



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL-MESTRADO
NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE

**“ATÉ QUE A MORTE NOS SEPARE”: O CASAMENTO
SORODIFERENTE PARA O HIV/AIDS E SEUS DESDOBRAMENTOS**

Juliana Rodrigues de Albuquerque

JOÃO PESSOA
MARÇO / 2014

Juliana Rodrigues de Albuquerque

**“ATÉ QUE A MORTE NOS SEPARE”: O CASAMENTO
SORODIFERENTE PARA O HIV/AIDS E SEUS DESDOBRAMENTOS**

Dissertação submetida como
requisito para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social.

**Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha
(Orientadora)**

**JOÃO PESSOA-PB
MARÇO/2014**

A345a Albuquerque, Juliana Rodrigues de.

Até que a morte no separe: o casamento sorodiferente para o HIV/Aids e seus desdobramentos / Juliana Rodrigues de Albuquerque.- João Pessoa, 2014.

115f.

Orientadora: Ana Alayde Werba Saldanha
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA

1. Psicologia social. 2. Aids. 3. Casamento.
4. Sorodiferença. 5. Vulnerabilidades. 6. Gênero.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE

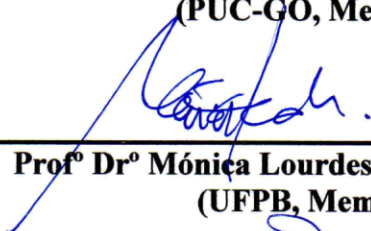
**“ATÉ QUE A MORTE NOS SEPRE”: O CASAMENTO SORODIFERENTE
PARA O HIV/AIDS E SEUS DESDOBRAMENTOS**

Autora: Juliana Rodrigues de Albuquerque

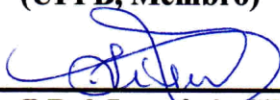
BANCA AVALIADORA



Profª Drª Daniela Sacramento Zanini
(PUC-GO, Membro)



Profª Drª Mônica Lourdes Franch Gutiérrez
(UEPB, Membro)



Profª Drª Josevânia Silva
(UEPB, Membro)



Profª Drª Ana Alayde Werba Saldanha
(UEPB, Orientadora)

"Ela é tão livre que uma dia será presa.

- Presa por quê?

- Por excesso de liberdade.

- Mas por que a prisão?

- Porque a liberdade ofende."

(Clarice Lispector)

DEDICATÓRIA

À vovó Iracema (In memorian)

Apesar de não mais provar do teu macarrão, de não sentir o teu cheirinho de lavanda, de não sentir tua presença física que sempre me acalmava nas tardes que eu chegava, muitas vezes preocupada, na tua casa, de não ouvir a tua voz tão doce com ar de riso, de não sentir o toque das tuas mãos sobre as minhas, de não mais ouvir as histórias do nosso sertão, de não ter a oportunidade de te explicar mil vezes aquela cena da novela, de não poder mais receber teus conselhos e broncas carregados de doçura, de não mais reclamar porque você insiste em economizar o remédio da pressão e a bombinha da asma, de não poder mais ligar para o teu celular, de não cair nas gargalhadas por causa das suas histórias bastante avançadas para uma velhinha da tua idade, de não mais poder te visitar naqueles dias de enfermidade e de não mais adiantar pedir a Deus só mais um tempinho ao teu lado...nunca te senti tão pertinho de mim como agora! Você torceu para que eu fosse aprovada na seleção do mestrado, comemorou comigo quando eu consegui e no fim das contas, você sempre soube que eu chegaria até aqui...

“Aqueles que amamos não morrem nunca, vivem para sempre...dentro da gente!”

AGRADECIMENTOS

À Deus, o dono dos meus dias, o autor da minha fé, o meu respirar e a luz de todos os meus passos. Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas!

Ao meu marido e melhor amigo, **Danilo**, por tudo! Sim, é tudo mesmo: pela paciência nos meus dias de ansiedade, pelo incentivo, por acreditar na minha carreira profissional, por sempre, sempre, sempre ser o meu porto seguro nos momentos de angústia e medo e, principalmente, por compreender tantas vezes, de forma tão carinhosa, a minha ausência em razão da realização desse sonho...A gente entende o que é amor quando o outro nos impulsiona para o melhor que podemos ser! Danilo, você tem o dom de extrair o melhor de mim!

Aos meus pais, **Cristina e Guilherme**, por tantas renúncias para que eu chegasse até aqui. Eu devo a vocês tudo que eu conquistei e que ainda vou conquistar! **Mãe**, obrigada pelas orações e por me encorajar a não desistir do mestrado, mesmo quando a primeira tentativa falhou, você estava lá do meu lado, chorou comigo e pediu para eu não desistir do meu sonho....eu te obedeci e consegui! Obrigada por sempre acreditar que eu posso ir mais além do que eu imagino!

À minha orientadora, a senhora Dr^a **Ana Alayde Werba Saldanha** ou como ela prefere, **Ana**. Eu soube que ela preferia ser chamada simplesmente de “Ana” ou “você” desde o primeiro instante que eu, tão acanhada, pedi um encontro com ela, só lamento ter iniciado essa relação com uma mentira tão descarada, pois é, acho que nem ela sabe! Eu disse que a paixão pela pesquisa me levava até ela: foi ao contrário...eu não entendia nada de pesquisa! Foi você, Ana, que me levou à pesquisa, porque quando a conheci em sala de aula, eu estava diante da mulher que eu gostaria de ser quando crescer! Desde a graduação até aqui eu tenho o privilégio de fazer parte do seu grupo, da sua vida, provar de seus conselhos, receber seu abraço cheio de conforto em momentos difíceis e até em momentos banais (um simples medo de avião), ouvir suas experiências de vida que tanto me ensinam e encorajam e de ter aprendido o que é ser uma profissional ética e humana em tudo que faz! Obrigada por me aceitar como voluntária, auxiliar técnico, PIBIC, monitora, mestranda e principalmente, como filha!

Aos meus irmãos, **Rond e Heder**, por estarem sempre perto de mim, pelos momentos de descontração e carinho, por me apoiarem nas minhas decisões e por sempre me amarem!

Ao meu príncipe **Isaac**, o dono do sorriso banguelo e da careca mais linda, cuja existência só tem alegrado os dias de titia! Amo você!

À minha tia **Tânia**, por sempre me incentivar e acreditar na minha capacidade de continuar crescendo profissionalmente, você também faz parte disso!

Aos **meus primos**, todos eles! “Essa família é muito unida...” além de grande em quantidade e qualidade! Em especial, eu agradeço pelo apoio das primas, aquelas que

são as amigas mais antigas e mais presentes na minha vida! **Cila, Carol, Tó, Laís e Lícia**: obrigada por alegrar os meus dias e torcer por mim!

À minha cunhadinha **Priscila**, que tantas vezes me encoraja, em qualquer situação, a não desistir e acima de tudo, a acreditar nas promessas de Deus! Obrigada pelo apoio e torcida!

À doce **Josevânia**, co-orientadora e amiga, por me ensinar para além da pesquisa, talvez ela nem saiba do tamanho da admiração e carinho que lhe tenho, mas aqui registro o quanto me inspira e como eu gostaria de ser, pelo menos, um pouco parecida com a pessoa e profissional que ela é! Ah, se todos fossem parecidos com você...

À **Marina**, pela ajuda nas análises qualitativas, pelas contribuições no meu estágio docência e pela sempre disponibilidade em me ajudar! Você é rara!

As minhas amigas do trabalho, as psicólogas responsáveis por tornar os meus plantões mais leves e felizes! Obrigada, **Socorro, Illova, Renata, Guio, Jussara, Paloma e Fabi** por todo apoio e torcida para que eu, enfim, concluísse essa etapa! Apesar de tantos desafios, vocês me fazem acreditar em uma psicologia capaz de transformar e melhorar a vida das pessoas.

Aos queridos e sempre presentes: **Nuno & Manu (padrinhos!), Ayô, Thaís e Jô!** Desde a graduação até a eternidade, vocês são prova viva de que uma amizade quando é verdadeira supera o tempo e a distância, de maneira que cada reencontro nosso só aumenta a minha certeza de que têm coisas que nunca mudam.

À minha amada **igreja Batista Nova vida**, em especial a turma do **Conexão Jovem** (Uhuuu!) por fazer parte da minha vida, alegrar meus sábados a noite e sempre me incentivar a não desistir de acreditar que Deus tem grandes coisas para fazer na minha vida! Amo vocês!

À família **NPVPS**, meu querido núcleo de pesquisa, lugar que agrega toda “qualidade de gente”: tem aqueles que são pura doçura como **Amandinha** e **Íria**, tem aqueles que não são tão “doces” como **Tino** e **Karlinha**, mas que sabem amar e ajudar o próximo tão bem! Ainda tem aquele que me encoraja a ser uma pesquisadora mais produtiva, resgatando artigos dos primórdios da graduação, como **Michael**. Nessa família também tem aqueles que nunca vão embora e que mesmo a distância teimando em afastar, um simples reencontro demonstra que a intimidade não muda jamais, como **Sandroka, Regina, Lidi** e **Belle**. Aqui nesse grupo, tem gente ciumenta, que se eu esquecesse de mencionar, nem sei no que iria dá, como **Flavito**, cuja irreverência faz a sua companhia ser uma das mais agradáveis que conheço, e por falar em irreverência e companhia maravilhosa, não poderia deixar de citar **Elís Amanda**! Tem outras pessoas que também agregam diversidade de qualidades nessa família, que não deu pra mencionar, mas que tem importância e valor incontestáveis! Com esse grupo, aprendi a pesquisar, a viajar, a sorrir e a viver! Obrigada por serem tão diferentes e iguais a mim!

Ao meu amigo **Israel**, cujo caráter e generosidade demonstram que ainda existem profissionais comprometidos com a ética e com o próximo! Obrigada pela ajuda, pelas boas conversas e por me deixar aprender tanto com você!

Às professoras **Mónica Lourdes Franch Gutiérrez** e **Daniela Zanini**, as quais, com tanta atenção, concederam-me a honra de compor a banca da defesa.

À minha **turma do mestrado**, por compartilhar não apenas de conhecimentos acadêmicos, mas também por tornar os momentos de socialização tão divertidos e únicos! Com esse grupo, tive a sensação de fazer parte da melhor turma de pós-graduação dos últimos tempos!

Aos **participantes da pesquisa**, os quais me permitiram “mergulhar” nas suas vivências e assim, aprender com cada um. Eles tornaram esse sonho real!

SUMÁRIO

<u>LISTA DE TABELAS</u>	02
<u>LISTA DE GRÁFICOS</u>	03
<u>LISTA DE ABREVIATURAS</u>	04
<u>RESUMO</u>	05
<u>ABSTRACT</u>	06
<u>APRESENTAÇÃO</u>	07
<u>CAPÍTULO I – MARCO TEÓRICO</u>	10
<u>1.1. CONCEPÇÃO DE CASAMENTO AO LONGO DO TEMPO</u>	11
<u>1.2. A SEXUALIDADE E AS NOVAS MODALIDADES DE CASAMENTO NA</u> <u>CONTEMPORANEIDADE</u>	16
<u>1.3. O CASAMENTO SORODIFERENTE PARA O HIV/AIDS: CARACTERÍSTICAS E</u> <u>VULNERABILIDADES RELACIONADAS À PARCERIA</u>	21
<u>1.4. A REPRODUÇÃO NO CONTEXTO DA SORODIFERENÇA</u>	29
<u>1.5. O MODELO DA VULNERABILIDADE</u>	32
<u>1.5. OBJETIVOS</u>	39
<u>CAPÍTULO II – MÉTODO</u>	41
<u>2.1. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO</u>	42
<u>2.2. PARTICIPANTES</u>	42
<u>2.3. INSTRUMENTOS</u>	42
<u>2.4. PROCEDIMENTOS</u>	43
<u>2.5. ANÁLISE DOS DADOS</u>	43
<u>2.6. ASPECTOS ÉTICOS</u>	46
<u>CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÕES</u>	47
<u>1. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO, PRÁTICAS SEXUAIS E VULNERABILIDADES</u>	48
<u>2. A VIVÊNCIA DO CASAMENTO SORODIFERENTE</u>	56
<u>CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	83
<u>CAPÍTULO V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	90
<u>6. ANEXO</u>	98
<u>6. APÊNDICE</u>	100

LISTA DE TABELAS

TABELA1– Etapas do procedimento de análise de conteúdo.....	44
TABELA 2 – Frequências referentes aos dados biodemográficos e clínicos.....	49
TABELA 3 –Práticas preventivas e vulnerabilidades.....	53
TABELA 4 –Aids no cotidiano relacional.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Classe temática “Descoberta do diagnóstico.....	57
GRÁFICO 2 – Classe temática “Cotidiano do casamento”.....	63
GRÁFICO 3 – Classe temática “Prevenção”.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CCS – Centro de Ciências da Saúde

DP – Desvio Padrão

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

HDN – História Natural da Doença

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

M – Média

NPS – Nova Promoção de Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas para o SIDA

PS – Promoção de Saúde

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Tratamento Antirretroviral

RESUMO

Introdução: O fenômeno do casamento e da sexualidade tem passado por mudanças ao longo do tempo, seja por determinações econômicas e políticas, ou por questões culturais e de gênero. Por outro lado, os avanços científicos referentes ao diagnóstico e ao tratamento da Aids, proporcionaram aumento na sobrevivência dos indivíduos com o HIV/Aids, favorecendo a formação de casais com diferentes sorologias para o HIV/Aids. Partindo destas premissas, fundamentado na perspectiva da construção social dos gêneros e no modelo teórico da Vulnerabilidade, este estudo teve como objetivo geral analisar os elementos constitutivos da conjugalidade e vulnerabilidades entre casais heterossexuais com sorologias diferentes para o HIV/Aids. **Método:** Participaram 36 pessoas em relacionamento heterossexual e sorodiferente para o HIV/Aids, com idades variando de 19 a 70 anos ($M=36$; $DP=10,5$), sendo a metade de cada sexo. Adicionalmente, foram entrevistados 08 casais em relacionamento sorodiferente para o HIV/Aids. Para a etapa quantitativa, foi utilizado um questionário autoaplicável, versando sobre questões sócio-demográficas e referentes às práticas sexuais dos casais, e na segunda etapa entrevista semi-estruturada. Para a análise dos dados quantitativos, foi realizada estatística descritiva, enquanto para o conteúdo das entrevistas utilizou-se a Análise Categorical Temática. **Resultados:** Os resultados apontam para um perfil com renda maior que dois salários mínimos ($N=19$), escolarização fundamental ($N=17$) e média ($N=12$), residentes no interior do Estado ($N=27$). A maioria afirma religiosidade mediana ($M=2,81$; $DP=,902$), em sua maioria, católicos. Vinte e seis afirmaram sorologia positiva para o HIV/Aids. Em relação ao tempo de casamento, 30 participantes afirmaram ser acima de três anos, metade com diagnóstico HIV pré-matrimonial. Doze participantes afirmaram que se submetem à testagem anualmente, 9 semestralmente e 15 poucas vezes. Dentre as práticas de risco, destacam-se dificuldades no uso de preservativo ($N=19$), não sistematização do uso do preservativo ($N=18$) e relações extraconjugais ($N=12$). Questionados sobre informações relacionadas à sorodiferença, 19 participantes afirmaram nunca ter recebido e a preocupação com a Aids foi afirmada por 32 participantes. A partir da análise das entrevistas, emergiram três classes temáticas: Classe Temática I – Descoberta do Diagnóstico (categorias: Pré-matrimonial e Pós-matrimonial), Classe Temática II – Cotidiano do Casamento (categorias: Medo, Cuidado, Estigma e Preconceito, Reprodução e Enfrentamento) e Classe Temática III – Prevenção (Uso de preservativo e Uso de álcool). **Conclusão:** Embora os avanços científicos no campo da Aids sejam evidentes, observou-se aspectos de vulnerabilidades provenientes de lacunas informativas ou de crenças socialmente construídas. Verifica-se a necessidade da implementação de políticas que garantam o direito dessa população de vivenciar suas escolhas de maneira digna e segura.

Palavras-chave: Aids, Casamento, Sorodiferença, Vulnerabilidades, Gênero.

ABSTRACT

Introduction: The phenomenon of marriage and sexuality has been undergoing changes over time, either by economic and political determinations, or by cultural and gender issues. Furthermore, scientific advances related to the diagnosis and treatment of AIDS, promoted increased survival of individuals with HIV/AIDS, favoring the formation of couples with different serological tests for HIV/AIDS. Starting from these premises, based on the perspective of the social construction of gender and the theoretical model of vulnerability, this study had as main objective to analyze the elements of marital and vulnerabilities among heterosexual couples with different serological tests for HIV/AIDS. **Method:** Participants were 36 people in heterosexual serodiscordant relationship to HIV/AIDS, aged 19-70 years ($M=36$, $SD=10.5$) being half of each sex. Additionally, we interviewed 08 couples in serodiscordant relationship to HIV/AIDS. For the quantitative phase, a self-administered questionnaire about sociodemographic and dealing regarding sexual practices of couples issues, and in the second stage semi-structured interview was used. For quantitative data analysis, descriptive statistics were performed as for the content of the interviews it was used the categorical analysis Theme. **Results:** The results point to a profile with more than two minimum wages ($N = 19$), primary education ($N=17$) and medium ($N=12$), resident interior of the state ($N = 27$). Most says median religiosity ($M=2.81$, $SD= .902$), mostly Catholics. Twenty-six reported positive serology for HIV/AIDS. Regarding the time of marriage, 30 participants reported being more than three years, half with premarital HIV diagnosis. Twelve participants reported that undergo testing annually, semiannually 9 and 15 a few times. Among the practices of risk, we highlight difficulties in condom use ($N=19$), no systematic condom use ($N=18$) and extramarital relationships ($N=12$). Asked serodiscordance related information, 19 participants reported never received and preoccupation with AIDS was affirmed by 32 participants. From the analysis of the interviews, three thematic classes emerged: Theme Class I - Discovery Diagnostics (categories: Pre-marital and post-marital), Class II Theme - Everyday Wedding (categories: Fear, Care, Stigma and Prejudice, Reproduction and Combat) and Class III Theme - Prevention (Usage condom and alcohol use). **Conclusion:** While scientific advances in the field of AIDS are evident, was observed aspects of vulnerabilities from information gaps or socially constructed beliefs. There is a need to implement policies that ensure the right of that population to experience their choices in a dignified and safe manner.

Keywords: AIDS, Marriage, serodiscordance, Vulnerabilities, gender.

APRESENTAÇÃO

A ideia da Aids como sinônimo de morte iminente vem apresentando menor impacto, devido, principalmente ao sucesso do tratamento antirretroviral, que possibilitou a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos soropositivos, gerando novas demandas para a compreensão desse indivíduo, de sua família bem como do tipo de assistência que será prestada nesse contexto (Silva, 2011). Destaca-se enquanto nova tendência da epidemia, a formação de casais com distintas sorologias para o HIV (Reis & Gir, 2009), trazendo consigo demandas pessoais e institucionais, suscitando diferentes questionamentos: Como se dá a vivência e quais os sentidos construídos no casamento entre casais em que um de seus elementos carrega consigo o estigma social associado à Aids? Quais as interfaces existentes entre a prevenção da Aids e as relações afetivo-sexuais e de poder na vida conjugal desta população? Como podem ser trabalhadas as diferentes vulnerabilidades advindas do cotidiano?

Como um fenômeno social, o casamento (produto de um contrato legal, jurídico ou religioso) está presente em todas as culturas e em todas as épocas, perpassado pelos valores, crenças e legados sociais repassados através das gerações. Segundo Zordan, Falcke e Wagner (2005), a percepção do indivíduo sobre o casamento e de como deve ser vivido, é socialmente construída, decorrente do que circula no meio social, na mídia, além das experiências vividas na família. A construção e manutenção desses padrões estão fundamentadas nas ideologias político-econômico-sociais, como também nas crenças e, em especial, nas doutrinas religiosas que sempre tiveram um papel importante na organização da sociedade e no estabelecimento de diretrizes que orientam o comportamento e as relações do indivíduo no grupo familiar e social. Com o objetivo

de buscar uma compreensão mais aprofundada do fenômeno do casamento, faz-se relevante uma descrição de sua evolução e mudanças ao longo dos períodos históricos.

O processo histórico do fenômeno da sexualidade bem como a concepção do casamento ao longo do tempo pode contribuir para algumas respostas no tocante aos padrões que se tem hoje assim como as mudanças dos mesmos. A busca pela compreensão desse processo histórico e cultural pode auxiliar em um arcabouço pelo qual muitas questões podem ser respondidas, tanto em relação às práticas ou vulnerabilidades individuais, quanto às concernentes às interações sociais mais amplas. Sendo assim, a tentativa de responder a questões intrigantes, como, por exemplo, que contingências levam as pessoas a casarem-se (casais pós-diagnóstico) apesar do diagnóstico ou manterem-se casadas (casais pré-diagnóstico) após a descoberta da sorodiferença. O tema é interpretado à luz do referencial teórico da vulnerabilidade, perpassando pela construção das relações de gênero e a concepção do casamento ao longo do tempo.

A denominação sorodiferente ou sorodiscordante diz respeito aos casais heterossexuais ou homossexuais, em que apenas um é portador do HIV/Aids (Polejack, 2001). Segundo Sherr e Barry (2004) o uso do termo sorodiscordante implica a ideia de conflito, disputa ou desarmonia, desse modo, no presente estudo, será utilizada a nomenclatura sorodiferença para se referir aos casais que convivem com a diferença sorológica para o HIV/Aids.

