

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

TALITA VENDRAME DE OLIVEIRA

AS RELAÇÕES AFETIVAS –SEXUAIS DAS PESSOAS QUE
VIVEM COM HIV/AIDS.

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2015

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

TALITA VENDRAME DE OLIVEIRA

AS RELAÇÕES AFETIVAS –SEXUAIS DAS PESSOAS QUE
VIVEM COM HIV/AIDS.

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica: Núcleo Psicossomática e Psicologia Hospitalar, sob a orientação da Professora Doutora Edna Maria Severino Peters Kahhale.

SÃO PAULO

2015

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Prof. Dra. Edna Maria S. P. Kahhale, pela liberdade e confiança referente ao presente trabalho, além da indiscutível amizade e compreensão em momentos difíceis. Principalmente pelo aprendizado de que sempre podemos fazer algo melhor do que imaginamos e proporcionarmos o melhor desenvolvimento nosso e de outras pessoas.

Agradeço ao núcleo de Psicologia Hospitalar e psicossomática pelo aprendizado, pelo acolhimento, pelas oportunidades de vivências singulares e positivas.

Agradeço a CAPES que viabilizou financeiramente o meu curso mestrado.

Agradeço aos meus pais, Maria Catarina e Jocelin que me proporcionaram a oportunidade de fazer o mestrado como várias outras oportunidades inesquecíveis, por serem sempre a minha fonte de apoio, carinho, amor, por estarem do meu lado e sempre acreditarem compartilhando os meus sonhos. Agradeço também por eles me ensinarem a cada dia que podemos fazer algo diferente e enxergar sempre o lado positivo da vida.

Agradeço a Sandra Vieira Cardoso, a qual além de supervisora se tornou uma grande amiga, confidente incentivadora e sempre me proporcionando conversas produtivas para a construção e elaboração deste mestrado, como também para a elaboração de aspectos da minha vida.

Agradeço ao Dr. Nelson Aquino e a Enf. Agnes Carvalho e a toda equipe SION, que abriram suas portas para que pudéssemos desenvolver um trabalho conjunto.

Agradeço as amigas Camila e Carla, por sempre serem uma fonte de inspiração, modelo de profissional da saúde e de mulher. Por me acolherem e por me ensinarem a ser sempre uma melhor pessoa e principalmente por me ajudarem a ter mais clareza sobre as questões postas pelas pessoas que vivem com HIV.

Agradeço as amigas Ana Larissa e Clarissa que sempre estiveram ao meu lado me dando apoio e carinho, onde pude perceber que a amizade construída de uma forma sincera sempre nos leva a percorrermos o caminho da vida, nos complementando e nos fortalecendo a cada etapa.

Agradeço as “amigas do coração” Aline, Larissa e Lílian que acompanharam toda a minha trajetória, principalmente pelo incentivo, pelas conversas e discussões que proporcionavam novas elaborações. Pelos cafés, momentos agradáveis e inesquecíveis que me deram força para nunca desistir.

Agradeço ao meu amigo Bruno e fiel escudeiro, que participou diretamente na construção deste trabalho e onde os principais ingredientes eram o afeto, o acolhimento, conversas pela madrugada e boas risadas.

Agradeço aos meus amigos Fabrício e Fabiana pelo acolhimento, por me hospedarem algumas vezes, pelas conversas, pelo carinho, pela troca, pelas risadas e pelas discussões sobre este trabalho que me ajudaram a construí-lo.

Agradeço aos amigos que fiz no mestrado Alberto, Bruno Martins, Maria Irene, Patrícia e Roberto, principalmente a Maura, que sempre estiveram ao meu lado dividindo tristezas, alegrias, ansiedades, sonhos, decepções e me ajudaram em todas as fases do processo até a finalização do mestrado.

Agradeço aos meus tios Cristovão e Toninho que sempre me apoiaram em São Paulo, me acolheram, cuidaram, estiveram sempre presentes e são fonte de amor, carinho, aconchego e paz. Agradeço a minha madrinha Irani, por ter sido uma das minhas maiores incentivadoras além de ser uma segunda mãe e por sempre me acolher com um abraço aconchegante e amigo, além de ser um exemplo de força e fé.

Agradeço a Jocelene e ao César por me proporcionarem a amizade, o companheirismo, o acolhimento, conversas infinitas, finais de semana maravilhosos que me renovavam e me davam forças para voltar à rotina.

Agradeço a Dayane por sempre me proporcionar insights, uma ótima companhia e por sempre me impulsionar em todos os aspectos.

Agradeço a Myllena, por dividir as angústias e as felicidades do processo de finalização do mestrado, se tornando mais do que uma colega de casa, uma grande amiga.

Agradeço a todos aqueles que com suas pequenas mãozinhas me impulsionaram e me ajudaram a fazer este trabalho, pois o *“sonho que se sonha junto, vira nosso”*.

RESUMO

A vivência com o vírus do HIV e com a Aids tem tido novas configurações ao longo da história da epidemia, principalmente quanto as relações afetivas –sexuais dessas pessoas. O conhecimento da soropositividade causa alterações nas configurações amorosas com isso objetivou-se compreender as significações das relações afetivo - sexuais e das possibilidades de conjugalidade das pessoas que vivem com HIV/Aids e como desenvolvem seu autocuidado, na perspectiva da psicologia sócio- histórica. Trabalhamos com um banco de dados construído a partir de dados já coletados entre os anos de 2006 - 2007 e 2010 – 2012, constituído por 85 participantes, os quais haviam respondido 14 perguntas pré selecionadas para compor a amostra. A análise dos dados foi efetuada a partir da elaboração de *Núcleos de Significados* e para o aprofundamento da análise qualitativa foi realizada uma Análise Hierárquica por similaridade gerando *clusters* e utilizou-se as falas das pessoas para exemplificar as significações das relações afetivas-sexuais e qual a influencia dessas no autocuidado. Nos resultados obtivemos quatro *Clusters*, sendo dois femininos e dois masculinos. O *Cluster1* (das mulheres e dos homens) é caracterizado por ser formado por pessoas casadas, mais velhas, com menor escolaridade e estão em um relacionamento estável a mais tempo. Essas pessoas tendem a reproduzir o papel hegemônico esperado do feminino e do masculino. O *Cluster 2* (das mulheres e dos homens) é caracterizado por ser formado por pessoas mais jovens, com um nível maior de escolaridade, comparado com os *Clusters1* e por pessoas que estão há menos tempo em uma relação estável ou não possuem um relacionamento estável. Essas pessoas apresentam uma idealização do relacionamento afetivo, o que representa o que elas gostariam de construir, mas ao mesmo tempo tem uma melhor compreensão da realidade vivida, sendo mais integradas psiquicamente. Os resultados nos mostram que os participantes desta amostra tendem a reproduzir o padrão hegemônico das relações afetivo-sexuais, muitas vezes sem crítica. Por outro lado alguns participantes conseguem criar novos sentidos para as suas relações e com isso, construir uma maior auto consciência, modificando alguns comportamentos e tendo uma melhor qualidade em suas relações, o que pode ser um fator que promotor do autocuidado.

Palavras chaves: Relações afetivas- sexuais; conjugalidade e autocuidado.

ABSTRACT

The experience of living with the HIV virus and Aids has had new settings throughout the history of the epidemic, especially as the affective-sexual relationships of these people. Knowledge of HIV status causes changes in emotional settings and it aimed to comprise the meanings of affective-sexual relationships and marital relationship of people who lives with HIV/Aids and how is the process of self-care from the perspective of socio-historical psychology. Our employment was made with a database built from a data already collected between 2006 - 2007 and 2010 - 2012, consisting of 85 participants who had responded the 14 selected questions for the sample. The analysis of the data was performed from the elaboration of meanings cores and to deepen the qualitative analysis was realized one Hierarchical Analysis similarity generating clusters and used the testimonies of the people to illustrate the meanings of affective-sexual relationships and the influence of this relations in the promotion of self-care. The results obtained four clusters, two female and two male. The Cluster1 (women and men) is characterized by being made up of married couples, older, less scholarship and are in a stable relationship a longer time. These people tend reproduce the hegemonic standard of the feminine and masculine. The Cluster 2 (women and men) is characterized by being made up of younger people with a higher level of education, compared with Clusters1 and people who are in a shorter stable relationship or not in a stable relationship. These people have an idealization of romantic relationship, which is what they would like to construct, but at the same time have a better understanding of the real life and are more integrated psychologically. The results show that participants in this sample tend to reproduce the hegemonic pattern of affective-sexual relationships, often uncritically. On the other hand some participants can create new meanings to their relations and thereby build greater self awareness, changing some behaviors and having a better quality in their relationships, which may be a factor promoting self-care.

Keywords: affective-sexual relationship; marital relationship and self-care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....	9
1 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E VULNERABILIDADE DENTRO DOS PARÂMETROS DO PROGRAMA NACIONAL DE HIV/AIDS.....	10
2 CONCEPÇÃO DE SUJEITO ADOTADA COMO PARÂMETRO DE ANÁLISE	19
3 RELAÇÕES AFETIVAS- SEXUAIS, UM OLHAR FRENTE AS RELAÇÕES DE GÊNERO.....	24
4 RELAÇÕES AFETIVAS E SEXUAIS (CONJUGALIDADE E OUTRAS POSSIBILIDADES)	27
5 OBJETIVOS.....	39
5.1 OBJETIVO GERAL.....	39
5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	39
6 MÉTODO.....	40
6.1 LOCUS DA PESQUISA.....	40
6.2 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA.....	40
6.3 CRITÉRIO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	41
7 RESULTADOS	44
7.1 DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS.....	44
7.2 ANÁLISE DOS DISCURSOS.....	50
CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS.....	101
ANEXOS	108

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

O viver com HIV/Aids tem tido novas configurações ao longo da história da epidemia, por isso é importante compreendermos o processo de vivência cotidiana dessas pessoas.

Neste trabalho tivemos por objetivo compreender as significações das relações afetivo - sexuais e das possibilidades de conjugalidade das pessoas que vivem com HIV/Aids e como desenvolvem seu autocuidado.

A construção desta dissertação é composta por quatro capítulos que apresentam a fundamentação teórica, a fim de oferecer os parâmetros de análise dos resultados.

No primeiro capítulo, abordamos uma visão geral do quadro brasileiro da epidemia da Aids, trabalhamos com a concepção de saúde e vulnerabilidade dentro dos parâmetros do programa de HIV/Aids do Brasil. Pois a abordagem desses conceitos é importante para a compreensão da dialética saúde- doença vivenciada pela população HIV⁺.

A partir da compreensão dos conceitos de saúde e vulnerabilidade posto, no segundo capítulo abordamos a concepção de sujeito adotada como parâmetro de análise. Este capítulo nos ajuda a compreender como o ser humano se configura ao longo de suas vivências, que nos possibilita apreender suas significações. Compreendendo o que é ser sujeito e como ele vai se constituindo, podemos apreender o viver com uma patologia como o HIV e como as relações dos sujeitos vão se configurando, as significações das suas vivências.

Ao compreendermos como esse sujeito está no mundo e às suas relações, podemos apreender como são configuradas as relações afetivo-sexuais das pessoas que vivem com HIV/Aids. Esta temática é importante, pois há um grande número de pessoas que se infectam estando em relações afetivas- sexuais estáveis e/ou, outras possibilidades. Devido a este dado no terceiro capítulo procuramos refletir como são construídas as relações de gênero que permeiam as relações afetivo-sexuais das pessoas, pois percebemos que na sociedade ocidental o padrão heteronormativo da masculinidade hegemônica está presente os significados do que é esperado de uma relação afetivo-sexual e, muitas vezes, é reproduzido sem crítica.

No quarto capítulo a partir da revisão bibliográfica, analisamos os estudos já publicados sobre, como as pessoas que vivem com HIV/Aids constroem suas relações amorosas e quais são as significações presentes nesta construções. Em seguida apresentamos a pesquisa realizada.

1 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E VULNERABILIDADE DENTRO DOS PARÂMETROS DO PROGRAMA NACIONAL DE HIV/AIDS.

O conceito de saúde e doença foi se modificando ao longo dos séculos, refletindo o cenário social, político, cultural e econômico do momento histórico em que o sujeito se encontra.

O conceito de doença no ocidente surgiu anteriormente ao conceito de saúde, pois foi a partir da doença que se considerou o que era um desvio de normalidade e se estabeleceu o que é considerado comum ou normal (SCHAURICH, COELHO e MOTTA, 2006).

A dialética saúde e doença expressa um processo dinâmico, que potencializa os recursos da pessoa minimizando a sua vulnerabilidade quando em contato com agentes e processos patogênicos que poderiam desencadear um limite à saúde ou doença (GONZÁLEZ REY, 2004).

No contexto brasileiro, consideramos as concepções de saúde já existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), que foi implantado, a partir da Lei Orgânica da Saúde 80/1990 (BRASIL, 1986) e no Programa Nacional de DST, HIV e Aids (PNDST/HIV/Aids), implantado pela portaria 236/1985 (BRASIL,1999).

A proposta do SUS traz em sua concepção a saúde integral, sendo um direito de todos e dever do estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, visando à redução de risco de doenças e outros agravos de saúde. É regida pelos princípios Universalidade, Equidade, Integralidade e Territorialização na atenção à saúde (TEIXEIRA, 2011). Estes princípios preconizam condições dignas de vida, acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis promovendo o desenvolvimento pleno do ser humano em suas necessidades específicas (BRASIL, 2006).

Cada um dos princípios aborda um aspecto para o desenvolvimento do SUS, a Universalidade coloca que é preciso obter a cobertura de todos os serviços para toda população, assim promovendo uma melhora no acesso à saúde. A equidade propõe a assistência em sua especificidade respeitando grupos e pessoas de forma igualitária e a integralidade se refere à promoção de saúde, prevenção de riscos e agravos, a assistência aos doentes e a reabilitação quando necessária (TEIXEIRA, 2011).

Estes princípios do SUS, não reducionista, abrangem a totalidade nas dimensões de intervenção e cuidado voltado para pessoas, grupos e coletividade, considerando os sujeitos

históricos, sociais e cidadãos inseridos em uma família e em um grupo num contexto sócio-histórico.

A promoção de saúde é um processo que envolve a capacitação das pessoas e da comunidade para que estas dentro de sua realidade possam atuar para melhora de sua qualidade de vida. A promoção envolve a participação dos sujeitos, nas três esferas de governo, lutando pela melhoria das políticas públicas, com a finalidade de obter serviços que são essenciais para a manutenção de sua vida, saúde e qualidade de vida (MACHADO et.al, 2007). A partir deste posicionamento os sujeitos se tornam ativos perante algum limite de saúde, sendo protagonistas mesmo quando são diferentes, desiguais e que sofrem algum tipo de discriminação, como no caso das pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e com a doença causada por este, denominada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

Vale lembrar que o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo PE/DST/HIV/Aids/SP (BRASIL, 2006) também foi uma resposta do governo do estado em 1983, à Aids e ao movimento da sociedade civil objetivando uma vigilância epidemiológica, o esclarecimento sobre a doença para a população afim de evitar o pânico e a discriminação dos grupos considerados vulneráveis, garantindo o atendimento aos indivíduos diagnosticados e orientar os profissionais de saúde.

