



RELACIONAMENTOS SORODISCORDANTES AO HIV/AIDS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS FEMININAS E PRÁTICAS DE CUIDADOS

Marysther Fonte Boa

Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Gabriela Silva dos Santos¹

Cosme Sueli de Faria Pereira

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

RESUMO

Objetivo do estudo é acessar as representações sociais de mulheres com HIV/Aids em relacionamentos sorodiscordantes acerca da vida sexual e analisar as práticas de cuidados frente a essas representações. Estudo qualitativo, à luz da Teoria das Representações Sociais desenvolvido com 17 usuárias de serviços especializados na assistência à pessoa com HIV/Aids no Rio de Janeiro, Brasil. As temáticas geradas foram: “Representação da vida sexual como regrada, limitante e sem prazer”; “Não ao preservativo: a mulher não transmite o HIV ao homem”; “Adesão ao tratamento como principal prática de cuidado frente à sua vida sexual”. As representações das mulheres vivendo com HIV/Aids na sorodiscordância guarda relação com comportamentos sexuais impregnados de prescrições, preconceitos e doutrinas associados a epidemia da aids e a normatização da sexualidade.

Palavras-chave

Saúde da Mulher, HIV, Relação Sexual, Psicologia Social.

ABSTRACT

Aim of the study is to access the social representations of women with HIV AIDS in serodiscordant relationships about sexual life and to analyze the practices of care towards these representations. A qualitative study, in the light of the Theory of Social Representations developed with 17 users of specialized services in the care of people with HIVAIDS in Rio de Janeiro, Brazil. The themes generated were: "Representation of the sexual life as regrada, limitante and without pleasure"; "No to the condom: the woman does not transmit HIV to the man"; "Adherence to treatment as the main practice of care for their sexual life". The representations of women living with HIVAIDS in serodiscordance are related to sexual behaviors impregnated with prescriptions, prejudices and doctrines associated with the AIDS epidemic and the normalization of sexuality.

Keywords

Women's Health, HIV, Coitus, Psychology, Social

¹ Correspondence about this article should be addressed to Gabriela Silva dos Santos. Email: sisan.gabi@hotmail.com

SORODISCORDING RELATIONSHIPS TO HIV / AIDS: FEMALE SOCIAL REPRESENTATIONS AND CARE PRACTICES

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A infecção pelo vírus consiste numa doença complexa que pode levar o indivíduo a desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e o combate contra essa grave enfermidade iniciou imediatamente após sua descoberta, possibilitando caracterizá-la como uma doença crônica (Azevedo, Silva, Dionísio & Saldanha, 2014).

Inicialmente, em meados da década de 80 a transmissão do vírus parecia estar limitada a determinados grupos como, por exemplo, o de homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo. No entanto, na década seguinte é revelada uma mudança nesse perfil com a entrada das mulheres na epidemia, refletindo o fenômeno chamado de feminização da aids, fenômeno este comprovado pelo número de 757.042 casos da doença, desde 1980 até junho de 2014, sendo 65% dos casos em homens e 35% em mulheres (Ministério da Saúde, 2014).

No contexto mundial, metade das pessoas que vivem com HIV são mulheres e a previsão é de que esse número também aumente nos próximos anos. No Brasil, a inserção do vírus na saúde da mulher cresce esporadicamente, apesar da implantação da política de prevenção e atenção ao HIV/Aids que é mundialmente reconhecida como uma das mais eficazes (UNAIDS, 2012).

O cumprimento dessa política favoreceu tanto a qualidade quanto a expectativa de vida das pessoas que vivem com o HIV (Pupo & Aires, 2013). Além disso, trouxe novas perspectivas de vida e relacionamentos entre as pessoas que vivem com HIV/Aids e para os relacionamentos sorodiscordantes, que são os casos onde um dos parceiros é portador do vírus e o outro não (Silva, 2013; Dunkle et al., 2008).

Esses novos arranjos relacionais ligados à especificidade das questões do HIV trazem novas demandas de saúde, onde o profissional precisa estar atendo e mobilizado para lidar com essas considerações, visando à qualidade da saúde sexual e reprodutiva das pessoas que vivem com HIV/Aids.