Conforme destaca Reis (2004), apesar de a conjugalidade heterossexual ser mais recorrente que a homossexual, a heterossexualidade tem sido pouco abordada nas produções bibliográficas sociais contemporâneas sobre sexualidade que, frequentemente, não levam em consideração tais lógicas distintas. É importante também

destacar a precariedade de estudos, no campo da Psicologia Social, que envolvam as novas tendências do HIV/Aids, em especial a vivência sorodiferente e as perspectivas sociais relacionadas aos contextos de vulnerabilidade que envolvem tal parceria. Portanto, ressalta-se a importância de se estudar o tema da sorodiferença à luz dos fenômenos sociais envolvidos.

Sendo assim, o capítulo I desta dissertação inicia com a descrição acerca da concepção e das transformações referentes ao casamento ao longo do tempo, destacando a construção social dos gêneros. Logo em seguida, apresenta-se o objeto que compõe esse estudo, ou seja, o fenômeno do casamento sorodiferente, sendo delimitadas, as características e problemáticas que envolvem esse tipo de relação. Em terceiro lugar, este capítulo traz o marco teórico da vulnerabilidade, cujo modelo fundamenta esse estudo. Por fim, são explicitados os objetivos do estudo.

No capítulo II é descrito o delineamento do estudo, a delimitação da amostra, a descrição dos instrumentos, bem como os procedimentos adotados, o processamento e a análise dos dados. No capítulo III são expostos os resultados dessa pesquisa e realizada a discussão sobre os mesmos.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1- Concepção de casamento ao longo do tempo

O casamento é um fenômeno que faz parte da história da humanidade. Sua permanência ao longo do tempo pode ser atribuída ao fato de funcionar como um regulador social. À parte da visão romântica que se agregou a ele, o casamento tem sido um instrumento para a manutenção da ordem social, dos valores morais e religiosos. Não obstante, a instituição casamento tem passado por mutações ao longo do tempo seja por determinações econômicas e políticas, ou por questões culturais e de gênero (Araújo, 2002).

A sexualidade, no período que antecede o contexto medieval, possuía tolerância e liberdade, porém, com o estabelecimento das economias e da urbanização de maneira mais acentuada, e com o surgimento dos governos formais e o avanço da religião, as restrições foram ocupando maior espaço nas sociedades (Stearns, 2010). No entanto, é importante destacar o processo histórico de cada sociedade enquanto fenômeno específico de cada povo, cujos aspectos relacionados à sexualidade passaram por mudanças de acordo com o momento histórico e cultural de determinado lugar (Albuquerque, Lima & Silva, 2013).

O desenvolvimento da agricultura é um aspecto importante em relação às transformações no campo sexual ao longo dos anos (Stearns, 2010). Nas sociedades agrícolas, a união se justificava muito mais pela necessidade das demandas impostas pela divisão sexual do trabalho do que pela satisfação do prazer sexual (Araújo, 2002). Tal aliança diz respeito a uma forma do grupo intervir em bens escassos e fundamentais para a sobrevivência humana, sendo baseado, portanto, em um sistema de trocas não apenas de bens (Lèvi-Straus, 1976), mas também de mulheres, cujo contrato era feito por homens, sendo a mulher o objeto da formação dessa aliança (Araújo, 2002).

O surgimento da propriedade traz consigo a relevância de se garantir a paternidade biológica dos herdeiros (Engels, 1074). Com a importância da garantia da paternidade, são criadas estratégias a fim de assegurar a paternidade dos filhos, por meio de normas, objetivando o monitoramento da sexualidade feminina, cujas regras contribuiriam para o desenvolvimento das diferenças entre gêneros. Portanto, tem-se o fenômeno do patriarcalismo, cuja principal característica está ligada à dominação do sexo masculino em suas famílias, o que trouxe a diferenciação dos padrões de gênero através do domínio sexual masculino (Therborn, 2011).

Araújo (2002) ainda ressalta que a ideia de casamento nesse momento da história não estava ligada a uma escolha do casal, nem tampouco movida pelo amor romântico, ou seja, nessa época os matrimônios eram realizados por meio de escolhas feitas pelos pais. Nesse período, casar não necessariamente significava um relacionamento amoroso, mas sim um negócio entre famílias, cuja escolha do casal e paixão não pesava nesse acordo, acordo esse que tinha o sexo apenas com a finalidade de procriação (Araújo, 2002).

Além do poder econômico, emerge o poder religioso. Até o século XVIII a vida sexual de solteiros e casados foi fortemente regida segundo os preceitos da moral cristã (Flandrin, 1987). Antes do período medieval, a celebração das núpcias não tinha interferência do clero, tal acontecimento dizia respeito a um ato privado, entre os nobres, cujas finalidades eram a transmissão de herança ou de títulos bem como a formação de alianças políticas e econômicas (Araújo, 2002). À medida que as grandes religiões se propagavam, desenvolviam-se novas barreiras que vão de encontro à abertura sexual (Nunes, 2005). No casamento, o sexo deveria ser praticado apenas com

fins procriativos, cuja transgressão voltada à obtenção do prazer era punida com rigor, mais severamente no caso das mulheres (Priore, 2011).

Como desdobramentos ocorre uma expansão considerável da prostituição e uma precocidade matrimonial feminina. Objetivando, em especial, a satisfação do masculino, houve uma diferenciação social entre mulheres respeitáveis, que deveriam ser direcionadas ao casamento e como consequência, seriam monitoradas para assegurar sua virgindade, e as mulheres incluídas no comércio sexual, que embora ocupassem baixo *status* socioeconômico, recebiam liberdades e prestígios, a depender dos seus talentos bem como dos clientes que possuíssem (Nunes, 2005). Por outro lado, para garantir a iniciação sexual pós-marital, há uma precocidade feminina no estabelecimento do matrimônio, ao contrário do masculino (Foucault, 2010).

Com o início da Modernidade, surgem grandes transformações no âmbito da sexualidade e matrimônio. Elementos propagados pela ideologia burguesa incluíam a valorização do amor individual, cuja união deveria ser baseada no amor romântico, estando o erotismo presente na relação conjugal (Araújo, 2002).

Nesse período histórico também é relevante destacar os conflitos ocorridos entre protestantes e católicos, nos quais, protestantes afirmavam a importância do estabelecimento do matrimônio ao invés da escolha pela castidade, valendo salientar as ideias do líder da Reforma Protestante, Martinho Lútero, ex-monge, o qual constituiu matrimônio, condenando, portanto, o celibato clerical (Stearns, 2010). Ainda que alguns escritores protestantes tenham começado a enfatizar os prazeres da escolha pelo casamento, incluindo, de acordo com seus argumentos, a satisfação sexual para os cônjuges, as ações propagadas não necessariamente impactaram de forma direta o campo da sexualidade. Ainda não se iniciava uma revolução sexual ou, tampouco, uma

forma de romper com barreiras repressoras no âmbito sexual, pois a oposição aos comportamentos sexuais pré-maritais bem como extraconjugais permaneciam combatidos enquanto forma de proteção do sistema familiar (Stearns, 2010).

Outro fenômeno influente na época foi o surgimento do ideal de amor romântico, entre os séculos XVIII e XIX. Giddens (1993) observa como característica desse fenômeno, o desenvolvimento do lar sendo demarcado pelas esferas pública e privada. Nesse contexto, o papel social do gênero feminino estaria ligado ao ambiente privado, cabendo à mulher o cuidado do lar e dos filhos, o que implicaria no isolamento do mundo externo, sendo importante destacar que o matrimônio deveria ter associação com o amor e com o desejo pela maternidade para o gênero feminino (Costa, 1999).

A origem do amor romântico remete à Europa Meridional, tendo como característica o amor cortês do sul da França, ressaltando que esta concepção de amor não tinha qualquer ligação com o casamento, uma vez que a mulher amada se tratava de uma mulher casada e o amante não era o seu marido (Araújo, 2002). Aos poucos, a ideia de casamento por amor passa a ascender na escala social de tal forma que no período moderno o elemento do amor romântico enquanto causa do matrimônio se define enquanto uma regra básica. Por um lado, o amor romântico vai se tornando o ideal de casamento, o erotismo deixa de lado as reservas mais tradicionais e permitindo a vivência da sexualidade no matrimônio sem imposições, por outro lado, essa nova modalidade tende a por em prova a duração do casamento, visto que o amor-paixão pode não ser indissolúvel, conforme descrito por Ariès (1987). Sendo assim, o divórcio passa a se apresentar não mais como uma forma de reparar algum tipo de erro, mas sim como uma sanção natural de um sentimento que já não existe mais.

Segundo Macfarlane (1990), a união matrimonial baseada na afetividade e no companheirismo entre os cônjuges, cuja procriação não é o objetivo principal diz respeito ao casamento malthusiano, ou seja, o casamento por amor justificaria a ausência de filhos. De acordo com Malthus, clérigo inglês do século XVIII, esse novo sistema de casamento estaria ligado ao sistema econômico capitalista que ganhava expansão na época, isto é, deixando a procriação de ser a finalidade principal da união, os aspectos psicológicos e econômicos do casal passam a ser centrais na relação. Portanto, a irracionalidade do amor romântico e das práticas sexuais, segundo a visão malthusiana, seria domesticada dentro do casamento, não colocando em risco a racionalidade do capitalismo.

No término do século XIX, surgem vários alertas sobre doenças sexualmente transmissíveis, o que pode estar atrelado às mudanças no campo da sexualidade, em especial nos centros urbanos, sendo enfatizado o risco de práticas sexuais fora do casamento, por mais prazeroso que fosse tal ato (Stearns, 2010). Pode-se verificar, desde então, a crença reforçada socialmente de que os comportamentos sexuais entre casais estáveis não colocaria os indivíduos em posição de vulnerabilidade no que diz respeito à transmissão de doenças.

Com os acontecimentos mencionados, verifica-se que tanto os papéis de gênero quanto o tema da sexualidade passam a ocupar uma posição de destaque. Aos homens é permitida a busca do prazer, o público, o produtivo. Às mulheres foi atribuída a função moral, na família e na sociedade em geral, gerando novas formas de sofrimento psicológico, trazendo consequências até os dias atuais com relação à prática do sexo “normal”.

Stearns (2010) ainda aponta, em relação ao gênero masculino, uma propensão mais reduzida de respeitar as normas relacionadas às práticas sexuais antes do casamento, visto que não caberia aos homens o fardo bem como a vergonha de uma gravidez não planejada. Como resultado desse padrão na área da sexualidade, ocorre a intensificação do aumento de doenças sexualmente transmissíveis, em especial nos homens de distintas classes sociais, trazendo, portanto, novas preocupações entre profissionais de saúde que buscavam soluções nesse sentido. Ainda que desde 1840, tenha surgido, pela vulcanização da borracha, o preservativo masculino, todavia, autoridades políticas bem como grupos religiosos passam a combater o uso de tal método pelo argumento de que seria um incentivo às práticas sexuais desenfreadas, sendo o uso condenado em especial nas mulheres (Stearns, 2010). Destaca-se que, mesmo na contemporaneidade, o uso do preservativo ainda diz respeito à instauração de tensões no gênero feminino, uma vez que a busca da mulher pelo preservativo tende a ser tratada enquanto um comportamento impróprio, visto que a ela cabe o refreamento do apetite sexual, conforme construído social e culturalmente (Ribeiro, 2013).

1.2. A sexualidade e as novas modalidades de casamento na contemporaneidade

Conforme descrito em parágrafos anteriores, por volta do século XVIII o amor romântico passa a ser o fundamento da união matrimonial e em consequência, o vínculo amoroso, o companheirismo e a intimidade passam a ser elementos valorizados no casamento (Saldanha, 2003). Féres-Carneiro (2003) afirma que essa nova conjuntura de casamento salienta novas questões de gênero, como por exemplo, o casamento para o gênero masculino traz o significado de constituição de família enquanto que para as mulheres tal união estaria ligada à relação amorosa.

A partir das transformações ocorridas no âmbito do casamento, Jablonski (1995) vem citar três modalidades de família. Primeiramente, tem-se a família tradicional, caracterizada pela figura de autoridade paterna bem como pela união estabelecida em razão dos aspectos funcionais. Logo mais, surge a família moderna ou psicológica, centrada no individualismo, não permanente, porém igualitária e tendo como características centrais os sentimentos. E atualmente, ocorre o surgimento da família pluralística ou pós-moderna, cujas características principais estão ligadas a aceitação bem como a convivência de arranjos não tradicionais, sendo mais igualitária que a moderna. No entanto, Jablonski (1995) ressalta que a família que ainda prevalece seja na socialização primária do indivíduo ou no reforço propagado pela mídia é a tradicional.

Ainda em relação ao casamento contemporâneo, faz-se importante ressaltar a relevância institucional do casamento e o papel desempenhado para os envolvidos. O casal contemporâneo é confrontado por duas forças de forma paradoxal; a conjugalidade bem como a individualidade de cada um. Todas as transformações, aos níveis macro e microsocial, repercutem sobre o projeto de conjugalidade e levantam indagações sobre que fatores seriam preditivos do sucesso ou insucesso em uma relação conjugal (Féres-Carneiro, 2003).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), para cada quatro casamentos, existe um divórcio, sinalizando um crescimento do divórcio de 200% desde o surgimento da sua lei, onde o gênero feminino se separa mais cedo entre 25 e 34 anos e o sexo masculino entre 30 e 39. Vale salientar que o divórcio pode ocorrer não porque o casamento se tornou sem importância, pelo contrário, sua importância faz com que os cônjuges não possam aceitar que não estejam à altura de

suas expectativas. Assim, o divórcio reflete justamente a dificuldade de tal exigência, podendo-se perceber que grande parte dos divorciados acaba por constituir novo matrimônio (Féres-Carneiro, 2003).

Mead (1971), afirma que não importa o quanto o divórcio seja livre, pois, na maioria das sociedades, o ponto de partida para o casamento é o vínculo permanente e sua ruptura é acompanhada de um sentimento de fracasso, de não ter sido capaz de cumprir uma regra e um papel esperado pela família e pela sociedade. Sendo assim, ao mesmo tempo em que as pessoas gostariam de terminar seus relacionamentos, muitas vezes ficam presas aos princípios da indissolubilidade, por questões religiosas, culturais ou psicológicas.

O IBGE (2010) ainda aponta o fenômeno da queda da taxa de fecundidade, que era de 5,8 filhos nos anos 1970 para 2,3 filhos atualmente, de maneira que se tal tendência permanecer, nos anos de 2050 serão 118 idosos para 100 adolescentes e crianças. Remetendo, portanto, as novas demandas sociais e econômicas, onde a procriação deixa de ser o marco central da união matrimonial. Em relação a essa nova tendência, é importante destacar o advento de novos artifícios para controle da natalidade, nos anos de 1960, dentre eles, o surgimento da pílula anticoncepcional, conhecida como a “balinha mágica”. Embora esses métodos tenham sido desaprovados pela Igreja, estes se estenderam a diferentes contextos e populações, como por exemplo, aos adolescentes, contribuindo para o aumento do sexo antes do casamento, uma vez que seria reduzido o risco de gravidez nas suas relações, embora não protegessem de doenças sexualmente transmissíveis, como no caso do preservativo (Therborn, 2011). Embora o preservativo previna tanto a gravidez quanto doenças, as pesquisas

demonstram o maior uso do anticoncepcional oral em detrimento do preservativo, à medida que o relacionamento se torna estável (Giacomozzi & Camargo, 2004).

Sobre a utilização do preservativo, alguns obstáculos surgiram de encontro ao seu uso, dentre eles, as campanhas promovidas pela Igreja Católica bem como a influência da “cultura do machismo”, visto a resistência do gênero masculino com o uso do preservativo ser determinante, em muitos casos (Stearns, 2010). Sobre a propagação de métodos de contracepção, ainda é importante destacar a revolução sexual no continente europeu bem como nos Estados Unidos, por volta da década de 1960, bastante propagada pela mídia, influenciando de maneira significativa, a juventude brasileira, propiciando a circulação de dispositivos contraceptivos e de outros instrumentos de cunho erótico, como por exemplo, revistas e filmes com apelo sexual (Stearns, 2010).

Dentre as novas tendências na área sexual, tem-se a redução da idade de iniciação sexual tanto no gênero masculino quanto no gênero feminino, o acréscimo de parceiros sexuais bem como o aumento do adultério (Stearns, 2010). No que tange ao adultério, verifica-se a maior investida de sexo extraconjugal por parte do gênero masculino, conforme verificado em pesquisa realizada por Nolasco (1995), cuja traição masculina apareceu mais frequentemente se comparada à traição feminina. Segundo o autor, relacionamentos sexuais freqüentes e numerosos com diferentes mulheres seria um modo que os homens encontram de afirmação da sua masculinidade (Nolasco, 1995). Goldenberg (2006) verifica ainda a diferença de sentimentos associados à infidelidade masculina e à feminina, observando que, apenas as mulheres relataram sentimento de culpa pela traição. Na medida em que a traição masculina é muito mais aceita culturalmente que a feminina, os homens tendem a compreender a traição masculina enquanto um fenômeno natural, se comparado ao gênero feminino.

Inevitavelmente, as transformações no âmbito da sexualidade a partir do século XIX, principalmente no que tange à intensificação da propaganda da cultura sexual pela busca do prazer, produziram novas preocupações no que concerne às doenças sexualmente transmissíveis, o que trouxe reflexões sobre os comportamentos em evidência. Mesmo no período que antecede o surgimento da Aids, ocorre a incidência de casos de herpes genital nos Estados Unidos, nos anos de 1980, demonstrando que os contatos sexuais seriam grandes chances de transmissão viral (Stearns, 2010).

O fenômeno da Aids diz respeito a notícia com maior relevância no quesito doença, trazendo alerta para a sociedade no que concerne às práticas sexuais atuais (Stearns, 2010). Com o seu surgimento, na década de 1980, tal doença trouxe significativo pânico por causa de sua forma mais comum de contágio, bem como pelo fato de não existir soluções concernentes ao tratamento e à cura, de modo que a Aids suscita três formas de reações ou respostas características.

Primeiramente, diversos líderes e autoridades iniciam a propagação de apelos, em nome da saúde, com a finalidade de que os indivíduos repensassem acerca de seus comportamentos sexuais, como por exemplo, na população de homossexuais (Stearns, 2010). Alguns setores da sociedade argumentavam o surgimento da Aids ocasionado por uma punição divina em decorrência da redução da moralidade tradicional e mesmo em grupos mais liberais, a disseminação da Aids exigia novas modalidades restritivas, como por exemplo, a importância do uso do preservativo.

Em segundo lugar, surgem as mobilizações que clamavam por respostas científicas, clamores que enfatizavam a possibilidade de prevenção e cura médica, tendo por finalidade o impacto mínimo das práticas sexuais em evidência (Stearns, 2010).

Por fim, no terceiro lugar, em relação à reposta característica dada à Aids, tem-se a formação de estigmas em certos grupos sociais, cujas denominações eram de grupos promíscuos ou perigosos, como por exemplo, os homossexuais, usuários de drogas e minorias raciais; contribuindo assim, para tensões sociais com base em diferenças sexuais até mesmo imaginárias (Stearns, 2010).

No ano de 1995 surgem as primeiras respostas por parte do setor médico acerca da epidemia, com o advento da TARV (Tratamento antirretroviral), cuja resposta não era a cura, mas essa combinação terapêutica tanto prolongava como aumentava a qualidade de vida dos indivíduos infectados (Amorim & Szapiro, 2008). Não obstante, o surgimento do tratamento antirretroviral não ocasiona no desaparecimento do medo, pelo contrário, intensificam-se as recomendações para que o preservativo fosse utilizado bem como para que as práticas sexuais fossem passíveis de reflexão (Stearns, 2010).

A contaminação pelo HIV/Aids dizia respeito a um problema contemporâneo que, embora não se tratasse apenas de uma doença ocasionada por mudanças nos hábitos sexuais, emergia de tais transformações, onde sua característica marcante foi a capacidade de globalização (Stearns, 2010). No início, a Aids vem afetar diretamente os comportamentos sexuais, por outro lado, o sucesso da TARV somado a expansão de campanhas incentivando o uso do preservativo trouxeram a redução de tensões em alguns grupos que perceberam seus hábitos sexuais ameaçados (Stearns, 2010).

1.3. O casamento sorodiferente para o HIV/Aids: características e vulnerabilidades relacionadas à parceria

A denominação sorodiferente ou sorodiscordante diz respeito aos casais heterossexuais ou homossexuais, em que apenas um é portador do HIV/Aids (Polejack,

2001). Segundo Sherr e Barry (2004) o uso do termo sorodiscordante implica a ideia de conflito, disputa ou desarmonia, desse modo, no presente estudo, será utilizada a nomenclatura sorodiferença para se referir aos casais que convivem com a diferença sorológica para o HIV/Aids.

Desde a sua descoberta, a infecção pelo HIV/Aids vem se modificando no que se refere ao perfil epidemiológico e história natural. Tida inicialmente como sentença de morte, os avanços científicos referentes ao diagnóstico e, sobretudo ao tratamento medicamentoso, com a utilização da terapia antirretroviral, proporcionaram redução da morbimortalidade e significativo aumento na sobrevivência dos indivíduos com o HIV/Aids, dando-lhe um caráter de cronicidade (Polejack, 2001; Reis, 2004; Silva, 2009). Não obstante, o diagnóstico de uma doença crônica diz respeito ao surgimento de uma crise vital, significativa, para as famílias envolvidas, pois estas tendem a vivenciar situações de perdas e mudanças (Polejack & Costa, 2002). Mesmo com os avanços rumo à cronicização da doença, juntamente com o diagnóstico, uma série de medos e receios podem se desenvolver no contexto da Aids, e uma das primeiras questões que podem ser levantadas é de que maneira tal situação pôde acontecer. É nesse momento que muitos casais podem esbarrar em conflitos relacionados à desconfiança bem como o temor frente à infidelidade e o segredo (Polejack & Costa, 2002).