A partir da criação do programa paulista há uma organização do trabalho de prevenção junto às populações em situações mais vulneráveis, assume-se a responsabilidade de transformar as configurações de vida que propiciam doenças. Com isso o conceito_ de saúde associa-se à qualidade de vida reforçando o direito das pessoas à saúde. Dentro das diretrizes do Programa defende-se a não discriminação e não violência, a liberdade de orientação sexual, identidade e expressão de gênero, proporcionando autonomia nas decisões sobre o seu corpo e proporcionando informações de orientação formulada com uma linguagem adequada. É preciso que existam também ambientes seguros e saudáveis, promovendo a segurança alimentar e nutricional, com habitações e condições de trabalho dignas, assim possibilitando a segurança em todas as dimensões do desenvolvimento (SOCIEDADE CIVIL, 2013).

Assim, esta experiência subsidiou a primeira resposta nacional do Brasil à epidemia da Aids pelo Ministério da Saúde em conjunto com movimentos da sociedade civil com a criação PNDST/HIV/Aids, baseado nos direitos humanos. Defendiam a redução da incidência da Aids na população, que se encontrava mais exposta às situações de risco e vulnerabilidade. A partir desta medida governamental houve a garantia dos direitos de cidadania, proporcionando

uma melhor qualidade de vida às pessoas que vivem com o HIV/Aids e priorizando ações voltadas à prevenção de DST (BRASIL, 1986; SOUZA et.al, 2010; SOCIEDADE CIVIL, 2013).

Deste modo a categoria analítica de vulnerabilidade surge de um intenso debate, resultante da experiência social frente à epidemia da Aids (AYRES et.al 1999). As vulnerabilidades programática, social e individual buscam promover debates e propor ações frente aos diferentes graus e naturezas de susceptibilidade dos indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, bem como agravos à saúde em geral (AYRES et al., 2003).

Na atualidade visualizamos o conceito de *vulnerabilidade*, quando se coloca que todos os seres humanos, independentemente do seu estilo de vida, encontram-se num estado de exposição ao risco. Buchalla e Paiva (2002):

“ A vulnerabilidade de um grupo à infecção pelo HIV e ao adoecimento é resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e socioculturais que ampliam ou diluem o risco individual. Além de trabalhar essas dimensões sociais – **vulnerabilidade social** – é um desafio permanente e de longo prazo no sentido de sofisticar os programas de prevenção e assistência, abrindo espaço para o diálogo e a compreensão sobre os obstáculos mais estruturais da prevenção e sobre o acesso e para as experiências diversas com os meios preventivos disponíveis – **vulnerabilidade programática** – para que, no plano das crenças, atitudes e práticas pessoais – **vulnerabilidade individual** – todos, significando cada um, possam de fato se proteger da infecção e do adoecimento” (p.118-119).

Compreendemos por *componente individual* aquilo que depende do indivíduo; assumindo práticas protegidas e protetoras. Os construtos sociais que promovem a demarcação identitária do gênero masculino trazem impacto no cuidar de si e vulnerabilidades individuais, a partir do comportamento e dos roteiros sexuais desses homens que admitem para si como naturais. Para a virilidade, a uma impetuosidade associada ao incorrer riscos, como o não uso do preservativo, que o desejo sexual masculino não pode ser demarcado e nem controlado. Que perpassam pela crença da invencibilidade, de que coisas ruins não os atingiriam, que o cuidado, principalmente, o preventivo é coisa de mulher, que o sexo desprotegido tem associação direta com ser ‘macho’, frequentar lugares ‘do masculino’.

No plano individual, ao avaliarmos a vulnerabilidade vamos olhar para os comportamentos que aumentam a possibilidade de se infectar e/ou adoecer. No caso do vírus HIV as práticas como a relação sexual desprotegida, uso de drogas injetáveis e a transfusão sanguínea. Esses comportamentos de risco geram maior chance de infecção, adoecimento e morte, não podem ser entendidos como vontade exclusiva e imediata dos indivíduos, pois se

relacionam com o grau de consciência que foi desenvolvido por eles em relação aos possíveis danos decorrentes destes comportamentos. Para que haja uma transformação efetiva destes comportamentos, que aumentam a vulnerabilidade, é preciso compreender a consciência que os sujeitos possuem de si mesmo, proporcionando informações e discutindo-as para que possam ser incorporadas nos seus processos subjetivos (AYRES et al., 2003).

A impossibilidade de acesso às informações e condições concretas de vida expressam a vulnerabilidade social, a qual por exemplo pode ser percebida nos lugares sem saneamento básico. Outro exemplo, seria o viver em comunidades que não têm a possibilidade de acompanhar os avanços da saúde. A vulnerabilidade programática envolve ação do Estado via medidas sócio-políticas-culturais que envolvem população específica, liberdade de pensamento e expressão, graus de prioridade política e econômica voltado para a saúde e condições de bem-estar social. Essas são avaliadas pelo acesso a recursos e equipamentos de saúde; acesso e qualidade dos serviços; nível geral de saúde da população. Abrange o grau e o tipo de compromisso das autoridades em relação ao enfrentamento do problema, a partir de ações intersetorial e interinstitucional tais como planejamento e gerenciamento de ações, financiamento adequado e estável para o cumprimento das metas (AYRES et al., 2003).

A pessoa que vive com HIV/ Aids está exposta a esses processos de vulnerabilidade no seu viver. Este viver expressa a sua concepção de saúde e sua subjetividade. Assim, a saúde engloba o meio sócio-cultural, histórico, considerando a subjetividade de cada indivíduo e sendo vista como um processo permanente (MORI e GONZALEZ REY, 2012).

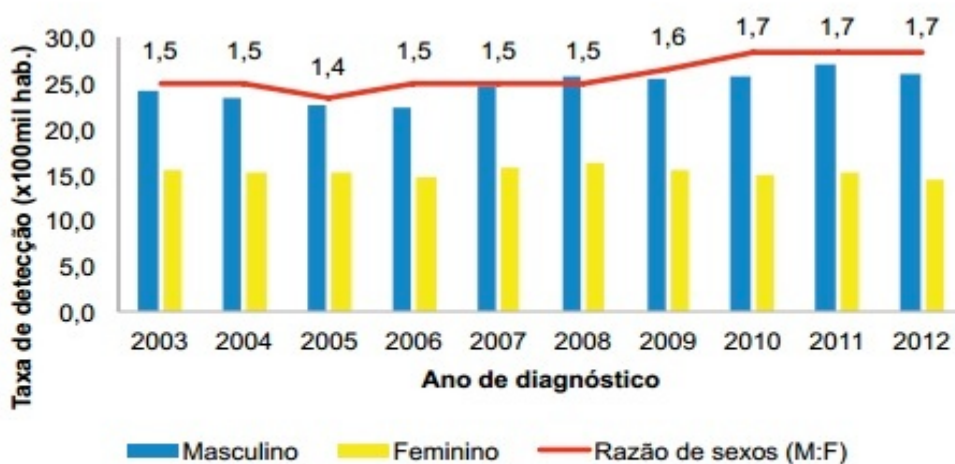
A subjetividade vai se constituindo a partir da relação dialética do indivíduo com o social, possibilitando a expressão do sujeito em diferentes momentos da sua vida, afetando e sendo afetado pelo meio no qual ele vive. Neste movimento dialético, o sujeito constitui a consciência de si mesmo e do outro configurando a sua subjetividade individual (MORI e GONZALEZ REY, 2012). Parafraseando Mori e Gonzalez Rey (2012, p.142) “a subjetividade social é constituída pelos significados que caracterizam a vida da pessoa e suas produções simbólicas que estão postas nos espaços sociais em que estes sujeitos circulam”.

Uma vez que a constituição da subjetividade é um processo complexo que envolve a subjetividade individual e social, estas vão se constituindo permanentemente e se interrelacionam ao mesmo tempo, o que significa que o indivíduo constitui o social e é constituído por ele. Esta dialética nos permite uma visão mais aprofundada do funcionamento do sujeito superando a forma fragmentada de apreender os processos sociais e individuais. Os indivíduos se tornarão sujeitos ao se reconhecerem como uma pessoa com limites a serem

enfrentados, a partir da construção de um sentido subjetivo do seu limite de saúde. É este o desafio de sair do significado coletivo para a construção de um sentido, singular que as pessoas que vivem com HIV/ Aids precisam enfrentar. Caso não o faça ficará enredada nos estigmas do viver HIV (MORI e GONZALEZ REY, 2012).

A subjetividade é expressa em diferentes momentos da vida de uma pessoa a partir das tensões geradas entre a subjetividade individual e o meio social em que vive. O significado construído está relacionado aos processos simbólicos, emocionais e comportamentais, o qual é compartilhado socialmente, expressando a integração dialética destes processos e das dimensões individuais e sociais (GONZÁLEZ REY, 2007). As pessoas constituem sua subjetividade individual de forma singular. É na subjetividade que se apreende os comportamentos vulneráveis ou não das pessoas que vivem com HIV.

Analisaremos a seguir o quadro brasileiro em relação a epidemia de HIV/ Aids e possíveis indicadores de vulnerabilidade. Iniciaremos pela distribuição da infecção pelos sexos (Figura 1).



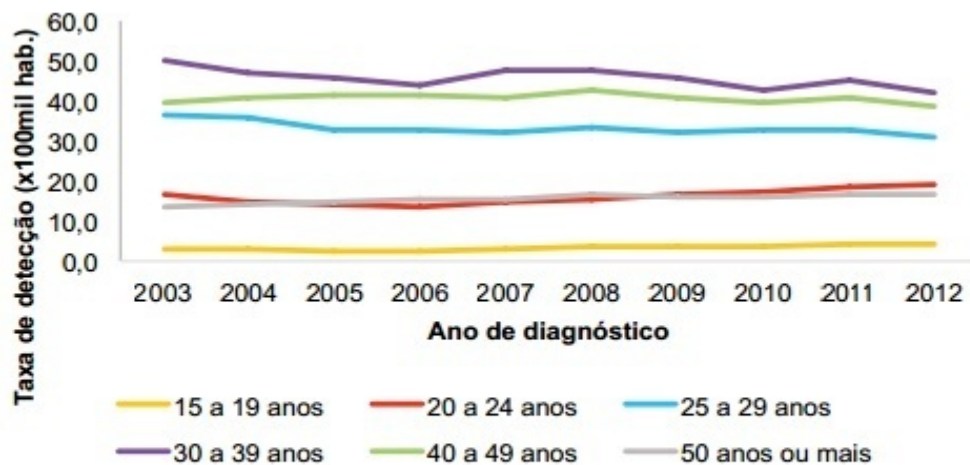
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Nota: (1) Casos notificados no Sinan e Siscol/Siclor até 30/06/2013 e no SIM de 2000 até 2012.

Figura1- Taxa de detecção de Aids por sexo e razão de sexos. Brasil, 2003 a 2012.

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2013, no Brasil, em torno de 718 mil pessoas vivem com HIV/Aids. Se considerarmos o período de 2003 a 2012 a epidemia tem se mantido estável para homens e mulheres. A taxa de casos de Aids em homens é maior do que nas mulheres (Figura 1), numa proporção de 1,7 casos de homem para cada mulher (BRASIL, 2013). Apesar da taxa ter se mantido estável nos últimos dez anos, a razão sexo masculino e feminino se agravou de 1985 para cá, naquela época a proporção era de 20 homens para uma mulher, apontando a maior vulnerabilidade das mulheres e a feminilização

da infecção. Provavelmente este processo relaciona-se com os papéis sexuais masculinos e femininos hegemônicos na nossa sociedade, expressando a subjetividade social contida nas relações de gênero.

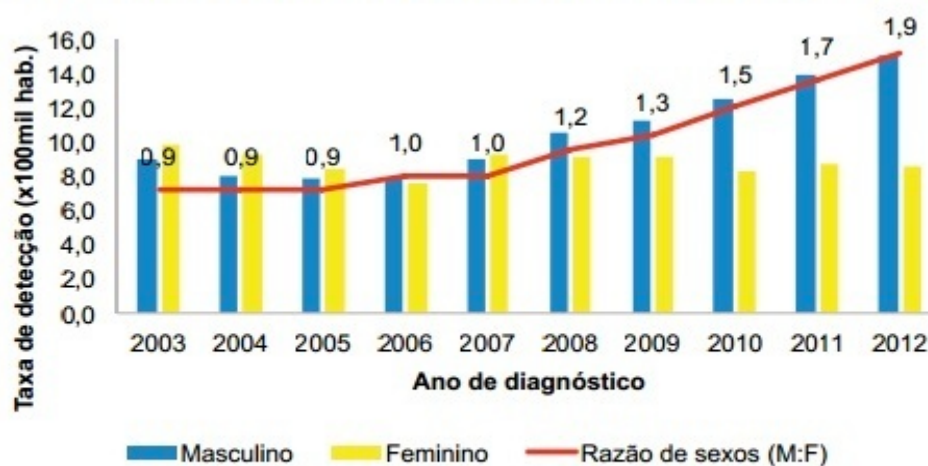


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Nota: (1) Casos notificados no Sinan e Siscel/Sidom até 30/06/2013 e no SIM de 2000 até 2012.

Figura 2- Taxa de detecção de Aids em indivíduos com 15 anos ou mais, segundo a faixa etária e o ano de diagnóstico. Brasil, 2003 a 2012.

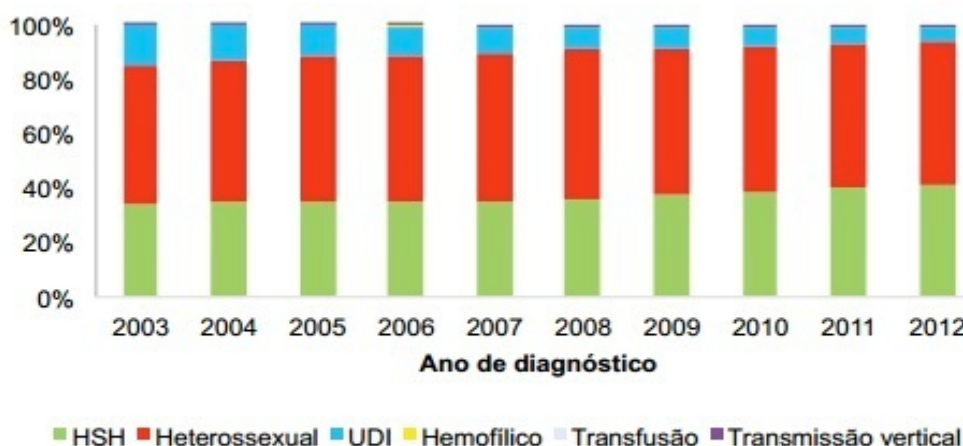
A Figura 2 apresenta o ano do diagnóstico de Aids segundo a faixa etária (de 15 anos a 50 anos ou mais). A maior taxa de Aids ocorre na faixa etária entre 30 a 49 anos (BRASIL, 2013). O aumento de diagnóstico de Aids nesta faixa etária pode estar relacionado com o início das relações afetivas-sexuais estáveis e também um período propenso à gravidez, propiciando a diminuição no uso de preservativo. O uso do preservativo não se apresenta efetivo nas relações sexuais de vínculo conjugal, devido à estabilidade e ao vínculo de confiança formado. Observamos que as pessoas estão envelhecendo com o vírus HIV e desenvolvendo a Aids tardiamente (MAKSUD,2009). Em relação às medidas de prevenção percebe-se que estas não estão abordando de forma efetiva os grupos de adolescentes, jovens e pessoas em fase de envelhecimento, pois muitas vezes as questões de prevenção de DST/Aids nas relações sexuais e nas práticas sociais não são abordadas de forma esclarecedora e proativa para esta população (POTTES et.al, 2007).



