



Artigo Original

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SEXUALIDADE DE MULHERES NO CONTEXTO DA AIDS

SOCIAL REPRESENTATIONS OF SEXUALITY DEVELOPED BY WOMEN IN THE CONTEXT OF AIDS

REPRESENTACIONES SOCIALES ACERCA DE LA SEXUALIDAD DE MUJERES EN EL CONTEXTO DE LA SIDA

Solange Gurgel Alexandre¹, Maria Lúcia Duarte Pereira², Raquel Santos Monte³, Eysler Gonçalves Maia Brasil⁴, Jemima Samela Marques Barbosa⁵, Sammya Karla Borges Moura⁶

Este estudo objetivou apreender as representações sociais sobre sexualidade, elaboradas por mulheres com 50 anos ou mais portadoras do HIV/Aids ou não. Pesquisa com abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, desenvolvida em Fortaleza, CE, Brasil, com 44 mulheres, 22 com diagnóstico e 22 sem o diagnóstico. Foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada e observação assistemática. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo que apresentou duas categorias principais: concepções sobre o HIV/aids e vivências da sexualidade. Os resultados revelaram que para as mulheres com o diagnóstico, o convívio com a doença era permeado de angústia, estigmas, dificuldades socioeconômicas, rompimento dos vínculos afetivos, culpa e medo. Entre as mulheres sem diagnóstico, a baixa percepção de risco da aquisição da infecção e o medo de descobrir a soropositividade decorrem da desinformação sobre a doença. Estudos sobre as questões de infecção pelo HIV/Aids em mulheres maiores de 50 anos devem ser amplamente incentivados, visando a subsidiar o desenvolvimento de ações e programas de prevenção voltados para esta população.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Sexualidade; Mulheres.

This study aimed to understand the social representations of sexuality, developed by women aged 50 and older with or without HIV/AIDS. This was a research with qualitative approach, based on Social Representations Theory, carried out in Fortaleza-CE, Brazil, with 44 women, 22 diagnosed with and 22 diagnosed without HIV/AIDS. We used the techniques of semi-structured interview and non-systematic observation. Data were submitted to content analysis and two main categories were verified: concepts on HIV/AIDS and experiences of sexuality. The results showed that for the women living with the disease there was a mix of anxiety, stigma, socioeconomic difficulties, disruption of emotional bonds, guilt and fear. Among women diagnosed without, a low perception of the risk of acquiring the infection and the fear of discovering the seropositivity, come from the misinformation on the disease. Studies on the issues of HIV/AIDS infection in women aged 50 and older should be widely encouraged, in order to support the development of actions and prevention programs addressed to this population.

Descriptors: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Sexuality; Women.

El objetivo fue comprender las representaciones sociales sobre sexualidad, desarrolladas por mujeres con 50 años o más con VIH/SIDA o no. Investigación con enfoque cualitativo, basada en la Teoría de las Representaciones Sociales, desarrollada en Fortaleza-CE, Brasil, con 44 mujeres, 22 con diagnóstico y 22 sin. Se utilizaron las técnicas de entrevistas semiestructuradas y observación asistemática. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido que presentó dos categorías principales: concepciones sobre el VIH/SIDA y experiencias de la sexualidad. Los resultados señalaron que para las mujeres con diagnóstico, el convívio con la enfermedad era lleno de ansiedad, estigmas, dificultades socioeconómicas, interrupción de vínculos afectivos, culpa y miedo. Entre las mujeres sin diagnóstico, baja percepción de la adquisición de la infección y temor de descubrir la seropositividad, debido a la desinformación sobre la enfermedad. Estudios sobre las cuestiones relativas al VIH/SIDA en mujeres con 50 años deben ser ampliamente incentivadas, para apoyar el desarrollo de acciones y programas de prevención dirigidas a esta población.

Descriptores: Serodiagnóstico del SIDA; Sexualidad; Mujeres.

¹Extraído da Dissertação "Representações e vulnerabilidades de mulheres com 50 anos ou mais no contexto da aids", apresentada ao Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, Universidade Estadual do Ceará/UECE, em 2010.

²Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: solange.gurgel@yahoo.com.br

³Enfermeira. Pós-Doutorado na Johannes Kepler Universität, Linz-Áustria, doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde. Departamento de Enfermagem/Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: mlduarte@fortalnet.com.br

⁴Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde/UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: kelmonte@bol.com.br

⁵Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: eyslerbrasil@ig.com.br

⁶Discente do curso de Enfermagem - UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: jemimasamela@yahoo.com.br

⁷Enfermeira. Graduada pela UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: sammya.k@hotmail.com

Autor correspondente: Solange Gurgel

Avenida Professor José Arthur de Carvalho, 400, casa 13, Lagoa Redonda. CEP: 60.831-370. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: solange.gurgel@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Na década de 1980, questões relacionadas ao modelo de Saúde no Brasil marcaram importantes mudanças pautadas na busca da equidade do direito à saúde e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), provocando um avanço na reorganização desse setor. Durante esse período, os agravos à saúde causados pela epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) geraram grande impacto na sociedade, o que o levou a ser considerado um importante problema de saúde pública⁽¹⁾. Apesar da busca por diagnóstico e terapêutica eficazes, no intuito de minimizar a morbimortalidade causada pela doença, o número de pessoas portadoras do vírus e o conseqüente número de mortos alcançaram proporções alarmantes.

A prevalência dos casos de aids concentra-se na faixa etária entre 25 e 49 anos. Entretanto, há aumento no quantitativo de casos notificados de pessoas acima de 50 anos, que corresponde a segunda maior incidência de aids, por idade, no Brasil⁽²⁾. Entre as 53.189 notificações nesta população, tem-se 34.864 do sexo masculino e 18.325 do feminino⁽³⁾. O primeiro caso de aids, no país, em pessoas acima de 50 anos de idade foi notificado em 1982, na região Sudeste e, no Ceará, em 1989, com indivíduo do sexo masculino, por transmissão sexual⁽⁴⁻⁵⁾. Para esta faixa etária, entre os homens, a taxa de incidência passou de 5,8 para 9,4, e entre as mulheres, cresceu de 1,7 para 5,1 por 100.000 habitantes⁽⁶⁾.

Apesar de a maioria dos casos de aids encontrar-se na faixa etária de 25 a 49 anos, constata-se, ao longo da série histórica, crescimento proporcional de casos de aids em indivíduos com 50 anos ou mais de idade, passando de 7%, em 1996, para 13%, em 2006. A taxa de incidência nessa população dobrou entre 1996 e 2006, passando de 7,5 casos por 100.000 habitantes para 15,7. Elevação verificada em todas as regiões, com evidência para a região Nordeste que obteve aumento de 2,8, em 1996, para 7,6, em 2006⁽⁴⁾.

No que se refere às mulheres maiores de 50 anos, parte-se da compreensão de que, além do 'envelhecimento' da pandemia, há nítida tendência à feminização desta, com decréscimo importante da razão entre homens e mulheres.

A vulnerabilidade social ao HIV/Aids, vivenciada pelas mulheres, poderia ser explicada por meio da inter-relação de fatores de diferentes naturezas, que compreenderiam três dimensões: a individual, decorrente em última instância da dificuldade de acesso às informações acerca da prevenção e dos meios para concretizá-las, como o preservativo e os informes educativos; a social, resultante do acesso a serviços públicos, como educação e saúde, aptos a reduzir a vulnerabilidade individual; e, por último, a política, determinada pela elaboração e implementação das políticas de saúde para o combate ao HIV, articuladas às políticas públicas de proteção à população feminina⁽⁷⁾.

A vivência com a soropositividade vem acompanhada de condições propulsoras ao sofrimento ou adoecimento psíquico; compreender o enfrentamento das questões relacionadas a aids entre as mulheres é complexo, pois ela carrega consigo o estereótipo de uma doença vergonhosa, fortemente associada a conotações como desvalorização moral e social⁽⁸⁾.

Sabe-se que os resultados de pesquisas científicas têm proporcionado avanços na transmissão de informações sobre o HIV/aids, otimizando e intensificando a sobrevivência dos portadores. Porém, tem-se refletido sobre os estigmas, o comportamento e os medos provocados pela doença. Tais reflexões suscitaram os seguintes questionamentos: como as mulheres com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids significam sua doença? Como vivenciam sua sexualidade? E como as mulheres, nessa faixa etária significam a questão?

Acredita-se que as respostas a esses questionamentos, possibilitarão maior conhecimento acerca das vulnerabilidades a que estão expostas as

mulheres com 50 anos ou mais que vivem com HIV/aids, conhecimento necessário ao delineamento de políticas públicas de saúde e estratégias que contribuam para a melhor qualidade de vida das mesmas.