O fato de a infecção pelo HIV ter, enquanto peculiaridade, um caráter transmissível e não curável, levando à necessidade de mudanças, estratégias e adaptações, que tendem a gerar um impacto significativo na vivência do casal, pode propiciar distintos tipos de comportamentos, como a abstinência sexual ou até mesmo, a negação do risco de transmissão da doença (Reis & Gir, 2009). Essas estratégias podem variar, desde a negação do risco, desenvolvendo a crença de que o parceiro soronegativo

é imune ao vírus, bem como no surgimento de estratégias mais radicais de controle, como por exemplo, a utilização de mais de um preservativo por ato – comprometendo a segurança - ou até mesmo na decisão pela abstinência sexual (Reis & Gir, 2009). Por outro lado, reconhecer o risco da infecção pelo HIV contribui para que medidas de proteção possam ser desenvolvidas nas relações sexuais do casal sorodiferente.

De acordo com estudos realizados por Polejack (2001), com casais sorodiferentes da cidade de Brasília, foram verificadas diversas dificuldades enfrentadas por esses casais no que concerne às informações e orientações preventivas realizadas em instituições de saúde, ou seja, foi demonstrado despreparo dos profissionais de saúde para tratar sobre esse tema. A autora aponta para uma tendência por parte dos estudos psicossociais que envolvem o HIV/Aids em focar apenas o indivíduo, desconsiderando suas relações afetivas (Polejack, 2001) e a presença do parceiro soronegativo ao HIV (Reis & Gir, 2009).

Somados às dificuldades que as pessoas em relacionamento sorodiferente vivenciam, os estudos em HIV/Aids também têm verificado que , apesar do acesso às informações bem como as políticas de conscientização serem maciçamente propagadas em diversos setores da sociedade, o estigma e o preconceito ainda se faz bastante presentes nesse contexto, sendo aumentado no campo dos relacionamentos sorodiferentes, a partir da dificuldade de revelar a sorodiferença para familiares e amigos, por medo do preconceito e rejeição que tanto a pessoa soropositiva quanto o parceiro soronegativo podem sofrer.

As pesquisas de Amorim e Szapiro (2008) têm demonstrado que há uma tendência das pessoas a não acreditarem na soronegatividade de um indivíduo que convive com um portador do HIV, contribuindo, portanto para que pessoas que não possuem a

soropositividade para o HIV/Aids, com frequência, sofram represálias em suas relações sociais por se envolverem com parceiros soropositivos. Desde a sua descoberta, a Aids sempre esteve associada a comportamentos sexuais desviantes da conduta aceitável socialmente, o que leva as pessoas que convivem com o HIV/Aids, a enfrentarem situações de estigma e discriminação (Reis & Gir, 2009).

Algumas crenças compartilhadas socialmente podem colocar o casal em risco, tanto de recontaminação por outro tipo de HIV, como a infecção do parceiro soronegativo. Ressalta-se que, mesmo em casais soroconcordantes (quando ambos são soropositivos para o HIV), faz-se fundamental o uso do preservativo com a finalidade de evitar a reinfeção de cepas que já adquiriram resistência aos antirretrovirais bem como o aumento da carga viral durante as relações sexuais (Reis, 2004).

Dentre estas crenças, destaca-se o HIV/Aids como uma doença controlada com fácil acesso aos medicamentos (Remien, 2002) e a ausência do preservativo como prova de amor e confiança (Reis, 2004; Reis & Gir, 2009), cuja solicitação traria insegurança e instabilidade nos relacionamentos (Gonçalves et al., 2009). Nesse sentido, Gonçalves et al (2009), afirma que a prevenção com a utilização do uso de preservativo remeteria à ideia da perda da confiança no parceiro, o que pode abalar o ideal de amor romântico.

A falta de confiança no preservativo como um método seguro, o conflito na satisfação sexual decorrente da utilização do códon bem como a diferença entre gênero no que tange à aceitação do uso sistemático do preservativo contribuem para uma maior susceptibilidade ao HIV/Aids e mesmo o aumento de chance para uma gravidez sem planejamento (Reis, 2004).

Uma barreira na adesão às práticas preventivas, conforme ressalta Remien, (2000) seria o próprio tratamento antirretroviral que ao proporcionar baixa carga viral, leva a

uma falsa percepção de ausência do vírus (Remien, 2002) ou ainda a repetição de testes sorológicos para o HIV não reagentes, o que levaria a uma sensação de invulnerabilidade ao vírus (Remien, 2002). Segundo pesquisa desenvolvida por Reis (2004), pôde-se observar que muitos casais sorodiferentes continuavam sem adotar comportamentos sexualmente seguros por acharem que não corriam mais risco de transmissão do vírus, após a realização de testes com resultado não reagente ao HIV.

Outra estratégia de negação do problema, diz respeito à crença na cura, seja a fé na divindade ou na ciência (Amorim & Szapiro, 2008). No que se refere à crença religiosa, Saldanha (2003) observa que, assim como a religiosidade pode ser considerada um recurso capaz de auxiliar no enfrentamento da enfermidade por proporcionar conforto espiritual àqueles que convivem com o HIV/Aids, tal crença também pode representar um fator de vulnerabilidade à medida que os indivíduos acreditam na cura ou em um milagre, chegando a interromper o tratamento. Reis (2004) verificou esse aspecto da vulnerabilidade ao HIV por casais sorodiferentes, em estudo realizado com casais adultos de diferentes sorologias, onde alguns entrevistados afirmaram que sua crença na divindade impossibilitaria transmitir o vírus para seu parceiro.

Observa-se que há diferenças entre casais que iniciaram um relacionamento já em condição de sorodiferença se comparado aquele que a situação de sorodiferença se deu no curso da relação, onde a adoção de práticas sexuais requer uma mudança na dinâmica afetiva sexual deste casal (Amorim e Szapiro, 2008).

Em muitos casos, segundo Saldanha (2003), o risco da Aids entra em uma hierarquia de preocupações em cuja ordem não é prioritária. O desejo de fusão com o parceiro leva à indiferença frente à doença e, de acordo com Kornblit e Diaz (2000), a

busca pela intimidade total e o desejo de demonstrar o caráter absoluto do amor que se tem pelo parceiro são motivadores poderosos que afastam a possibilidade de qualquer outro tipo de racionalidade, inclusive, da prevenção. No caso específico da relação sorodiferente, além da possibilidade de infecção entre os parceiros, há uma questão de desvalorização simbólica da relação entre pessoas marcadas socialmente como diferentes. Passarell (2003) demonstrou que as imagens associadas a uma relação sorodiferente, para pessoas soronegativas, são as de perda, doença, angústia e solidariedade, dando, assim visibilidade ao tabu da soropositividade que coloca, por várias razões, os indivíduos numa posição estigmatizada (Parker & Aggleton, 2001; Goffman, 1988).

Outro aspecto no tocante a sorodiferença se refere ao fato de que os casais sorodiferentes são alvo de preconceito aumentado, que vai desde a esfera familiar até a médica (Knauth et al., 2002). Este preconceito está inserido em um contexto mais amplo, que se refere à dificuldade que se tem em aceitar a união entre diferentes, no caso a união entre alguém que é saudável e alguém que tem uma doença (Saldanha, 2003). Conforme esta autora, a união da diferença remete novamente à questão do risco. E, neste contexto, o risco é minorado frente a outros riscos, que tanto pessoas soronegativas ou não, estão sujeitas: o risco de ficar sozinha, de não ter filhos, de não ter um companheiro, não ter amor, não ter com quem compartilhar a sua vida. São questões que se sobrepõem à Aids, estando circunscritas em torno do valor atribuído a conjugalidade. Concebem a família como um meio de alcançar a felicidade, através de um modelo de fusão entre os cônjuges e de amor aos filhos.

Neste sentido, Saldanha (2003) verificou que, mesmo após a descoberta da sorodiferença, muitos parceiros em condição soronegativa não adquirem

comportamentos de proteção na relação conjugal, portanto, ainda que exista risco de infecção pelo HIV, há dificuldades na adoção de comportamentos de proteção por parte de muitos casais sorodiferentes. A autora ainda sugere que comportamentos de proteção tendem a ser mais difíceis em relacionamentos que possuem elementos do amor romântico, onde à medida que o relacionamento se estabiliza, o uso do preservativo é substituído por outros métodos que apenas evitam a gravidez. Saldanha (2003) ainda enfatiza que, embora exista a percepção do risco da Aids, a entrega total é o aspecto mais significativo em relacionamentos estáveis e perpassados pelo amor romântico. Sendo assim, o “entregar-se por amor” é uma característica da subjetividade do gênero feminino, afastando portanto, qualquer outro tipo de preocupação que interfira nessa entrega, como por exemplo, os cuidados com a saúde (Saldanha, 2003).

Seguindo esta mesma linha argumentativa, Amorim e Szapiro (2008) ao referirem a contextos onde o fenômeno da sorodiferença se deu no curso do relacionamento (relacionamentos pré-diagnóstico), em especial em contextos nos quais as mulheres eram soronegativas, foi ressaltada a dificuldade em se adotar práticas sexuais protegidas, visto que o uso do preservativo seria uma nova dinâmica na vida do casal, dinâmica esta, sujeita a não aceitação, em especial por parte do parceiro.

Ainda em relação ao uso do preservativo, Maliska, Souza e Silva (2007) afirmam que as mulheres tendem a estar em maior posição de vulnerabilidade em relação à negociação do uso do método, uma vez que nessas situações há uma predominância do ponto de vista masculino, ou pela crença romântica de que uma relação estável confere proteção. Esta afirmação é corroborada por Nascimento, Barbosa e Medrado (2005) em pesquisa com mulheres casadas de baixo nível socioeconômico, onde as participantes percebiam o casamento enquanto barreira para Aids e para outras doenças sexualmente

transmissíveis, embora não descartassem o surgimento de relações extraconjugais casuais por parte dos cônjuges, todavia, com o uso do preservativo. Outro tipo de vulnerabilidade feminina que vale ressaltar é no que diz respeito às características biológicas da mulher, ou seja, a maior possibilidade de contrair o HIV através de relação sexual, uma vez que há maior concentração do HIV no sêmen se comparada à presença do vírus nas secreções vaginais (Reis, 2004). Além disto, a autora ainda enfatiza o maior comprimento da mucosa vaginal somado ao fato de a maior parte das infecções transmitidas sexualmente possuírem uma característica de ser assintomática na mulher.

Homens e mulheres, no campo da sexualidade, tendem a se comportar de acordo com modelos e regras de condutas influenciadas pelo contexto histórico e social de determinada cultura. Na América Latina, segundo Maliska, Souza e Silva (2007), ainda predomina uma “cultura do machismo” na qual se estabelecem relações de poder entre homens e mulheres, de maneira que se acentua o domínio masculino e, conseqüentemente, a submissão feminina, sendo esta característica presente no campo sexual. Em pesquisa realizada pela autora supracitada com usuários de um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) da cidade de Florianópolis, foi verificado que as mulheres encontram dificuldade em negociar o uso do preservativo com seus parceiros, mesmo em situação de relacionamento sorodiferente. De acordo com tais relatos, é afirmada a situação de vulnerabilidade que estas mulheres se encontram, visto que a decisão da prática preventiva durante as relações sexuais depende de uma escolha do indivíduo e de seu parceiro, mas que nem sempre há capacidade de negociação, decorrente de um processo histórico e sociocultural (Maliska, Souza & Silva, 2007; Stearns, 2012).

1.4. A reprodução no contexto da sorodiferença

O fato de possuir saúde reprodutiva implica em ter capacidade de usufruir de uma vida sexual de maneira satisfatória e sem a apresentação de riscos, bem como de procriar, onde o sujeito pode também escolher ou não filhos, no momento ou na frequência que o mesmo deseja. Ainda nesse contexto do direito à reprodução, é apontado o direito tanto do homem quanto da mulher de obter informações e de ter acessibilidade aos métodos de planejamento familiar de maneira segura bem como de escolherem pelo método que desejam empregar (Galvão & Diaz, 1999).

No âmbito das relações sorodiferentes, a decisão de ter ou não um filho implica em algumas peculiaridades, que não apenas a possibilidade da transmissão vertical, mas também o risco da transmissão ao parceiro (Polejack, 2001). Diante de tais questões, esta autora aponta uma série de conflitos que se instalam na vivência desse casal, ou seja, na busca de estratégias de enfrentamento em relação aos riscos, buscando diminuir as preocupações que envolvem a chance de transmitir o vírus ao parceiro, somado ao desejo da manutenção da vida sexualmente ativa bem como das escolhas reprodutivas.

Em pesquisa realizada com casais sorodiferentes por Dalapria e Neto (2004), verificou-se o não conhecimento de técnicas de reprodução assistida, sinalizando, portanto a precariedade das informações sobre métodos seguros para gestação de mulheres soropositivas ou em relacionamento sorodiferente.

Faz-se recente o desenvolvimento de políticas públicas que garantam os direitos reprodutivos de homens e mulheres do país, sendo tais medidas anunciadas pelo Governo Federal, no âmbito do Ministério da Saúde, cuja divulgação se deu através do

documento “Direitos sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo” (Brasil, 2005). Em relação a esses direitos, estaria presente a acessibilidade às técnicas modernas de reprodução assistida nos serviços públicos de saúde, onde, no caso de mulheres soropositivas ou que possuam parceiros soropositivos, tem-se uma nova possibilidade, que pode vir a garantir seus direitos reprodutivos (Sant’anna & Seidl, 2008).

De acordo com a cartilha da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), lançada para a população de casais sorodiferentes, em termos de direitos em saúde reprodutiva, a constituição brasileira é uma das mais avançadas do mundo (ABIA, 2004). Segundo a constituição, todo cidadão ou cidadã brasileira (a), independente da condição sorológica para o HIV, possui direitos de conhecer informações acerca da reprodução e sexualidade, recebendo tratamento médico gratuito e digno, livre de preconceitos ou represálias por parte dos profissionais de saúde (ABIA, 2004).

A cartilha da ABIA descreve técnicas, aos casais sorodiferentes, que podem ser utilizadas quando o casal planeja ter um filho. No caso do homem ser soropositivo, a lavagem de esperma, juntamente com a inseminação artificial, possibilitaria a redução da chance de transmissão do HIV para a parceira e para o bebê (ABIA, 2004). Tal técnica diz respeito à separação dos espermatozoides móveis de outros componentes do líquido seminal, visto que a entrada do vírus não é possível através do espermatozoide, pois, neste não existem partículas virais (ABIA, 2004). Após essa lavagem, o espermatozoide é introduzido no útero da mulher por meio da inseminação artificial (ABIA, 2004). Quando a mulher é a soropositiva da relação, o acompanhamento médico deve ser ainda mais especial, cujo tratamento envolve a decisão por parte do casal e do

médico do momento mais propício para engravidar (ABIA, 2004). Nesse caso, a mulher deve apresentar CD4 acima de 400 somada a uma carga viral indetectável, a fim de reduzir os riscos de transmissão, então, o passo seria a inseminação artificial com a utilização de sêmen fresco (ABIA, 2004). É importante salientar que essas técnicas de reprodução possuem um custo oneroso e, no que diz respeito ao contexto paraibano, não é disponibilizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), portanto, grande parte dos casais sorodiferentes, principalmente aqueles de classe socioeconômica menos favorecida, não tem acesso a técnicas que reduzem, significativamente, o risco de transmissão.

Não obstante, a gravidez no contexto do HIV/Aids suscita conflitos que perpassam por aspectos éticos, desejo e temor, que se fazem presentes tanto para o casal ou mulher que deseja engravidar mas tem medo da transmissão vertical, quanto para os profissionais de saúde envolvidos. Apesar dos avanços científicos no tratamento da Aids, da considerável diminuição da transmissão vertical e a consequente diminuição da morbimortalidade (ONUSIDA, 2011), ainda persiste a relutância de muitos profissionais de saúde em realizar a reprodução assistida (Ruibal & Larcher, 2009).

No Brasil tem sido observada uma diminuição significativa dos casos de transmissão vertical, devido, principalmente, as medidas que o governo implementou desde 1996, estipulando um protocolo de profilaxia para todas as gestantes soropositivas bem como para os seus filhos, diminuindo também, a incidência de Aids em crianças (Sant'anna & Seidl, 2008). No entanto, conforme relatado por Vidal et al (2009) este desejo de engravidar, muitas vezes, é repellido pelos profissionais de saúde que explicam aos casais que uma gravidez nesse caso pode levar a transmissão vertical do HIV no caso da mulher ser soropositiva. Somado ao conflito das escolhas que a mulher soropositiva tende a vivenciar entre a decisão de ser mãe ou não, observa-se

que, muitas mulheres soropositivas são acolhidas nos serviços de saúde, de maneira insatisfatória (Sant'anna & Seidl, 2008). Em muitas situações, os profissionais de saúde parecem não dar a atenção devida ao assunto ou tratam tais mulheres com censura quando as mesmas relatam o desejo de engravidar (Sant'anna & Seidl, 2008). Diante desse embate, sugere-se que a maternidade, enquanto modalidade social culturalmente valorizada e esperada das mulheres que, inclusive, tendem a desejar tal condição, pode se tornar ameaçada em decorrência da sorologia positiva para o HIV (Knauth et al., 2002).

1.5. Modelo da Vulnerabilidade

No campo da saúde, Ribeiro (2013) sugere que o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade é algo recente, estando ligado à tentativa de superação das práticas de prevenção, as quais estão ancoradas no modelo conceitual de risco. A autora ainda aponta que, no campo das ciências sociais aplicadas à saúde, o conceito de risco diz respeito a um modelo desenvolvido histórico e culturalmente, portanto, selecionar os fatores de risco significa levar em consideração a conjuntura social, política, cultural e histórica nas quais se inserem tais fatores. Sendo assim, torna-se evidente destacar acerca da capacidade individual de escolha bem como a liberdade para pô-las em prática; ressaltando também os serviços sociais disponíveis e o tipo de acesso a esses serviços.

No que se refere ao processo de desenvolvimento social da Aids, a partir da década de 1980, tem-se a utilização da nomenclatura “grupos de risco”, cuja ideia diz respeito a alguns grupos vistos como vulneráveis à infecção pelo HIV/Aids, como por exemplo, os homossexuais e usuários de drogas. A ideia de “grupos de risco” acaba por

ocasionar o estabelecimento de estigma e preconceito nos grupos tidos como “os vulneráveis ao HIV” pelo fato destes apresentarem práticas que os expunha ao risco da infecção. Essas reflexões sobre o conceito de “grupos de risco” acabou gerando uma nova avaliação de perspectiva, ou seja, passa-se ao conceito de “comportamentos de risco”, pois se reconhecia que a Aids não atingia apenas os grupos estigmatizados (Ayres, França-Junior, Calazans & Saletti-Filho, 2003). Contudo, esse último conceito inserido acaba por trazer a ideia de “responsabilidade individual” tanto do risco quanto das práticas preventivas, isto é, coloca no indivíduo toda a responsabilidade por seu adoecimento ou infecção, como se este viesse a ser acometido por uma enfermidade apenas por sua vontade.

O conceito de vulnerabilidade começa a ser trabalhado na área dos direitos humanos e, posteriormente, passou a ser utilizado no âmbito da saúde através das pesquisas realizadas por Man, Tarantola e Netter (1993). Os autores afirmam que o comportamento de cunho individual seria o determinante derradeiro da vulnerabilidade à infecção, fenômeno este que explicaria o enfoque às ações voltadas para o indivíduo, todavia, não seria suficiente para controlar ou reduzir a epidemia (Man, Tarantola & Netter, 1993). Diante dessas características da vulnerabilidade, esses teóricos propõem uma determinada estrutura de análise que possa abarcar a esse comportamento individual os aspectos coletivo e social (Ribeiro, 2013). Neste sentido, o conceito de vulnerabilidade busca ultrapassar as ideias trazidas pelo conceito de risco ao sugerir a ampliação de tais reflexões para além dos aspectos individuais, pois tais aspectos só podem ser passíveis de compreensão quando se levam em consideração as suas interações com fatores sociais, culturais e políticos (Ayres, França-Junior, Calazans & Saletti-Filho, 2003).

Com a finalidade de ampliação desse conceito de vulnerabilidade, preconizado por Man, Tarantola e Netter; em meados da década de 1990 no Brasil, Ayres (2002) demonstra que o modelo de vulnerabilidade diz respeito a três planos interdependentes de discussão, ou seja, busca-se a compreensão do componente individual (comportamento pessoal), do componente social (contexto social) e da vulnerabilidade programática (programa de combate à doença).

No que tange ao componente da vulnerabilidade individual, este reflete comportamentos que estabelecem situações que levem os indivíduos ao adoecimento, ou seja, esse plano da vulnerabilidade se relaciona com o grau, bem como a qualidade das informações que as pessoas têm no que diz respeito à acessibilidade aos problemas de saúde, levando em conta também a sua elaboração. Portanto, verificam-se, nesse plano, as ordens cognitiva e comportamental (Ayres, França-Junior, Calazans & Saletti-Filho, 2003). Segundo os autores, esse plano da vulnerabilidade pode ser entendido através de dois cenários, os aspectos interpessoais e os intrapsíquicos. O cenário interpessoal pode se estabelecer enquanto suporte emocional e instrumental, por meio de companhia, informação e padrões de conduta, podendo ser agente de forte influência nos comportamentos individuais.