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
 Nota: (1) Casos notificados no Sinan e Siscel/Sicdom até 30/06/2013 e no SIM de 2000 até 2012.

Figura 3- Taxa de detecção de casos de Aids em jovens de 15 a 24 anos de idade por sexos e razão de sexos. Brasil, 2003 a 2012.

Tomando como base a Figura 3, notamos que as medidas preventivas têm sido eficiente entre as adolescentes e jovens até o ano de 2005. No entanto, observamos uma tendência entre os jovens (15 a 24 anos) o aumento da infecção ao longo desses últimos 10 anos (de 0,9 para 1,9 na relação masculino/ feminino). O que podemos deduzir é que os programas de atenção básica à saúde abordam de forma efetiva a prevenção feminina, mas ainda a abordagem da saúde masculina apresenta brechas e precisa ser aprimorada, a fim de atingir de forma mais eficiente os jovens.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
 Nota: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2013.

Figura 4- Proporção de casos de Aids em homens com 13 anos ou mais de idade notificados no Sinan por categoria de exposição e ano de diagnóstico. Brasil, 2003 a 2012.

No início da epidemia de 1981 até 1984 eram os homens que faziam sexo com homens a maioria dos casos (71%) notificados de Aids (BRITO, CASTILHO e SZWARCWALD, 2001). Atualmente, como aponta a Figura 4, os HSH são 32,0% da população de homens com 13 anos ou mais, notificada com Aids e a via de transmissão heterossexual constitui uma importante característica da dinâmica da epidemia, pois representa 52,7%. Observamos também uma redução em usuários de drogas injetáveis (UDI), que em 1984 era de 37% dos casos e atualmente é 5,2%. Outra redução ocorreu na via de transmissão vertical atualmente 0,7%. Estes dados indicam o sucesso do programa na atenção às antigas populações vulneráveis.

O aumento da taxa em homens que se dizem heterossexuais pode estar relacionada a visão de que as relações afetivas- sexuais estáveis é fator de proteção. Este pensamento associa-se à concepção hegemônica de conjugalidade que supõe a fidelidade nos relacionamentos estáveis, negando a possibilidade de variedade de parceiros e do desejo de práticas diferenciadas extraconjugais.

A infecção pelo HIV introduz um questionamento sobre a conjugalidade como fator de proteção, o que é um desafio no trabalho de prevenção. A taxa elevada de infecção entre heterossexuais e HSH aponta vivências de preconceito social em relação a diversidade de orientação, identidade e práticas sexuais, que propicia comportamentos vulneráveis, mesmo tendo informações de prevenção (SOCIEDADE CIVIL, 2013).

As taxas de mortalidade por Aids diminuíram devido o seu controle e o caráter crônico da doença, que é reforçado com distribuição universal e gratuita de antirretrovirais desde 1996 e pelo crescimento da reeducação sexual das pessoas soropositivas prevenindo a reinfecção. A cronicidade permite o aumento da sobrevida com qualidade de vida (LOBO e PIMENTEL, 2012).

Muitas vezes as questões de vulnerabilidade que levaram o sujeito a contrair o HIV ou desenvolver a Aids são as mesmas que colocam uma limitação na qualidade de vida dele. Tomemos como exemplo a falta de autocuidado e compromisso pessoal, que se expressa pelo não uso de camisinha nas relações sexuais, não tomar ou tomar de forma irregular os antiretrovirais (LOBO e PIMENTEL, 2012). Esse modo de atuação pode indicar um modo próprio de viver e o sentido do viver com um limite de saúde e sua cronicidade, como o vírus HIV.

Ao retomarmos a concepção de saúde como processo, dependente de múltiplos fatores, não como um estado estático, percebe-se que o sujeito participa desses processos de forma singular, ativa e se reconhece nele (GONZALES REY, 2004). Assim, os cuidados e a prevenção de reinfecção precisam levar em conta a concepção de saúde assumida pelo sujeito e os sentidos construídos à infecção pelo HIV, assim como, os sentidos já atribuídos às suas vivências anteriores ao vírus (SOCIEDADE CIVIL, 2013). Para que se desenvolva uma melhora na qualidade de vida a partir da soropositividade, é necessário medidas de prevenção e promoção de saúde que envolvam os diferentes contextos culturais e de vulnerabilidade, relacionando-se com a condição concreta de vida de cada um (SOCIEDADE CIVIL, 2013).

As crenças e valores morais arraigados em nossa cultura dificultam a prevenção e a apropriação da vivência de uma doença crônica que carrega estigmas e preconceitos associados a maneira de como se transmite o HIV (via sexual) (LOBO e PIMENTEL, 2012). A partir das propostas do PE/DST/HIV/Aids/SP, a prevenção deveria abordar não apenas a temática da saúde, mas também questões políticas postas pelos movimentos sociais¹, para que a prevenção seja reforçada no cotidiano, principalmente em grupo de jovens, adolescentes e mulheres casadas, como já apontado. Faz parte da metodologia de prevenção o trabalho grupal onde as pessoas expõem o seu conhecimento, para que o aprendizado seja mútuo, reconhecendo que há diferenças e que precisam ser respeitadas (SOCIEDADE CIVIL, 2013).

A finalidade dos grupos é promover um espaço de reflexão e debates de uma forma criativa, que faça sentido para as pessoas que participam, buscando soluções conjuntas aos problemas. Sendo de suma importância abordar temas relacionados às práticas sexuais mais seguras e protegidas, propondo uma mudança das atitudes preconceituosas e discriminatórias para outras mais igualitárias, principalmente nas relações afetivas e sexuais, onde há necessidade de um diálogo mais aberto e franco entre os casais (SOCIEDADE CIVIL, 2013).

Neste capítulo procuramos abordar as definições de saúde já existentes no SUS e no PE/DST/HIV/Aids/SP, pois é a partir da visão de saúde proposta por este programa que é desenvolvida a assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids.

Tendo estas concepções já existentes, adotamos a proposta de saúde de Gonzalez Rey (2004, p.2-3), que considera saúde como um processo permanente, não associado à normalidade, rompendo com as concepções reducionistas, as quais, não consideram o sujeito como sendo parte de um processo complexo que envolve o meio social, cultural, histórico, genéticos e psicológicos, sendo diferente em cada cultura e sociedade.

¹ Mulheres, homossexuais, afro-brasileiros e da reforma sanitária.

A partir desta concepção poderemos apreender as dimensões mais complexas do viver com HIV/Aids, que acarreta uma série de cuidados específicos de saúde, pois muitas vezes ao vivenciar situações de vulnerabilidade, o sujeito constrói um sentido subjetivo destas vivências, vinculadas à sua ação frente ao diagnóstico.

Para apreendermos as significações² (AGUIAR, 2015) frente as vivências, precisamos compreender como o sujeito se constitui e é constituído, para isso é preciso termos a concepção de sujeito que nos norteará nas análises destas vivências.

2 CONCEPÇÃO DE SUJEITO ADOTADA COMO PARÂMETRO DE ANÁLISE.

A teoria sócio histórica construída a partir dos escritos de Vygotsky (1896-1934) tem como pano de fundo o materialismo histórico- dialético que se funda na materialidade e contradição interna dos fenômenos.

Ser sujeito é o primeiro ato histórico do ser humano e se configura ao realizar uma atividade que satisfaça às suas necessidades. A atividade e consciência são categorias essenciais para a compreensão da constituição da psique, que é constituída na interação com o meio sociocultural (AGUIAR et.al, 2009).

O pensamento constitui-se no processo da atividade mediado pelas palavras e pela linguagem. Ao executarmos uma atividade há uma representação da realidade objetiva no pensamento, por meio dos signos que a representam. Os signos são formas de linguagem que foram construídas pelo homem enquanto ser social, fazendo parte da psique humana. Os signos são usados e criados cotidianamente sendo uma característica específica do homem, da espécie humana (MOLON, 2003).

O pensamento que engloba a memória, a cognição e o afeto, vai se realizar na fala e a partir da compreensão da palavra falada se tornará consciente, passando pelo processo de significação, o qual envolve significados e sentido (AGUIAR et. al, 2009).

No processo de significação não podemos falar que o significado é apenas um fenômeno da linguagem ou apenas do pensamento, mas sim, uma unidade do pensamento e da linguagem, pensamento expresso na articulação entre signos representado na materialidade (linguagem). Nesse sentido a linguagem é um instrumento mediador que permite que o pensamento organizado expresse os sentidos e significados (VIGOTSKI, 2001[1869-1934]).

Os homens ao relacionarem-se entre si constituem-se em alteridade (Outro). Ao nos relacionarmos com o Outro vamos adquirindo a consciência de nós mesmos, pois a partir do

² AGUIAR, W.M.J. Significações como categoria teórica, 2015 (comunicação pessoal).

momento que observamos o que representamos para o outro e o que representamos para nós mesmos, nos reconhecemos nesta relação tendo reconhecido o Outro e construindo o autoconhecimento (MOLON, 2003).

A concepção de sujeito e, conseqüentemente, de subjetividade, exige a superação das dicotomias objetividade - subjetividade, mundo externo - mundo interno, indivíduo e sociedade (AGUIAR et. al, 2009). Esta superação ocorre dialéticamente, a partir da interação do sujeito com o mundo externo e com outros mediadores, proporcionando uma reconstrução intrapessoal a partir da apropriação do interpessoal, havendo uma apropriação do mundo ao mesmo tempo que o transforma (FITTIPALDI, 2006).

Compreendemos que os significados se desenvolvem a partir das apropriações do mundo externo, que vai constituir a subjetividade do sujeito de forma dialética, que a partir de suas experiências constroem o seu mundo interno. Os significados das palavras se desenvolvem e se modificam ao longo do seu curso histórico, sendo compartilhados, permitindo a comunicação entre os homens. Os significados expressam o processo de internalização das experiências humanas, configurando a consciência social.

A categoria de sentido subjetivo está colocada no centro da configuração da subjetividade, sendo constituída pela emoção como organizadora da psique. A emoção, expressa como cada pessoa é afetada nas relações que estabelece com o mundo material, cultural e social resultando numa organização dos processos mentais, que se integram à psique. No entanto, as emoções podem não ser integradas e/ou significadas, que condiz com a capacidade ativa da psique, que expressa conteúdos que são conscientes e outros inconscientes, pois as emoções podem aparecer de forma encoberta, pois não foram significadas (GONZALEZ REY, 2007).

O sentido subjetivo vai se desenvolvendo a partir da reflexão do sujeito em relação os significados das representações e das vivências singulares, que se caracterizam em um espaço social. Sendo assim, a subjetividade de uma pessoa configura-se pelas significações construídas ao longo do seu desenvolvimento individual integrado ao seu meio sociocultural. A subjetividade integra em uma mesma configuração subjetiva os sentidos atribuídos em diferentes áreas da vida da pessoa. Por meio dos sentidos subjetivos produzidos há possibilidade da pessoa ser sujeito ativo do seu próprio desenvolvimento (GONZALEZ REY, 2007).

O homem na relação dialética com a realidade objetiva, ou externa a ele, é capaz de apreendê-la ao mesmo tempo que a transforma. A apreensão deste processo configura a

consciência. Neste sentido o homem é ativo e criativo (GONZALEZ REY, 2007; AGUIAR et. al, 2009).

O sujeito se apropria dos objetos e dos fenômenos a partir da sua atividade no meio em que vive, sendo que neste meio já existem produções sociais e estas podem se tornar algo para si mesmo quando são modificadas e transformadas intrapsiquicamente fazendo parte da constituição de sua subjetividade. O sujeito entra em contato com a produção criada pela humanidade ao longo do seu processo histórico, de uma forma intersíquica, ao se apropriar dos conteúdos transforma-os em funções psicológicas superiores (SANTOS e LEÃO, 2012).

Segundo Molon (2003), as funções psicológicas inferiores representam um período pré- histórico das funções psicológicas superiores, caracterizando-se por terem origem filogenética, sendo suas reações diretas e involuntárias não havendo mediador são apenas controladas pelo meio físico e social e as reações aparecem de forma circunstancial.

As reações que fazem parte da função psicológica inferior, muitas vezes, apresentam comportamentos que fogem do controle do sujeito, sendo este não direcionado, não perceptível ao sujeito, uma ação automática, não significada (SANTOS e LEÃO, 2012).

As funções psicológicas superiores (linguagem, memória, lógica, formação de conceitos, pensamento), são originárias das relações entre os sujeitos, que são internalizadas e dependem das experiências que contém um contexto histórico, social e cultural, sendo mediadas por signos (AGUIAR, 2000; TOASSA, 2009; SANTOS e LEÃO, 2012).

Estas duas funções vão se superando, pois as funções psicológicas inferiores são transformadas e aparecem de forma oculta nas funções psicológicas superiores (MOLON, 2003). O inconsciente está relacionado a não simbolização de como a realidade exterior (material e social) afeta o sujeito, contendo conteúdos emocionais, que o mesmo não significou, mas que interferem em sua forma de agir perante a realidade. Ao contrario, a consciência envolve a capacidade de apreensão de si mesmo e da realidade externa num processo dialético de integração do externo com o interno mediada pela linguagem, expressa nas significações de si e do mundo (SANTOS e LEÃO, 2012; MORI e GONZALEZ REY, 2012).

É por meio dos comportamentos que as emoções não significadas, portanto inconscientes, se manifestam, o sujeito não percebe os motivos destes e não tem o controle de determinadas ações, pois lhe escapa o sentido e/ou significado de situação que o afeta (SANTOS e LEÃO, 2012).

O que observamos é que consciente e inconsciente formam uma unidade de contrários que não se anulam, mas existem de forma dialética contendo um ao outro. Os conteúdos conscientes podem se transformar inconscientes e vice-versa, pois quando os sentidos e os significados não são objetivados em comportamentos aceitos pelo grupo, os elementos que o compuseram se tornam inconscientes. Mesmo as emoções sendo uma importante forma de comunicação, muitas vezes as nossas expressões emocionais são reprimidas pelo grupo do qual participamos, não nos permitindo expor como a realidade nos afeta, assim transformando as emoções em inconscientes e, portanto, sem um sentido pessoal (SANTOS e LEÃO, 2012).