O tema sexualidade e sorodiscordância para o HIV/Aids é algo que vem evidenciando preocupação nos estudos nacionais e internacionais, principalmente por constituírem um grupo populacional vulnerável no que tange a transmissão do parceiro não infectado, a utilização de profilaxia pré-exposição, o planejamento reprodutivo, o direito à reprodução e a transmissão vertical (Molina et al., 2014; Mugo et al., 2014).

Porém, ainda é pouco enfatizado na prática assistencial de saúde, principalmente quanto à subjetividade e às representações acerca da vida sexual das mulheres que vivem essa situação. Comumente o que prevalece nas consultas e atendimentos são condutas impositivas e prescritivas de prevenção e cuidados à todas as mulheres e seus parceiros de uma forma uniforme e igualitária. Esta prática profissional normativa ainda vem sendo pautada nas vertentes biologicistas, respaldados sobretudo nas questões de transmissibilidade e epidemiológicas.

Contudo, é importante lembrar que a vida sexual nos relacionamentos sorodiscordantes demandam uma atenção diferenciada ao casal pelos serviços de saúde, impondo novas abordagens menos protocolares e intervencionistas (Reis & Gir, 2010). A vida sexual nos relacionamentos sorodiscordantes suscita nas mulheres que a vivenciam, inquietações e mobilizações, sendo elaboradas diferentes representações sociais frente a esse fenômeno, pois seus modos de pensar e agir são alvos de discussões, que geram reflexões, opiniões e posicionamentos distintos.

O fenômeno relacionamento sorodiscordante ao HIV/Aids não situa-se somente dentro de um constructo biológico, mas também social e cultural produzindo e reproduzindo múltiplas formas de pensamento e condutas. Com isso, envolve múltiplas dimensões da vida social, necessitando de constantes representações para tentar explicá-la. Numa sociedade onde os fenômenos biológicos funcionam como suportes fundamentais de sentido de nossas relações com o social o estudo das representações sociais na área da saúde permanece particularmente relevante (Loyola, 2013).

As ideias que circulam em seus contextos sociais, familiares, na mídia e dos próprios profissionais de saúde que as cuidam, levam a essas mulheres estabelecerem condutas e comportamentos sexuais frente aos relacionamentos sorodiscordantes.

Diante dessa problemática, a vida sexual no contexto da sorodiscordância da mulher que vive com HIV/Aids, precisa ser estudada a partir de um universo de conceitos que advém das vivências e



experiências, do contexto sociocultural, ambiental, de vida e lugar onde estão inseridas essas mulheres. Ressaltando que essas questões psicossociais vão refletir em atitudes e tomadas de decisões frente as suas práticas de cuidados.

Frente ao exposto, delimitou-se os seguintes objetivos: acessar as representações sociais de mulheres vivendo com HIV/AIDS em relacionamentos sorodiscordantes acerca da vida sexual e analisar as práticas de cuidados na sua vida sexual frente essas representações.

Método

Estudo descritivo com uma abordagem qualitativa, baseada no referencial teórico das Representações Sociais na vertente processual de Moscovici, tendo o olhar voltado tanto para a influência dos contextos sociais sobre os indivíduos como a participação destes na construção da realidade social (Moscovici, 2012)

As participantes do estudo foram mulheres que vivem com HIV/Aids e que estavam em um relacionamento sorodiscordante com parceiros fixos ou eventuais. Como critérios de inclusão estabeleceram-se: heterossexuais, idade acima de 18 anos e que fossem atendidas em dois serviços especializados na assistência à pessoa com HIV/Aids da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Brasil.