No que concerne ao componente social da vulnerabilidade, Ayres, França-Junior, Calazans e Saletti-Filho (2003) apontam a acessibilidade às informações bem como a capacidade de metabolizá-las e incorporá-las em suas práticas cotidianas. É preciso destacar que todo esse acesso e capacidade de incorporação estão diretamente associados a recursos materiais, a obtenção de informações, a disponibilidade de acessibilidade às instituições sociais, como a escola e os serviços de saúde, a capacidade cognitiva de acesso bem como o poder nas tomadas de decisões políticas (Ayres,

França-Junior, Calazans & Saletti-Filho, 2003). Portanto, o plano social da vulnerabilidade pode ser compreendido como um reflexo do bem-estar social dos indivíduos, o qual envolve as condições de moradia, de acesso aos bens de consumo e níveis de liberdade de expressão.

Sobre o plano programático da vulnerabilidade, Ayres, França-Junior, Calazans e Saletti-Filho, (2003) apontam uma ligação entre esse componente e os demais (individual e social), cujo plano estaria associado aos programas que são responsáveis pelo controle das doenças bem como pelo grau de compromisso e eficácia das instituições, da gerência e do monitoramento dos órgãos responsáveis em todas as esferas de governo. Portanto, os autores ainda afirmam a importância dessas instituições, pois tal instância tem como dever identificar necessidades, canalizar os recursos e aperfeiçoá-los. A vulnerabilidade programática pode ser avaliada através de aspectos como a responsabilidade das autoridades no que diz respeito ao enfrentamento de um determinado problema, a proposta e implantação de ações governamentais bem como a coalizão entre instituições e setores (saúde, educação, trabalho etc.) (Ayres, França-Junior, Calazans & Saletti-Filho, 2003).

Ao se compreender os componentes da vulnerabilidade enquanto planos interdependentes, fica evidente que primam por uma análise e intervenção multidimensionais, chegando-se a conclusão, portanto, de que os indivíduos não são, em si, vulneráveis; mas podem estar vulneráveis a alguns agravos em determinados momentos de suas vidas (Meyer, Klein & Andrade, 2007).

Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade pode ser explicado, de maneira geral, como *"o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também*

coletivos [e] contextuais" (Ayres et al, 2003, p. 123). Tal conceito significa uma força propulsora no que tange à renovação das práticas em saúde, as quais são caracterizadas por serem mais voltadas para uma dimensão sócio-histórica, revelando-se como um novo norte capaz de atuar não apenas na transmissão de informações, mas passando a trabalhar com o estímulo de respostas sociais que possam, de fato, trazer transformações de cunho social, moral, cognitivo, econômico e político (Ayres et al., 1999). Sendo assim, Ayres (2002) vem afirmar que, para que se compreenda a vulnerabilidade, é necessário que se incorpore a mesma o contexto enquanto *locus* de vulnerabilidade, contexto este que pode ocasionar em maior suscetibilidade à infecção bem como a maior ou menor disponibilidade de recursos que possam proteger as pessoas contra as doenças.

Em busca de soluções que possam, de fato, trazer transformações, diversos pesquisadores desenvolveram trabalhos com a finalidade de obter novos conceitos e especificidades dentro do modelo da vulnerabilidade, estando tal modelo perpassado pelos direitos humanos (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012). Como sugere Ayres, Paiva e Buchalla (2012), essas transformações, que envolvem o modelo teórico da vulnerabilidade, ocorreram devido ao conjunto de características do Brasil, colocando no desenvolvimento desse quadro conceitual idiosincrasias referentes ao contexto brasileiro. Ayres, Paiva e Buchalla (2012) ainda destacam que acontecimentos como o processo de redemocratização do Brasil, a criação do SUS, o desenvolvimento de ideias referentes à integralidade da saúde, o movimento de grupos em prol de respostas à epidemia dentre outros aspectos contribuíram para que, especialmente no Brasil, o modelo da vulnerabilidade e direitos humanos atrelados à formulação de políticas públicas bem como ações no campo da saúde obtivesse trabalhos de relevância. Sendo

assim, a proposta teórica da vulnerabilidade busca a superação das explicações de vulnerabilidades relacionadas aos determinantes contextuais (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

Portanto, Ayres, Paiva e Buchalla (2012) passam a trabalhar com o conceito de totalidades compreensivas, cujas interpretações dos três planos interdependentes da vulnerabilidade são referidas de maneira mútua. Ribeiro (2013) enfatiza a importância, quando se trabalha com tal conceito, de se compreender o processo que aconteceu quando surge o conceito de história natural da doença (HDN) bem como níveis de prevenção, uma vez que ambos facilitam a diferenciação dos dois momentos relacionados à origem e desenvolvimento do processo de adoecimento, tratando-se, portanto, dos períodos pré-patogênico e patogênico.

Sobre o primeiro período, esse diz respeito aos determinantes que influenciam no surgimento das enfermidades, nesse instante, desenvolve-se o nível primário de prevenção, buscando-se a intervenção dos agentes patogênicos e de seus vetores (Ribeiro, 2013). De acordo com Ayres, Paiva e França-Junior (2012), essa prevenção se refere a dois níveis, a saber: a promoção de saúde bem como a proteção específica, ambas relacionadas, respectivamente, à melhoria na qualidade de vida dos indivíduos implicados, por meio de educação, saneamento, emprego, moradia, cultura e por meio de campanhas específicas a fim de combater determinados agravos ou doenças. O segundo período pode ser caracterizado pela própria doença já no seu curso, portanto, faz-se presente o nível secundário de prevenção, onde se busca obter uma evolução clínica favorável bem como a diminuição da disseminação da doença (Ribeiro, 2013). Vale salientar dentro desse momento, o nível terciário de prevenção, o qual se relaciona com o fechamento do quadro de adoecimento, seja pela morte, cronificação ou pela

cura, visando, acima de tudo, minimizar os prejuízos que possam comprometer a qualidade de vida dos indivíduos implicados (Ayres, Paiva & França Jr, 2012).

O conceito de Promoção de Saúde (PS), conforme sugere Ribeiro (2013), pode ser descrito enquanto um arcabouço de ideias que podem renovar as práticas em saúde, em especial no nível primário de prevenção, sendo importante salientar que tal modelo tem como objetivo o debate entre diversos setores, tanto científicos quanto técnicos, levando em consideração os valores de pessoas e de seus grupos sociais. Sendo assim, Ayres, Paiva e França Jr (2012) ressaltam sete princípios que devem orientar a renovação dessas práticas, como a concepção de integralidade na saúde, a Intersetorialidade, o Empoderamento, a Participação Social, Equidade, Sustentabilidade e Ações multiestratégicas. Embora estes princípios tenham sido bem aceitos no modelo da Nova Promoção de Saúde (NPS), ainda existem muitos desafios para que tais ideias sejam realmente consolidadas, dentre essas barreiras, tem-se ainda, a diferenciação significativa entre as classes socioeconômicas, ressaltando que essas diferenças se implicam no contexto da saúde, de locais de moradia dentre outros aspectos, e somando-se a esses fatores, as ações em saúde ainda centradas no saber biomédico, onde o enfoque diz respeito às mudanças de comportamentos individuais (Ayres, Paiva & França Jr, 2012).

Diante desta descrição evidencia-se a relevância de se compreender o modelo teórico da vulnerabilidade atrelado aos direitos humanos, incluindo a história de vida do indivíduo, enfatizando as ações governamentais e de programas em saúde como determinantes sociais no processo de saúde e adoecimento, onde a responsabilidade governamental se insere desde o componente individual (Ribeiro, 2013). Ayres, Paiva e França Jr (2012) ressaltam que, é preciso considerar cada indivíduo enquanto ativo na

construção das relações sociais, destacando a pessoa de direito que é. Portanto, os autores apontam ser fundamental, observar, cuidadosamente, de que maneira (e o quanto) as instâncias governamentais oferecem proteção e regulamentam os direitos estabelecidos legalmente.

Por fim, a relevância da construção e ampliação desse conceito ficam claras quando se trabalha no contexto do HIV/Aids, em especial com casamentos que tem por característica a sorodiferença. Compreender a vivência de um relacionamento entre indivíduos de diferentes sorologias para o HIV pode significar a evocação de diversos conflitos, os quais podem estar relacionados tanto na busca por direitos como pelo não conhecimento dos mesmos.

1.6. Objetivos

O presente estudo tem como **objetivo geral** analisar os elementos constitutivos da conjugalidade e vulnerabilidades entre casais heterossexuais com diferentes sorologias para o HIV/Aids. Para tanto, buscar-se-á tal análise cumprindo os seguintes **objetivos específicos**:

- 1- Identificar o perfil dos participantes que vivem a diferença diagnóstica no casamento;
- 2 - Identificar as práticas sexuais dos casais heterossexuais sorodiferentes;
- 3 - Identificar a influência das variáveis biodemográficas dos participantes para situações de vulnerabilidades;
- 4 - Verificar as aspirações e escolhas reprodutivas destes casais;
- 5 - Identificar situações de vulnerabilidade;
- 6 - Detectar diferenças em relação aos casais pré-diagnóstico e pós-diagnóstico;

7 -Apreender os discursos elaborados pelos casais sobre a convivência sorodiferente.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2. MÉTODO

2.1. Características do estudo

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, transversal, utilizando técnicas quantitativa e qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada nos anos de 2012 e 2013, no ambulatório de um Hospital de referência no atendimento à Aids na cidade de João Pessoa-PB.

2.2. Participantes

Em um primeiro momento, na etapa quantitativa, participaram 36 pessoas que convivem em relacionamento conjugal heterossexual sorodiferente para o HIV/Aids e, posteriormente, na etapa qualitativa, foram entrevistados oito casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV, atendidos no ambulatório durante o período do estudo.

Os critérios utilizados para inclusão dos participantes foram: estar em casamento sorodiferente para o HIV e conhecer essa condição sorológica no mínimo há um ano, apresentar boas condições clínicas e emocionais e concordar em participar do estudo. Para a entrevista, era necessária a presença conjunta do casal.

O numero de participantes não foi previamente definido, ocorrendo por indicação dos profissionais de saúde, que apontavam, dentre o universo de atendimentos do dia da coleta, àqueles que preenchiam os critérios. A partir do primeiro contato, os participantes foram convidados para a entrevista, em conjunto com seu cônjuge.

2.3. Instrumentos

Para a etapa quantitativa, foi utilizado um questionário autoaplicável, versando sobre questões como sexo, renda, escolaridade, local de moradia, situação conjugal, religiosidade, condição sorológica para o HIV, tempo de diagnóstico e de

relacionamento. O instrumento também contou com questões ligadas às práticas sexuais dos casais, possibilitando a identificação de situações de vulnerabilidade, como por exemplo, frequência do uso do preservativo e dificuldades na utilização, planejamento familiar, percepção sobre o risco de transmissão do HIV, preocupação com a Aids, relações extraconjugais, informações sobre a sorodiferença dentre outras questões.

As entrevistas semiestruturadas, tiveram como objetivo compreender a vivência sorodiferente desses casais, ocorrendo com a presença de ambos os parceiros. A priori, perguntou-se “*Como seria estar em um relacionamento afetivo sexual, no qual apenas um possuía o vírus HIV*”, posteriormente foi perguntado a esses casais acerca de dificuldades relacionadas a tal parceria. Os temas apontados pelos participantes foram anotados e, então, solicitada uma explicação sobre cada um deles, procurando-se, assim, explorar os temas evocados e *investigar os sentidos atribuídos* pelos casais.

2.4. Procedimentos

A partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, foi feito contato com a instituição hospitalar, explicitando os objetivos do estudo. Ao serem contatados, os participantes foram informados acerca do estudo, explicitando-se o caráter voluntário da sua participação, seguido da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Por conseguinte, foi solicitado a cada participante, individualmente, que respondesse aos questionários. Após a aplicação do instrumento, foi realizado o procedimento de entrevista com os casais. As entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos entrevistados, para posterior transcrição e análise.

2.5 Análise dos dados

O banco de dados, referente à etapa quantitativa da pesquisa, foi construído a partir da digitação dos questionários com prévia codificação das respostas, para isso foi utilizado o Software SPSS. For Windows – versão 18. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude).

Em relação às entrevistas, foram analisadas com base em categorias determinadas a partir dos temas suscitados, sendo processados por meio de um conjunto de etapas, conforme a proposta de Figueiredo (1993), descrito abaixo:

Tabela 1- Etapas do procedimento de Análise de Conteúdo

Etapa	Procedimentos
TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL	
PRIMEIRA FASE (Sessões/Sujeitos)	A. Leitura Inicial B. Marcação C. Corte D. Primeira Junção* E. Notação F. Organização e Primeira Síntese
SEGUNDA FASE (Conteúdos)	Segunda Junção** G. Leitura Inicial H. Organização I. Notação J. Redação Final

* Conteúdos relacionados a várias Categorias, no mesmo sujeito ou mesmo grupo.

** Conteúdos de vários sujeitos ou vários grupos, em uma mesma Categoria.

Primeira Fase

As entrevistas foram analisadas individualmente e a junção compreendeu conteúdos comuns dentro de cada discurso. Assim, cada discussão foi transcrita e estudada em função de cada entrevista realizada, referindo-se às questões particulares de cada indivíduo. Neste sentido, seguiram-se as seguintes fases:

A. **Leitura Inicial:** Nessa primeira leitura, foram identificados os pontos preliminares, ligados às categorias. Ademais, realizaram-se anotações acerca de aspectos relacionados à situação da entrevista (rapport, dificuldades de interação, disponibilidade e seu estado afetivo).

B. **Marcação:** Foram selecionados alguns trechos da entrevista que corresponderam às Categorias pré-estabelecidas, além de outros conteúdos também considerados importantes.

C. **Corte:** Os trechos selecionados foram retirados do texto.

D. **Junção:** Os trechos selecionados foram agrupados, ou seja, todas as anotações de uma mesma entrevista foram dispostas em protocolos de análise.

E. **Notação:** Realizaram-se observações marginais sobre os trechos, objetivando localizá-los na literatura e no contexto do grupo.

F. **Discussão:** As observações foram discutidas que se fizesse a segunda junção, onde foram agrupados os trechos de todas as entrevistas em relação a uma mesma categoria.

Segunda Fase

As entrevistas não foram consideradas individualmente e a junção se referiu aos conteúdos comuns a todas as entrevistas. Assim, as junções realizadas na etapa anterior foram agrupadas e estudadas em função da equivalência de conteúdos/significados, referindo-se às questões comuns, dentro de cada categoria. Seguiu-se as seguintes fases:

G. **Leitura Inicial:** Leitura para a identificação dos trechos, cujos significados foram comuns dentro de cada Categoria.

- H. **Organização:** Esses trechos foram agrupados e classificados em subcategorias com base em protocolos especiais.
- I. **Notação:** Quando necessário, foram ampliadas as observações marginais relacionando-as às subcategorias.
- J. **Discussão Final e Redação:** Realizada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos através da análise de conteúdo, relativo às categorias que surgiram durante as entrevistas.

2.6 - Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo ao Comitê de Ética em Pesquisa do centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), de acordo com a “Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, do Ministério da Saúde.

Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem que isso implique qualquer tipo de prejuízo ao atendimento oferecido pela instituição de saúde na qual o trabalho foi desenvolvido. Foi assegurado o anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade das informações prestadas pelo preenchimento dos questionários e da realização das entrevistas. Portanto, para as pessoas que aceitaram participar, foi entregue o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo a descrição do estudo e seus objetivos.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÕES

3 - Resultados e Discussão

3.1 - Perfil Sócio-demográfico, práticas sexuais e Vulnerabilidades

O perfil dos participantes aponta para indivíduos com média de 36,4 anos de idade (DP=10,51, variando de 19 a 70 anos), metade de cada sexo, a maior parte com renda maior que dois salários mínimos (N=19), escolarização fundamental (N=17) e média (N=12), residentes no interior do Estado (N=27). A maioria afirma religiosidade mediana (M=2,81; DP=,902 – variando de 1 a 5), em sua maioria, católicos.

Dentre os 36 participantes, 26 afirmaram sorologia positiva para o HIV/Aids; em relação ao tempo de diagnóstico, os respondentes relataram, em sua maioria (N=30), conhecimento superior a três anos. Em relação ao tempo de casamento, 30 participantes afirmaram ser acima de três anos, metade com diagnóstico pré-matrimonial e outra metade, pós-matrimonial. Dezoito participantes relataram ter filhos e outros 18 afirmaram não ter planejamento, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 2- Frequências referentes aos dados biodemográficos e clínicos

Variável		f	%
Sexo	Masculino	18	50
	Feminino	18	50
Tipo de convivência	Mesma casa	35	97,2
	Casas separadas	01	2,8
Faixa etária	20-29	11	30,6
	30-39	14	38,9
	40-49	08	22,2
	50-60	02	5,6
Escolaridade	Sem grau de escolaridade	03	8,3
	Ens. Fundamental incompleto	12	33,3
	Ens. Fundamental completo	05	13,9
	Ensino médio incompleto	02	5,6
	Ensino médio completo	10	27,8
	Ensino Superior	4	11
Religião	Católica	26	72,2
	Evangélica	03	8,3
	Outra	06	16,7
Renda (Salário mínimo)	<1	02	5,6
	1	15	41,7
	≥2	19	52,8
Capital/Interior	Capital	09	25
	Interior	27	75
Condição sorológica	HIV+	26	72,2
	HIV-	10	27,8
Sexo/HIV+	Masculino	13	50
	Feminino	13	50
Tempo de Diagnóstico (anos)	6 meses a 1 ano	02	5,6
	1-2	04	11
	3-5	12	33,3
	>5	18	50
Tempo de relacionamento	6 meses a 1 ano	05	13,9
	1-2	01	2,8
	3-5	12	33,3
	>5	18	50
Modalidade de relacionamento	Pré-diagnóstico	18	50
	Pós-diagnóstico	18	50
Planejamento de filhos	Sim	18	47,2
	Não	18	52,8

Sobre o local de moradia dos participantes da pesquisa, os resultados apontam, assim como em outros contextos (ONUSIDA, 2012; Silva, 2009), para a tendência de interiorização da epidemia, ou seja, a maior parte da amostra reside no interior do estado, sendo necessário o deslocamento dos participantes soropositivos para a capital, a fim de realizar o tratamento. Silva (2009) ainda enfatiza que o número de casos de HIV vem aumentando consideravelmente nas cidades de pequeno e médio porte, não sinalizando, necessariamente, que o número de casos da epidemia esteja maior nesses contextos do que nas grandes cidades, porém, os dados apontam que o HIV/Aids não se limita apenas a região metropolitana. Sobre esse fato, Lopes (2005) vem afirmar a tendência de estabilização do HIV nas grandes cidades e o aumento nos municípios pequenos.

Outra tendência que tende a se confirmar no presente estudo é no que diz respeito à feminização da Aids, visto metade dos respondentes soropositivos serem mulheres. A literatura aponta que tal fenômeno, no país, pode ser considerado como o mais relevante dos últimos anos em relação à epidemia, cuja causa de mortalidade é uma das principais nas mulheres em idade fértil (Ferreira, Figueiredo & Souza, 2011).

Em relação ao planejamento familiar, afirmado por 17 respondentes, ressalta-se a diminuição dos casos de transmissão vertical devido ao acompanhamento médico durante a gestação de muitas mulheres soropositivas, levando, alguns casais em situação de sorodiferença a planejarem filhos. Embora, a literatura tenha apontado que alguns profissionais repelem o desejo de muitas mulheres que vivem com o HIV/Aids de engravidar (Sant'Anna & Seidl, 2008), os dados demonstram uma maior abertura e apoio por parte de muitos profissionais médicos, sobre a gravidez no contexto da soropositividade.

Referente ao tempo de relacionamento, os dados demonstram que, assim como em outros estudos, o impacto da sorodiferença nem sempre sinaliza para um rompimento do relacionamento, mas o aumento da qualidade de vida das pessoas que convivem com o HIV/Aids pode proporcionar a manutenção dos seus projetos de vida (casais pós-matrimônio) assim como a reconstrução de outros (casais pré-matrimônio) (Reis & Gir, 2009). Sendo assim, aponta-se uma transformação no caráter da epidemia, de maneira que se passa de um status de morte iminente para um contexto de morbidade que pode ser devidamente manipulado (Polejack, 2001). Somado a esses avanços na qualidade de vida das pessoas que convivem com a epidemia, os resultados chamam a atenção para avaliação que os participantes fizeram de suas vidas, relacionamentos e saúde, uma vez que a maioria da amostra afirmou esses três aspectos de maneira positiva, sendo possível, portanto, conviver com o HIV e ter a percepção de bem estar subjetivo (Tabela 4).

Ainda no que concerne à modalidade de relacionamento pré-diagnóstico, é importante salientar que a permanência do casamento em uma relação sorodiferente após a descoberta do HIV nem sempre indica ausência de conflitos. As questões de gênero emergem em falas relacionadas à manutenção do status de esposa como causa para o não rompimento do casamento. Conforme assinala Mead (1974), o não divorciar-se nem sempre está ligado à ausência de conflitos entre o casal, mas a permanência do relacionamento pode estar atrelada aos princípios da indissolubilidade da instituição casamento, cujos aspectos culturais, sociais e religiosos podem reprimir a decisão, em especial do gênero feminino, de romper a relação.