Face ao exposto e no intuito de contribuir com práticas em saúde mais eficazes dirigidas a mulheres com 50 anos ou mais, portadoras do HIV/AIDS ou não, esta pesquisa objetivou apreender as representações sociais sobre sexualidade elaboradas por este grupo social.

MÉTODO

Pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem multimétodo, fundamentada pela Teoria das Representações Sociais (TRS), desenvolvida em Fortaleza-CE, Brasil, em um ambulatório de atendimento a portadoras do HIV/Aids, de um hospital de referência em aids do Estado, e em grupo de convivência de idosos de um Centro Social Urbano (CSU).

Acredita-se que o ser humano é um animal simbólico dentro de um ambiente social, com capacidade de orientar a representação que delimita o campo das comunicações, da cultura, com suas crenças e valores, orientando suas condutas. A TRS foi adotada como referencial teórico deste estudo por considerar a possibilidade que representa o modo como os indivíduos e grupos agem diante do HIV/Aids e de sua prevenção, permitindo apreensão individual e coletiva do fenômeno.

Participaram da investigação 44 mulheres acompanhadas nos referidos serviços, entrevistadas de setembro a novembro de 2009. Destas, 22 com diagnóstico de HIV/Aids (Grupo A) e 22 sem diagnóstico de HIV/Aids (Grupo B), identificamos as falas atribuindo a letra C para representar as mulheres com diagnóstico e a letra S para mulheres sem o diagnóstico e o número que as representa por ordem das entrevistas realizadas.

Foram considerados como critérios de inclusão para os sujeitos da pesquisa do Grupo A: ser do sexo feminino; ter 50 anos de idade ou mais; ter diagnóstico da infecção pelo HIV/Aids há pelo menos um ano e ser

acompanhada no ambulatório especializado em HIV/Aids da instituição de referência. Em relação aos sujeitos do Grupo B, foram incluídas pessoas do sexo feminino com 50 anos de idade ou mais; sem diagnóstico da infecção pelo HIV/Aids; e participantes do grupo de convivência de idosos do CSU. Foram excluídas do estudo mulheres portadoras de alterações de saúde que impossibilitassem a comunicação.

Para a produção de dados, utilizaram-se as técnicas de entrevista semiestruturada e observação assistemática. A entrevista semiestruturada foi organizada em duas partes, a primeira com dados sociodemográficos e a segunda com questões norteadoras relativas à temática. Utilizou-se a observação assistemática para complementar a análise das entrevistas.

As entrevistas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo temática, por conferir melhor forma de investigação e de tratamento das mensagens obtidas, pois, em decorrência das vantagens, possibilita apreender ideias subjetivas dos sujeitos entrevistados, vinculadas às crenças, aos valores e às opiniões no cotidiano de suas ações⁽⁹⁾.

De posse dos dados, estes foram organizados em consonância com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A utilização desta técnica consiste na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e das expressões deste conteúdo⁽⁹⁾.

Como mencionado, o *corpus* foi constituído de 44 entrevistas, sendo selecionado o parágrafo como unidade de contexto e a frase como unidade de registro.

Salienta-se que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde ocorreu o estudo, sob protocolo nº 018/2009. Os sujeitos foram informados sobre o tema e os objetivos da pesquisa, ademais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como previsto pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

As mulheres do grupo A, ou seja, com HIV/Aids encontravam-se na faixa etária de 50 a 64 anos, com média de idade de 54 anos. Destas mulheres, 10 possuíam nível de escolaridade com oito ou mais anos de estudo, sete com quatro a sete anos de estudo, duas estudaram de um a três anos e três delas admitiram não possuir nenhuma escolaridade.

Quanto à renda mensal familiar, 12 mulheres afirmaram que viviam com uma renda mensal de um a três salários mínimos, oito com até um salário mínimo, uma com quatro a seis salários mínimos e uma com mais de sete salários mínimos. Delas, dez mantinham a casa junto com outro familiar, oito sozinhas e quatro eram dependentes financeiramente dos filhos.

No tocante ao estado civil, nove eram viúvas, quatro solteiras, quatro divorciadas, três casadas e duas encontravam-se informalmente separadas, isto é, sem situação legalmente regular.

Procurou-se conhecer a situação familiar das participantes e descobriu-se que apenas cinco moravam sozinhas, enquanto que 17 moravam com familiares (companheiros, filhos, netos, sobrinhos, irmãos).

No que concerne à religião, 15 mulheres denominaram-se católicas, cinco evangélicas e duas referiram outra religião. Quanto à infecção pelo HIV/aids, 12 mulheres eram soropositivas, enquanto que 10 mulheres já desenvolveram aids.