O número de participantes não foi pré-determinado, uma vez que o estudo é de natureza qualitativa, mas baseou-se na média mensal de atendimento nos cenários de estudo de mulheres que vivem uma relação sorodiscordante, além do critério de saturação (Barcellos & Magdaleno, 2012) A média mensal de mulheres atendidas nesses setores é de cerca de 45, sendo que em torno de 25 estavam em uma relação sorodiscordante. Deste quantitativo, foi possível captar durante os atendimentos, no período de julho a setembro de 2015, 20 mulheres, no entanto algumas não desejaram participar da pesquisa visto que seus parceiros desconheciam o seu diagnóstico. Desta forma, o total de participantes foi 17 mulheres (70% do total). Como critérios de exclusão delimitou-se mulheres com HIV adquirido por transmissão vertical e que estavam em relações com pessoas HIV positivas.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: um formulário de perfil socioeconômico demográfico e de dados referentes à saúde sexual e reprodutiva; e um roteiro de entrevista individual, semiestruturada, que foi gravada e posteriormente transcrita, a fim de captar as representações sociais das mulheres.

As participantes foram selecionadas de forma aleatória, sendo informadas sobre os objetivos e benefícios do estudo, conduzidas a uma sala reservada, assegurando a participação de maneira voluntária e garantido o sigilo. O anonimato das identidades foi preservado utilizando a sigla Ent. (Entrevista), seguida da sequência numérica (Ent.1, Ent. 2, Ent. 3...).

As participantes foram informadas quanto à possibilidade de interromperem sua participação em qualquer momento, sem prejuízo do atendimento nas instituições, tendo a coleta dos dados iniciada somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Esta pesquisa cumpre os princípios éticos envolvidos no estudo com seres humanos, com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, CAAE: 45051015900005238.

A análise dos dados ocorreu através da Análise de Conteúdo Temático, seguindo os conceitos de análise, leitura minuciosa, buscando a exploração do conteúdo e as ideias principais (Bardin,2011). Em seguida, das 1.972 Unidades de Registro (UR), foram destacados os elementos significativos, agregando expressões ou palavras significativas formando 140 temas, que posteriormente elencaram três (3) categorias temáticas. Por fim, essas categorias foram interpretadas e analisadas destacando trechos das entrevistas e relacionando material empírico ao referencial teórico das Representações Sociais.

Resultados

As participantes encontravam-se entre 18 e 49 anos, sendo que 80% eram naturais do município do Rio de Janeiro. No quesito raça/cor 40% se autodeclararam parda; e quanto ao nível de escolaridade com maior percentual estava o ensino médio incompleto com 40%. Sobre a religião professada, 45% revelaram ser católicas e as principais profissões apresentaram-se de caráter doméstico e feminino, como empregadas domésticas, professoras e manicure. A renda individual variou entre nenhuma renda no momento da entrevista devido ao desemprego até três salários mínimos, no entanto, todas as participantes informaram que sua renda não era a única da família. Em relação ao acesso aos meios de informação, cada entrevistada apontou mais de uma fonte, sendo as de maior destaque à rede de internet e TV.

Quanto aos dados referentes à saúde sexual e reprodutiva, 100% eram sexualmente ativas; 84% possuíam parceiros fixos; 40% viviam com este parceiro entre 1 e 3 anos, sendo a frequência da atividade sexual respondida por 54% como de duas vezes por semana. Em relação à utilização do preservativo, somente o masculino foi citado, porém 53% o utilizam de forma refratária, apenas quando ocorre alteração dos exames laboratoriais de contagem de células CD4 e/ou da Carga Viral e 30% nunca usam. Em relação ao tempo de vivência com a soropositividade, 34% revelaram entre 16 - 21 anos e 14% vivem com HIV há mais de 22 anos. Quanto à utilização da Terapia Antirretroviral/TARV todas fazem o uso de medicamentos, 87% afirmaram adesão total à TARV e 13% fazem uso de forma irregular. Quanto à maternidade, 60% das entrevistadas já tinham filhos antes da descoberta da sorologia. Por fim, os resultados da análise de conteúdo temática foram agrupados em três categorias temáticas sendo elas, “Representação da vida sexual como regrada, limitante e sem prazer”; “Não ao preservativo: a mulher não transmite o HIV ao homem” e a terceira categoria temática foi denominada de “Adesão ao tratamento como principal prática de cuidado frente à sua vida sexual”.