Em relação ao acometimento de doenças sexualmente transmissíveis, doze participantes afirmaram ter contraído outras DSTs (HPV, herpes genital, sífilis,

gonorreia e HPV). Doze participantes afirmaram que se submetem à testagem anualmente, 9 semestralmente, 5 poucas vezes e 9 quase nunca. Dentre as práticas de risco, destacam-se dificuldades no uso de preservativo (N=25), não uso sistemático do preservativo (N=18) e relações extraconjugais (N=12), dos quais apenas 4 referem o uso de preservativo sempre. Dois participantes afirmaram que o parceiro não tem conhecimento da soropositividade para o HIV. Quanto à possibilidade do parceiro com sorologia negativa vir a ser contaminar, 11 participantes afirmaram ser grande, 12 pouca e 12 nenhuma. Questionados se recebiam informações sobre o conviver na sorodiferença, 19 participantes afirmaram nunca ter recebido. Dentre os 17 que afirmaram receber, 11 foi através de serviços de saúde, 4 pela mídia e 1 na família. Estes dados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3- Práticas Preventivas e Vulnerabilidades

Variável		f	%
DST	Sim	12	33,3
	Não	23	63,9
Tipo de DST	Sífilis	01	2,8
	HPV	04	11
	Herpes genital	04	11
	HPV e herpes genital	02	5,6
	Gonorréia	01	2,8
Frequência do uso do preservativo	Nunca	04	11
	Às vezes	05	13,9
	Quase sempre	09	25
	Sempre	17	47,2
Dificuldades no uso do preservativo	Nenhuma	10	27,8
	Poucas vezes	06	16,7
	Muitas vezes	03	8,3
	Sempre	16	44,4
Frequência de testes sorológicos	A cada 6 meses	09	25
	Anualmente	12	33,3
	De vez em quando	05	13,9
	Quase nunca	09	25
Chances de o parceiro contrair HIV	Nenhuma	12	33,3
	Um pouco	12	33,3
	Muita	11	27,8
Conhecimento do parceiro soronegativo sobre a condição de sorodiferença	Sim	23	63,9
	Não	02	5,6
Relação extraconjugal	Sim	12	33,3
	Não	23	63,9
Frequência do uso do preservativo na relação extraconjugal	Algumas vezes	06	16,7
	Quase sempre	02	5,6
	Sempre	04	11
Informações sobre casais sorodiferentes	Sim	17	44,4
	Não	19	52,8
Local de informações sobre sorodiferença	Serviços de saúde	11	30,6
	Mídia	04	11
	Família	01	2,8

A presença de outras DSTs remete à situação de vulnerabilidade, visto que outras infecções podem aumentar os riscos de transmissão bem como de reinfecção do HIV/Aids. Somado a essas questões, é importante ressaltar que um pouco mais da

metade dos participantes afirmou o não uso do preservativo em todas as relações sexuais, bem como dificuldades no uso. Evidencia-se, portanto, a identificação de fatores de vulnerabilidade na vivência sexual desses casais, vivências estas permeadas por crenças que desencadeiam resistência ao uso do preservativo mesmo em casais cujo HIV está presente, conforme verificado em outros estudos (Reis & Gir, 2008; Gonçalves et al., 2009).

Somado a esses aspectos para o aumento de situações de vulnerabilidade, tem-se o envolvimento em relações extraconjugais, em especial por parte do gênero masculino, ressaltando que nem sempre tais investidas se dão de forma protegida. No que diz respeito à acessibilidade de informações sobre a sorodiferença, é importante destacar que grande parte afirmou não receber informações sobre sua condição, embora sejam atendidos em centro de referência da região metropolitana do estado, apontando, portanto, a ausência de medidas que proporcionem informações a essa população.

Concernente à frequência de testes sorológicos para o HIV, observa-se por alguns, a não sistematização de comportamentos que podem diminuir a chance de transmissão do HIV bem como as chances de um diagnóstico precoce entre alguns casais sorodiferentes. Sobre a percepção de vulnerabilidade, embora maioria (N=24) tenha relatado que há chance de transmissão nos seus relacionamentos, é preciso ressaltar que tal percepção nem sempre implica no uso sistemático do preservativo, podendo demonstrar a existência de crenças que dificultam a adoção de medidas preventivas mesmo em casais que reconhecem os riscos envolvidos.

Conforme pode ser observado na Tabela 4, a preocupação com a Aids foi afirmada por 17 como muita preocupação, 09 se preocupa às vezes, 06 se preocupa um pouco e 03 negaram preocupação. Vinte e sete participantes afirmaram que a condição

sorológica não interfere no casamento, enquanto 12 afirmaram interferir um pouco e 2 afirmaram sempre. A auto-avaliação da saúde (M=2,97; DP=,618; intervalo 1-4), da vida (M=3,0; DP=,618; intervalo 2-4); e do casamento (M=2,97; DP=,747; intervalo 1-4) foi positiva (escalas variando de 1 à 4).

Testes de associação (qui-quadrado) entre as variáveis sexo, diagnóstico pré ou pós-matrimonial, ter ou não filhos e condição sorológica e as demais variáveis de interesse, demonstraram diferenças estatisticamente significativas apenas entre o sexo e o tempo decorrido entre as testagens ($p=,03$) e as relações extraconjugais ($p=,001$) e das relações extraconjugais com os grupos diagnósticos pré e pós-matrimonial ($p=0,06$) e dificuldade no uso de preservativo ($p=,04$).

Tabela 4- Aids no cotidiano relacional

Variável	<i>f</i>	%	Variável
O quanto se preocupa com a Aids	Não me preocupo	03	8,3
	Um pouco	06	16,7
	Às vezes	09	25
	Muito	17	47,2
O quanto o HIV interfere no relacionamento	Não interfere	21	58,3
	Um pouco	05	13,9
	Às vezes	07	19,4
	Sempre	02	5,6
Avaliação do relacionamento	Péssimo	02	5,6
	Ruim	04	11
	Bom	22	61
	Ótimo	07	19,4
Avaliação da vida	Ruim	05	13,9
	Boa	25	69,4
	Ótima	05	13,9
Avaliação da saúde	Ruim	07	19,4
	Boa	22	61
	Ótima	06	16,7

A preocupação com a Aids afirmada pela maioria pode demonstrar a doença enquanto fator de conflito e angústia no casamento sorodiferente, ressaltando que tais preocupações podem ser advindas das áreas sexuais desse casais, uma vez que os mesmos relataram dificuldades na manutenção do sexo seguro. Esses aspectos que contribuem para um aumento considerável da vulnerabilidade foram observados em outras pesquisas, verificando-se as influências do amor romântico em alguns casais sorodiferentes, cuja ideia de se manter mais próximo do parceiro através do não uso do método ou o simples fato de optar pelo risco de contaminação como uma prova de amor ao parceiro soropositivo se faz presente em suas relações sexuais (Saldanha, 2003; Reis & Gir, 2009).

3.2 -A vivência do casamento sorodiferente

No que concerne às entrevistas realizadas, estas se deram com a presença do casal, onde foi possível capturar formas de diálogo entre os casais sorodiferentes. Sobre a modalidade de relacionamento, dos oito casais entrevistados, cinco eram casais pós-diagnóstico, ou seja, casais que iniciaram seus relacionamentos conscientes da condição de sorodiferença, chegando à decisão de constituir matrimônio.

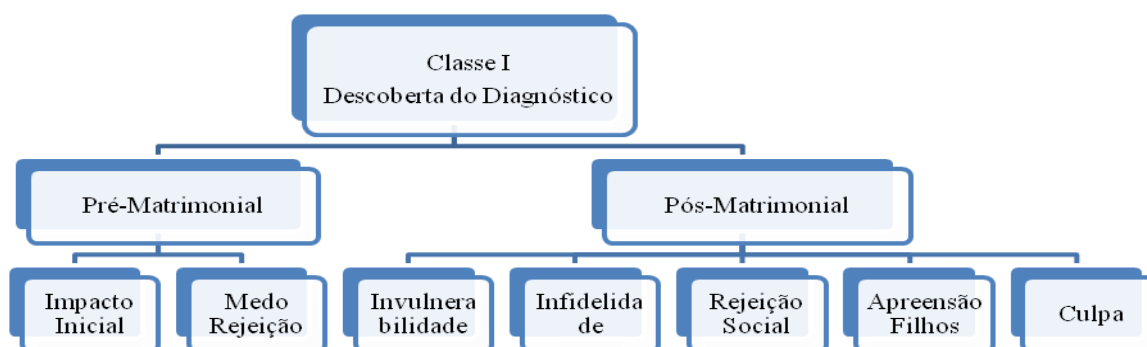
A partir das entrevistas, emergiram 3 Classes Temáticas. A primeira Classe Temática, intitulada “Descoberta do Diagnóstico”, divide-se em duas categorias: Pré-Matrimonial (subcategorias: Impacto Inicial e Medo da Rejeição) e Pós-Matrimonial (subcategorias: Invulnerabilidade, Infidelidade, Rejeição Social, Apreensão com os filhos e Culpa). Na segunda Classe Temática, “Cotidiano do Casamento”, emergiram 5 categorias: Medo (Contágio, Testagem), Cuidado (Adesão ao tratamento e Acompanhamento às consultas), Estigma e Preconceito (Relações Sociais, Família,

Trabalho), Reprodução (Planejamento, Transmissão Vertical, Saúde Materna) e Enfrentamento (Religioso, Conjugal, Sigilo). A terceira Classe Temática, “Prevenção”, divide-se em 2 categorias: Uso de Preservativo (Sempre, Intermitente, Ausência) e Uso de álcool.

3.2.1 – A descoberta do Diagnóstico

A confirmação de diagnóstico de uma doença incurável, de modo geral, leva a reflexão e ao questionamento sobre as relações interpessoais estabelecidas, bem como medo, incerteza, sintomas de ansiedade, depressão e sentimentos de horror, impacto e pânico. No caso dos participantes deste estudo, o momento relacional da descoberta diagnóstica, fez diferença. Para aqueles que tiveram conhecimento do diagnóstico antes do casamento, os sentimentos iniciais foram de medo e rejeição. Para aqueles que souberam do diagnóstico após o casamento, a situação é mais complexa, envolvendo multifatores, que vão desde o sentimento de invulnerabilidade, de ter sido traído, da rejeição social, até a preocupação com os filhos e a culpa (Gráfico 1).

Gráfico 1- Classe temática “Descoberta do diagnóstico”



3.2.1.1-Pré-matrimonial

Iniciar um relacionamento ciente da sorodiferença nem sempre implica em ausência de conflitos ou angústia por parte de ambos os parceiros (pós-diagnóstico). No entanto, implicam em situações diferentes dependendo de quem detêm o diagnóstico. Para o parceiro soronegativo, no momento da descoberta sorodiferente em situação que antecede o início do relacionamento podem ocorrer conflitos no sentido de desistir ou não da união, todavia, as falas mencionadas por parceiros soronegativos demonstram que, após o **impacto inicial**, o viver com a sorodiferença pode ser naturalizado na vivência do casal, conforme retratam as falas abaixo:

“Assim que a gente se conheceu, ela logo me contou que tinha HIV, sei lá, na hora que eu soube eu queria desistir né, eu tive medo de pegar, de ser contaminado.” (HIV- M CASAL7).

“...Na hora me passou de tudo pela cabeça, menos isso. Pensei, sei lá, que ela fosse uma ex-presidiária ou ex-drogada, porque seria até mais fácil isso, aí ela foi e falou que era portadora” (HIV- M CASAL8).

Por outro lado, no caso do parceiro soropositivo, a revelação de sua condição antes do estabelecimento da relação pode indicar aspectos ligados ao **medo da rejeição**, colocando-o em situação de angústia e insegurança. Semelhantemente, estudos apontam que é muito comum entre indivíduos solteiros soropositivos o temor em revelar ao outro a soropositividade pelo medo de não ser aceito, o que leva, em alguns casos, a omissão e a não exigência do sexo protegido (Silva & Camargo Jr, 2011).

“Eu tive medo de que ele não me quisesse por isso, deu medo, de ser rejeitada.” (HIV+ F CASAL8).

3.2.1.2-Pós-matrimonial

No que diz respeito às subcategorias emergidas a partir da modalidade de relacionamento Pós-Matrimonial, dentre as falas estabelecidas, o sentimento de invulnerabilidade anterior ao conhecimento foi mencionado por uma parceira. Este

sentimento pode dificultar a adesão a hábitos sexuais preventivos, como por exemplo, o uso do preservativo nas relações sexuais (Remien, 2002).

“Não senti medo mesmo, porque assim, nem passava pela minha cabeça isso, sei lá, eu não imaginava. A partir do momento que a gente soube, eu pensei logo “Meu Deus, isso tinha que acontecer comigo?” (CASAL6 HIV- F).

A questão da infidelidade foi outro aspecto levantado entre casais Pós-matrimônio, visto a descoberta da sorodiferença no contexto matrimonial sinalizar para possíveis relações extraconjugais, nesse caso, por parte do gênero masculino, colocando em cheque elementos do amor romântico, como a segurança e a fidelidade. Pela fala abaixo, observa-se que a quebra da confiança entre o casal se torna mais importante para a mulher do que a questão da soropositividade, ou seja, a descoberta da infidelidade gera maior sofrimento psíquico do que a própria chance da contaminação.

“Quando ele chegou em casa...que ele veio me dá a resposta, nossa!Pra mim acabou tudo ali, foi como se tivesse um buraco ali e eu cai dentro!Porque eu achei que ia dá negativo, aí de repente, vem esse resultado, então, pra mim, foi uma bomba, entendeu. Eu estava terminando o almoço, aí quando ele chega vem com essa notícia, ele tava assim, tranquilo, calmo, já eu ne. Eu fiquei arrasada não foi nem de eu ter pegado não, foi dos dois ne, do HIV nele e da traição. (CASAL6 HIV- F).

Em relação ao impacto para o parceiro soropositivo na modalidade pré-diagnóstico, a exposição do segredo que vem à tona em decorrência da descoberta da soropositividade, leva a uma série de receios de perdas e sentimentos ligados ao abandono da família (Polejack & Costa, 2002) como a fala abaixo, no parceiro soropositivo:

“Passou logo na minha cabeça que eu ia perder minha família! Ela não ia entender quando eu chegasse em casa com uma notícia dessas!” (CASAL6 HIV+ M).

Somado ao medo do abandono da família, emergiu também, enquanto subcategoria, a questão da Rejeição social enquanto fator de angústia no momento do impacto da descoberta.

“Primeiro ele pensou logo no abandono, na rejeição...ele pensou logo no abandono da sociedade.” (HIV- F CASAL2).

A fala da parceira soronegativa expressa o primeiro sentimento que se estabeleceu no momento da descoberta, sentimento este ligado ao abandono de suas relações sociais, uma vez que o HIV ainda carrega forte estigma social. Segundo Silva e Camargo Jr (2011), é comum que, após a descoberta da sorodiferença, muitos indivíduos soropositivos e, conseqüentemente, seus parceiros, optem pelo afastamento de familiares e amigos pelo medo da rejeição. Os autores ainda salientam que mesmo o parceiro soronegativo da relação tende a sofrer discriminação de suas relações sociais, pela crença de que a escolha de conviver com um parceiro soropositivo está fadada à transmissão do vírus (Silva & Camargo Jr, 2011).

Ainda sobre a descoberta do diagnóstico no relacionamento pós-matrimonial, temores ligados aos filhos emergiram pelo gênero feminino. A parceira soronegativa, no momento da descoberta do HIV no cônjuge, desenvolve, primeiramente, sentimentos ligados à preocupação materna mais do que a transmissão em si:

“Aff, eu não gosto nem de lembrar, eu fiquei sem chão, assim, eu pensei logo em mim, na reação, assim, porque eu tenho uma menina, não por causa da menina mesmo, que não é filha dele, mas pelo fato de eu chegar a adoecer e não tá mais perto dela, no futuro dela.” (HIV- F CASAL2).

A fala acima aponta que ao se pensar na maternidade no contexto do HIV/Aids se deve remeter não apenas a questão da transmissão vertical, mas também aos filhos, concebidos antes da sorodiferença, gerando em muitas mães o medo da falta de cuidado

e da orfandade. Outro sentimento que também emergiu na fala de casais pré-diagnóstico, é a culpa, tanto do parceiro soropositivo frente à possibilidade de transmissão, quanto do parceiro soronegativo diante de uma situação futura de contaminação:

“Durante esses dois meses eu fiquei preocupado viu, na hora foi tudo bom, mas depois a preocupação veio e cada dia que passava eu ficava mais angustiado pra fazer logo o exame. Porque assim, eu me conheço e eu sei que eu ia culpar ela pelo resto da vida se caso acontecesse o pior.” (HIV- M CASAL7).

Segundo o parceiro soronegativo, a ocorrência da transmissão acarretaria em conflitos entre o casal, interferindo na vivência de ambos e podendo provocar um suposto rompimento do casamento. Reis e Gir (2009) salientam que, embora o reconhecimento do risco da transmissão possa contribuir para que medidas preventivas sejam tomadas pelo casal sorodiferente, tal reconhecimento pode desenvolver ansiedade e sentimentos de culpa, dificultando a convivência do casal, em especial sua vivência sexual.

Independente do conhecimento do diagnóstico ter sido pré ou pós-matrimônio, traz consigo sentimentos diversos, a exemplo do medo do preconceito, da rejeição, enfim, dos julgamentos que a doença pode gerar. Observa-se, portanto, concordando com Maliska, Padilha, Vieira e Bastiani (2009), que o diagnóstico da Aids enfatiza aspectos psíquicos, sociais, culturais e econômicos do que propriamente biológicos. Trata-se de uma situação limite cuja intensidade pode ser maior de acordo com as interpretações subjetivas de cada pessoa acerca da Aids, ou seja, são reações fortemente influenciadas pelas crenças e valores individuais e sociais no contexto no qual a pessoa se encontra inserida.

Nesse sentido, o temor da Aids não está relacionado apenas à presença do vírus, mas na descoberta deste diagnóstico, tornando públicos aspectos da vida privada.

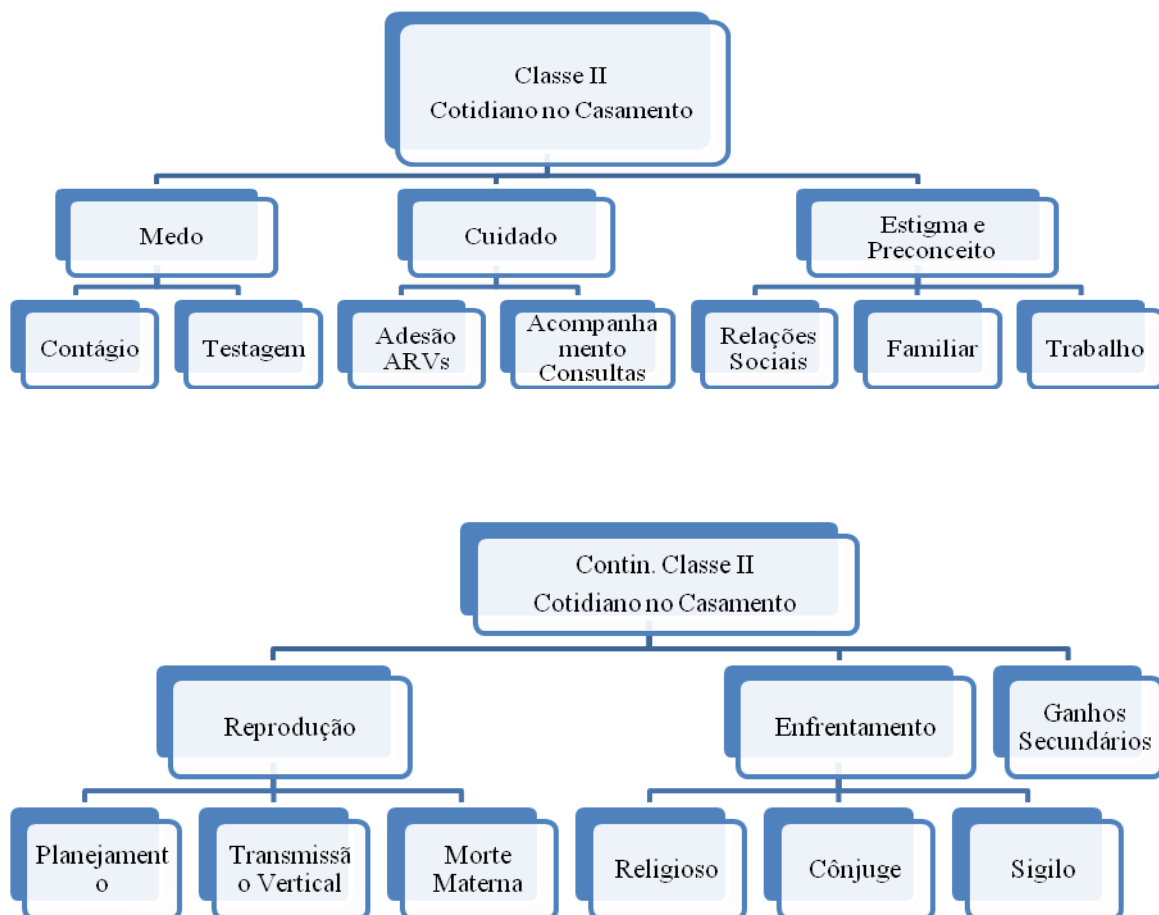
Explica-se, assim, o silêncio frente ao diagnóstico. No imaginário popular ainda prevalece crenças dos primórdios da epidemia, que situam a pessoa soropositiva como um indivíduo “desviante”. De acordo com Velho (2003), reconhecer-se como ser “desviante” significa estar exposto a julgamentos, a exclusão, tendo talvez como primeira ameaça não a doença enquanto processo fisiopatológico, mas a doença como provocadora de uma condição social patológica.

A pessoa, ao receber um diagnóstico como o de Aids, se vê suspenso entre dois grupos que se excluem mutuamente: o dos “sãos”, ao qual ele deixou de pertencer contra a vontade; e o dos “doentes” (Nogueira, 2009). Assim, o autor coloca o problema dos desviantes numa perspectiva patológica, sendo o indivíduo desviante encarado a partir de um ponto de vista médico, opondo comportamento “normal” e “anormal”. Ressalta ainda que o desvio ou comportamento desviante é uma criação da sociedade, função das regras sociais que definem situações sociais e os tipos de comportamento apropriados a ela. No entanto, ao tratar da sorodiferença, emerge uma terceira pessoa, o parceiro soronegativo. Diferente do parceiro soropositivo, que não escolheu pertencer ao grupo dos “doentes”, ele “escolhe”, sem possuir a patologia, fazer parte deste grupo, tornando-se também um “desviante” aos olhos da sociedade. Conforme colocado por Velho (2003), “o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa faz, mas sim a consequência da aplicação de outrem de regras e sanções ao “transgressor” (p.24). Aqueles que se afastam do que é considerado correto dentro de tais circunstâncias sofrem a estigmatização por conta da ação das categorias de acusação.

