*	0*	2*	1*
relacionamento		:	8	:	0*	1*	4*	2*	1*
respeito	moyenne :	3.38	:	7	:	0*	1*	3*	2*
responsabilidade	moyenne :	3.43	:	5	:	1*	1*	0*	1*
risco	moyenne :	3.40	:	4	:	1*	0*	1*	2*
saudavel		:	6	:	1*	1*	1*	1*	2*
se-prevenir	moyenne :	3.33	:	22	:	7*	4*	5*	2*
se-protejer	moyenne :	2.64	:	1	:	0*	1*		
sem-camisinha		:	8	:	0*	3*	3*	2*	
sexo	moyenne :	2.88	:	14	:	3*	4*	4*	1*
sofrimento	moyenne :	2.64	:	15	:	5*	3*	1*	3*
sorodiscordante	moyenne :	2.73	:	3	:	1*	0*	1*	0*
sorodiscordantes		:	1	:	0*	0*	0*	1*	

soropositividade	:	9	:	0*	0*	4*	4*	1*		
moyenne :		3.67								
sozinha	:	35	:	8*	10*	7*	9*	1*		
moyenne :		2.57								
ter-cuidado	:	31	:	4*	6*	10*	6*	5*		
moyenne :		3.06								
ter-cuidar	:	1	:	0*	0*	1*				
transmissao	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*		
tratamento	:	6	:	0*	2*	3*	0*	1*		
moyenne :		3.00								
trauma	:	4	:	1*	1*	1*	1*			
traumas	:	1	:	1*						
tristeza	:	14	:	8*	2*	2*	2*			
moyenne :		1.86								
tudo	:	2	:	1*	1*					
vida-conjugal	:	17	:	4*	7*	3*	0*	3*		
moyenne :		2.47								
viver	:	3	:	1*	1*	0*	0*	1*		
DISTRIBUTION TOTALE	:	802	:	191*	187*	178*	150*	96*		
RANGS 6 ... 15		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30		0*	0*	0*	0*	0*				

Nombre total de mots differents : 71
 Nombre total de mots cites : 802

moyenne generale des rangs : 2.72

DISTRIBUTION DES FREQUENCES					
freq. *	nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul	inverse
1 *	14	14	1.7 %	802	100.0 %
2 *	4	22	2.7 %	788	98.3 %
3 *	4	34	4.2 %	780	97.3 %
4 *	5	54	6.7 %	768	95.8 %
5 *	3	69	8.6 %	748	93.3 %
6 *	4	93	11.6 %	733	91.4 %
7 *	3	114	14.2 %	709	88.4 %
8 *	5	154	19.2 %	688	85.8 %
9 *	2	172	21.4 %	648	80.8 %
10 *	2	192	23.9 %	630	78.6 %
11 *	2	214	26.7 %	610	76.1 %
12 *	2	238	29.7 %	588	73.3 %
13 *	1	251	31.3 %	564	70.3 %
14 *	2	279	34.8 %	551	68.7 %
15 *	3	324	40.4 %	523	65.2 %
17 *	1	341	42.5 %	478	59.6 %
18 *	1	359	44.8 %	461	57.5 %
22 *	1	381	47.5 %	443	55.2 %
23 *	1	404	50.4 %	421	52.5 %
24 *	1	428	53.4 %	398	49.6 %
26 *	1	454	56.6 %	374	46.6 %
28 *	1	482	60.1 %	348	43.4 %
31 *	2	544	67.8 %	320	39.9 %
35 *	1	579	72.2 %	258	32.2 %
40 *	1	619	77.2 %	223	27.8 %
43 *	1	662	82.5 %	183	22.8 %
45 *	2	752	93.8 %	140	17.5 %
50 *	1	802	100.0 %	50	6.2 %

ANEXO D – PARECER CEP

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEXUALIDADE DE MULHERES DE DIFERENTES GERAÇÕES APÓS O DIAGNÓSTICO DE HIV

Pesquisador: Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90004218.9.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.776.570

Apresentação do Projeto:

A sexualidade está assentada em experiências e representações culturais disponíveis e complexas. A vivência da sexualidade é uma experiência que foi aprendida, codificada e inscrita na consciência por meio de roteiros sexuais que organizam comportamentos socialmente sancionados como: os casamentos para fins reprodutivos, a condenação de desvios culturalmente imagináveis e, a invisibilidade das desigualdades de gênero que determinam, inclusive, à vulnerabilidade de mulheres à infecção pelo HIV. Partiu-se do pressuposto de que as representações sociais relativas à sexualidade de mulheres de diferentes gerações, após o diagnóstico de HIV, têm em sua base valores legitimados social e culturalmente, que restringem o direito à liberdade sexual e reprodutiva e elevam a primeiro plano demandas socioemocionais que requerem atenção das políticas públicas de saúde. Traçou-se como objetivos: Apreender as representações sociais, em diferentes gerações de mulheres, sobre a sexualidade após o diagnóstico de HIV; Analisar representações sociais de sexualidade segundo mulheres com diagnóstico de HIV considerando características geracionais. Trata-se, no tocante à sua natureza, de uma pesquisa qualitativa com abordagem multimétodos e enfoque teórico metodológico na Teoria das Representações Sociais na perspectiva da dialogicidade. A pesquisa será desenvolvida no município de Feira de Santana, estado da Bahia, com mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde em um serviço de atenção especializada de média e alta complexidade. Sendo estabelecido como critérios de inclusão: mulheres com mais de 18 anos, realizar