Entre as mulheres do grupo B, sem diagnóstico de HIV/Aids, a faixa etária variou entre 53 e 80 anos, com média de 67 anos de idade. Assim como o outro grupo, 10 mulheres referiram nível escolar com oito ou mais anos de estudo. Destas, oito possuíam de um a três anos de estudo, três tinham de quatro a sete anos e, apenas, uma referiu não ter estudado. Neste grupo, a renda familiar mensal de um a três salários mínimos esteve presente na resposta de onze mulheres. Cinco mulheres relataram renda de até um salário mínimo, quatro vivem com renda de quatro a seis salários

mínimos e, somente duas, com mais de sete salários mínimos. Ao contrário do que foi encontrado no grupo de mulheres com diagnóstico de HIV/Aids, 14 mulheres mantinham a casa sozinhas, enquanto três tinham auxílio de outros familiares e cinco eram dependentes financeiramente dos filhos.

No concernente ao estado civil, seis mulheres eram viúvas, cinco solteiras, quatro encontravam-se em união estável e três eram casadas, quatro destas mulheres não conviviam com os companheiros, sendo três separadas e uma divorciada. A pergunta acerca da situação familiar revelou que somente duas mulheres moravam sozinhas, as outras moravam com familiares (companheiros, filhos, netos, irmãos, sobrinhos, genros, noras). Relativamente à religião, 17 mulheres eram católicas e cinco evangélicas.

Os dados obtidos por meio das questões norteadoras constantes na entrevista semiestruturada foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, dados potencialmente subjetivos

Da análise das entrevistas, emergiram oito categorias de análise, com suas respectivas subcategorias: 1) Concepções sobre o HIV/Aids (tecnicoprofissionais; socioculturais; sintomatologia clínica e religiosas); 2) Percepções sobre o HIV/Aids (autopercepção e hetero-percepção); 3) Percepções de si mesma (autopercepção e hetero-percepção); 4) Causas do HIV/Aids (científicas; socioculturais e transmissíveis); 5) Percepções sobre sexualidade (autopercepção e hetero-percepção); 6) Vivências da sexualidade (influência sociocultural; sexo na terceira idade e sexo com HIV/Aids); 7) Percepções psicoafetivas (medo da morte, preconceito e discriminação; morte e HIV/Aids; situações de apoio e/ou desamparo); 8) Além do HIV/Aids (condições socioeconômicas; cotidiano familiar e drogas e vivências familiares).

Dessas, optamos por apresentar duas categorias consideradas de grande relevância para o tema: Concepções sobre o HIV/Aids e Vivências da sexualidade, por serem estas as categorias que melhor

delinearam a representação social das mulheres sobre aids e sexualidade nesse contexto.

Concepções sobre o HIV/aids

Esta categoria refere-se às concepções dos sujeitos acerca do HIV/aids e contempla um misto de

concepções adquiridas ao longo do tempo, elaboradas por meio da influência cultural, vivência dos sinais e sintomas dos próprios sujeitos além de aspectos religiosos. Subdivide-se em três subcategorias: socioculturais, sintomatologia clínica e aspectos religiosos, expostas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das frequências e percentuais da categoria e das subcategorias referentes às concepções sobre HIV/Aids, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/Aids. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Subcategoria	Mulheres com diagnóstico de HIV/AIDS	%	Mulheres sem diagnóstico de HIV/aids	%	Total	%
Tecnicoprofissionais	97	32,0	19	21,8	116	30,0
Socioculturais	147	48,5	63	72,4	210	53,8
Sintomatologia clínica	25	8,3	2	2,3	27	6,9
Religiosas	34	11,2	3	3,5	37	9,4
Total	303	100,0	87	100,0	390	100,0
-	-	-	-	-	-	-

Ao comparar as representações sociais entre os dois grupos, ficou evidente que as mulheres envolvidas nesse contexto detinham maior apropriação do tema, inferência revelada pela diferença entre as unidades de

Concepções sobre HIV/aids ancoradas nos aspectos tecnicoprofissionais

Aqui vimos reveladas as diversas associações relacionadas com o HIV/AIDS, como a repetição da concepção que remete à transmissibilidade sexual que traduz a influência da mídia e leva a uma reflexão sobre o poder que esta exerce sobre as pessoas, levando a imputar-lhes uma responsabilidade que vai além da mera informação. *Porque eu creio que não pega, só pega no sexo* (C1).