3.2.2. – Cotidiano no Casamento

O cotidiano no casamento sorodiferente é permeado por sentimentos de medo do contágio e da necessidade permanente do cuidado voltado para o tratamento. O estigma e preconceito toma forma nas relações sociais, no seio da família e no ambiente de trabalho. A maternidade, mesmo planejada, é assombrada pela possibilidade da transmissão vertical ou morte materna. O enfrentamento a todos os aspectos envolvidos é encontrado na religião e no parceiro, bem como no sigilo. Não obstante, existem ganhos secundários para o feminino, que passa a ter maior atenção do parceiro.

Gráfico 2- Classe temática “Cotidiano do Casamento”



3.2.2.1. Medo

Elementos ligados ao medo emergiram nas falas de alguns casais, especialmente medos ligados ao Contágio e à Testagem. Sobre o medo do contágio, tal aspecto esteve ligado a comportamentos sexuais desprotegidos, conforme sugere a fala:

“...Teve sim uma vez que a gente transou sem camisinha, mas logo em seguida eu fiquei desesperada, ele já veio no outro dia tomar a medicação e depois de uns meses fez o exame e deu negativo.” (HIV+ F CASAL1).

A fala demonstra que os riscos da transmissão são percebidos pela parceira soropositiva, o que acarreta em culpa, todavia, não é suficiente para que o casal adote comportamentos sexualmente seguros. A questão do medo do contágio foi relatada principalmente pelo gênero feminino, quando a mulher era a soropositiva da relação.

“Eu tenho muito medo de passar, de olhar pra aquela pessoa e saber que eu passei, porque eu sei a gravidade do problema, hoje eu já estou mais acostumada e tudo... Eu tenho muito medo de passar pra ele, eu digo a ele, eu tenho medo de nosso casamento não dá certo e ele ficar com esse problema, porque eu acho que ninguém ia saber encarar esse problema, só eu.” (HIV+ F CASAL8).

“Se um dia ele chegar a pegar, eu vou me sentir muito culpada.” (HIV+ F CASAL4).

“É muito difícil, porque eu tenho muito medo de transmitir pra ela, eu tenho medo porque sei lá, tem muita gente que porque tem não liga de infectar a outra pessoa, mas eu não penso assim, aquilo que eu não quero pra mim, eu não dou para os outros. Porque, sei lá, se chegar a esse ponto, que eu quero que nunca chegue, é ruim demais, muitas vezes eu tenho que ter muito cuidado, até quando eu estou com uma feridinha qualquer no corpo eu não gosto nem de tocar nela, se eu tiver gripado eu separo prato, tudo, eu separo logo os meus troços. Eu tenho medo, eu não quero transmitir isso pra ela, eu sinto muito medo, então, eu acho melhor separar meus troços, eu sei que HIV não pega assim, mas eu tenho medo” (CASAL6 HIV+ M).

A partir dos discursos observa-se que o medo masculino está ancorado no contágio em si, ou seja, reflete objetivamente medidas de prevenção, enquanto o feminino se ancora na culpa, no subjetivo. No entanto, ambos remetem ao ato de cuidar.

A palavra cuidado pressupõe preocupação para fora de si, no sentido de preservar o outro, logo, é uma atitude relacional (Luz & Mirand, 2010). Histórica e culturalmente, o cuidado é feminino. Assim considerado, entende-se os discursos femininos que remetem ao sentimento de culpa frente a uma possível contaminação do parceiro. A contaminação remeteria a falta de cuidado, portanto uma falha da mulher. Por outro lado, os discursos masculinos refletem toda a racionalidade esperada e objetivada em comportamentos práticos e efetivos (Saldanha, 2003).

Ressalta-se ainda um dado do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA), de que os homens geralmente são perdoados pelas atitudes causadoras da sua infecção, enquanto as mulheres são responsabilizadas (Almeida & Labronici, 2007). Nesse sentido, medidas são tomadas entre os casais objetivando a redução da tensão entre o medo da infecção e o desejo da manutenção da atividade sexual, podendo variar desde a negação do risco, desenvolvendo a crença de que o parceiro soronegativo é imune ao vírus, até medidas radicais de evitação do contato (Reis & Gir, 2009).

Aliado e em consequência do medo do contágio, emergiu o medo da testagem. De acordo com Saldanha (2003), o teste para o HIV pode ter diversos significados, desde positivo, onde serve de salvo-conduto para o exercício da sexualidade, até o temor da rejeição. Sendo assim, identificam-se dois discursos: (1) vinculados a sentimentos de vulnerabilidade pessoal e a necessidade de manter a integralidade corporal; (2) vinculado à aceitação do indivíduo do seu risco pessoal, como ritual para diminuir a ansiedade gerada pelo risco percebido.

“Eu peço também pra ele vir fazer o exame, agora que eu consegui depois de quase 2 anos sem ele querer vir. Eu tento conversar com ele sobre a gente se cuidar, o risco que ele corre, mas ele não deixa nem eu falar, ele se chateia logo, aí eu paro. Não

quer nem fazer o exame, eu acho que ele tem medo de fazer e descobri que tem, por isso ele tá sempre adiando...” (HIV+ F CASAL3).

“Eu tenho medo de fazer, sei lá, é melhor nem saber, eu fiz duas vezes e deu negativo, mas toda vez que é pra fazer eu fico nervoso” (HIV- M CASAL3).

“E ela tá sempre fazendo o exame, ela faz exame de seis em seis meses. Mas depois desses sustos, a gente agora só faz com camisinha. Pra evitar eu dá complicação pra ela, a gente sempre usa.” (HIV+ M CASAL5).

“Sei lá, é como se eu já estivesse preparado, antes eu fazia o exame de seis em seis meses, agora eu faço todo ano, e eu sempre fico naquela expectativa.” (HIV- M CASAL4).

“Eu sentia medo demais dessas tentativas, quando eu fazia o exame que ia pegar o resultado, o coração ia bem apertadinho, e ela sempre perguntava “E aí, tá preparado?”, e eu dizia “Tô, eu sei que vai dá negativo” e dava negativo.” (HIV- M CASAL7).

A testagem representa ao mesmo tempo a assertiva da possibilidade de contágio, como a sua comprovação. Mesmo casais que admitem estar suscetíveis à Aids são ambivalentes ao atendimento de ações preventivas. Os indícios de suspeita podem levantar a necessidade de testagem, que mesmo assim poderá passar por adiamentos quanto às providências para exame e conhecimento do resultado. De acordo com Finkler, Braga e Gomes (2004), os motivos que levam os casais a procurar o teste para HIV podem ser reunidos em três grupos: percepção de risco, encaminhamento médico e pressão do grupo social. A percepção de risco é relacionada à soropositividade do atual cônjuge.

3.2.2.2. - Cuidado

A categoria *Cuidado* se refere à presença do parceiro soronegativo no que diz respeito ao tratamento do parceiro soropositivo e a motivação para a adesão aos antirretrovirais. Foi mais observado em relação às mulheres soronegativas no cuidado

com os parceiros soropositivos. Em relação à adesão ao tratamento, observou-se a importância do cuidado do parceiro na manutenção do tratamento adequado.

“Ele é teimoso, teimoso no tratamento, ele não entrou aqui dentro na enfermaria, eu que já pedi pra ele entrar, eu já entrei porque eu sou muito corajosa, eu queria mostrar a ele, porque eu já vi muita situação difícil, eu já disse até ao médico “Bota ele aí dentro, doutor, pra ele vê como é”, pra ele se orientar! Então, assim, durante quatro anos, sou eu quem marco as consultas, sou eu quem pego medicamento, tudo sou eu, você não vê ele aqui. Então eu faço de tudo pra não acontecer com ele o que eu vejo ali dentro.”(enfermaria) (CASAL6 HIV- F).

“Ah, ela quem ajuda mesmo, com os horários de medicamento, hoje eu lembro mais, mas é sempre quem tá lembrando é ela...” (CASAL M 6)

“Ela pega muito no pé, ela tá sempre me lembrando dos horários do remédio, porque eu tenho que cumprir os horários. As vezes eu não to muito esperto com isso, mas ela sempre tá ali no meu pé. E pras consultas ela sempre me acompanha, não em todas, porque tem a filha dela também, daí eu entendo ne. Mas sempre que tem oportunidade ela tá do meu lado.” (HIV+ M CASAL2).

Retoma-se aqui o conceito de cuidado. Historicamente, as atividades das mulheres têm sido demarcadas ao redor do cuidado. Tais atividades representam, ao mesmo tempo, espaço de poder e espaço de controle ao saber e ao viver feminino. Isso tem sido culturalmente transmitido e interiorizado na construção do ser mulher (Budó et al., 2008). No entanto, com a transformação nos papéis de gênero, observa-se, ainda que minoritariamente, o masculino desempenhando o cuidado.

“...E as vezes eu fico no pé dela pra tomar esse medicamento, porque ela esquece. E não era pra ela esquecer, até porque já faz uns 4 anos que ela tem esse problema. A primeira vez que eu to vindo pra uma consulta dela é hoje.” (HIV- M CASAL8).

“Eu sempre to mandando ela tomar o remédio, aí ela diz ‘É muito forte, se fosse tu, tu não aguentava’.” (HIV- M CASAL3).

No entanto, este cuidado fica mais restrito à lembrança dos horários dos medicamentos. Quando se trata do acompanhamento às consultas e exames ainda não se faz presente.

“Ele participa pela metade, quando eu chego, eu conto tudo. Ele participou mesmo na gravidez, ele participou mesmo. E ele nunca me avisa dos horários não, ele é mais esquecido que eu” (HIV+ F CASAL4).

“Não, não acompanha não. Eu queria que ele me acompanhasse, às vezes eu peço pra ele vir comigo, mas ele não quer, e sei lá, é ruim vir sozinha ne.” (HIV+ F CASAL3).

“Ajuda, assim, sempre que ele pode ele me deixa lá no Clementino, mas pras consultas mesmo até agora ele nunca foi não. Por que assim, quando ele tá de férias eu nunca consigo marcar ne. Seria bom a presença dele, até porque a doutora, que eu digo que é minha segunda mãe, ela tem vontade de conhecer ele, mas nunca dá pra ele ir.” (HIV+ F CASAL7).

“Participar da consulta mesmo não, eu já fui uma vez, assim que ela descobriu, faz muito tempo.” (HIV- M CASAL4).

Tanto as falas relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso como aquelas referentes à realização das consultas expressam, de maneira geral, uma maior participação feminina no tratamento do HIV/Aids, podendo remeter ao papel da mulher construído socialmente, cujas construções histórico e social, atribuem ao gênero feminino o papel do cuidar (Stearns, 2012). No contexto da sorodiferença, esse papel atribuído à figura feminina também pode ser observado, uma vez que, mesmo em situação de sorodiferença onde o homem é o soropositivo do casamento, cabe à mulher tomar para si a responsabilidade do tratamento do cônjuge, de maneira que o gênero masculino acaba recebendo um maior apoio em consequência de tal construção.

3.2.2.3. Estigma e Preconceito

Chamada inicialmente de *peste gay*, as representações construídas basearam-se em crenças e moralidades, principalmente relacionadas à sexualidade. A moralidade social imputou grande culpa e responsabilidade ao que vive ou convive com HIV/Aids. Nos dias atuais, a política de acesso universal ao tratamento de Aids diminuiu as internações e os indicadores de mortalidade por Aids. No entanto, enquanto os avanços técnicos são indiscutíveis, de outro, as pessoas que vivem ou convivem com a Aids continuam expostas à estigmas e discriminações (Silva, 2009).

O estigma e o preconceito, para os casais deste estudo, veio das relações mais próximas: círculo de amizades, família e no trabalho. Emergem estereótipos físicos que remetem ao início da epidemia, bem como formas de transmissão do vírus já desmistificadas pela ciência. Segundo Silva e Camargo (2009), a falta de informação sobre a doença e o tratamento contribui para a manutenção do estigma social, gerando sentimentos negativos como solidão e angústia. E o estigma tende a levar a mais sofrimento, que por sua vez resulta no silêncio sobre o assunto. E o segredo pode favorecer que o estigma ganhe espaço (Duffy, 2005; Silva & Camargo Jr, 2011).

“...Muita gente se afastou de mim, até hoje eu fico sabendo de coisas que falam de mim, eu fico magoada ne, mas procuro esquecer. No início foi difícil demais, eu andava com muitos amigos, e quando souberam, ninguém mais queria ficar perto de mim, por isso que eu sei que foi por causa do HIV, eles achavam que ia pegar.” (HIV+ F CASAL3).

Eu já e muito, a vizinhança mesmo, principalmente pessoas que não me conhecem. Por que eu sou conhecida lá por “bebê”, então, eu sei de pessoas que falam pra outras “olha, toma cuidado com bebê, você não sabe o que ela tem”, daí, as pessoas que são minhas amigas vem me contar. Teve uma vez que uma pessoa que eu mal conhecia chegou pra mim e perguntou “Menina, vem cá, eu estou sabendo uma coisa tão grave de tu”, e eu nem imaginava ne e ela falou “Fulana me falou uma coisa tão feia de tu..” então eu disse logo “eu sou, mulher, eu sou sim soropositiva”. Só sei que essa pessoa continuou perguntando “menina, tu tem certeza, já fizesse um exame mais profundo pra saber porque tu não tem cara não”. (HIV+ F CASAL1)

“É, geralmente o povo chegava pra o meu pai e dizia “Rapaz, tu vai deixar uma filha tua namorar com um rapaz que tem Aids!?Tu sabe que ele vai morrer e ela vai morrer também por isso!” (HIV- F CASAL5).

A família dela não queria de jeito nenhum que a gente ficasse junto! (HIV+ M CASAL5).

Foi observado que o preconceito não atinge apenas o indivíduo soropositivo para o HIV, mas também ao seu parceiro soronegativo. Segundo Saldanha (2003), além da possibilidade de infecção entre os parceiros, há uma questão de desvalorização simbólica da relação entre pessoas marcadas socialmente como diferentes, ou “desviantes”. Mais do que a própria doença, no tocante à sorodiferença, este preconceito está inserido em um contexto mais amplo, que se refere à dificuldade que se tem em aceitar a união entre diferentes, no caso, a união entre alguém que é “saudável” e alguém que é “doente”. Por outro lado, quando a descoberta da sorodiferença se dá após o matrimônio, pode ser mais bem aceita, uma vez que, a permanência do casamento estaria ligada a um papel cobrado pela família e pela sociedade, cuja indissolubilidade ainda se faz imposta por aspectos culturais e religiosos (Mead, 1971). São questões que se sobrepõem à Aids, estando circunscritas em torno do valor atribuído à conjugalidade.

“E tem também o preconceito do povo né. Lá na minha cidade tem muito preconceito, nem ele corta o cabelo lá e nem eu faço minhas unhas...porque eles não fazem. Daí, a gente tem que ir pra outra cidade pra ele cortar o cabelo e eu ir na manicure. Eles não falam porque é, mas a gente sabe ne. Eu me sinto muito mal, mas aí tenho que fazer em outra cidade, ne.” (HIV- F CASAL5).

É chato acontecer isso ne, mas eu não posso fazer nada. Eu nem discuto mais, eu sei que não posso mais cortar o cabelo na minha cidade, então, fazer o que né. Eu cheguei onde eu estou morando em 2007, aí comecei a cortar cabelo com a cabeleireira de lá, e por isso teve um monte de gente que parou de cortar cabelo com ela pensando que iam pegar essa doença assim. (HIV+ M CASAL5).

Embora a prática discriminatória no ambiente de trabalho seja ato inconstitucional, tal situação foi verificada nas falas apresentadas, principalmente com o

indivíduo soropositivo da relação, sendo relevante destacar outro tipo de crime, que foi a quebra do sigilo sobre a condição soropositiva da entrevistada.

“Aí minha cunhada contou pra o meu patrão que eu era portadora do vírus, e ele foi e me colocou pra fora do emprego. E ele disse que tava me colocando pra fora por causa disso, e eu disse pra ele “Olhe, isso é preconceito, eu posso perfeitamente, procurar a justiça”, mas como ele já era idoso, e, assim, eu não sou uma pessoa má, daí eu falei “Vamos ficar por isso mesmo, eu só espero que o senhor não faça isso com outra pessoa”. (HIV+ F CASAL7).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), de acordo com sua Recomendação nº 200, afirma a garantia dos direitos humanos aos indivíduos que possuem o HIV/Aids nos seus ambientes de trabalho, de maneira que práticas estigmatizantes e preconceituosas são proibidas, todavia, comportamentos discriminatórios ainda são comuns no contexto do HIV/Aids, como explicitado por Gunther (2013) ao afirmar que as pessoas soropositivas que passam por tal situação tendem a sofrer dois tipos de doença: uma delas diz respeito ao preconceito, de forma que esses indivíduos são estigmatizados, podendo viver uma situação de vitimização dupla, pela doença que o acomete, bem como pela discriminação voltada para ele. Apesar de todos os avanços legais e sociais relacionados à epidemia, o autor ainda aponta que o HIV/Aids, dentre os casos de saúde, provoca situações mais frequentes de práticas discriminatórias (Gunther, 2013).

De acordo com pesquisa realizada com indivíduos soropositivos sobre suas situações trabalhistas, Ferreira e Figueiredo (2006) verificaram que para o empregado soropositivo, o sigilo sobre a condição de soropositividade no mundo do trabalho, pode se configurar enquanto estratégia de proteção às situações de discriminação, preservando sua condição no ambiente de trabalho.

3.2.2.4.Reprodução

A partir da diminuição dos casos de transmissão vertical, tem se verificado uma maior frequência de casos de gravidez no contexto da sorodiferença, bem como uma maior abertura por parte dos serviços de saúde em tratar sobre o tema (Ruibal & Larcher, 2009). Semelhantemente, no presente estudo foram apresentados discursos relacionados ao planejamento familiar, cujos médicos foram mencionados enquanto apoiadores de tal planejamento, trazendo uma realidade diferente de outros estudos que identificaram profissionais de saúde não acolhedores quando mulheres em situação de soropositividade expressavam o desejo de engravidar, gerando represálias e censuras por parte dos profissionais (Sant'anna & Seidl, 2008).

“O que o médico falou pra mim foi assim, que o ideal seria quando ele terminasse o tratamento do pulmão, porque ele tá tomando muita medicação. Nos exames dele tem que tá tudo ok, e no meu também e procurar a data específica, a data bem certa pra ser só uma vez sem a camisinha.”
(HIV- F CASAL2).

“Assim, a médica conversou comigo, falou pra mim como seria a gravidez, que eu tinha que tomar a medicação direitinho, me alimentar bem durante toda a gravidez e que a imunidade tinha que tá sempre alta pra que a criança não contraísse o vírus ne, e depois tinha o parto, tinha que tomar AZT durante o parto, tinha que ser cesárea, não poderia ser normal, tinha que tomar o AZT 42 dias depois, então, tudo isso foi explicado pra mim pra eu poder decidir se queria engravidar.”
(HIV+ F CASAL4).

“O filho a gente sempre planejou, desde que casou, só que aí, eu procurei a médica, pra eu fazer tudo direitinho, pra que ela ficasse me acompanhando, pra que eu pudesse engravidar, só que aí eu não tinha êxito. E foram os períodos que a gente não teve relação com camisinha, então, estava sendo muito arriscado pra gente, muitas tentativas sem efeito. Depois desse dia a gente se cuida mesmo, a gente só ficou sem usar combinado com a médica no período que a gente queria engravidar. Ela disse que a gente esperasse um ano por aí pra tentar ter o nosso, porque o que tá empatando mesmo, como ela disse, é a ansiedade, porque tanto eu como ele pode ter, e era só a ansiedade que estava empatando.” (HIV+ F CASAL7).

As falas emitidas demonstram uma assistência onde o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos dos casais são preservados, uma vez que a acessibilidade e acompanhamento por parte do profissional permite uma escolha consciente e livre por parte do casal. Conquanto, as falas apontam para ações de redução de danos, uma vez que há riscos envolvidos na tentativa desses casais de engravidar, e tal situação aponta para questões envolvidas no que tange à garantia que os casais sorodiferentes devem ter para engravidar de forma segura, utilizando, por exemplo, as modernas técnicas de reprodução assistida. Embora o documento dos “Direitos sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo” (Brasil, 2005) mencione sobre tais técnicas nos serviços públicos de saúde, observa-se por meio das entrevistas, que os casais não possuem acesso a estas técnicas que poderiam preservar tanto dos riscos de transmissão vertical quanto das chances de contaminação do parceiro soronegativo.

Em contrapartida à subcategoria relacionada ao planejamento, algumas falas remeteram ao medo da transmissão vertical como causa para que o casal opte não ter filho.

“Eu sempre com medo de engravidar pra não passar pra o bebê.” (HIV+ F CASAL4).

“Ela quer, é doida pra ter, mas eu não quero não, pode nascer com esse problema aí.” ((HIV- M CASAL3).

“Ela é doida pra ter filho, mas a gente não planeja não, por causa do HIV.” (HIV+ M CASAL5).