O grupo também pode fazer a função contrária, possibilitando a expressão das emoções, ajudando na resolução de sentimentos por meio de instrumentos já produzidos pelo grupo, o qual significa os afetos e possibilita que o sujeito construa seus próprios sentidos, tornando os sentimentos conscientes e as ações mais integradas.

Vygostsky defende a materialidade da consciência, pois esta é construída a partir do contato social e histórico, já que o sujeito não se desvincula de sua história, do momento histórico-social vivido e de um modelo de sociedade (MOLON, 2003).

Existe uma dualidade da consciência, pois há consciência no contato consigo mesmo e no contato com os Outros, que é constituída pela apreensão e significação dos pensamentos, dos sentimentos e da ação. O sujeito adquire consciência ao se apropriar da experiência do Outro, por meio da interação social e de suas experiências tornando possível sua atuação no mundo, podendo refletir sobre a sua própria atividade. Assim, quando o sujeito atua, a sua atividade é refletida nele mesmo, fazendo com que este se conscientize ou se aproprie desta atuação. As funções psicológicas superiores refletem também as condições históricas de vida e da cultura que o homem está inserido. Ao guardarmos em nossa memória as experiências do passado podemos nos adaptar às condições estabelecidas pelo meio ambiente de forma criativa, transformando o presente e construindo novos sentidos às atividades desenvolvidas (MOLON, 2003). Os parâmetros morais irão direcionar o homem em seu caminho, proporcionando a auto consciência, padrões estes fruto do momento sócio histórico vivido.

A categoria de sujeito considera que o sentido subjetivo é produzido de forma singular, considerando o sujeito uma pessoa ativa, viva, presente, que se posiciona, que pensa, age e sente. O sujeito vai se configurando por meio dos processos vividos e o resultado será definido dentro do processo, não sendo pré-determinado. O cenário do desenvolvimento é o sujeito, que neste processo vai ter um posicionamento ativo a partir do vínculo com os Outros, o olhar crítico permite ao sujeito uma visão reflexiva e autônoma singular/pessoal em relação

ao social e ao cultural, que poderá criar novos posicionamentos em relação a si mesmo e ao Outro (GONZALEZ REY, 2004). Estes parâmetros teóricos serão a base para a análise das vivências de pessoas que vivem com o vírus do HIV, nosso objetivo de estudo.

A relação afetiva – sexual, como muitas outras relações, possibilita a criação de sentidos para cada pessoa envolvida. A apreensão destes sentidos pelo casal se dá a partir das interações e trocas intersubjetivas, que podem permitir o desenvolvimento de autoconsciência em cada membro do casal (SANTOS e LEÃO, 2012).

O que se percebe é que as pessoas muitas vezes reproduzem o significado hegemônico, do grupo social a que pertence, de relacionamento afetivo- sexual e tem dificuldade de criar o seu sentido para a relação vivida. Esta dificuldade pode estar relacionada a não aceitação social de diferentes configurações e de práticas sexuais estabelecidas pelo casal e/ou indivíduo. A superação deste limite e a construção de novos sentidos implicam num processo complexo. Por exemplo, o uso do preservativo expressa um processo contraditório entre prevenção, proteção e impedimento do prazer, promotor de impotência, bem como a contradição traição e fidelidade conjugal. Seu uso sistemático implica na superação pessoal e do casal destas contradições construídas socialmente, que poderia significar um autocuidado em saúde.

No caso das pessoas que vivem com HIV/ Aids é de extrema importância que os processos subjetivos sejam trabalhados, de forma que o sujeito possa significar e dar sentido às suas escolhas; que se aproprie de seu processo, que expressa as suas concepções sobre saúde e cuidado, apropriando-se dos significados e sentidos construídos ao longo da sua história de vida. A vivência com o HIV/Aids e de situação vulnerável constitui os processos subjetivos que se organizam de maneira diferenciada para cada sujeito, dependendo de como a ação destes aparece nos diferentes contextos, qualificando-os à sua maneira, podendo construir novos sentidos, alterando os iniciais.

Um dos significados que vem sendo construído ao longo da história dos cuidados em saúde é que o relacionamento afetivo- sexual estável continua sendo um fator de proteção para algumas situações (perda, depressão, doenças cardíacas e diabetes), mas não para as DSTs, incluindo o HIV/Aids.

A questão apontada das relações afetivas e sexuais, estáveis ou não, merecem uma maior reflexão e atenção que será abordada no próximo capítulo.

3 RELAÇÕES AFETIVAS- SEXUAIS, UM OLHAR FRENTE AS RELAÇÕES DE GÊNERO.

O termo relações de gênero designa as relações sociais entre os sexos masculino e feminino, é uma forma de indicar as construções culturais – a construção social sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. Trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades de homens e de mulheres. Tornando-se uma categoria útil para analisar a prática sexual de homens e mulheres. Para Scott (1995), o processo de construção das relações de gênero poderia ser utilizado para examinar classe, raça, etnicidade ou qualquer processo social. Entretanto, sua teorização é uma forma primária de dar significado às relações de poder. Um meio de decodificar o significado e de compreender as complexas conexões entre as várias formas de interação humana, que envolvem atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades vinculados à definição do masculino e do feminino.

A cultura e as sociedades ocidentais passaram a descrever o indivíduo por meio de modelos *normativos*, desprezando suas construções singulares. Demonstrando que a forma de ser e de agir é moldada, ao longo do processo de socialização, seus padrões de conduta, de acordo com o sexo biológico. Implicando em representações múltiplas e frequentemente contraditórias; padrões expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e jurídicas; representação binária dos gêneros e identidade (BORGES e SEIDL, 2012; SPIZZIRRI, PEREIRA e ABDO, 2014).

As relações de gênero, em si mesmo, não contestam a lógica binária, porque elas podem ser utilizadas tanto para colocar em questão ideias sobre identidades sexuais quanto para reforçar uma abordagem normativa e binária. Nas críticas propostas por Scott (1995), a expressão “usos normativos do gênero”, contribui para *naturalizar* a maneira como a diferença sexual é concebida no caso do pertencimento sexual (presença de pênis- sexo masculino; presença de vagina- sexo feminino). Com isto criou-se um processo de normalização perversa, porque opera *naturalizando*, legitimando e perpetuando crenças, valores e comportamentos atribuídos aos sexos retirando-os do seu caráter histórico e social (CYRINO, 2013).

As relações de poder aparecem nas relações entre os sexos, assim a categoria de relações de gênero nos ajuda apreender as significações postas nas interações humanas em nossa sociedade que envolve as relações entre homens e mulheres. A partir dessas relações a sociedade constroem o que é *normal* para o masculino e o feminino, seus papéis sociais são

determinados, considerados como a essência de cada sexo. A construção das identidades de gênero foi ou é construída, dentro de um processo de heteronormatividade, *o normal seria a heterossexualidade*. No entanto, nenhuma identidade sexual é dada desde sempre, nem mesmo a heterossexual. Toda e qualquer identidade sexual é construída social, histórica e culturalmente. A sociedade nos faz crer que a heterossexualidade é *natural*, normal e predominante (TORRÃO, 2005; MEIRA, 2014).

As relações de gênero enquanto categoria de análise propõem uma transformação de paradigmas em relação à *normatividade*, acrescentando novos temas e propondo uma visão crítica no meio científico e nas significações dos discursos. Para tanto, é necessário compreender essa categoria na constituição da subjetividade, isto é, como a sociedade e os grupos sociais estabelecem critérios e normas para as relações de homens e mulheres, de homens entre homens e mulheres entre si, e como este contexto social é apreendido por eles (homens e mulheres) (TORRÃO, 2005).

Desse modo, a categoria relações de gênero é importante para compreendermos as desigualdades e as diversidades entre homens e mulheres. Um dos pontos das desigualdades é formado a partir da visão binária em relação ao feminino e ao masculino e suas funções e práticas. Na visão hegemônica a mulher deve ser boa filha; boa esposa, boa cuidadora do lar e da educação da família ('dona de casa'); ser ativa sexualmente somente dentro do lar (fiel); deve engravidar, parir e amamentar e ser boa mãe; cuidar dos idosos e atualmente ajudar financeiramente nos custos da família. E o homem deve ser bom filho; ativo sexualmente dentro de casa (mas a infidelidade muitas vezes é vista como sinal de masculinidade), fecundar sua esposa ('potente'), ser bom pai; bom provedor da família, ser forte, ativo e líder; atualmente ajudar a esposa em suas funções domésticas. Nestas concepções a heterossexualidade é prevista como normal e os papéis femininos e masculinos são vistos separadamente, onde cada um cumpre o seu papel sem uma divisão igualitária. Com isso podemos conjecturar que as relações de gênero são distribuídas de forma desigual ou desestabilizantes, de forma normativa, pois adotam o modo binário (masculino e feminino), visando a reprodução sexual e social do trabalho (GROSSI, 2004; TORRÃO, 2005; MEDRADO e LYRA, 2008).

A heteronormatividade está presente nos processos sociais e educacionais dos conceitos de heterossexismo e heterossexualidade compulsória. O heterossexismo é o pressuposto de que todas as pessoas são ou deveriam ser heterossexuais. A heterossexualidade compulsória é a determinação de um modelo de relacionamento amoroso e sexual sempre

entre pessoas de sexo diferente, geralmente expresso indiretamente, como nos livros escolares e na mídia. Já a heteronormatividade “é a ordem sexual do presente fundada no modelo heterossexual, familiar e reprodutivo. Ela se impõe por meio de violências simbólicas e físicas dirigidas principalmente a quem rompe normas de gênero” (MISKOLCI, 2012, p. 44). Assim, podemos pensar que muito do conhecimento científico não é neutro, sendo produzido nessa perspectiva heterossexista.

No século XIX, a ciência médica começou a traçar diferenças sexuais e criar a perspectiva binária heterossexual de *normalidade* em que, fora desse modelo temos patologias. Não se trata de um preconceito exclusivamente religioso, mas uma afirmação científica. Essa perspectiva vai além dos corpos, chegando até as almas e ‘modos de ser’, com essências masculina e feminina. Portanto, se nossos corpos sexuados, possuem diferentes genitálias criadas pela *natureza*, só devem se unir também de modo perfeitamente *normal*: um homem com uma mulher. Ou seja, até o século XIX as pessoas de mesmo sexo biológico se relacionavam sexual e eroticamente (homoeroticamente), mas não eram chamadas homossexuais³ e, portanto, não se sentiam enquanto tais. Assim, as práticas homoeróticas existiam, mas não existia a homossexualidade. Nos primeiros anos do século XX, o termo heterossexual saiu do pequeno mundo do discurso médico para o grande mundo dos meios de comunicação ocidental, a ideia heterossexual passou a ter caráter normativo. Portanto, a “heteronormatividade” deve ser compreendida como uma representação cultural, historicamente constituída, e que impôs a maneira de se relacionar afetiva e/ou sexualmente pessoas, homens e mulheres (FOUCAULT, 1988; MELLO, 2012; SOBRAL et al, 2014).

Assim, a sociedade tende a *naturalizar* o sexo biológico ditando o que é o masculino e o feminino, como estes se constituem, suas características e como estas devem ser incorporadas como *normais* e *naturais*.

A *normatividade* pressupõe que o nosso sexo corporal tem que estar de acordo com o nosso gênero e com a prática/desejo sexual, obrigatoriamente sendo heterossexual. Essas visões reduzem a possibilidade de compreensão do sujeito e de como este se constitui, impossibilitando uma identificação com o gênero oposto ao sexo que nasceu. Esta visão mantém a heteronormatividade que possibilita relações binárias e com fim reprodutivo. Portanto, a visão de gênero é construída ao longo da vida do sujeito, proativo que produz

³ O termo “homossexualismo” foi proposto, em 1869, pelo o médico húngaro Benkert, a fim de transferir do domínio jurídico para o médico essa manifestação da sexualidade. Antes do século XVIII, a palavra “homossexual” era utilizada nas certidões de nascimento de gêmeos. Quando do mesmo sexo, eram registrados como “homossexuais”.

significados e sentidos, portanto passível de reformulações. As diferenciações naturalizadas do masculino e do feminino vão constituindo o sujeito e o que é esperado do homem e da mulher (BUTLER, 2010; JESUS, 2012,p-8; CONNELL e MESSERSCHMIDT, 2013).

Para compreendermos como as relações afetivo–sexuais são construídas pelas pessoas que vivem com HIV é importante abordamos com se dá a constituição do gênero para elas, pois na constituição do relacionamento estas muitas vezes, podem aparecer de uma forma *naturalizada*.

4 AS RELAÇÕES AFETIVAS E SEXUAIS DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS.

O objetivo deste capítulo foi realizar uma revisão de literatura sobre as relações afetivas, sexuais e conjugais de pessoas que vivem com HIV/Aids em situações de soroconcordância e discordância. A revisão bibliográfica foi realizada na base de dados Biblioteca Virtual Bireme, analisando a produção científica nacional e internacional de 2000 a 2014. Utilizou-se as palavras chave: HIV/Aids e conjugalidade, relações afetivas e sexuais, conjugalidade e saúde, infidelidade e HIV/Aids.

Foram encontrados ao todo 55 artigos, foram excluídos os que não estavam acessíveis gratuitamente na internet, os que não abordavam a temática diretamente, os estudos feitos com crianças e/ou adolescentes e gestantes.

A partir da leitura dos resumos foram selecionados onze artigos que abordavam as temáticas de relações afetivas e sexuais, conjugalidade, soroconcordância, sorodiscordância, infidelidade, fidelidade e vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

Dos trabalhos selecionados todos utilizaram entrevistas semi-estruturadas e/ou entrevistas em profundidade como instrumento de coleta de dados. Em todos os estudos as pessoas vivenciavam uma situação de conjugalidade heterossexual. Este não foi um critério de seleção no entanto, se percebe que os artigos mantêm a concepção hegemônica de relacionamento estável.

Se no início a epidemia de Aids atingia em grande maioria os HSH (homens que fazem sexo com homens) , profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, atualmente o quadro tem se alterado, como já apontado nos capítulos anteriores (OLTRAMARI e OTTO, 2006; OLTRAAMARI e CAMARGO, 2010). Tal modificação do perfil epidemiológico pode estar associado às discussões presentes neste século, dos valores da sociedade, a liberdade de escolha sobre as práticas sexuais e outras formas de vivencias das relações afetivas-sexuais e conjugais.

Este processo tem levado à novas configurações afetivas, que aumentam a probabilidade de infecção pelo HIV e a formação de casais soroconcordantes e discordantes. A categoria de vulnerabilidade aplicada às novas configurações afetivas⁴ apontam o fato das pessoas vivenciarem uma exposição cotidiana às DSTs e estarem mais sujeitas à infecção pelo vírus do HIV (AYRES et.al, 1999). Esta exposição cotidiana pode estar vinculada à iniciação precoce da vida sexual, com trocas e relações com múltiplos parceiros sexuais e experimentações (MAKSUD, 2012; PINHEIRO et. al, 2012).