A consciência da existência de duas fases da infecção surge com uma associação à capacidade produtiva do ser humano, lembrando a importância do trabalho da vida do indivíduo: *uma coisa é você estar*

análise dos dois grupos: 303 unidades no grupo de mulheres com diagnóstico e 87 no grupo sem diagnóstico.

portadora do vírus HIV/aids, porque você pode trabalhar, tem disposição. Você está apto a agir como uma pessoa normal, mas, a aids já é um complicador da história. A aids propriamente dita, já é uma série de fragilidades. De debilitações, que leva a pessoa ficar inoperante, às vezes (C1).

A certeza da ausência de cura, também emergiu de forma clara, levando as mulheres com diagnóstico de HIV/aids a traduzirem essa insegurança compensando a ausência de cura com a possibilidade de tratamento. Nesse contexto, o HIV/aids assume o *status* de doença crônica degenerativa: *mas, eles não dizem, assim, que o HIV é uma doença crônica, tem tratamento, como tem a tuberculose* (C5).

Estudo realizado relata que, para as pessoas entrevistadas a aids trouxe à tona, de maneira nova e assustadora, os fantasmas construídos no imaginário social sobre a sexualidade e a morte, o desfiguramento e o enfraquecimento físico, a vulnerabilidade e o risco visto na cara do outro. Assim, o estigma, a dor da

própria enfermidade e a dor dos olhos dos outros, o medo da rejeição, principalmente no ambiente de trabalho, e o sofrimento causado pelo preconceito e pela possibilidade de ser discriminado passam a afetar, de forma contundente, as pessoas entrevistadas. Sentimentos de ansiedade, perseguição e dúvida podem vir a constituir fontes estressoras no seu cotidiano⁽¹¹⁾.

Concepções sobre HIV/aids ancoradas nos aspectos socioculturais

Nesta subcategoria, destacou-se a sabedoria construída com base no senso comum, com conceitos voltados para incurabilidade, para o "imoral", contido na transmissibilidade sexual da doença. Aliado a isso, a associação do HIV/Aids à doença do fim dos tempos retoma à ideia dos grupos de risco, fato que incentivou as mulheres sem diagnóstico a acreditarem na não vulnerabilidade por não terem vida sexual ativa ou por possuírem somente um parceiro.

A mesma cultura preconizava que as mulheres deveriam ser submissas aos seus maridos, respeitando, servindo e aceitando-os sem limitações, incondicionalmente: *Nunca fui uma mulher que eu negasse para ele. Graças a Deus, do jeito que ele me procurava, eu servia. E a gente é casada, tem marido, o marido não compreende a gente, e na hora que precisa, naquela hora, quer que a gente seja satisfeita* (S3).

Algumas distinções podem ser observadas quanto ao enfrentamento da enfermidade ou da situação de soropositividade, conforme o indivíduo envelheça contaminado pelo HIV ou adquira a infecção ou a doença, propriamente dita, na fase mais avançada de sua vida.

Em contrapartida, registram-se também situações em que a doença, apesar de toda a conotação de dor, sofrimento e morte, surge com ganhos e transformando para melhor a vida da mulher com HIV/Aids. *A minha vida hoje é outra vida, porque depois que eu me contaminei a minha vida melhorou; Eu digo com todo o coração, depois que eu me contaminei a minha vida mudou para melhor* (C2).

Torna-se evidente que mesmo diante do grande avanço nas tecnologias de enfrentamento da doença,

das experiências acumuladas, do avanço dos antirretrovirais, que tem proporcionado melhor qualidade de vida e afastado as pessoas da letalidade da doença, o viver com HIV/AIDS tem ainda gerado muito sofrimento em decorrência de estigma, preconceito e discriminação que a doença impõe⁽¹²⁾.

A informação disseminada pela mídia, com base no progresso da terapia antirretroviral e, conseqüente melhora dos sinais e sintomas da doença dos que vivem com essa condição, parece permitir compreensão equivocada e subestimada em sua magnitude, fundamentando falas de despreocupação. *Eu tenho esse problema, mas, isso aí não é... Isso pra mim não existe. Também, só se cuidar e há tratamento* (C3).

Concepções sobre HIV/aids ancoradas na sintomatologia clínica

Esta subcategoria revelou que entre as mulheres sem diagnóstico, as falas sinalizavam os conhecimentos adquiridos pela vivência do outro, dos quais apontaram o emagrecimento como fator que modifica a aparência física, além de classificarem a doença como a pior do que qualquer outra. *Só fica o "couro e o osso". Como já vi o pessoal na televisão, já assim, pálido, com aids, com outras doenças aí... mas, a aids é pior, acaba com a criatura de repente* (S2).