Representação da vida sexual como regrada, limitante e sem prazer

Esta categoria apresenta os conteúdos e sentidos que as participantes do estudo trazem acerca da vida sexual no contexto da vivência do HIV e da sorodiscordância. As mulheres expressam que a vida sexual após o diagnóstico do HIV passou a ser vivenciada de uma forma regrada, com prescrições normativas. Essas regras impostas pela soropositividade, transmitidas principalmente pelos profissionais de saúde, transformaram a vida sexual em algo limitante e pouco prazerosa, fato que as inquietam e as incomodam. Esta representação emergiu em todas as participantes:

“Hoje tem que ser um sexo mais tranquilo, sem graça... Assim o médico me disse. Eu sempre gostei de um sexo mais selvagem, fazer coisas diferentes e gostosas, mas isso me prejudicou. Hoje não tenho mais essa opção, para evitar que eu tenha algum sangramento ou pegue alguma infecção. Inclusive fiquei 11 anos sem ter orgasmo, agora poucas vezes, porque mudaram as minhas práticas sexuais ao descobrir o HIV/Aids” (Ent. 13).

“Era muito prazer, era sempre e sem camisinha, era com qualquer pessoa que eu tivesse vontade, em qualquer lugar. Mas me ferrei, peguei o vírus!!! Hoje já não pode ser assim, é cheio de regras, ele (o profissional de saúde) me disse várias coisas que pode e que não pode! Isso tudo tira a espontaneidade, tira o prazer!”(Ent. 14).

“Eu gostava muito de sexo oral, mas a partir do HIV não faço mais. O médico disse que não posso mais fazer, pois posso ter infecção e baixar minha resistência” (Ent. 01).

Não ao preservativo: a mulher não transmite o HIV ao homem.

Esta categoria remete conteúdos de como as participantes compreendem a transmissão do HIV. Reforçado pelos seus parceiros, as mulheres entendem que a transmissão se dá prioritariamente do homem para a mulher, sendo o inverso pouco provável. Nesta perspectiva de transmissibilidade única de homem-mulher, justificam o não uso do preservativo em todas as relações sexuais, não temendo transmitir o vírus aos seus parceiros. Ressaltam que a única possibilidade de ocorrer a transmissão da mulher infectada para o homem negativo é quando os exames de CD4 e/ou carga viral estão alterados.

“Meu esposo sempre soube do HIV e nunca usamos preservativo. Nós acreditamos que ele nunca vai pegar, por eu ser mulher não transmito. Somos fiel um ao outro, ele confia em mim e eu nele!” (Ent. 3) .



“No início até tentei falar do preservativo, mas ele sempre dizia que eu não transmito por que sou mulher, na verdade, passados esses anos todos também penso assim, por isso só usamos camisinha algumas vezes, só mesmo quando o meu CD4 está mais baixo porque posso pegar alguma infecção e vir a ter aids!” (Ent. 14).

Adesão ao tratamento como principal prática de cuidado frente à sua vida sexual

Essa categoria revela que a adesão ao tratamento, seja pelo uso dos medicamentos, ir assiduamente ao médico ou realizar os exames regularmente são os principais cuidados que as mulheres que vivem com HIV/Aids na sorodiscordância devem ter, tanto para evitar a aids, como para evitar o uso do preservativo. Tendo como principal preocupação a não progressão da doença e, consequentemente a maior proximidade da morte, as participantes buscam a aderência à terapêutica.

“Não tinha boa adesão ao tratamento, mas passei a tomar melhor os remédios, para me sentir mais segura no sexo sem preservativo. Não quero pegar nenhuma infecção oportunista” (Ent. 13).

“Como sou indetectável não usamos camisinha. O meu maior cuidado mesmo, para não ficar com aids, só é mesmo o uso do meu coquetel” (Ent. 14).

Ainda nessa categoria, ao falarem das práticas de cuidados, criticam as posturas dos profissionais de saúde que não escutam suas demandas, apenas prescrevem o uso do preservativo de forma ditatorial.