Percebe-se, nas expressões descritas, que o desejo somado à preocupação com a gravidez foi mais enfatizado pelo gênero feminino, podendo trazer sofrimento psíquico, salientando que tal sofrimento pode se remeter ao fato de a maternidade ainda ser vista enquanto acontecimento socialmente esperado (Knauth et al., 2002). Ainda em relação

ao temor frente à possibilidade da gravidez, a subcategoria Saúde Materna também remete à insegurança maior no gênero feminino, cuja ausência de informações sobre a reprodução no contexto da soropositividade acaba extinguindo a escolha pela gravidez, conforme expressa o casal:

“E eu também tenho medo de ter, porque se eu chegar a partir, vou deixar meu filho ne. E antes de eu ter esse problema, de me informar, eu ficava pensando, quando eu via casos desses de mulheres tendo filhos, “Meu Deus, que mulher louca, como é que elas tem filho, desse jeito? Nessa condição?”, mas aí os profissionais me esclareciam “Mas, elas tem esse direito, a gente não pode proibir uma mulher de ser mãe, de ter um filho”. Foi aí que eu me informei mais sobre isso, mas eu tenho medo, eu sei que sou radical, mas eu tenho muito medo”. (HIV+ F CASAL8).

“Sim, eu penso, ela não, ela não quer porque tem medo da morte por causa da imunidade dela que é muito baixa. É porque teve uma conhecida da gente que tinha esse mesmo problema e faleceu no parto, daí, ela fica com esse medo.” (HIV- M CASAL8).

3.2.2.5. Enfrentamento

O enfrentamento foi ancorado na religiosidade, no apoio mútuo entre os parceiros e no sigilo. A maioria dos participantes apontou para o aumento da religiosidade após a descoberta do HIV, corroborando com as afirmações de David (2002) quando declara que a crença na divindade diz respeito a um dos recursos mais frequentemente utilizados pelo conforto espiritual que traz.

“Eu sempre tive o conhecimento ne, sempre segui, e depois dessa descoberta então, porque quando eu me lembro que os médicos chamaram a minha família e disseram que eu estava desenganada e hoje eu estou aqui eu tenho mais fé ainda.” (HIV+ F CASAL1).

“Ele é católico e eu sou evangélica. E minha fé aumentou e muito, eu sempre fui criada dentro da igreja, mas eu passei muito tempo afastada, então, o momento que eu descobri foi realmente o momento onde eu me apeguei mais, foi mudando ne, foi me restaurando, então, a cada dia que passa vou me restaurando mais.” (HIV+ F CASAL4).

“Depois da descoberta veio totalmente a fé, por que a gente não era pessoas de frequentar a igreja como a gente frequenta hoje, a gente era de tá mais em balada, sempre bebendo, entendeu, hoje a gente ainda brinca, mas é menos, é mais assim pra

mim a fé foi tudo, eu acho assim, se Deus me deu aquele milagre de não pegar, se hoje Deus deu a ele...porque hoje ele tá totalmente diferente, tá bom, e a gente alcançou muita coisa, então, eu penso que a fé voltou outra vez. Eu não ia pra igreja pelo amor, eu só voltei a ir pela dor, então, depois da descoberta é que veio a fé totalmente.”
(CASAL6 HIV- F).

“Eu sou católica, eu não sei nem explicar, porque eu não costumo frequentar a igreja não, eu tenho a minha fé, mas eu acho que não precisa tá na igreja pra ter a minha fé não. Mas eu acredito, eu tenho fé que um dia eu vou ficar boa.” (HIV+ F CASAL3).

Durkheim (1978) já afirmava que o indivíduo que tem crenças religiosas sente em si mais força, seja para suportar as dificuldades da existência, seja para vencê-las, pois está como que elevado acima de sua condição humana. No entanto, é importante ressaltar que tal estratégia pode abrir espaço para a negação do problema e falta de adesão ao tratamento pela crença de que a cura virá através de um milagre (Saldanha, 2003; Cardoso & Arruda, 2005).

Outra estratégia de enfrentamento mencionada foi à importância do apoio do cônjuge soronegativo, sendo possível apreender, principalmente entre as participantes feminina, elementos do amor romântico, justificando a permanência do relacionamento.

“Depois a gente sentou e conversou, aí eu disse a ele ‘Eu não vou lhe abandonar, o que eu puder fazer, eu faço, eu vou cuidar de você até a hora que for, até porque eu só quero o seu bem’.” (CASAL6 HIV- F).

“Eu começaria do zero e de preferência eu começaria com ele (parceiro), hoje ele é meu companheiro, ele é meu amigo, ele é meu pai, ele é meu irmão, ele é tudo que eu não tive na minha vida, ele é meu chão, ele me aceita desse jeito que eu sou. E eu tenho muito medo das pessoas descobrirem e terem preconceito com ele, sabe.” (HIV+ F CASAL7).

Não obstante as transformações, de acordo com Costa (1999), permanecem o cerne moral e a intensidade passional do amor. Atualmente, o amor pode ser uma afeição mais geral de *estar com, de ser apreciado, de ser feliz junto, de querer o melhor para o outro, de fazer tudo pelo outro*, no entanto, ainda é o amor que prove o sentido

que mais se necessita, o sentido de pertencimento. Nesse sentido, conforme Saldanha (2003), ao valorizar o encontro amoroso, assumir os riscos pode converter-se em benefícios importantes ou em reasseguramento identitário.

A expectativa em relação ao papel feminino sempre foi o de acolhedora das necessidades dos outros, seja o marido, os filhos, os pais ou outros próximos. É o elemento feminino a figura que, na história e na cultura, no Brasil e no mundo, tem incorporado funções de cuidar dos seus. Cuidado visto como a satisfação da necessidade do outro, nem que isso implique em manter a realidade em sigilo ou abdicar de seu protagonismo social.

“Então assim, eu me sinto um pouco angustiada, mas ele prefere que eu não fale, então, eu tenho que respeitar o lado dele. Mas se fosse por mim, falar seria como tirar um peso de cima de mim, porque aí sim, eu ia ver realmente, porque até hoje eu sei que o preconceito é grande, mas às vezes a gente conhece as pessoas que são boas com a gente assim. E eu fico pensando “Será que fulaninho teria preconceito com a gente?”, então, eu fico naquela expectativa, e eu sei que são pessoas que me abraçam, que me acolhem. E também assim, eles sempre me perguntam “Por que tu vai direto pro médico com Joca?”, aí eu invento “Ah, a diabete dele tá alta”, e eu tenho que tá mentindo, então, assim, eu queria poder me libertar, porque pra mim mesmo ele tendo esse HIV ele é uma pessoa completamente normal.” (CASAL6 HIV- F).

“Eu era da associação das pessoas positivas, então, eu era muito vista na mídia, então, eu tive que largar tudo pra poder viver com ele, eu queria ter uma família, eu fiz isso pra que as pessoas não soubessem pra preservar ele.” (HIV+ F CASAL7).

Neste contexto, o sigilo ou segredo, emerge como uma forma de proteção do viver e conviver com a Aids. A prática do silêncio, ou seja, a omissão de qualquer forma de comunicação direta sobre a doença e sentimentos aflorados faz que se elimine o risco de propagação do fato para a sociedade. No entanto, de acordo com Sousa, Kantorski e Bielemann (2004), o segredo, apesar de assumir uma característica de poder, de se possuir algo poderoso, na Aids expressa a necessidade de esconder algo que deponha contra o indivíduo.

“Eu não gosto que ela comente com ninguém é só por causa dessa questão do preconceito. E minhas filhas não sabem de jeito nenhum que eu tenho isso, ela já quis contar, mas eu não quero que elas saibam, por causa da mãe delas, porque se não ela vai sair espalhando pra todo mundo!” (CASAL6 HIV+ M)

“...Até porque eu não comento com ninguém, ninguém sabe, se soubessem com certeza me discriminariam, principalmente no emprego. Eu nunca fui discriminado por tá com ela não, até porque ninguém sabe, agora eu já escutei muitas coisas assim, até semana passada eu estava conversando com um colega e ele dizendo “Rapaz, tu tem que ter cuidado, principalmente com essa doença triste do HIV, olha, você se previna viu, porque pessoas desse tipo não é bom nem você ter contato!”. Aí, aquilo tocou assim sabe, aí dá vontade de explicar e dizer que não é bem assim sabe, mas ele ia dizer “Oxe, e porque tu tá tão por dentro disso tudo?”, aí pronto ♠E, se eu for aprofundar no assunto aí ele vai começar a suspeitar ♠E, por esse motivo, eu não falo nada ♠E. Eu fico mal com esses comentários, me sinto mal, porque eu to me ocultando, eu não to sendo transparente.” (HIV- M CASAL7).

3.2.2.6. Ganhos Secundários

Se por um lado a Aids é fonte de angústia, medo e dificuldades, os entrevistados neste estudo relatam um outro lado, aqui denominado de *ganhos secundários*, exclusivos para o feminino, neste caso, relacionados a maior atenção por parte do parceiro.

“Então, ele no início dava mais importância a amigos, a bebida e não a mim, então eu já cheguei várias vezes a querer desistir, já cheguei ao ponto de querer mesmo me separar, ou ele tomava uma atitude ou a gente ia se separar...” (CASAL6 HIV- F).

“Eu acho tão bom que ele venha, que ele acompanhe, porque é tão ruim quando a gente chega aqui sozinha, No início era muito difícil eu chegar aqui sozinha, eu não tinha ninguém, me sentia muito sozinha, e agora eu tenho ele.” (HIV+ F CASAL8).

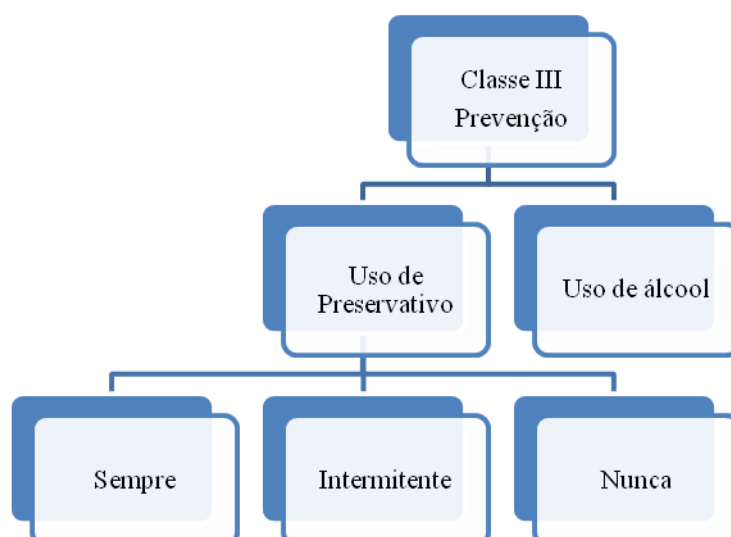
Ao valorizar o encontro romântico e os benefícios provenientes da situação, é preciso considerar, conforme assinala Knauth et al (2002), que pode incorrer em situações de risco, trazendo implicações para o tratamento e prevenção no contexto do HIV/Aids.

3.2.3. Prevenção

As estratégias que os casais colocam em prática para encarar o risco de transmissão do HIV são compreendidas entre dois polos: a confiança cega e a gestão racional do risco (Saldanha, 2003). Cada um dos tipos de proteção tem sua própria lógica de ação que é identificada e se vinculam com determinadas situações de vida das pessoas. Assim, a efetividade pode ser prioritária frente ao cuidado. Há uma desconsideração do risco baseado no amor e a confiança, base das relações amorosas.

Para os participantes deste estudo, as barreiras para a prevenção emergiram em discursos relacionados ao uso do preservativo, onde a dificuldade se fez presente mesmo quando afirmado uso “sempre” e o uso de bebidas alcoólicas.

Gráfico 3- Classe temática “Prevenção”



3.2.3.1. Uso do preservativo

Embora tenha emergido a subcategoria “Uso sempre” em relação ao preservativo, apontando para a prática sexual protegida enquanto fator barreira para a transmissão do HIV, vale destacar que ocorreram relatos ligados à dificuldade no uso do preservativo.

Observaram-se crenças ligadas a esse método preventivo enquanto “reduzidor do prazer” por alguns casais que, embora optem pelos comportamentos protegidos, confessam as dificuldades relacionadas ao uso, indicando fator de vulnerabilidade. Ressalta-se a resistência de parceiros soronegativos em usar preservativo.

“Pra mim é ruim transar com o preservativo, mas eu uso, uso mesmo, e eu sempre aviso pra ele que tem que usar, mas ele é o mais teimoso da relação, geralmente é ele que não quer usar.” (HIV+ F CASAL8).

“Desde o início a gente usa, ele mesmo nunca gostou ne, mas assim, desde a primeira vez que a gente teve relação que a gente usa.” (HIV+ F CASAL7).

“Não foi nem bem um acordo ne, era a única opção que existia, segura ne?Do jeito que eu não queria que as pessoas transmitissem isso pra mim, eu também não quero transmitir isso pra ela, de jeito nenhum!” (HIV+ M CASAL2).

“É normal um pouco difícil, mas é normal, seilá, usar camisinha é pouco ruim incomoda ne, a dificuldade é mais essa, todos dois aceitou, num teve barreira não. Agora é ruim, é ruim usar isso viu, transar com camisinha. Eu nunca me acostumei, você acredita?” (HIV+ M CASAL5).

“Eu acho ruim, é muito chato, porque assim, foram 11 anos ne, sem usar, aí você tem que passar a usar, é muito chato. No início eu não queria não, antes disso, eu não usava, só durante um tempo que a gente usava só pra ela não engravidar, porque eu tinha medo de fazer muito menino, até hoje eu tenho.” (CASAL6 HIV+ M).

“...Só a parte da camisinha que eu acho horrível, mas a gente usa porque tem que usar!”(CASAL6 HIV- F).

“Eu não queria usar não, resisti, eu até cheguei a dizer a ele que não queria usar não, mas ele não aceitou e disse que eu tinha que usar, porque sinceramente, são quatro anos usando e eu não me sinto bem! Dói, é tanto que eu já fiz até uns exames pra saber o que tenho, porque a camisinha é quente, as vezes eu pego aqui, mas troco na farmácia, eu peguei um gel aqui pra ajudar, então assim, eu nunca gostei de camisinha.”(CASAL6 HIV- F).

Sobre o uso intermitente do preservativo, percebe-se fator de vulnerabilidade mesmo que alguns casais não tenham extinguido o preservativo de suas relações

sexuais, pois, embora reconheçam a importância do uso, algumas vezes a prática sexual desprotegida se faz presente:

*“Nem sempre a gente usou, a gente já transou algumas vezes sem camisinha”
(HIV+ F CASAL5).*

De vez em quando a gente transa sem camisinha. Na hora é bom, mas dois dias depois, ela tá lá com raiva de mim e eu fico matutando. De imediato não, mas depois eu fico pensando. (HIV- M CASAL8).

“Já sim, a gente já transou sem camisinha porque a gente deixou acontecer, naquele momento tava muito “quente” sabe, e a gente deixou acontecer. Aí, só quando terminou que ele disse “Poxa, a gente errou! Errou, mas foi tão bom!”. E foi a primeira vez que a gente fez assim sabe, porque ele tinha aquela vontade de ter relações comigo sem camisinha e saber qual era a sensação. Eu tinha vontade também, mas era mais pra matar a curiosidade dele.” (HIV+ F CASAL7).

É importante ressaltar que essa prevenção é permeada por vários sentimentos, principalmente por casais constituídos antes do conhecimento do diagnóstico, que enfrentam a prevenção como mudança em todo o relacionamento. A ausência de uso do preservativo também foi mencionado no presente estudo, mesmo reconhecendo os riscos envolvidos, a escolha pela não utilização do método emergiu, sendo importante levar em consideração aspectos ligados às dificuldades do uso relacionados às crenças distorcidas sobre o método.

“Há, há sim dificuldade porque é muito ruim ter relação com o preservativo ne, e como eu tenho esse problema, então assim, em mim aparecem problemas ginecológicos mais frequentes ne.. Aí assim, tem essa questão do preservativo, aí como eu já tenho esses problemas e com a camisinha incomoda.” (HIV+ F CASAL8).

“A gente tentou, mas não dá, não é que seja ruim, é que seilá, ela me deixava desconfortável, é mais a questão do conforto, então, ela não me proporcionava conforto, na hora de uma relação fica difícil” (HIV- M CASAL4).

*“A questão é essa, a gente nunca usou camisinha por que até hoje ele nunca gostou.”
(HIV+ F CASAL4).*

“Ah, por que assim sabe, a gente não usa camisinha. A gente até já tentou usar, mas eu não gosto, me dá muita inflamação.... já faz um bom tempo que ele não faz o exame” (HIV+ F CASAL3).

“Eu acho muito ruim, a gente não usa, foi por isso que eu vim hoje fazer o exame, Já fazia uns três anos que a gente fazia sem camisinha, aí um dia eu resolvi fazer o teste e não deu positivo não.” (HIV- M CASAL3).

A fala do parceiro soronegativo acima também pode remeter a questão do sentimento de invulnerabilidade após a realização do teste de HIV, onde o resultado negativo pode reforçar os comportamentos desprotegidos. Da mesma forma, Remien (2002) verificou tal percepção de invulnerabilidade por muitos parceiros soronegativos ao realizarem repetidos testes sorológicos com resultados anti-HIV, de forma que é necessário que a cada testagem se faça presente o aconselhamento por profissionais de saúde para que esses indivíduos adotem estratégias preventivas.

As falas, em muitos casos, remetem ao amor romântico (Costa, 1999), enquanto importante contexto de risco e vulnerabilidade, cuja opinião masculina acaba por determinar as práticas sexuais, conforme verificado pelos trechos de diálogos acima, do casal 4. Em nome do amor (e da pseudocerteza da soronegatividade do/a parceiro ou invulnerabilidade), deixa-se de usar preservativo. Observa-se ainda que a decisão de usar preservativos ou não, não se dá fora das relações de poder e das negociações integrantes das relações sexuais. Há acordos sobre o que pode e o que não pode no âmbito das práticas sexuais, e tais acordos não se dão sem conflitos e angústias que dificultam o exercício da sexualidade. Desse modo, cabe destacar a complexidade das relações de poder de gênero que atuam para configurar as formas nas quais mulheres e homens vivem suas vidas.

3.2.3.2. Uso do álcool

Outro fator de vulnerabilidade que emergiu durante as entrevistas é em relação ao álcool, cujo uso pode comprometer não apenas a saúde do parceiro soropositivo, mas também aumentar os riscos de transmissão, uma vez que a ingestão do álcool pode tornar a medicação ineficiente ou comprometer a adesão.

“Eu faço o tratamento direitinho, mas ultimamente eu tinha feito umas loucuras, inventei de beber, aí comecei a me sentir mal, estava saindo uns furúnculos em mim, eu tomei o remédio parei e bebi.” (HIV+ F CASAL3).

“Porque assim, ele gosta de beber, eu não sou contra, mas que ele beba no limite que não ofenda, até porque ele não pode beber por causa do medicamento...” (CASAL6 HIV- F).

A partir do conceito de vulnerabilidade torna-se possível compreender a exposição à infecção ao vírus HIV não apenas através do foco nos comportamentos individuais, como a ausência do uso do preservativo, mas buscando fatores sociais e culturais que participam do contexto em que os comportamentos ocorrem.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1. CONSIDERAÇÕES

“Sabe-se que a doença é ao mesmo tempo a mais individual e a mais social das coisas e que ela pertence simultaneamente ao domínio privado e ao espaço público”

(HERZLICH, 2004).

Esta dissertação teve enquanto objetivo geral analisar os elementos constitutivos da conjugalidade e vulnerabilidades entre casais heterossexuais com diferentes sorologias para o HIV/Aids. Foi abordada uma temática que ainda tem sido pouco explorada na psicologia social, tendo por finalidade investigar diversos aspectos que caracterizam os relacionamentos sorodiferentes para o HIV/Aids, como por exemplo, a sexualidade desses casais, situações de vulnerabilidade e dificuldades que essa população enfrenta em decorrência da doença.

São indiscutíveis os avanços referentes ao campo do HIV/Aids desde as primeiras respostas dadas pelo setor da saúde, isto é, o tratamento medicamentoso assim como a implementação de políticas públicas facilitaram para que o status de morte iminente do indivíduo soropositivo viesse a ser substituído por um caráter de cronicidade, no qual, aquele que possui o vírus pode planejar sua vida, em especial, no que diz respeito ao casamento e aos planos de procriação, conforme verificado nesta pesquisa.

Sobre o planejamento familiar, essa dissertação verifica um maior apoio por parte dos setores da saúde, cuja escolha do casal tem sido não apenas aceita, mas também encorajada. Apesar da saúde pública ainda não disponibilizar, de fato, acesso eficaz e seguro (Reprodução Assistida) aqueles que desejam ter filhos, por outro lado, é

importante reconhecer que já é um grande avanço observar a ausência de estigma e censura por parte de profissionais de saúde em relação ao direito materno e paterno desses casais. A própria escolha pelo planejamento familiar por boa parte desses casais, remete à acessibilidade de informações que, diferente de outros estudos, tem atingido mesmo casais que não são de contextos econômicos e regionais privilegiados.

Apreende-se também, enquanto aspecto positivo no contexto da sorodiferença, a frequência de relacionamentos pós-diagnóstico, sinalizando para uma nova tendência do HIV, visto a doença não ser mais encarada enquanto barreira para a construção de relacionamentos amorosos pela pessoa soropositiva, mas pelo contrário, a pesquisa demonstrou que a presença do HIV/Aids não foi argumento suficiente para que o matrimônio deixasse de ocorrer assim como não desencadeou em divórcios por parte dos casais pré-diagnóstico. Todavia, vale destacar a identificação de diferenças relevantes entre casais pré-diagnóstico e pós-diagnóstico, visto ter sido observado aspectos mais delicados pelos primeiros casais, como por exemplo, as transformações na dinâmica sexual que esses casais precisam vivenciar para não expor o parceiro soronegativo à contaminação pelo HIV/Aids. Começar um relacionamento ciente da sorodiferença demonstrou ser menos conflituoso quando comparado aos relacionamentos cuja descoberta “invade” a relação afetiva e sexual do casal, ocasionando até mesmo na não aceitação de práticas sexuais protegidas a fim de não ameaçar hábitos, muitas vezes, estabelecidos há anos.