As mulheres casadas no início da epidemia não foram consideradas uma população vulnerável. Considerava-se que a heterossexualidade era fator de proteção, até que os dados epidemiológicos começaram a indicar um aumento de mulheres infectadas. Algumas mulheres são infectadas pelo seu cônjuge e/ou parceiro sexual, com quem vivem uma relação estável, devido ao não uso de preservativos. Esta população se percebe mais protegida do que os outros grupos, não enxergando a sua vulnerabilidade (OLTRAMARI e OTTO, 2006; SANTOS e IRIAT, 2007; OLTRAMARI e CAMARGO, 2010; MAKSUD, 2012). Esta situação de vulnerabilidade pode estar associada à desigualdade de gênero, subordinação e passividade do feminino, principalmente frente às relações sexuais (FIGUEIREDO e TERENCEZI, 2008).

É importante considerar que não apenas a população considerada vulnerável vem se infectando, mas todas as pessoas que de alguma forma mantêm relações sexuais desprotegidas.

Em geral, o uso do preservativo está diretamente relacionado às relações sexuais casuais, extraconjugais e com pessoas desconhecidas. Estas parcerias eventuais são consideradas mais propensas à infecção e transmissão do HIV e DST. O uso do preservativo nas relações extraconjugais remete à proteção do cônjuge como sinal de respeito (SILVA, 2002; OLTAMARI e OTTO, 2006; SANTOS e IRIAT, 2007).

A conjugalidade é um processo de construção de um relacionamento comum entre duas pessoas, que cria um modelo único de ser casal e uma identidade conjugal (FÉREZ-CARNEIRO e DINIZ NETO, 2010). Este modelo está baseado no amor e na confiança, na capacidade de ceder diante das individualidades equilibrando os pólos conjugais e individuais (ROLIM e WENDLING, 2013).

A conjugalidade nos estudos também remete a coabitação, convívio diário, companheirismo em um relacionamento que supõe a monogamia, respeito e responsabilidade,

⁴ Por exemplo, relações homoafetivas masculinas e femininas, rearranjos de conjugalidade, famílias monoparentais, entre outras.

sendo permeado por trocas afetivas e sexuais entre os envolvidos, existindo a pretensão de permanecerem juntos por um tempo (GUERREIRO et. al, 2002; SILVA, 2002; OLTAMARI e OTTO, 2006; SANTOS e IRIAT, 2007; FIGUEIREDO, TERENCEZI, 2008; OLTAMARI e CAMARGO, 2010; MAKSUD, 2009).

Um dos aspectos investigado foi a visão dos homens de não vulnerabilidade. Eles se dizem fiéis à parceira ou diminuíram o número de relações extraconjugais, referindo-se às pessoas com quem se relacionavam como: mulheres que eram consideradas “limpinhas”, por terem boa aparência, casadas ou por serem mulheres de família (GUERREIRO, AYRES e HEARST, 2002). Esses critérios não diminuem a vulnerabilidade desses homens, mas no inconsciente sentem-se protegidos devido aos estereótipos sociais postos.

Outro aspecto também investigado diz respeito às pessoas soropositivas que relatam orientação heterossexual. Há um aumento de infecção na população feminina, que não se percebe vulnerável (GUERREIRO et. al, 2002; SILVA, 2002; OLTAMARI e OTTO, 2006; SANTOS e IRIAT, 2007; FIGUEIREDO e TERENCEZI, 2008; OLTAMARI e CAMARGO, 2010; MAKSUD, 2012; PINHEIRO et. al, 2012).

A não percepção da vulnerabilidade deve-se a alguns determinantes sociais, culturais, econômicos e subjetivos de cada sujeito. As relações de gênero configuradas pelo social e como cada um se apropria delas e as expressa é um dos fatores que contribui para essa vulnerabilidade (SANTOS e IRIAT, 2007).

As relações de gênero são demarcadas pelo o que consideramos masculino e feminino, que envolve a diferença sexual anátomo - fisiológica, um conjunto de símbolos, práticas, representações, normas e valores sociais, os quais vão ajudar a compreender a desigualdade social (MEDRADO e LYRA, 2008).

Quando se foca a vulnerabilidade feminina em relação à infecção pelo HIV e a via de infecção, os papéis de gênero se mostram como elementos importantes nas relações afetivas e sexuais construídas por estas pessoas. Principalmente quando há uma dependência econômica do feminino favorecendo a dominação masculina inclusive na decisão sobre o uso do preservativo (SANTOS e IRIAT, 2007; FIGUEIREDO e TERENCEZI, 2008, PINHEIRO et. al, 2012). Muitas vezes a negociação do uso do preservativo é impossibilitada por falta de diálogo que explicita a vontade dos dois e/ou a visão do masculino não admitindo a negociação (GUERREIRO et. al, 2002, OLTAMARI e OTTO, 2006; SANTOS e IRIAT, 2007; FIGUEIREDO e TERENCEZI, 2008; AMORIM e SZAPIRO, 2008). A negociação

também é sempre adiada na relação conjugal, para não quebrar a idealização da mesma (SILVA, 2002; OLTAMARI e OTTO, 2006; SANTOS e IRIAT, 2007).

Observa-se que o não uso do preservativo é considerado como reafirmação do relacionamento, mantendo a subordinação do feminino ao masculino na relação conjugal, proporcionando a vulnerabilidade (OLTAMARI e OTTO, 2006; FIGUEIREDO e TEREZI, 2008).

Os homens não demonstram medo de se infectarem dentro de um relacionamento estável, pois o medo é atribuído socialmente ao feminino e em seus discursos relatam que eles nunca pegarão HIV de uma mulher (MAKUSD, 2009). O sexo para os homens já infectados pelo HIV é preferencialmente feito sem preservativo, pois acreditam que este diminui o prazer, prejudica a ereção e altera a sensibilidade masculina (GUERREIRO et.al, 2002; OLTAMARI e OTTO, 2006; AMORIN e SZAPIRO, 2008; MAKSUD, 2009).

Muitas vezes o sexo para as pessoas que vivem com o HIV se torna escasso e esporádico. Esta situação está mais presente quando um dos parceiros se infectou devido uma relação extraconjugal. Para compensar a escassez da atividade sexual alguns homens focam na afetividade e companheirismo do casal; ao mesmo tempo, esta situação gera um sentimento de vergonha e não virilidade. A recusa do preservativo justifica-se pelo rompimento da imagem de espontaneidade na intimidade sexual e por trazer a lembrança da traição e da infecção (MAKSUD, 2009; MAKSUD, 2012).

A concepção cultural hegemônica coloca a sexualidade masculina como indomável não podendo perder a oportunidade do contato sexual, e o correr riscos como elementos essenciais, que remete a não proteção de si mesmo e do/a parceiro/a. Esta concepção hegemônica influencia o não uso do preservativo nas relações sexuais estáveis, sendo a Aids considerada “dos outros” (GUERREIRO et.al, 2002; SILVA, 2002; OLTAMARI e OTTO, 2010).

Como formas de prevenção contra o HIV os vínculos afetivo, amoroso, de confiança, intimidade, familiaridade, fidelidade e tempo de duração da relação estável e/ou conjugal, são considerados como substitutos do preservativo, o qual apenas é utilizado como contraceptivo, caso a parceira não faça o uso de anticoncepcional (GUERREIRO et.al, 2002; SILVA, 2002; OLTAMARI e OTTO, 2006; SANTOS e IRIAT, 2007; FIGUEIREDO e TEREZI, 2008; MAKSUD, 2009; OLTAMARI e CAMARGO, 2010; MAKSUD, 2012; PINHEIRO et. al, 2012).

A confiança e o amor são reforçados pelo contrato estabelecido no relacionamento, os projetos de vida e o sentimento de que o parceiro não será capaz de prejudicar o outro expondo-o ao risco. As estratégias de controle da rotina do parceiro reforçam a confiança e o amor trazendo a fantasia de imunidade contra o vírus do HIV, assim não há o questionamento desses sentimentos, nem do relacionamento e não fazem uso de preservativo, que remete à desconfiança em relação à fidelidade do casal (OLTAMARI e OTTO, 2006; OLTRAMARI e CAMARGO, 2010).

O uso do preservativo pode gerar um desconforto e estranhamento, para homens e mulheres, pois os sentimentos são idealizados no casamento para se manter o laço conjugal. A confiança depositada entre os cônjuges proporciona que o sexo seja tranquilo, sem que as preocupações apareçam abalando a certeza de fidelidade dos parceiros. Este pensamento permeia na nossa sociedade trazendo a visão de que o preservativo não é para o matrimônio e pode estimular a infidelidade (SILVA, 2002; SANTOS e IRIAT, 2007; PINHEIRO et. al, 2012).

Em uma visão masculina, a fidelidade e respeito à parceira são demarcadas pelo uso do preservativo nas relações extraconjugais, a fim de proteger o relacionamento estável das impurezas de “fora” (SILVA, 2002; SANTOS e IRIAT, 2007). O significado de fidelidade está atravessado pela cultura onde os padrões de masculinidade determinam as formas das relações sexuais tanto de dentro ou de fora do relacionamento estável, sendo diferenciadas e a decisão se o uso do preservativo é adequado ou não (SILVA, 2002).

Como definidores de fidelidade aparecem o companheirismo, o respeito e o padrão esperado do feminino, tal como a sedução, que proporciona uma satisfação sexual plena, um sentimento de complementaridade e condições que evitariam que o marido ou companheiro procurasse algo “*fora de casa*” (SILVA, 2002). O padrão esperado do masculino e a necessidade de sexo aparecem como sendo o instinto animal, incontrolável e a não possibilidade de “*negar fogo*”. Ao contrario, a fidelidade feminina que é vista como certa e “*natural*”, assim como o homem é propenso à traição, a mulher é propensa à fidelidade. Quando há uma infidelidade feminina, ela é considerada absurda ou relacionada à insatisfação conjugal (SILVA, 2002; GUERREIRO et. al, 2002).

Na visão masculina, ser fiel não é ter exclusividade de parceria, o diferencial é que o sexo no relacionamento conjugal envolve amor e/ou vínculo afetivo. Já as relações extraconjugais são consideradas como aventuras, sexo por sexo, sem amor e sem vínculo, que não interferem no casamento remetendo o prazer, saciedade dos desejos, virilidade e poder

(SILVA, 2002; GUERREIRO et.al, 2002; FIGUEIREDO e TERENCEZI, 2008, MAKSUD, 2009; MAKSUD, 2012). Muitas vezes a traição é vista como algo útil para a relação conjugal devido à revalorização do casamento, principalmente se estiver monótono. A rotina é vista como um fator que interfere diminuindo o desejo feminino e a frequência das relações sexuais, o que não ocorre nos homens. Para eles o desejo é independente da idade e rotina, sendo vital (SILVA, 2002). A visão que os autores acima apontam é ideológica e representa a visão hegemônica das relações de gênero que também podem ser identificadas, por exemplo, nas desculpas femininas para não manter a frequência sexual exigida pelo parceiro.

O que se observa nas pessoas que vivem com HIV e também nas relações afetivas, sexuais e de conjugalidade da atualidade é uma fragilidade dos laços afetivos, como a naturalização da sexualidade masculina e feminina, já explicitadas (GUERREIRO et.al, 2002; ROLIM e WENDLING, 2013). Muitos casais não dialogam sobre a infidelidade no relacionamento, por considerarem remota a possibilidade de traição e de quebra da confiança na conjugalidade (OLTAMARI e OTTO, 2006) e é exatamente este problema que aumenta a vulnerabilidade para o HIV.

O relacionamento extraconjugal aparece em um momento de fragilidade e de conflitos conjugais, que desencadeiam a traição, que aparece como vingança de um fato real ou imaginário, que causou sofrimento em um dos cônjuges (PINHEIRO et. al, 2012). Outro fator que influencia a infidelidade é a atividade laboral, principalmente, pessoas que tem trabalhos noturnos e caminhoneiros, por exemplo, pelo maior distanciamento do convívio conjugal. Outro fator é a facilidade de pagar mulheres para obter sexo, estas não cobram explicações ou fidelidade (PINHEIRO et. al, 2012).

Segundo Guerreiro et. al, (2002) e Maksud (2012) percebe-se que alguns homens buscam satisfazer suas fantasias sexuais fora do casamento, pois algumas práticas são consideradas impróprias de serem realizadas com a parceira. Talvez haja a necessidade de busca por novas emoções, o desejo de conhecer outras mulheres e/ou homens, ter novas experiências sexuais, mesmo que a vida conjugal seja satisfatória. Esta insatisfação emocional pode levar ao rompimento da vida conjugal.

Essas procuras extraconjugais podem ser influenciadas por uma identidade social de que o feminino sustenta-se em ser mãe, ter amor por criança, ter um instinto maternal e ser boa cuidadora e educadora, além de boa esposa, dona de casa e não sendo vista como um sujeito sexual. Considera-se que o universo feminino está entrelaçado ao ideal de plenitude

amorosa e não ao sexo (SANTOS e IRIAT, 2007; FIGUEIREDO e TERENCEZI, 2008; MEDRADO e LYRA, 2008).

Em consequência da permissividade social frente as práticas sexuais masculinas, alguns homens relatam apresentar desejo incontrolável e instintivo pelo sexo. Isto revela um padrão social de masculinidade, onde prevalece sempre o seu desejo e vontade, pois ter uma vida sexual com mais de uma mulher é ser macho (FIGUEIREDO e TERENCEZI, 2008; OLTRAMARI e OTTO, 2010; PINHEIRO et. al, 2012).

Percebe-se que nas relações conjugais há uma representação do masculino como sendo o provedor do lar, protetor e cuidador das questões públicas e o feminino está ligado à continência, a dupla jornada de trabalho, cuidado da família, da casa, da alimentação e do parceiro estando doente ou não até a morte, sendo responsável pelo ambiente privado. Quando há alguma insatisfação masculina em relação ao relacionamento e associada à alguma função que não foi bem executada pela mulher, o homem se vê no direito de traí-la. Assim, a infidelidade e a violência doméstica aparecem como forma de castigo, como educação para a mulher, reafirmando a potência masculina (FIGUEIREDO e TERENCEZI, 2008, MAKSUD, 2012). Por outro lado, a infidelidade da mulher não é aceita como natural e está atrelada ao não desempenho satisfatório do masculino (PINHEIRO et. al, 2012).

Como “padrão” masculino as mentiras aparecem como sendo brandas, benéficas, maliciosas e dolosas tendo a finalidade de evitar discussões que coloquem o relacionamento conjugal em questão, pois para eles a vida poligâmica e infiel faz parte do relacionamento a dois (PINHEIRO et. al, 2012, MAKSUD, 2012).