“Nós não estávamos mais afim de usar a camisinha e queríamos saber os riscos que eu corria, fomos ao meu médico juntos, que se pautou apenas naquela ditadura do uso de preservativo e não ajudou a gente em nada. Decidimos transar sem camisinha, mas faço uso rigoroso dos meus medicamentos” (Ent. 13).

Discussão

Após análise das falas das participantes, pode-se observar que a partir do conhecimento da sua condição sorológica positiva para o HIV, a sua vida sexual sofreu transformações, gerando sentimentos negativos. O ato sexual passou a ser visto de forma a cercear sua liberdade, seus desejos, suas fantasias, seja pela obrigação do uso do preservativo, seja por ter que deixar práticas sexuais que sentia prazer em realizar. E é dentro desse contexto, que constroem as representações sociais de uma vida sexual como regrada, limitante e sem prazer.

Sob a influência de um contexto ainda de preconceitos sociais com relação à sexualidade, principalmente por se tratar de uma infecção sexualmente transmitida/IST, as participantes trazem em seus discursos modelos de pensamentos que circulam na sociedade e no universo reificado das ciências. Esses pensamentos dão origem a processos relacionados à diminuição da autoestima e à dificuldade de desenvolver relacionamentos afetivos sexuais satisfatórios (Gomes, Silva & Oliveira, 2011).

Diante dessa dimensão afetiva de vida sexual sem prazer e limitante, as participantes sendo um ser pensante e criativo, por meio de inclusões cognitivas, atitudinais e imagéticas, programam mudanças de comportamentos e atitudes frente a sua realidade, para que possam conduzi-las a circunstâncias favoráveis à sua vida (Moscovici, 2012). Desta forma, deixam de lado antigas práticas sexuais, que apesar de promoverem prazer, são representadas socialmente como perigosas. Sob essa ótica, revelam certa obrigação em ter que seguir práticas e normas sexuais mais convencionais e menos arriscadas, ditadas primordialmente pelo universo reificado das ciências, com pouca ligação com a subjetividade e os seus reais desejos.

Na tentativa de adaptação à sua nova condição, as participantes recorrem a comportamentos sexuais normativos e aceitáveis socialmente, depois do HIV, por entenderem que aquelas práticas vividas anteriormente, consideradas como desregradas, contribuiriam para que fossem contaminadas. Com isso, transformam suas relações sexuais em práticas “tranquilas e sem graça”, principalmente para evitarem a progressão da doença.

Este senso comum constitui-se a partir das informações, dos modelos de pensamentos socialmente estabelecidos, recebidos e transmitidos pela tradição, comunicação social e pela educação,

inclusive aquele que advém como um conhecimento legitimado, hegemônico e inquestionável, como é o das ciências biomédicas (Jodelet, 2005). Respeitabilidade, credibilidade e honorabilidade são requisitos para as ciências que tratam da saúde e da doença, da vida e da morte e, no imaginário social, a visão biomédica preenche todos esses requisitos.

Neste contexto, o circuito médico, legitimado sob a ficção de uma superestrutura, é capaz de unificar e totalizar o saber, ditando regras e normas inclusive sobre os comportamentos sexuais (Queiroz & Arruda, 2006). Os profissionais de saúde passam a desempenhar, muitas vezes aos olhos dos indivíduos que vivem com HIV/Aids, um papel de fiscalização da vida cotidiana, podendo inclusive ser extremamente invasiva (Bandeira, 2010).

Segundo as participantes do estudo em tela, regras com relação às práticas sexuais são seguidas porém, isso não ocorre quanto ao uso do preservativo. Uma semelhança da mesma linha representacional da mulher em uma união estável sem HIV com relação ao uso do preservativo, ou seja, ambas apresentam uma representação de proteção.

No caso das mulheres sem HIV, a relação estável as protegeriam de adquirir alguma Infecção Sexualmente Transmissível/IST, dentre elas, o HIV/Aids e, nas que vivem com HIV/Aids, a proteção estaria ancorada na não evolução da doença, justificando, em ambos os casos, o não uso do preservativo (Reis & Gir, 2009).