A descrição desses aspectos positivos relacionados à manutenção e a construção de relacionamentos amorosos bem como sobre o direito da escolha reprodutiva por casais sorodiferentes não sugerem a ausência de dificuldades. Algumas modalidades da doença que foram observadas em outros estudos também foram verificadas aqui,

identificando, portanto, o perfil dos participantes para tendências como a interiorização da doença, talvez pela ainda precária acessibilidade e pela pouca garantia de políticas públicas voltadas para cidades localizadas em zona rural se comparadas às regiões metropolitanas.

Outra tendência encontrada que também serve de alerta para subsidiar ações de saúde voltadas para esse público, é no que tange à feminização da Aids. Nesse trabalho, tem-se a metade dos indivíduos soropositivos do sexo feminino, retomando, mais uma vez, o gênero feminino no cenário da epidemia, enquanto dotado de características que o colocam em posição de vulnerabilidade, seja pela estrutura biológica, seja, em especial, pelos aspectos sociais e históricos que geram significativa influência nas práticas sexuais que serão estabelecidas. E como consequência dessa construção socialmente estabelecida dos gêneros, a presente pesquisa observou, em termos de aspectos de vulnerabilidade social, a não sistematização do uso do preservativo e até mesmo a recusa permanente desse método por alguns casais sorodiferentes, onde a opinião masculina foi o que determinou as práticas sexuais sem proteção, apontando para fragilidades na prevenção em HIV/Aids no contexto da sorodiferença.

Somado as decisões masculinas em relação ao preservativo, outra problemática que merece atenção é no que diz respeito aos comportamentos de infidelidade, verificado com maior frequência no gênero masculino. Em alguns casos, a própria descoberta da sorodiferença trouxe à tona o segredo da infidelidade, gerando elementos subjetivos como: quebra da confiança e culpa e mesmo sinalizando para aumento de possibilidade de transmissão do HIV/Aids, uma vez que o estudo demonstrou que nem sempre as relações extraconjugais se deram de forma protegida. Mais uma vez, os resultados apontam para o papel de gênero masculino, cujas multiparcerias sexuais são

concebidas naturalmente pela sociedade, aumentando as chances de infecção pelo HIV/Aids, tem-se mais uma vez aspectos de vulnerabilidade social determinando os tipos de relações sexuais desenvolvidas.

Os casais entrevistados compreendem os riscos envolvidos de uma relação sexual sem a utilização do preservativo, conforme verificado pelas próprias falas dos participantes, em especial nos sentimentos atribuídos ao momento da testagem e mesmo após as práticas sexuais. Contudo, entender tais riscos não acarretou, em alguns casos, na adoção de medidas preventivas, pelo fato de as questões de gênero, a presença de crenças distorcidas sobre o preservativo e elementos do amor romântico influenciarem nos comportamentos sexuais.

A presente pesquisa traz mais um alerta referente ao contexto da sorodiferença, sendo tal alerta situado em aspectos de vulnerabilidade programática, ou seja, foi recorrente, pelas respostas dos participantes, o fenômeno da invisibilidade da sorodiferença por parte de diversos setores da sociedade, em especial, no setor saúde. Embora avanços no conhecimento e acessibilidade tenham sido verificados neste trabalho, os resultados demonstram que ainda há muito para se avançar no campo da sorodiferença em termos de informações e acolhimento por parte de diferentes setores. Esse estudo foi desenvolvido em centro de referência para tratamento do HIV/Aids, situado em região metropolitana, todavia, a maioria dos participantes afirmou nunca ter recebido quaisquer informação sobre sorodiferença, destacando assim, a necessidade de maior atenção por parte de setores como a saúde, a educação, a mídia, o governo dentre outros para esta população. O desenvolvimento de ações para esse público pode auxiliar não apenas na redução das chances de exposição à contaminação e a recontaminação

entre o casal, mas também pode contribuir para que a sorodiferença não seja encarada de maneira discriminatória e estigmatizante pela sociedade em geral.

De acordo com os dados trazidos, fica claro perceber os níveis de vulnerabilidade presentes na população pesquisada, onde as crenças, os comportamentos bem como a precariedade de informações podem dificultar ou suspender comportamentos sexuais preventivos e mesmo dificultar para que estes indivíduos se coloquem enquanto construtores de suas relações sociais.

Compreender a vivência de um relacionamento entre indivíduos de diferentes sorologias para o HIV significou a evocação de diversos conflitos. Nesse sentido, verifica-se a necessidade de entender as crenças e comportamentos que norteiam a vulnerabilidade de indivíduos em relacionamento sorodiferente que, apesar de terem consciência sobre sua sorodiferença, muitas vezes estão implicados em práticas de vulnerabilidade.

Esta dissertação identifica algumas fragilidades referentes ao campo da promoção da saúde assim como no contexto da prevenção e do tratamento do HIV/Aids, cujos elementos construídos histórico e socialmente devem ser levados em consideração, uma vez que suas influências foram nitidamente percebidas nas falas emergidas durante as entrevistas, valendo destacar as crenças sociais sobre a Aids que foram desenvolvidas no início da epidemia.

Desde a década de 1980 a Aids, conforme descrito, passou por mudanças significativas e porque não mencionar, positivas. Os avanços técnicos contribuem no aparecimento cada vez mais frequente de casais sorodiferentes, onde os indivíduos soropositivos mencionaram satisfação com a sua saúde, apontando para a quebra do estereótipo do soropositivo enquanto alguém que está fadado à morte ou a uma figura

catequizante. Todavia, em termos de avanços sociais, tal temática ainda tem muito a evoluir, pois o estigma e a discriminação ainda são mencionados por aqueles que vivem a soropositividade, como talvez, o maior desafio a ser enfrentado. No contexto da sorodiferença, esta dissertação traz a tona um novo tipo de desafio, que é o direito ao relacionamento conjugal, demonstrado por meio dos relatos desses casais, onde mais preocupante do que o vírus em si, está a preocupação de não ser aceito socialmente, aceitação esta que deve ser entendida não apenas enquanto uma necessidade, mas, acima de tudo, como um direito.

CAPÍTULO V

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, J. R., Lima, M. A. S., & Silva, J. (2013). A construção histórico-social da sexualidade. *Psicopedagogia On Line*, 1(1), 01-02.

Almeida, M. R. C. B., & Labronici, L. M. (2007). A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(1), 263-274.

Ayres, J. R. C. M., França Jr., I., Calazans, G. J., & Saletti -Filho, H. C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: R. M. Barbosa, & R. Parker, (Eds). *Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder*. (pp. 49-72). São Paulo: Editora 34.

Ayres, J. R. C. M. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.

Ayres, J. R. C. M., França-Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti-Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.117-39). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & Buchalla, C. M. (2012). Direitos Humanos e Vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 9-22). Curitiba: Juruá.

Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & França-Júnior, I. (2012). Conceitos e práticas de Prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.

Amorim, C. M., & Szapiro, A. M. (2008). Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1859-1868.

Araújo, M. F. (2002). Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. *Psicologia: Ciência e profissão*, 22(2), 70-77.

Ariès, P. (1987). O amor no casamento. In: P. Ariès, & A. Bejin (Org.). *Sexualidades ocidentais* (153-162). São Paulo: Brasiliense.

Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids-ABIA. (2004). *Casais sorodiscordantes: dicas para uma vida saudável, segura e feliz*. Rio de Janeiro.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretária de atenção à saúde (2005). Área técnica de saúde da mulher. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília, DF.

Budó, M. L. D., Resta, D. G., Denardin, J. M., Ressel, L. B., & Borges, Z. N. (2008). Práticas de cuidado em relação à dor. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12 (1), 90 - 96.

Cardoso, G. P., & Arruda, A. (2005). As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 10(1), 151-162.

Costa, J. F. (1999). As práticas amorosas na contemporaneidade. *Psyche*, 3(3). 21-28.

Costa, J. F. (1999). Sem fraude, nem favor: estudos sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Roco.

Dalapria, T. R., & Neto, F. R. .G. X. (2004). Práticas sexuais e escolhas reprodutivas de casais sorodiferentes para o HIV. *Jornal brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16(4), 19-26.

Duffy, L. (2005). Sufferig, shame and silence: The stigma of HIV/Aids. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 16(1), 13-20.

Durkheim, E. (1978). As formas elementares da Vida Religiosa. São Paulo: Abril Cultural.

Engels, F. (1974). A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.

Ferreira, R. C. M. Figueiredo, M. A. C., & Souza, L. B. (2011). Trabalho, HIV/Aids: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 259-267.

Ferreira, R. C. M., & Figueiredo, M. A. C. (2006). Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/Aids. *Rev. Medicina*, 39(4), 591-600.

Féres-Carneiro, T. (2003). Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro: Editora PUC Rio.

Figueiredo, M. A. C. (1993). Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 26(3), 393-407.

Finkler, L., Braga, P., & Gomes, W.B. (2004). Percepção de casais heterossexuais em relação à suscetibilidade de infecção por HIV/AIDS. *Interação em Psicologia*, (8)1, 113-122

Flandrin, J. L. (1987). A vida sexual dos casados na sociedade antiga: da doutrina da Igreja à realidade dos comportamentos. In: P. Ariès, & A. Benjin (Org.). *Sexualidades ocidentais* (pp.135-152). São Paulo: Brasiliense.

Foucault, M. (2010). *História da sexualidade II: O uso dos prazeres* (13ª Ed.). Rio de Janeiro: Graal.

Galvão, L., & Diaz, J. (1999). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec.

Giacomozzi, A. I., & Camargo, B. C. (2004). Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da Aids. *Psicologia: teoria e prática*, 6(1), 31-44.

Giddens, A. (1993). A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.

Goffman, E. (1988). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Goldenberg, M. (2006). Infiel: notas de uma antropóloga. Rio de Janeiro: Record.

Gonçalves, T. R., Carvalho, F. T., Faria, E. R., Goldim, J. R., & Piccinini, C. A. (2009). Vida reprodutiva de pessoas vivendo com hiv/aids: Revisando a literatura. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 223-232.

Gunther, L. E. (2013). O HIV e a Aids: preconceito, discriminação e estigma no trabalho. *Revista Jurídica*, 1(30), 398-428.

Herzlich, C. (2004). Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 14(2), 383-394.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007). Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: Autor.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Coordenação de População e Indicadores Sociais*. Estudos e Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: Autor.

Jablonski, B. (1995). Até que a vida nos separe: (a crise do casamento contemporâneo). Rio de Janeiro: Agir.

Knauth, D. R., Barbosa, R. M., Hopinks, K., Pegoriano, M., & Fachini, R. (2002). Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da Aids. *Interface-Comunicação, saúde e educação*, 11(1), 39-54.

Korniblit, A. L., & Diaz, A. M. M. (2000). Las “lógicas” del amor en relación con La prevención del contagio de VHI/sida. *Acta psiquiátrica da América Latina*, 46(1), 23-32.

Lèvi-Straus, C. (1976). *Antropologia estrutural I*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.

Lopes, C. R. (2005). A epidemia mudou e o mundo também. *Radis - Comunicação em saúde*, 40(1), 10-16.

Luz, P. M., & Mirand, K.C.L. (2010). As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/Aids como forma de cuidar. *Ciências & Saúde Coletiva*, 15(1), 1143-1148.

Maliska, I. C. A., Souza, M. I. C., & Silva, D. M. G. V. (2007). Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/Aids. *Cienc. Cuid. Saúde*, 6(4), 471-478.

Maliska, I. C. A., Padilha, M. I., Vieira, M., & Bastiani, J. (2009). Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/Aids. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 30(1), 85-91.

Mann, J., Tarantola, D. J. M., & Netter, T. (1993). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: R. Parker (Eds.), *A AIDS no mundo* (pp. 276-300). Rio de Janeiro: Relume Dumará.

McFarlane, A. (1990). *História do Casamento e do Amor*. São Paulo: Cia das Letras.

Mead, M. (1971). *Macho e fêmea: um estudo dos sexos num mundo em transformação*. Petrópolis: Vozes.

Meyer, D. E. E., Klein, C., & Andrade, S. S. (2007). Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. *Educação em Revista*, 26, 2-10.

Nascimento, A. M. G., Barbosa, C. S., & Medrado, B. (2005). Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. *Revista Brasileira Saúde materno e infantil*, 5(1), 77-86.

Nogueira, O. (2009). *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no estado de São Paulo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Nolasco, S. (1998). *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco.

Nunes, C. A. (2005). *Desvendando a sexualidade*. Campinas: Editora Papirus.

Parker, R., & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e Aids*. Rio de Janeiro: ABIA.

Passarell, C. (2003). Imagens da sorodiscordância. In: I. Maksud, J. R. Terto, V. Pimenta, & M. C. Parker (Org.). (pp. 45-48). Rio de Janeiro: ABIA.

Polejack, L. (2001). *Convivendo com a diferença: dinâmica relacional de casais sorodiscordantes para o HIV/Aids* (Dissertação de mestrado em Psicologia) Universidade de Brasília, Brasília, Df.

Polejack, L., & Costa, L. F. (2002). Aids e conjugalidade: o desafio de com (viver). *Revista de Ciências Sociais e Humanas*, 13(1), 131-139.

Priore, D. M. (2011). *História do amor no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA-ONUSIDA. (2011). *Relatório para o Dia Mundial de Luta contra Aids 2011*.

Reis, R. K. (2004). *Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/Aids* (Dissertação de mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, São Paulo, Sp.

Reis, R. K., & Gir, E. (2009). Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/Aids. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 44(3), 759-765.

Remien, R. (2002). Uma revisão dos desafios para casais sorodiscordantes e questões de Saúde Pública: implicações para intervenções. In: I. Maksud., J. R. Terto., & v, V. Pimenta (Org.). *Conjugalidade e Aids: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde* (pp. 21-25). Rio de Janeiro: ABIA

Ribeiro, K. C. S. (2013). *Intervenção psicoeducativa dirigida à prevenção de DST's e gravidez não planejada para adolescentes jovens*. (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Ruibal, M., & Larcher, J. S. (2009). Riesgo de transmisión del HIV en parejas serodiscordantes en tratamiento de fertilidad. *Reproducción*, 24(3), 115-127.

Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e Construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. (Tese de doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Sant'Anna, A. C. C., & Seidl, E. M. F. (2008). Efeitos da Condição Sorológica Sobre as Escolhas Reprodutivas de Mulheres HIV Positivas. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 22(2), 244-251.

Sherr, L., & Barry, N. (2004). Fatherhood and HIV-positive heterosexual men. *HIV Medicine*, 5(1), 258-263.

Silva, A. M., & Camargo Jr, K. R. (2011). A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/Aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4865-4873.

Silva, J. (2009). *O viver com aids depois dos 50 anos e sua relação com a Qualidade de vida* (Dissertação de mestrado em Psicologia) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Pb.

Silva, O. (2013). No espelho da bioética crítica: a imagem refletida das vulnerabilidades das pessoas que vivem-convivem com HIV/Aids. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 04(1), 1030-44.

Sousa, A.S., Kantorski, L.P., & Bielemann, V.L.M. (2004). A Aids no interior da família - percepção, silêncio e segredo na convivência social. *Health Sciences Maringá*, 26(1), 1-9.

Stearns, P. N. (2010). *História da sexualidade*. São Paulo: Editora Contexto.

Therborn, G. (2011). *Sexo e poder: a família no mundo*. São Paulo: Editora Contexto.

Velho, G. (2003). O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. In: G. Velho (Org). *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social* (pp. 11-28). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Vidal, E. G. F., Braga, V. A. B., Silva, M. J., & Pinheiro, A. K. B. (2009). Políticas públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos. *Rev. Rene. Fortaleza*, 10(2), 166-174.

Zordan, E. P., Falcke, D., & Wagner, A. (2005). In: Edipucrs. *Como se perpetua a família: a transmissão dos modelos familiares* (pp. 65-86). Porto Alegre.

ANEXO

ANEXO I

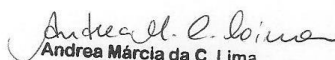


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 30/10/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “CASAS SORODIFERENTES: CRENÇAS E VULNERABILIDADES RELACIONADAS À PARCERIA” da Pesquisadora Juliana Rodrigues de Albuquerque. Prot. nº 0401/12, CAAE: 03347012.7.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

APÊNDICE

APÊNDICE I

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS DUAS ETAPAS DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE
QUESTIONÁRIO SOBRE A EXPERIÊNCIA DA SORODIFERENÇA

Esta pesquisa intitula-se “Até que a morte nos separe”: o casamento sorodiferente para o HIV/Aids e seus desdobramentos”, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora mestrande Juliana Rodrigues de Albuquerque, sob a orientação da Prof^a. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (Mestrado) da Universidade Federal da Paraíba.

Estamos realizando esta pesquisa em centros de referência ao HIV/AIDS da cidade de João Pessoa, sendo nosso objetivo compreender de que forma se dá a experiência de indivíduos que vivem parceria sorodiferente ao HIV/AIDS. A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Para o desenvolvimento desta pesquisa será aplicado um questionário com pessoas que convivem com parceria sorodiferente. Posteriormente, serão realizadas entrevistas com os mesmos indivíduos que se submeteram ao questionário, para compreendermos melhor suas crenças acerca da condição sorodiferente. Após, os dados serão organizados e analisados pelo pesquisador, facilitando a discussão dos resultados e as posteriores considerações.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica.

Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo.

O pesquisador (a) responsável estará sempre monitorando a coleta dos dados, estando disponível para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material será usado pelo (a) responsável pela pesquisa com propósitos científicos. Lembrando que **não se trata de uma supervisão que objetive alguma punição.**

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Endereço: Universidade Federal da Paraíba / Centro de Ciências Humanas , Letras e Artes / Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Cidade Universitária - João Pessoa - PB - Brasil - CEP - 58051-900

Telefone para Contato: (83) 3216-7006

APÊNDICE II
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PRIMEIRA ETAPA DA
PESQUISA (AUTO-APLICÁVEL)

1. **Em que cidade você mora?**_____
2. **Qual a sua idade?**_____
3. **Sexo:**1() Masculino 2() Feminino
4. **Como você se definiria quanto a sua sexualidade:**() Heterossexual () Homossexual
5. **Condição sorológica:** () HIV+ () HIV-
6. **Renda mensal:**_____
7. **Religião:** () Católica ()Evangélica () Espírita () Outra
8. **O quanto você se considera religioso?**
() Nada religioso () pouco religioso () religioso () muito religioso () extremamente religioso
9. **Escolaridade:** () Sem escolaridade () Ensino fundamental incompleto
() Ens. Fundamental completo () Ens. médio incompleto
() Ens. Médio () Ensino superior incompleto
() Ens. superior
10. **Qual o tempo de descoberta do seu diagnóstico de soropositividade (ou do parceiro)?**
() 6 meses a 1 ano () 1 a 2 anos () 3 a 5 anos () Mais de 5 anos
11. **Tempo de relacionamento sorodiferente:**
() 6 meses a 1 ano () 1 a 2 anos () 3 a 5 anos () Mais de 5 anos
12. **A descoberta da soropositividade foi antes ou depois do relacionamento?**
() Antes do relacionamento () Depois que o relacionamento tinha iniciado
13. **Tipo de convivência:** () Moram juntos () Moram em casas separadas
14. **Possui filhos?**_____
() Do casal () De outro parceiro
15. **Você já contraiu alguma DST (que não o HIV)?**
() Sim:_____ () Não

16. **Com que frequência você (ou o parceiro soronegativo) realiza testes sorológicos?**
() A cada seis meses () Uma vez por ano () De vez em quando () Quase nunca
17. **Com que frequência você usa o preservativo nas relações sexuais?**
() Nunca () Quase nunca () Às vezes () Quase sempre () Sempre
18. **Planejam ter filhos?**
() Sim () Não
19. **Como você avalia seu relacionamento?**
() Péssimo () Ruim () Bom () Ótimo
20. **Como você avalia sua vida?**
() Péssima () Ruim () Boa () Ótima
21. **Como você avalia sua saúde?**
() Péssima () Ruim () Boa () Ótima
22. **Quanto o HIV interfere no seu relacionamento afetivo com seu parceiro?**
() Não interfere () Um pouco () Às vezes () Sempre
23. **Quais suas chances (ou do seu parceiro) de contrair o HIV/AIDS?**
() Nenhuma () Um pouco () Muita
24. **Você sente dificuldade em usar preservativo?**
() Não () poucas vezes () muitas vezes () Sempre
25. **O quanto você se preocupa com a AIDS?**
() Não me preocupo () Um pouco () Às vezes () Muito
26. **Você recebe informações sobre prevenção em casais que vivem a sorodiscordância?**
() Sim () Não
Onde?
() Mídia () Escola () Bairro () Postos de saúde () Família () Amigos
() Outros
27. **O seu parceiro tem conhecimento da sua condição sorológica? (Para o respondente soropositivo)?**
() Sim Não ()

28. Você já se envolveu em alguma relação extraconjugal?

☐ Sim Não ☐

29. Caso sim, você utilizou preservativo nas relações sexuais?

☐ Nunca ☐ Às vezes ☐ Sempre

APÊNDICE III

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA

**ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM PESSOAS QUE CONVIVEM COM
PARCERIA SORODISCORDANTE PARA O HIV/AIDS QUE UTILIZAM OS
SERVIÇOS DE REFERÊNCIA À AIDS DA CIDADE DE JOÃO PESSOA**

- Como é estar em um casamento, no qual apenas um de vocês possui o vírus HIV?