Assim, o posicionamento naturalizado do feminino e do masculino que faz parte da subjetividade social, muitas vezes não identificada, é considerada e aceita, a fim de evitar o questionamento do relacionamento conjugal. Alguns temas de experiências não podem ser revelados ao parceiro ou discutidos devido ao medo de quebrar o ideal de amor romântico. Esse ideal romântico aparece quando os participantes foram questionados sobre a visão de conjugalidade, pois suas falas trazem a visão socialmente aceita (OLTRAMARI e CAMARGO, 2010; MAKSUD, 2009; MAKSUD, 2012).

As novas vivências conjugais envolvem casais soroconcordantes e sorodiscordantes. O aumento de relacionamentos estáveis sorodiscordantes pode ser devido a crença de não transmissão do HIV, quando se está num relacionamento estável (MAKSUD, 2012). Os temas sobre a vida íntima das pessoas que vivem com HIV são abordados como fenômeno social específico da Aids. Mesmo nos casais que vivem em situação de conjugalidade sem estarem

infectados pelo HIV há a crença que por estarem em um relacionamento estável, não há a possibilidade de se infectarem, reforçando o ideal romântico (MAKSUD, 2009; MAKSUD, 2012). As pessoas que possuem um relacionamento afetivo e sexual de sorodiscordância vivenciam um relacionamento não protetivo, pois muitas vezes não usam o preservativo nas relações sexuais, acreditando que a parceria estável irá protegê-las (MAKSUD, 2012). Este tipo de dado merece um aprofundamento, contendo um maior número de participantes para que outros aspectos possam ser investigados complementando este dado, pois o estigma presente na vida de quem está infectado dificulta a construção de novas parcerias sorodiscordantes.

Existe uma delicadeza em relação ao ideal romântico que envolve o proteger e cuidar do outro e a vivência concreta de traição e da infecção. Esta vivência muitas vezes envolve as pessoas se sentirem mais receosas em relação ao ato sexual, diminuindo sua frequência, o que diminui a possibilidade de infecção e sensação de proteção no relacionamento.

Essas visões construídas de amor, ideal romântico e conjugalidade partilhadas têm um significado socialmente aceito (OLTRAMARI e CAMARGO, 2010), mas há uma contradição em relação à materialidade da conjugalidade de fato construída como apontado. As mulheres não se consideram vulneráveis à infecção ou reinfecção pelo HIV e transmissão de DSTs devido a segurança que a relação estável proporciona aos casais. Assim, não fazem o uso correto do preservativo e não questionam a sua relação estável.

As diferentes sorologias do casal fazem com que estes sujeitos se adaptem a novos modos de viver a sua sexualidade, ao risco de se infectar ou se reinfecção na relação e esta vivência gera tensão no casal (MAKSUD, 2009).

Segundo Maksud (2012), os casais que vivenciam uma conjugalidade sorodiscordante, formada anteriormente ao diagnóstico de HIV ou após este, tem o vínculo conjugal reforçado a partir da aceitação do parceiro afetivo e/ou sexual com esta condição. Assim, o parceiro passa a ser visto como o “tudo” por dar suporte as vivências do sujeito soropositivo.

Estes casais assumem a visão clássica do feminino, onde a mulher é valorizada por exercer a sua função de cuidadora, não abandonando o parceiro em uma hora de fragilidade e aceitando as condições postas. Por outro lado, as mulheres têm curiosidade de saber a procedência da infecção do parceiro e sentem raiva por desconfiarem que foi a partir de uma relação extraconjugal, mas mesmo assim preferem estar dentro do relacionamento. Como o parceiro se infectou será muitas vezes um segredo, que permeia a relação evitando aprofundamentos, com conversas francas, a fim de evitar a quebra do ideal de conjugalidade.

O que acontece é a naturalização da doença, para evitar o diálogo sobre as dificuldades do casal, há um distanciamento após a descoberta do HIV, o casal se vê muitas vezes sozinho, em uma situação estigmatizante (MAKSUD, 2012) e fica clara a infidelidade por parte de um deles. De certa forma a soropositividade se torna um segredo conjugal, podendo estreitar os laços do casal ou não, pois os sentimentos de raiva e culpa atrapalham a convivência, por não permitirem que os sujeitos envolvidos na relação quebrem os ideais e suas fantasias.

Com a descoberta da sorodiscordância aparece a dificuldade de aceitação desta nova situação que o casal vivenciará, principalmente por fugir dos pressupostos de uma vida saudável e tendo a vivência de uma situação de vulnerabilidade constante. Devido à nova situação que o casal terá que viver, muitas vezes há um afastamento afetivo e sexual do parceiro, tendo assim uma percepção negativa das experiências sexuais, ligadas a um erro, sujeira, sentimento de culpa, desconforto e medo de infectar o cônjuge ou ser infectado. É corriqueira a revelação das vias de infecção masculina, o que gera uma revolta feminina devido à quebra do contrato conjugal (FIGUEIREDO e TERENCEZI, 2008; AMORIM e SZAPIRO, 2008).

Esse novo modo de viver a conjugalidade remete à mudanças nas práticas sexuais e estratégias de prevenção, pois algumas práticas são consideradas arriscadas como: preliminares que envolvam sexo oral, sexo e beijo na boca longos, penetração vaginal e coito anal. Por estas práticas serem consideradas arriscadas, muitas vezes são abolidas, havendo ou não a interrupção das relações sexuais e o sexo pode proporcionar uma tensão, evitando que a pessoa viva sua sexualidade de forma plena (AMORIM e SZAPIRO, 2008; MAKSUD, 2009). Esta tensão no ato sexual pode ser referida aos contatos sexuais que podem levar à infecção ou transmissão do HIV. Pelo fato da tensão influenciar no desempenho sexual, os homens vinculam esta tensão ao pensamento de não virilidade, como citado anteriormente, já que algumas práticas não são realizadas ou tem uma diminuição.

No caso da penetração vaginal o coito sem preservativo é interrompido, por uma preferência dos homens soropositivos, já as mulheres preferem que este chegue ao orgasmo por meio da masturbação. O sexo anal aparece como uma prática muito arriscada, para homens e mulheres e uma justificativa feminina para não praticá-lo. O sexo oral é praticado pelos soropositivos nos soronegativos, os quais eventualmente recebem-no. O sexo oral em algumas camadas sociais remete o significado de impureza, sendo visto como mais arriscado do que outras práticas sexuais (MAKSUD, 2009).

A impossibilidade de compartilhar o status de sorodiscordância para familiares e amigos é uma forma de evitar conflitos que coloquem a conjugalidade em questionamento público e/ou a exposição do parceiro (AMORIM e SZAPIRO, 2008; MAKSUD, 2012). Esse segredo conjugal pode ser revelado a alguém de confiança, da família ou não, mas esta pessoa precisa ser preparada para receber a notícia, pois há uma preocupação com a imagem e com a moral da pessoa soropositiva, existindo a negociação do casal como quem vai contar, para quem vai contar e o que se contar e, normalmente, a decisão é tomada pela pessoa soropositiva (MAKSUD, 2012).

Para possibilitar que as pessoas tenham uma melhor apreensão sobre a possibilidade de infecção pelo HIV não podemos focar apenas no uso ou não do preservativo, mas na negociação, no desejo e nas práticas sexuais escolhidas pelo casal. As práticas sexuais podem remeter as relações de gênero, de conjugalidade, a internalização da doença e o cuidado com o outro ou autocuidado.

No estudo de MAKSUD (2009), feito com casais sorodiscordantes, a maioria dos homens não apresentava autocuidado, pois afirmavam que não se infectariam ao manterem sexo apenas com mulheres; e as mulheres mostravam uma preocupação maior em relação à possibilidade de infecção ou não do parceiro. Ao refletirem sobre a possibilidade de infecção do Outro, estas mulheres reafirmam que o cuidado está ligado ao feminino, mas em contrapartida não usam o preservativo, o que significa que elas apresentam um baixo autocuidado.

Quando o casal já iniciou uma relação sabendo da sorodiscordância, muitas vezes prevalece a lógica do desejo. Algumas participantes cogitam a possibilidade de se tornarem soropositivas para aumentar a aproximação afetiva e sexual com o parceiro, pois há um pensamento que a soroconcordância traria uma situação de segurança para a conjugalidade (AMORIM e SZAPIRO, 2008). Este pensamento reforça a submissão do feminino remetendo um ideal romântico de que ao se tornarem soroconcordantes haverá um estreitamento do laço afetivo. Devido uma visão relativista do HIV perante aos eventos vivenciados em sua trajetória de vida, as pessoas não dão a devida importância para a infecção e este pensamento demonstra que há uma concepção romântica ligada ao ideal de compartilhamento conjugal e reafirmação da submissão feminina ao masculino (MAKSUD, 2009).

O pensamento em relação à soroconversão pode ser influenciado pelo comportamento sexual do casal estar ligado às relações de poder, prevalecendo o desejo e não havendo o uso

efetivo do preservativo na relação conjugal, com isso também há a feminilização da epidemia devido à submissão do feminino (MAKSUD, 2009; MAKSUD, 2012).

Para lidar com a incerteza, com os riscos e com a situação de sorodiscordância as pessoas entrevistadas trazem suas fantasias em relação a Aids acreditando que os cientistas descobrirão cura para a doença. Com isso há uma maior disposição ao voluntariado em estudos que desenvolvem a vacina contra a Aids com a finalidade de se aproximar do parceiro. A visão de cura pode estar associada a uma intervenção divina, um “milagre” trazendo um pensamento e uma esperança de que um dia não precisem viver esta situação que causa sofrimento (AMORIM e SZAPIRO, 2008).

A disponibilidade para tratamentos e a esperança na cura talvez influencie positivamente na reformulação do jeito de ser casal, pois mesmo com a dificuldade da relação estão tentando construir algo junto, com as possibilidades postas. Talvez algumas questões vividas por estes casais como: os segredos conjugais sobre a infecção, o medo de deixar o parceiro e se infectar com outra pessoa, a vivência de uma situação estigmatizante, a não possibilidade de compartilhamento dos segredos para parentes, amigos e pessoas próximas gera um sofrimento psíquico, dificuldades e dúvidas sobre o relacionamento estável. Devido a essas vivências após o diagnóstico de soropositividade, a reorganização do casal não tem espaço para o questionamento da infidelidade de um dos parceiros, das estratégias de prevenção, do amor, da lealdade e da confiança, pois esses questionamentos podem de alguma forma agravar o sofrimento psíquico, às vezes as pessoas preferem viver na dúvida a saber a verdade.

O sentido da relação para cada uma dessas pessoas faz com que permaneçam juntas, mesmo muitas vezes não tendo uma relação afetiva, sexual e conjugal satisfatória, como gostariam. As pessoas portadoras do HIV por acreditarem ter menos tempo de vida que o parceiro soronegativo acabam diminuindo seus planos, vivendo um dia após o outro, procurando sempre aproveitar ao máximo do presente (MAKSUD, 2012).

Muitas vezes ao fazerem a prevenção e negociação do uso do preservativo os profissionais não focam a constituição da relação conjugal e sexualidade como um tema de destaque, pois acreditam que o sujeito não valoriza a relação na qual está (MAKSUD, 2009).

Em alguns trabalhos analisados o foco está na prevenção da infecção pelo HIV e na visão dos relacionamentos afetivos, sexuais e conjugais. Estes estudos mostram que as relações de gênero permeiam os relacionamentos, diferenciando os gêneros de forma desigual

e não respeitando a diversidade das possibilidades do sujeito estar no mundo (MEDRADO e LYRA, 2008).

A análise da literatura aponta que as medidas preventivas devem abordar a conscientização do sujeito, dos seus comportamentos, sentimentos, promovendo suas potências. Afirmam que a forma de prevenção deve priorizar a visão de conjugalidade. Deve-se evitar a visão romântica do casamento, que se baseia no vínculo de confiança, no amor e na lealdade, tendo a conjugalidade como protetora.

Também é preciso abordar as assimetrias de poder postos em nossa sociedade, compreendendo como as diferenças se constituem em desigualdade olhando para além da divisão biológica e sexual imposta pelo mundo, não negando essa hierarquização por meio da divisão dos gêneros (MEDRADO e LYRA, 2008), mas sim agregando novas formas de vermos as relações afetivas, sexuais e conjugais entre homens-mulheres, mulher-mulher e homem-homem.

No processo de saúde, o sujeito participa de forma singular, podendo ser ativo e se reconhecendo nele ou não. Seus limites de saúde podem ser significados ou não. Um dos limites de saúde pode ser a infecção pelo HIV e desenvolvimento da Aids, pois a pessoa desenvolve comportamentos vulneráveis que propiciaram a infecção e o adoecimento. A infecção pelo HIV dá-se majoritariamente no Brasil via sexual. Como visto na literatura, a conjugalidade tem um significado social de proteção devido ao sentimento de confiança, amor, lealdade e intimidade, o que pode propiciar comportamentos de vulnerabilidade e o não uso de preservativo principalmente. Nos casais com relação estável, ao não se reconhecerem como pessoas que podem se infectar pelo HIV, o cuidado é prejudicado devido a não conscientização de seus comportamentos de vulnerabilidade.

A não conscientização da vivência pode estar relacionada a falta de diálogo nas relações afetivas- sexuais e de conjugalidade. As pessoas que apresentam conscientização dando sentido às suas vivências desenvolvem melhor o autocuidado.

Com isso vemos a importância de compreendermos o que é saúde e vulnerabilidade, pois estes conceitos estão ligados aos níveis de conscientização do sujeito e como uma parceria afetiva-sexual pode influenciar nos cuidados de saúde, promovendo ou não o protagonismo deste sujeito.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as significações das relações afetivas - sexuais e das possibilidades de conjugalidade das pessoas que vivem com HIV/Aids e como se relacionam com o autocuidado.

5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Compreender como a construção da relação afetiva-sexual pode ser um fator de vulnerabilidade ou de proteção para as pessoas que vivem com HIV/Aids.
- Analisar a relação entre as significações da vivência com HIV/Aids e os comportamentos vulneráveis e/ou de autocuidado do casal.

6 MÉTODO

6.1 LOCUS DA PESQUISA

Esta pesquisa é um subprojeto de um programa de pesquisa mais amplo: “Relações de gênero e itinerários terapêuticos: a transversalidade com a adesão ao autocuidado em saúde”, o qual foi desenvolvido pelos participantes do Laboratório de Estudos de Saúde e Sexualidade (LESSEX, filiado ao grupo CNPq Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Estudos Graduados em Psicologia Clínica, PUCSP). O programa de pesquisa foi desenvolvido por pesquisadores nas cidades de São Paulo e Recife. Os dados foram obtidos a partir de encontros dialógicos de profissionais da área de psicologia e usuários, coletados em ambulatório de especialidades que atende pessoas adultas que vivem com HIV/Aids, Hepatites e Tuberculose nos anos de 2006 - 2007 e 2010 - 2012.