Esta representação, também pode ser explicada por se tratar de um grupo de entrevistas, onde se verifica que 84% estão em relacionamentos fixos, fator que pode estar influenciando nessa sensação de proteção e confiança, ocasionando um afrouxamento e/ou suspensão do uso do preservativo. (54% o utilizam de forma refratária e 30% nunca usam). Ainda com relação a análise do preservativo este foi representado como um instrumento impositivo, regado e que, tira o pouco prazer que ainda restou na atividade sexual.

É pertinente problematizar que ainda existem representações sociais sobre a transmissão do HIV do início da epidemia, como a transmissão do vírus apenas através do homem, destacando-se como representações tradicionais e hegemônicas, difíceis de serem transformadas (Gomes, Silva & Oliveira, 2011).

A maioria dos indivíduos conhece a necessidade da gestão dos riscos, entende sua importância e adotam práticas preventivas. No entanto, utiliza uma manipulação simbólica das práticas de prevenção para que se transformem em algo mais acomodado ao seu próprio referencial cognitivo, o que lhe permite readaptá-las sem perder a impressão de prevenção do risco. É o caso, por exemplo, de mulheres que, em vez de utilizar preservativo em todas as práticas sexuais, o faz em função de sua condição imunológica (carga viral e CD4). Se para a epidemiologia esta estratégia pode parecer irracional e ineficaz, ela é, todavia, lógica para essas mulheres, na sua realidade subjetiva.

Desta forma, o que se faz relevante nessa discussão é o estudo socioantropológico da mediação entre as categorias do senso comum e as da saúde pública e não apenas o viés epidemiológico da questão. As representações sociais, sendo formas de conhecimento prático, ao mesmo tempo em que sofrem influência do universo reificado das ciências, pressupõem uma ruptura com esse universo, anunciando importantes mudanças no posicionamento quanto ao estatuto da objetividade e da busca da verdade (Moscovici, 2012).

Diante desse raciocínio, o uso do preservativo para as entrevistadas tem indicativos próprios, não estando pautado na possibilidade de transmissão do HIV para seus parceiros. A principal indicação está na sua condição imunológica, que em caso de alteração, pode e evoluir para a aids que, ainda hoje tem forte valor simbólico de adoecimento e medo da morte (Oliveira, 2013). Essa representação da vulnerabilidade individual foi expressa por 73% das entrevistadas, indicando uma forte presença dentro o grupo estudado.

Por entender que as práticas de cuidados são influenciadas pela forma como as pessoas apreendem e dão significado ao seu mundo social, pode-se compreender a influência mais uma vez, do circuito médico dentro das tomadas de atitudes dessas mulheres neste contexto. Para o grupo estudado, as práticas de cuidados estão pautadas em manter-se sob controle médico, fazer exames, aderir a terapêutica medicamentosa, demonstrando uma proteção social simbólica, enquanto mecanismos psicossociais para abrigar-se dos riscos da progressão da doença e, conseqüentemente, a morte. A adesão ao tratamento passa, então, a ser algo imprescindível, pois através dela é possível ficar com a carga viral indetectável, não utilizar o preservativo e não adoecer (Loutfy et al., 2013).



Esta concepção pode também ser explicada por se tratar de um grupo de mulheres que está há muitos anos circulam dentro do circuito médico-hospitalar, tanto pelos anos de convivência com o HIV/Aids (100% das participantes tem mais de 10 anos) e quanto pelo uso do tratamento medicamentoso (100% fazem uso da TARV). Essa prescrição vem ao encontro da recomendação da Organização Mundial da Saúde, que indica não só o aumento de testagem e aconselhamento para os casais sorodiscordantes, mas também o da oferta de TARV para o parceiro soropositivo, com objetivo de prevenir a transmissão sexual (Hanif et al., 2014).