A aids é representada como doença que maltrata, gera sofrimento e ocasiona a morte. Além disso, o convívio com esta suscita angústia, estigmas, dificuldades socioeconômicas, rompimento dos vínculos afetivos, culpa e medo.

As pessoas que apresentam infecção pelo HIV/aids percebem-se muitas vezes vulneráveis aos sentimentos de culpa, ódio de si mesmas e rejeição. Entre as mulheres pesquisadas no estudo, encontrou-se a culpa pela contaminação, também atribuída a si próprias. Entre as diferentes "culpas", essas mulheres julgam que os comportamentos adotados por elas anteriormente podem ter contribuído para sua contaminação, como, por exemplo, em razão da promiscuidade e não-uso de preservativos⁽¹³⁾.

Concepções sobre HIV/aids ancoradas nos aspectos religiosos

Nesta subcategoria, as mulheres com o diagnóstico da doença relataram a relação com o divino, atribuindo a Deus a responsabilidade de perdoá-las, haja vista que consideravam a doença forma de castigo em resposta à conduta sexual adotada, ademais lhe conferiam também o poder de cura, forças e condições para continuarem a vida. *Não sei se Deus queria, eu que não me cuidei mesmo, eu que não abri o olho. Você acha que foi só eu que fiz amor? Pequei. Ninguém faz sexo. Eu fiz e fiquei com o vírus! Não é assim!* (C3).

Vale frisar a importância da crença religiosa entre profissionais e pacientes, em que o momento crítico representado pela doença aproxima os pacientes da crença em algo superior às suas vidas. A segurança de

poder confiar em Deus advém da possibilidade de ter superado momentos difíceis anteriormente vivenciados. Certamente, esse tipo de sentimento é muito importante para as pessoas que convivem com doenças que podem levar à morte a qualquer momento⁽¹⁴⁾.

Vivências da sexualidade

Esta categoria abrigou as unidades de análise, nas quais as mulheres participantes do estudo manifestaram vivências como seres sexuais, das quais expuseram as influências culturais que envolveram questões de gênero, idade e o próprio HIV/Aids. Subdivide-se em três subcategorias, conforme a tabela 2: influência sociocultural, sexo na terceira idade e sexo com HIV/Aids.

Tabela 2 - Distribuição das frequências e percentuais da categoria e das subcategorias de vivências da sexualidade, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/Aids. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Subcategoria	Mulheres com diagnóstico de HIV/aids	%	Mulheres sem diagnóstico de HIV/AIDS	%	Total	%
Influência sociocultural	42	15,1	50	25,3	92	19,3
Sexo na terceira idade	86	31,0	146	73,7	232	48,8
Sexo com HIV/aids	150	53,9	2	1,0	152	31,9
Total	278	100,0	198	100,0	476	100,0

Vivências da sexualidade ancoradas na influência sociocultural

As unidades temáticas apreendidas apontaram as questões de gênero a que estavam submetidas as mulheres. A cultura que tratou o sexo como algo sujo e imoral, criado apenas para promover a perpetuação da espécie, acarretou grandes dificuldades para as relações futuras. *Então, eu venho de uma cultura, que a sexualidade era sebosa, era nojenta... Eu não sei o que eles queriam passar com isso, porque prejudicou muito o relacionamento* (S1).

Essas mulheres viveram sua sexualidade em uma época em que não era aceito que a mulher tivesse mais

de um parceiro e lhes eram imposto que confiassem incondicionalmente no marido/parceiro. Foi perceptível também a dificuldade em negociar o uso do preservativo. *Mas, eu não tinha coragem de questionar a ele o preservativo* (S4).

As mulheres com diagnóstico revelaram não desejar mais se relacionar sexualmente em detrimento dessa dificuldade para explicar a necessidade de uso do preservativo, sem revelar sua condição de soropositividade. *Porque se eu fizer isso com ele... Sempre eu vou usar preservativo. Ele vai perguntar um dia, porque eu fico exigindo preservativo. Aí, claro que ele vai desconfiar de alguma coisa. Aí, eu prefiro não ter mais ninguém na minha vida, não* (C1).