Estes encontros foram norteados por um roteiro de 165 questões, as quais abordavam aspectos, sócio-demográficos; sexualidade; história e vivência do diagnóstico de HIV; relação de trabalho e a vivência do tratamento. A partir dos encontros dialógicos foi criado um banco de dados composto por 170 pessoas que residem em Recife- PE e São Paulo- SP.

Para este subprojeto, foi feito um recorte no banco de dados com foco nas relações afetivas- sexuais e foram selecionadas apenas as pessoas que moram na cidade de São Paulo, pois já existe uma publicação comparativa com a análise de alguns dados de São Paulo – Recife (KAHHALE et.al, 2010).

Esta é uma pesquisa qualitativa e quantitativa, configurada como estudo de caso com um corte temporal. Isto é, para obtermos os dados qualitativos utilizamos os discursos dos participantes e para os dados quantitativos utilizamos os sócio demográficos. Para haver um aprofundamento na complexidade das histórias pessoais e descrever a diversidade do fenômeno estudado, optou-se pela aglutinação dos dados a partir da análise fatorial por similaridade. A aglutinação por similaridade foi feita por análise estatística, que utilizou a Análise Hierárquica para Construção de Tipologias gerando *clusters*. Após obtermos o resultado estatístico, foi necessário retornarmos aos discursos, pois estes explicitavam as diferentes qualidades obtidas nos *clusters*. Assim, nos foi permitido apreender os significações das relações afetivo-sexuais das pessoas que vivem com HIV/Aids.

6.2 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA

Para a definição e elaboração da amostra deste trabalho, houve a produção de um novo banco de dados, que contém 14 aspectos que respondem as temáticas: aspectos sócio

demográficos; sexualidade; história e vivência do diagnóstico de HIV; relação de trabalho e a vivência do tratamento. Este novo banco foi composto por 92 pessoas, residentes na cidade de São Paulo. Embora o banco de dados com as pessoas selecionadas totalize 92 pessoas, ao fazermos uma auditoria dos dados, levando em conta o foco desse trabalho, apenas 85 pessoas foram contempladas pela qualidade das respostas, pois apresentavam conteúdo passível de análise mais aprofundada.

O critério de inclusão dos participantes não foi estatístico, mas sim, a qualidade dos dados e auditoria dos mesmos. Assim sendo, o banco de dados foi composto por 85 pessoas que necessariamente precisavam ter respondido aos 14 aspectos previamente selecionadas a partir da entrevista semiestruturada, como critério de composição da amostra, com a finalidade de responder os objetivos propostos para este estudo.

6.3 CRITÉRIO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para caracterizarmos a amostra desta pesquisa foram utilizados os seguintes dados sócio-demográficos (idade, sexo, orientação sexual, estado civil, parceria afetiva-sexual, tempo da parceria afetiva-sexual, quem sabe sobre o diagnóstico de HIV/Aids, nível escolar e nível profissional) dos 85 participantes.

Foi construída uma análise do discurso, que objetivou identificar e compreender os temas relacionados aos significados atribuídos a vivência com o vírus HIV/Aids, as relações afetivas-sexuais, a conjugalidade e outras possibilidades.

Neste trabalho, os núcleos de significação foram construídos à partir da proposta metodológica apresentada por Aguiar e Ozella (2013), visto que a pesquisa qualitativa de cunho sócio-histórico constitui um espaço intersubjetivo de contradição da consciência, conseqüentemente, produtor de ressignificações e transformações.

O desafio desse estudo foi construir um modelo de análise que após leituras e releituras das entrevistas, não ficasse reduzido a um conhecimento de significados subjetivos fundado em procedimentos interpretativos superficiais. Visto que falamos de um homem constituído numa relação dialética com o social e com a história, o que o torna ao mesmo tempo único, singular e histórico. Este homem, constituído na e pela atividade, ao produzir sua forma humana de existência, revela, em todas as suas expressões, a historicidade social, a ideologia, as relações sociais e o modo de produção. Ao mesmo tempo, esse mesmo homem expressa a sua singularidade, o novo que é capaz de produzir, os significados sociais e os sentidos (AGUIAR e OZELLA, 2013).

Portanto, o material está em função com o objetivo pretendido, a importância da subjetividade, sem negar a possibilidade de quantificar alguns dados da realidade, visto como uma estratégia de ação no sentido de contribuir na qualidade de atenção à população alvo. Considerando a pesquisa como instrumento de conhecimento da realidade, compreensão dos significados e sentidos das falas e objetividade científica, o fato dos dados utilizados nesse estudo não ter sido coletado pelo autor, facilitou seu olhar ao fazer a auditoria dos mesmos, que possibilitou a produção dos pré-indicadores.

A partir da metodologia proposta por Aguiar e Ozella (2013) puderam-se apreender os significados já construídos que fazem parte da singularidade de cada pessoa apontando uma resposta ao objetivo proposto. O processo de apreensão do significado nas narrativas dos sujeitos se deu através do esforço de tentar construir categorias que contemplassem expressões, pensamentos, significados de situações em comum. As categorias tinham como critério a articulação de conteúdos semelhantes, complementares e/ou contraditórios, sendo possível verificar as transformações e contradições que ocorriam no processo de construção dos sentidos e dos significados. As categorias formuladas a princípio se formaram os 3 (três) Núcleos de Significação, com a intenção de ir na direção de num processo construtivo interpretativo, à partir do empírico, de superá-lo; foi necessário retomar todo material e fazer uma re-leitura minuciosa de todo material.

Somente após esse longo e exaustivo processo, que possibilitou uma análise mais consistente, nos permitiu ir além do aparente e considerar tanto as condições subjetivas quanto as contextuais e históricas. Assim, os Núcleos de Significação revelaram a essência dos conteúdos expressos pelo sujeito do que é viver com HIV/Aids, visando a possibilidade de protagonismo em relação a sua vida, apontando os pontos positivos e negativos que compõe as contradições vividas.

A partir da construção dos Núcleos de Significações, conseguimos criar os pré-indicadores, por meio das nossas reflexões e das “leituras flutuantes” das falas dos participantes, que nos permitiu observar a diversidade de temas que apareceram com maior frequência e maior carga emocional.

Os pré-indicadores são, portanto, trechos de fala compostos por palavras articuladas que compõem um significado, carregam e expressam a totalidade do sujeito e, portanto, constituem uma unidade de pensamento e linguagem. A partir do que foi dito pelos participantes, entender aquilo que não foi dito: apreender as falas, os pensamentos, os processos e as contradições presentes no processo frente a vivência com HIV/Aids; as

relações afetivas-sexuais, os cuidados com a saúde e a constituição dos sentidos atribuídos a isso. Expressos na constituição do sujeito, no seu modo de pensar, sentir e agir.

Parece-nos importante evidenciar que o procedimento adotado na análise dos dados foi uma apropriação dos autores, visa avançar do empírico para o interpretativo, porém com a intenção de avançar no exercício da autonomia no processo de pesquisa reflexiva.

Para a continuação da análise dos dados foi adotada a proposta de Kahhale e Esper (2014), a qual inclui a utilização de uma Classificação Hierárquica para construção de Tipologia (análise de *clusters*) a partir de uma Análise Fatorial de Correspondências Múltiplas. Esse procedimento teve com finalidade aprofundar a análise qualitativa dos dados sócio demográficos e dos Pré- indicadores dos discursos. Isto nos permitiu agrupar os participantes pelas similaridades dos significados atribuídos.

Ao aglutinarmos os dados quantitativos e qualitativos pelas similaridades de cada sexo obtivemos quatro *clusters*: dois correspondentes ao sexo masculino e dois correspondentes ao sexo feminino.

Após as leituras dos *clusters* e nova leitura dos discursos, permitiu-se um processo de aglutinação contextualizando as diferentes qualidades obtidas. Cada *Cluster* é nomeado de acordo com um aspecto que responda ao *problema* de pesquisa, trazendo a qualidade das falas dos participantes, pela complementaridade ou também pela contraposição.

7 RESULTADOS

7.1 DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Iniciaremos a apresentação dos resultados com uma caracterização da amostra, sendo uma amostra por conveniência, pois representa as pessoas com HIV e/ou Aids que possuem uma relação afetiva-sexual e outras possibilidades de relacionamento, que frequentam um ambulatório de especialidades em São Paulo/SP, ou seja, aquelas que de alguma forma apresentam alguma adesão ao tratamento. Os dados são representativos em relação à sua qualidade nos mostrando como estas pessoas estão constituindo as suas relações afetivas-sexuais e como estas podem estar ligadas ao autocuidado.

Para termos uma caracterização inicial dos participantes são apontados alguns dados da amostra pesquisada no que diz respeito a sexo, idade, orientação sexual, estado civil, parceria afetivo- sexual, tempo parceria afetivo- sexual, tempo que sabe do diagnóstico de HIV/Aids, nível escolar e nível profissional.

Observamos que a amostra é composta por 58,54% de homens e 41,46% de mulheres.

Ao relacionarmos o sexo e a idade (Figura 5), 65,9% da amostra está entre 36 a 55 anos e 27% está de 18 a 35 anos e apenas 7% está na faixa etária de 56 anos ou mais. Ao observarmos o dado de 27%, entre 18 a 35 anos, (28,6% das mulheres e 26% dos homens), nos alerta para o fato delas se encontrarem em idade reprodutiva, na qual tendem ter comportamentos vulneráveis, pois não fazem o uso efetivo do preservativo. Possivelmente, os 54,3% das mulheres e 74% dos homens que estão na faixa etária dos 36 aos 55 anos, já passaram da idade reprodutiva podendo assim terem se infectado nesta idade.

Comparando estes dados com a epidemiologia apresentada no Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2013, podemos observar que a maior taxa de Aids no Brasil ocorre na faixa etária entre 30 a 49 anos e a segunda maior taxa entre os jovens de 20 a 29 anos e nas pessoas com 50 anos ou mais. Já na nossa amostra a maior taxa de Aids ocorre na faixa etária entre 36 a 55 anos e a segunda maior taxa entre os 18 e 35 anos, o que não difere muito dos dados epidemiológicos brasileiros.

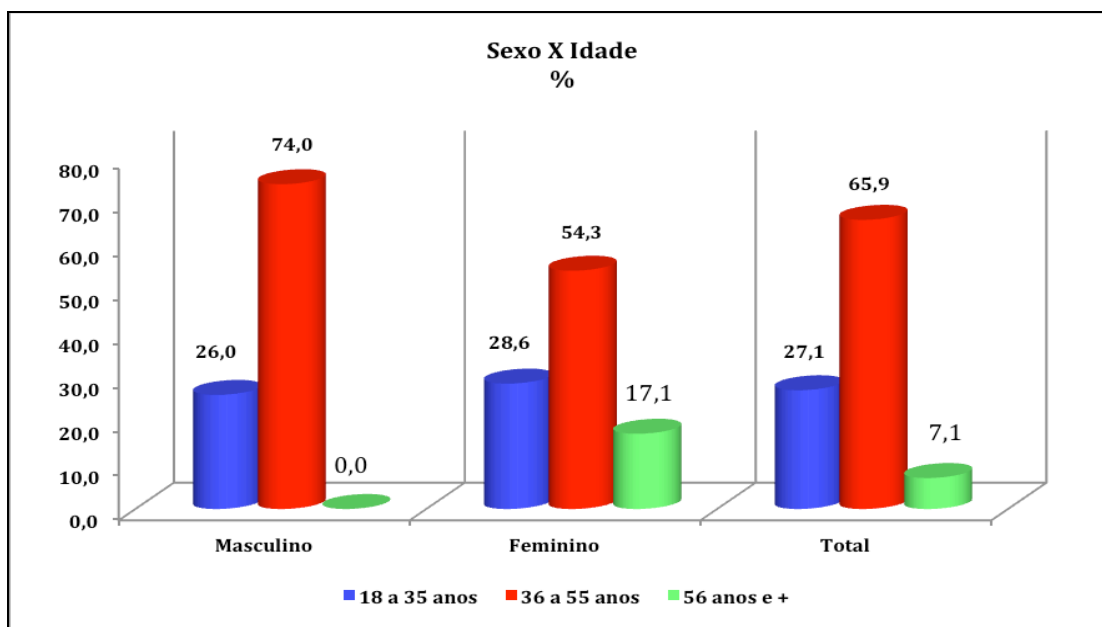


Figura 5 – Descrição da amostra em porcentagem segundo idade e sexo.

A amostra é composta por 37,6% de pessoas solteiras e casadas, 12,9% de divorciados e 11,8% de viúvos (Figura 6). Independente do estado civil temos a mesma porcentagem de solteiros e viúvos e pouca diferença entre as mulheres casadas que somam 40% e de homens casados 36%. A diferença é que na nossa amostra temos mais homens solteiros 46% do que mulheres solteiras 25,7%. O que podemos observar é que as mulheres continuam com as mesmas parcerias afetivas-sexuais estáveis, enquanto os homens estão solteiros por decisão deles. Outra diferença que podemos observar é que temos mais mulheres viúvas (22,9%) do que homens viúvos (4%). Isso posto, nos parece que as diferenças nas relações de gênero permanecem nas relações afetivo-sexuais, em que as mulheres permanecem na posição de cuidadoras e os homens na posição de maior liberdade de escolha ou autonomia.

O total da amostra nos aponta que a maioria das pessoas 52,5% está em um relacionamento estável há cinco anos ou mais, e quando observamos a diferença entre os sexos, os dados apontam que 63,6% das mulheres estão em um relacionamento estável há mais de cinco anos e 45,9% dos homens também. Isto quer dizer que não existe diferença significativa entre homens e mulheres no maior tempo de relacionamento estável com sua parceria. Porém, 54% dos homens estão em um relacionamento há menos de um ano, referem ser solteiros e com relações afetivas –sexuais menos consolidadas do que as mulheres. Já as mulheres, 36,4% estão nesta faixa de tempo de relacionamento de até no máximo 5 anos. Novamente, os dados nos reportam às clássicas posições hegemônicas dos gêneros masculino e feminino ocidentais.

Este dado está de acordo com a literatura que as mulheres tendem a ficar no relacionamento estável, mesmo que o cônjuge a tenha infectado com o HIV seguindo a função do feminino de cuidadora, boa esposa, mãe e companheira (GROSSI, 2004).