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 2.776.570

acompanhamento no referido serviço, ter conhecimento de seu diagnóstico positivo, conviver com o diagnóstico há pelo menos seis meses e, estar em uso de terapia antiretroviral para o HIV. E, critérios de exclusão: as que demonstrem dificuldade de serem acessadas e as que utilizarem os medicamentos como medida profilática da transmissão vertical do HIV.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Apreender as representações sociais, em diferentes gerações de mulheres, sobre a sexualidade após o diagnóstico de HIV

Objetivo Secundário:

Analisar representações sociais de sexualidade segundo mulheres com diagnóstico de HIV considerando características geracionais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde "toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variadas. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes" (BRASIL, 2012). Os riscos serão minimizados após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, assegurando a confidencialidade, credibilidade das informações e a privacidade dos participantes, seguindo com a assinatura do TCLE (APÊNDICE A), tendo o participante à liberdade de recusa e desistência em qualquer fase do estudo. Vale ressaltar que a participante do estudo entrevistada por já lidar com o seu diagnóstico de soropositiva há cerca de seis meses e que o local da coleta de dados lhe é familiar, ou seja, ela é usuária de um serviço especializado, que conta com equipe multiprofissional, isso contribui para minimização dos riscos e assegura a assistência adequada em caso de algum desconforto da participante.

Benefícios:

A pesquisa trará benefícios relacionados à ampliação do conhecimento, uma vez que possibilitará uma maior reflexão sobre as práticas na rede de saúde e como os serviços de atenção especializada (SAE) estão lidando com as demandas da sexualidade de mulheres com diagnóstico de HIV. Percebe-se que com a elevação do número de casos de HIV a proposta é a descentralização da atenção e revelar demandas específicas sobre sexualidade poderá contribuir para uma prática calcada da Política de Humanização. A pesquisa se mostrará como um meio de reacender a discussão promovendo a elucidação desta temática, permitindo às mulheres repensarem com criticidade suas vivências e, aprimorar a autonomia sexual e reprodutiva.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA**



Continuação do Parecer: 2.776.570

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se, no tocante à sua natureza, de uma pesquisa qualitativa com abordagem multimétodos e enfoque teórico metodológico na Teoria das Representações Sociais na perspectiva da dialogicidade. A pesquisa será desenvolvida no município de Feira de Santana, estado da Bahia, com mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde em um serviço de atenção especializada de média e alta complexidade. Sendo estabelecido como critérios de inclusão: mulheres com mais de 18 anos, realizar acompanhamento no referido serviço, ter conhecimento de seu diagnóstico positivo, conviver com o diagnóstico há pelo menos seis meses e, estar em uso de terapia antiretroviral para o HIV. E, critérios de exclusão: as que demonstrem dificuldade de serem acessadas e as que utilizarem os medicamentos como medida profilática da transmissão vertical do HIV.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados.

Recomendações:

Elaborar relatórios e promover a devolutiva dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendidos os princípios éticos e bioéticos, opino pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado homologa parecer de aprovação emitido pelo relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1129463.pdf	21/05/2018 10:02:10		Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	21/05/2018 10:01:31	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Outros	Termoinstituicaocoparticipante.PDF	21/05/2018 10:01:08	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Outros	Declaracaodenaousodedadosdeprontuarios.docx	21/05/2018 09:58:33	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Outros	Concordancia.docx	21/05/2018 09:57:25	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Outros	Declaracaodeiniciodecoleta.docx	21/05/2018 09:48:28	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Outros	Checklist.docx	18/05/2018	Patrícia Santiago	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 2.776.570

Outros	Checklist.docx	08:50:46	Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	MODELO_DOS_TERMOS_COMUNS_A_TODOS_OS_PROJETOS.doc	18/05/2018 08:50:36	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	Autorizaçãodoservico.pdf	16/05/2018 10:57:35	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodecompromisso.jpg	13/05/2018 19:00:27	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termodeautorizaçaoinstitu.jpg	13/05/2018 18:59:57	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.doc	13/05/2018 18:59:21	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Outros	publicizar.docx	05/05/2018 13:18:48	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Outros	confidencialidade.docx	05/05/2018 12:22:36	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Outros	usodedados.docx	05/05/2018 12:20:06	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle.docx	05/05/2018 12:19:23	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	05/05/2018 12:19:01	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompleto.docx	05/05/2018 12:18:05	Cleuma Sueli Santos Suto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 19 de Julho de 2018

Assinado por:
Daniela Gomes dos Santos Biscarde
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br