Estudo realizado com mulheres retrata que, com relação ao uso de medidas contraceptivas, as participantes relataram dificuldade em negociar com o parceiro o uso do preservativo nas relações sexuais e referiram uso inconsistente do mesmo. Outras relataram a abstinência ou redução do número de relações sexuais como medida contraceptiva, o que pode sinalizar a presença de dificuldades na vivência da sexualidade após o diagnóstico de soropositividade⁽¹⁵⁾.

Vivências da sexualidade ancoradas no sexo na terceira idade

A sexualidade foi lembrada por muitas mulheres participantes do estudo como algo que passou, acabou. Muitas se referiram a isto como um aspecto decepcionante de suas vidas. *Me decepcionei muito, também. Ah, antes, eu vivia na ilusão de que era a melhor coisa* (C5).

Consideramos a relevância desta subcategoria por acreditarmos que a sexualidade interfere significativamente na qualidade de vida do ser humano, tendo em vista que, em geral, está relacionada a situações de bem-estar pessoal, independentemente da idade.

Algumas mulheres com diagnóstico de HIV/Aids mencionaram a vivência com outros parceiros e a vontade de continuar uma vida sexual ativa, relatando o prazer que sentiam em poder continuar ativas. *Quando eu encontrei essa pessoa que eu já estou há quatro anos, mudou muito. Assim, só em lembrar que eu, que eu tenho uma pessoa que vou me abraçar, que vou beijar, que vou me acariciar. Aquilo ali é um fortalecimento muito gostoso, é um prazer* (C6).

A vivência sexual da pessoa na terceira idade está longe de ser compreendida e aceita pela sociedade como algo saudável e natural. O preconceito e a carência de informação reforçam o estereótipo da ausência de sexo neste período da vida, ocasionando atitudes e comportamentos que podem elevar a vulnerabilidade do idoso frente às questões da aids⁽¹⁵⁾.

O mesmo não foi perceptível entre as mulheres sem diagnóstico que ao relatar as vivências sexuais sempre aludiam ao marido. *Pra mim hoje em dia, não vale mais*

nada, já encostei há muito tempo. Sou só de Deus mesmo e acabou-se. E eu não sinto nem falta, graças a Deus. Meu marido e eu sempre nos demos muito bem (S5).

No que se refere à mulher, pudemos inferir que sua feminilidade vai se construindo em meio às suas experiências e experiências com seus parceiros sexuais. A sexualidade, no entanto, evoca uma aproximação da corporeidade, e uma vez não experimentada, não vivenciada, se torna incompreensível e não incorporada na subjetividade. A manutenção da atividade sexual na mulher depende de diversos fatores, tais como: características físicas, psicológicas, existência de parceiro (a) e contexto sociocultural⁽¹⁶⁾.

Vivências da sexualidade ancoradas no sexo com HIV/aids

Esta subcategoria contemplou as unidades de análise que descreveram situações e comportamentos referidos pelas mulheres sobre a vivência da sexualidade quando se vive com HIV/Aids.

A maioria das mulheres com diagnóstico da infecção revelou não ter mais vida sexual após a descoberta do HIV/Aids, algumas até salientaram ser doloroso e sacrificante, portanto, um entrave para a vivência de novos relacionamentos. *É uma coisa assim que me travou, que me marcou. É doloroso pra mim, é sacrifício e eu acho que eu estou sendo muito ruim comigo mesma. Talvez, eu pudesse ser mais carinhosa, pudesse ser mais atenciosa, coisa que eu não sou, e, às vezes, eu fico me perguntando se eu não tivesse o HIV, será que ia ser diferente?* (C7).

O medo de contaminar alguém, aliado à dificuldade de usar o preservativo e de negociar seu uso, também são fatores que influenciam a decisão dessas mulheres de não mais terem relações sexuais. *Eu acho que eu jamais teria coragem de transar com alguém, por isso que eu acho a sexualidade para mim não existe, que mesmo me preservando com preservativo, não teria coragem de transar com ninguém, eu penso nele* (C11).

As falas representaram histórias de vida cujas relações amorosas foram frustradas pela decepção associada à contaminação por uma doença que possui o estigma de morte e sofrimento. *E a gente estava tão*

apaixonado, que eu nem me lembrei que existia aids. E, de repente, me frustrou. Casei porque eu quis, porque eu gostava, mas... a decepção veio (C15).

Os programas de prevenção do HIV devem considerar também aspectos psicológicos, socioeconômicos e culturais que interferem na vulnerabilidade deste grupo etário, antes e depois da infecção. Para haver maior alcance de suas ações, os programas devem desenvolver nos locais frequentados por estes (centros de dia, centros recreativos, salas de baile, bingos, etc.) e utilizar uma linguagem específica para este grupo⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais apreendidas neste estudo permitiram identificar aspectos subjetivos da mulher com 50 anos ou mais no contexto da infecção pelo HIV/Aids, com destaque para a apreensão de um ser biopsicossocial envolto por determinações históricas, sociais e culturais.