Uma das funções das representações sociais é a dimensão prática que focaliza a orientação global em relação ao objeto da representação social (Moscovici, 2012). Tal fato suscita, em cada grupo, tomada de posições e de decisões frente ao objeto estudado. Desta forma, para fazer face à injunção social de estratégias de cuidados é necessária certa racionalização dos comportamentos e das práticas nas suas relações sexuais, do qual essas mulheres utilizam as respostas culturais disponíveis (Mendes-Leite, 2014).

Apesar da política de prevenção do HIV/Aids no Brasil não mais focar unicamente no uso do preservativo, e sim na recomendação da prevenção combinada, que é baseado na incorporação de novas tecnologias e nas possibilidades de escolha dos métodos de acordo com os estilos de vida, aceitabilidade das pessoas e da avaliação dos riscos de suas práticas², ainda o que é empregado nos discursos dos profissionais de saúde, como único meio de prevenção, o preservativo, foi objetivado pelas participantes como a “ditadura do uso do preservativo”.

Conclusão

É indispensável compreender e investigar as subjetividades que envolvem a complexidade de tal temática para a saúde da mulher, tornando-se relevantes estudos que abordem esta problemática para além do viés biológico. Valorizar o indivíduo social como um sujeito pensante poderá trazer possibilidades de cuidados, visando uma atenção integral e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivo dessas mulheres e seus parceiros.

A representação social da vida sexual dessas mulheres sofreu transformações após o diagnóstico do HIV e na vivência da sorodiscordância, o que antes é pautado na liberdade e desejo sexual, hoje é representada como algo regrado e limitado, o que compromete a autoestima e a qualidade de vida dessas mulheres, impedindo-as de exercer sua sexualidade de forma prazerosa e plena. A problematização dos fatores subjetivos e socioculturais que fazem parte deste estudo é uma discussão que merece continuidade, à medida que pode contribuir com reflexões para a assistência à saúde das mulheres vivendo com HIV/Aids ressaltando a importância de ter um espaço de atendimento do(a) parceiro(a) soronegativo, repensando as formas de intervenção no processo saúde-doença, não referenciando apenas a mulher mas também o(a) seu(sua) parceiro(a) no tratamento e nas estratégias de cuidado em relação à vida sexual.

O estudo demonstra algumas limitações como o número reduzido de casais sorodiscordantes captados nos setores, bem como a necessidade de ampliar para estudar os homens que vivem a situação da sorodiscordância, a fim de comparar os grupos de pertença.