No que diz respeito à sexualidade, conceberam-se como representações sociais a dor e o sacrifício. Aspectos da vida dessas mulheres que merecem ser encarados de forma aberta e sem preconceitos, motivando o cuidado efetivo e eficaz, voltado para a escuta de angústias e anseios e compreensão de que a estrutura social as relega a um plano secundário, ocasionando sofrimento e práticas sexuais desprotegidas e insatisfatórias.

REFERÊNCIAS

1. Araújo CLF, Costa LPM, Schilkowsky LB, Silva SMB. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Município do Rio de Janeiro e o acesso ao diagnóstico do HIV entre a População Negra: uma análise qualitativa. *Saúde Soc.* 2010; 19(Supl. 2):85-95.
2. Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araujo EC, Carneiro RM. Aids envelhecimento: características dos casos com

É importante ressaltar que a possibilidade de manutenção de uma vida sexual ativa entre as pessoas na terceira idade, reconhecendo-os como indivíduos capazes de manter uma vida plena em todos os seus aspectos, deve estar associada a iniciativas de prevenção e de assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Ademais, destaca-se a vulnerabilidade dessas mulheres, pois a desigualdade de gênero possibilita a exposição cada vez maior ao risco de aquisição de novas infecções e reinfecções com cepas de HIV resistentes, bem como a manutenção da cadeia de transmissão do vírus.

Avaliando todo o contexto em que se desenvolvem as ações relacionadas ao tema, inferimos que há necessidade de inclusão do idoso, pelos meios de comunicação social que apenas utilizam jovens nas campanhas de prevenção, para que o idoso se perceba vulnerável quanto ao risco de contrair o vírus HIV, aproximando-o assim dessa realidade.

Dessa forma, estudos que envolvam questões como infecção pelo HIV/Aids em pessoas maiores de 50 anos devem ser amplamente incentivados, visando a subsidiar o desenvolvimento de ações e programas de prevenção, justificados por vários motivos, dentre estes as mudanças nos hábitos sexuais que não foram precedidas por incentivos à prevenção, em uma população que não se percebe vulnerável, em particular a mulher que, histórica e culturalmente, apresenta-se em desvantagem relacionada às questões de gênero.

- idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(3):338-51.
3. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional DST/AIDS. *Bol Epidemiol AIDS/DST.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
4. Ministério da Saúde (BR). *Boletim Epidemiológico* 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

5. Araújo VLB, Brito DMS, Gimenez MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4):544-54.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
7. Sousa MCP, Santo ACGE, Motta SKA. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saúde Soc*. 2008; 17(2):58-68.
8. Carvalho CML, Galvão MTG. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):90-7.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. Brasília: 2006.
11. Figueiredo MA, Provincialli RM. HIV/Aids em pessoas idosas. Vulnerabilidade, convívio e enfrentamento. In: *Anais do VII Congresso Virtual HIV/AIDS: o VIH/SIDA na criança e no idoso*. [citado 2012 jun 10]. Disponível em: <http://www.Aidscongress.net/pdf/280.pdf>
12. Almeida MRCB, Labrinici LM. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras de HIV contada pela história oral. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(1):263-74.
13. Carvalho CML, Galvão MTG. Sentimentos de culpa atribuídos por mulheres com AIDS face a sua doença. *Rev Rene*. 2010; 11(2):103-11.
14. Silva AL, Shimizu HE. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(3):307-11.
15. Sant'Anna ACC, Seidl EMF. Efeitos da condição sorológica sobre as escolhas reprodutivas de mulheres HIV positivas. *Psicol Reflex Crit*. 2009; 22(2):244-51.
16. Baldissera VDA, Bueno SMV. A representação da sexualidade por idosas e a educação para a saúde. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2010 [citado 2012 jun 10]; 12(4): 622-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a05.htm>.
17. Caldas JMP, Gessolo KM. Aids depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública. In: *Anais do VII Congresso Virtual HIV/AIDS: o VIH/SIDA na criança e no idoso*. [citado 2012 jun 10]. Disponível em: <http://www.Aidscongress.net/pdf/280.pdf>.

Recebido: 19/04/2012
Aceito: 13/06/2012