Referências

- Azevedo, R.L.W; Silva, E.A.A; Dionísio, L.R; Saldanha. A.A.W. (2014). Trastornosafetivos/cognitivos associados à TARV e à qualidade de vida no contexto da aids. *Interamerican Journal of Psychology*, 48(3): 238-251. Recuperado em Abril de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28437897001>
- Bandeira, L. M. (2010). Feminismo, relações de gênero, étnico-raciais e geracionais e políticas públicas para as mulheres. *Revista de Políticas Públicas*, 14(1):147-152. Recuperado em Abril 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321127307016>
- Barcellos, F.B.J; Magdaleno, J.R. (2012). Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicologia em Estudo*. 17(1): 63-71. Recuperado em Abril 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a07.pdf>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa/Portugal: Edições 70.
- Dunkle, K.L; Stephenson, R; Karita, E; Chomba, E; Kayitenkore, K; Vwalika, C; Greenberg, L; Allen, S. (2008). New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *The Lancet*, 371(9631): 2183-91. Recuperado em Abril 2017, de <http://www.who.int/hiv/events/artprevention/dunkle.pdf>
- Gomes, A.M.T; Silva, É.M.P; Oliveira, D.C. (2011). Social Representations of AIDS and their Quotidian Interfaces for People Living with HIV. *Revista Latino-Americana de. Enfermagem*, 19(3):485-92. Recuperado em Abril 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/06.pdf>
- Hanif, H; Bastos, F.I; Malta, M; Bertoni, N; Winch, P.J; Kerrigan, D. (2014). Where does treatment optimism fit in? Examining factors associated with consistent condom use among people receiving antiretroviral treatment in Rio de Janeiro/Brazil. (2014). *AIDS and Behavior*,4; 18(10): 1945-54. Recuperado novembro de 2016, de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-014-0711-5>
- Jodelet, D. (2005). Loucuras e representações sociais. Petrópolis: Editora Vozes.
- Loutfy, M.R; Wu, W; Letchumanan, M; Bondy, L; Antoniou, T; Margolese, S; Zhang, &; Rueda,S; McGee, F; Peck,R; Binder, L; Allard,P; Rourke, S,B; Rochon, P.A. (2013). Systematic review of HIV transmission between heterosexual serodiscordant couples where the HIV-positive partner is fully suppressed on antiretroviral therapy. *PLoS One*, 8(2): e55747. Recuperado novembro de 2016, de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0055747>
- Loyola, M.A. (2013). Social representations and health. *Ciência e saúde coletiva*,18(8): 2176-2176. Recuperado dezembro de 2016, de http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/en_01.pdf
- Mendes-Leite, R. (2014). As Representações sociais das sexualidades e da prevenção do VIH/SIDA: o caso das proteções imaginárias e simbólicas. In. Maia M e Ferreira P M. *VIH/SIDA e Ciências Sociais: diversidade e percursos de investigação*. Edições Afrontamento. Porto/Lisboa. cap. 6.
- Ministério da Saúde (2014). *Boletim Epidemiológico Aids e DST*. Brasília; Ano III, nº 1, 1ª a 26ª semanas epidemiológicas. Recuperado em Abril de 2017, de http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf
- Molina, I; Gonzalvo, M.C; Clavero, A; López-Ruz, M.Á; Mozas, J; Pasquau, J; Sampedro, A; Martínez, L; Castilha, J, A. (2014) . Assisted reproductive technology and obstetric outcome in couples when the male partner has a chronic viral disease. *International Journal of the Fertility & Sterility*.7(4):291-300. Recuperado em Abril 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3901182/>
- Moscovici, S. (2012). *Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Mugo, N.R; Hong, T; Celum, C; Donnel, D; Bukusi, E.A; John-Stewart, G; Wangisi, J; Were, E; Heffron, R2; Matthews, L.T; Morrison, S; Ngure, K; Baeten, J.M. (2014). Pregnancy incidence and outcomes among receiving preexposure Prophylaxis for HIV Prevention. *JAMA*. 312(4): 362-71. Recuperado em Abril 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25038355>



- Oliveira, C.D. (2013). Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(Spec):276-86. Recuperado abril de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/34.pdf>
- Pupo, L.R; Ayres, J.R.C.M. (2013). Aportaciones y Limites del Uso de la Abordaje Centrada en la Persona (ACP) para la Fundamentación Teórica de la Consejería en VIH / SIDA. *Temas em Psicologia*. 21(3)4:1107-1124. Recuperado em Abril 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/es_v21n3a18.pdf
- Queiroz, A.B.A; Arruda, A. (2006). Refletindo sobre a saúde reprodutiva e a situação de infertilidade. *Cadernos Saúde Coletiva*, 14(1):163-177. Recuperado em Abril 2017, de http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2006_1/artigos/Ana_Beatriz_2006_1.pdf
- Reis, R.K; Gir, E. (2009). Vulnerability and prevention of sexual HIV transmission among HIV/AIDS serodiscordant couples. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 43(3): 662-669. Recuperado Novembro de 2016, de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a23v43n3.pdf
- Reis, R.K; Gir, E. (2010). Living with the difference: the impact of serodiscordance on the affective and sexual life of HIV/aids patients . *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 44(3):748-754. Recuperado em Abril 2017, de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_30.pdf
- Silva, T. M.(2013). Relações de poder e a feminização da epidemia de HIV/AIDS. *Seminário Internacional Fazendo Gênero*. Florianópolis. 1-11.
- UNAIDS. (2012). Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2012. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Recuperado em novembro de 2015, de http://www.unaids.org.br/documentos/UNAIDS_GR2012_em_en.pdf

Received: 04/20/2017
Accepted: 03/18/2019