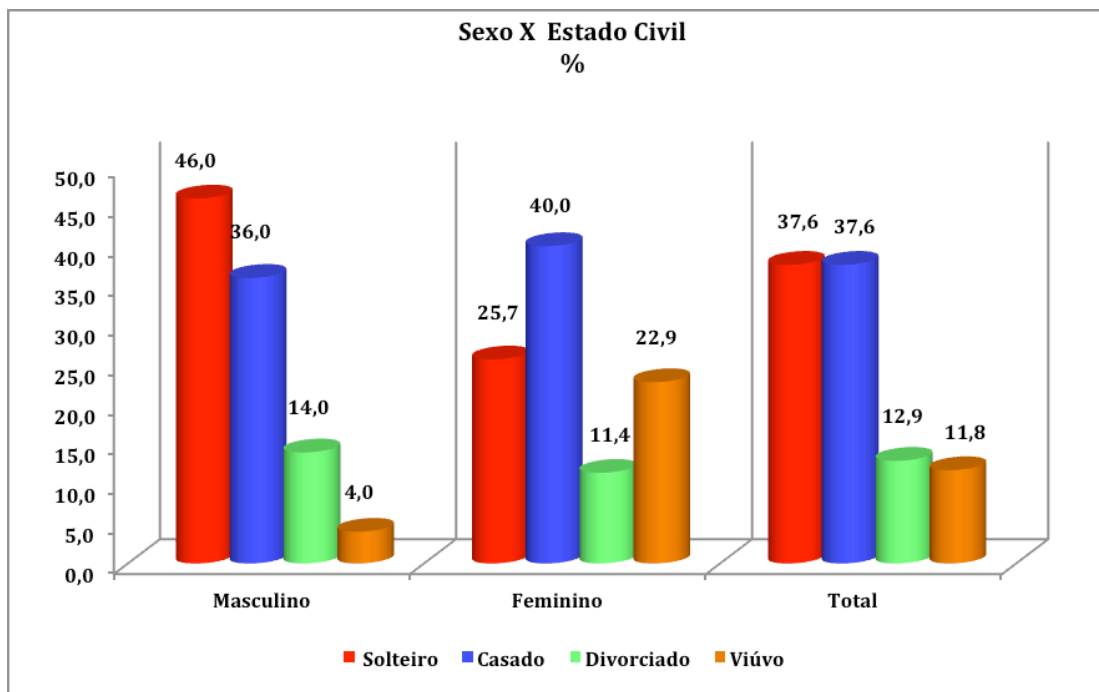


Figura 6 - Descrição da amostra em porcentagem segundo o estado civil e sexo.

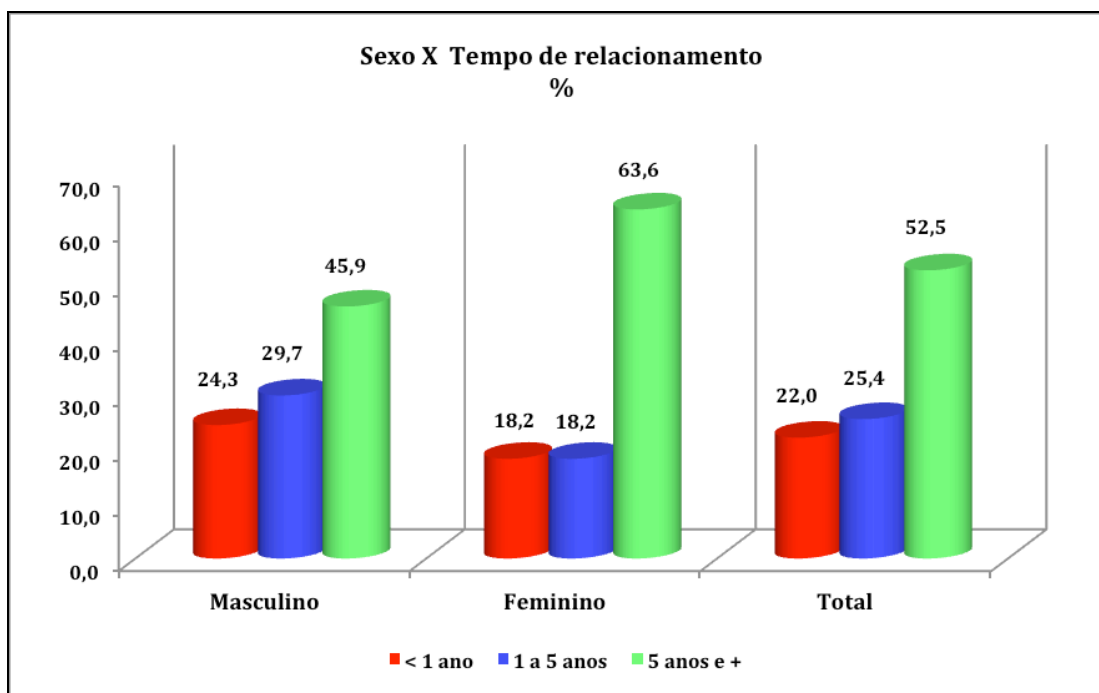


Figura 7- Descrição da amostra em porcentagem segundo sexo e tempo de relação estável.

Em relação à orientação sexual (Figura 8) todas as mulheres se reconhecem como sendo heterossexuais e 53% dos homens; 34,7% dos homens se consideram homossexuais ou transexuais e 12,2% bissexuais.

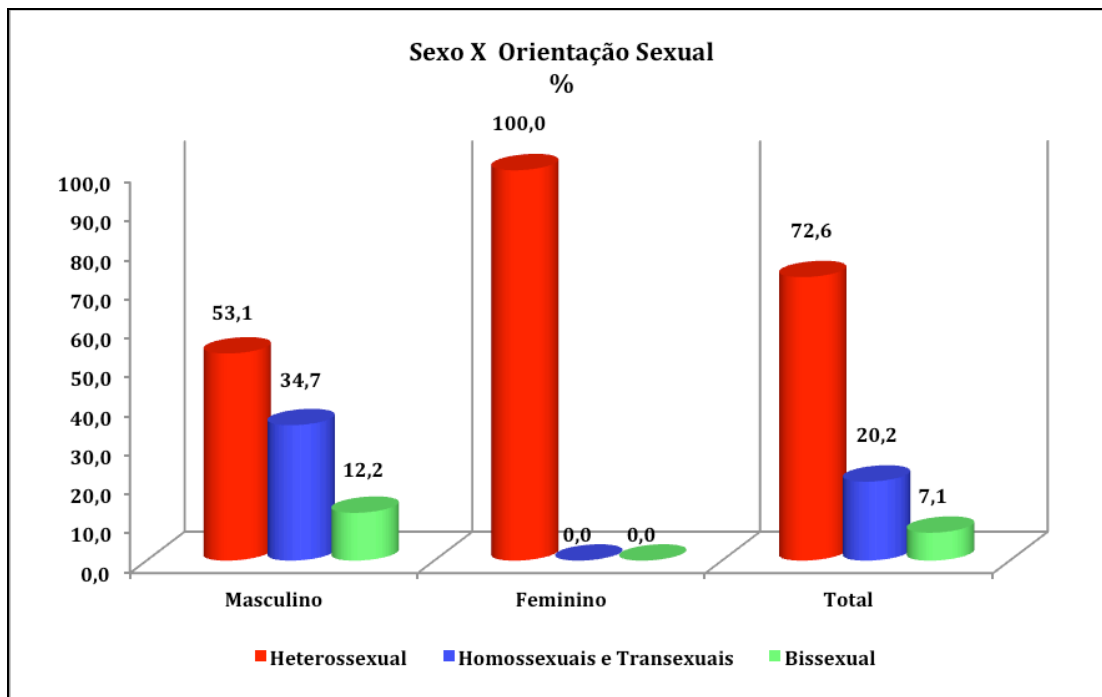


Figura 8 - Descrição da amostra em porcentagem segundo sexo e orientação sexual.

Quanto ao tempo que essas pessoas sabem sobre o diagnóstico de HIV/Aids (Figura 9) 61% da amostra total sabem do diagnóstico há cinco anos ou mais, 32,9% sabem de 1 a 5 anos e 6% a menos de um ano. O fato da maioria das mulheres (71,4%) e dos homens (53,2%) saber do diagnóstico há cinco anos ou mais, pode nos indicar que estas mulheres se infectaram e ficaram sabendo disso quando estavam em um relacionamento estável, já que elas estavam há mais tempo em uma relação estável do que os homens. Por outro lado, 38,3% dos homens sabem do diagnóstico de um a cinco anos, o que coincide com o tempo do relacionamento estável deles. Portanto, esse dado é igual ao encontrado na literatura em que, tanto os homens quanto as mulheres não discutem os riscos à saúde. De acordo com Perrusi e Franch (2012) estes riscos seriam a gestão do risco as negociações ou os acordos, explícitos e implícitos nas relações dos portadores do vírus HIV/Aids. A não avaliação de riscos, mais do que um problema do casal é um problema de saúde, de Política Pública de Saúde, ao pensar que a própria definição de risco é um processo social complexo, envolvendo diversos atores. O risco é percebido pela sociedade, mas tem significados diferentes para cada pessoa, assim a construção social do risco pode ser mediada pela ciência, o que possibilitaria sua prevenção.

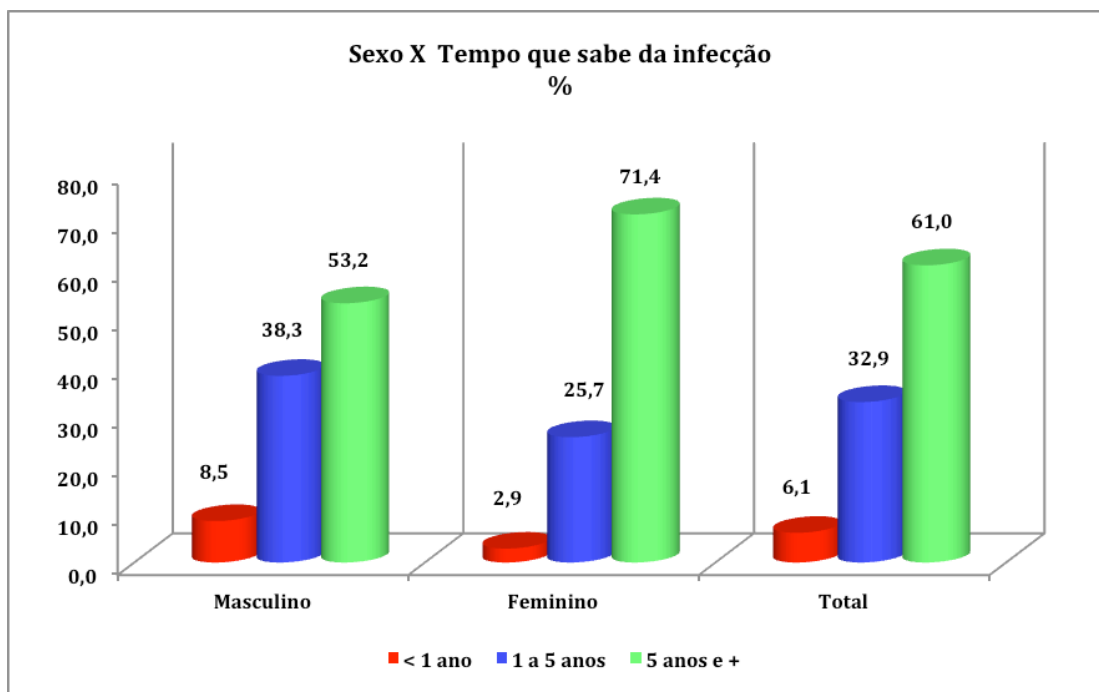


Figura 9 - Descrição da amostra em porcentagem segundo sexo e tempo de infecção.

Observamos que 47% desta amostra tem o Segundo grau, 34,9% tem o Primeiro grau e 15,7% possui Ensino superior (Figura 10). A maioria das mulheres possui o Segundo grau (48,5%) e/ ou o Primeiro grau (45,5%) e apenas 3% o ensino superior, já os homens possuem em sua maioria o Segundo grau (46%), o Primeiro grau (28%) e o Ensino superior quase se igualam, não tendo muita diferença nas porcentagens. Os dados apontam que os homens são um pouco mais educados do que as mulheres. No entanto, o último senso do IBGE (2014) aponta que as mulheres estão aumentando o nível de escolaridade em relação aos homens, talvez na nossa amostra esse dado não se confirme devido a maioria das mulheres exercerem profissões que não exijam formação específica (BRASIL, 2014).

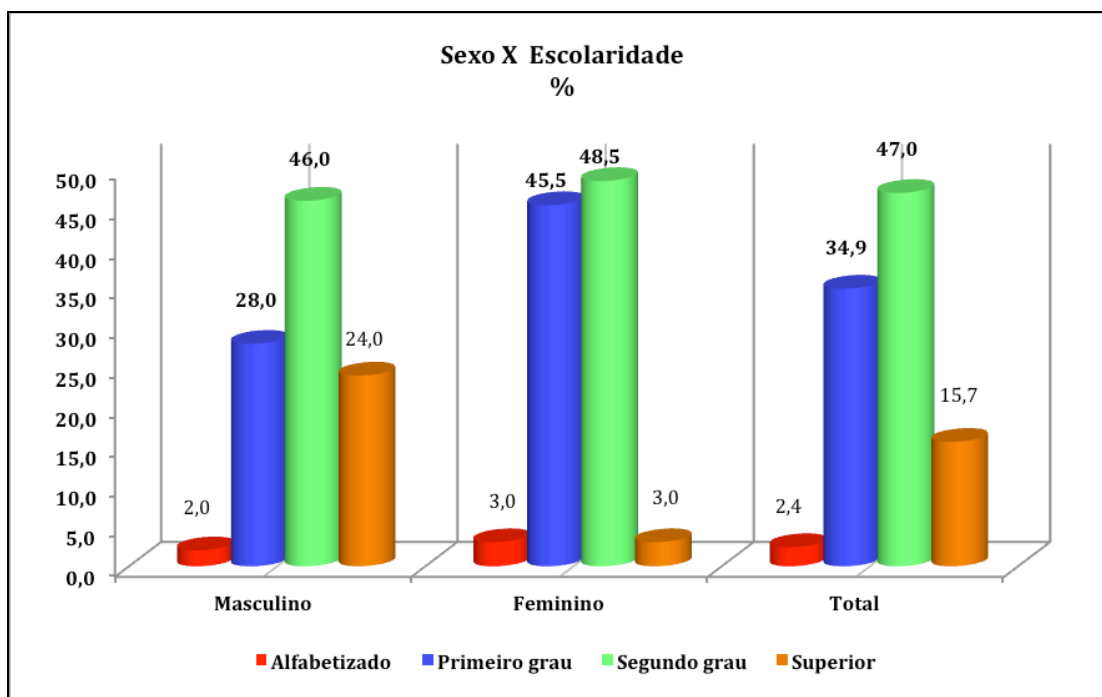


Figura 10 - Descrição da amostra em porcentagem segundo sexo e escolaridade.

Em relação ao nível profissional (Figura 11) 38,7% da nossa amostra exerce uma profissão que não exige uma formação (capacitação) profissional, 26,7% trabalha com capacitação obtida de maneira informal, 24% no nível técnico e apenas 10,7% trabalha tendo nível superior. Observamos que os homens trabalham com formações em todos os níveis profissionais e a maioria das mulheres trabalha em setores que não exige nenhuma formação. Isso talvez seja devido a função de cuidadora que a maioria das mulheres desta amostra exerce reafirmando o papel do feminino hegemônico de cuidadora do lar, das crianças e marido (MEDRADO e LIRA, 2008). Quando precisam e/ou saem para trabalhar fora de casa continuam exercendo as mesmas funções domésticas que não exige nenhuma capacitação especial.

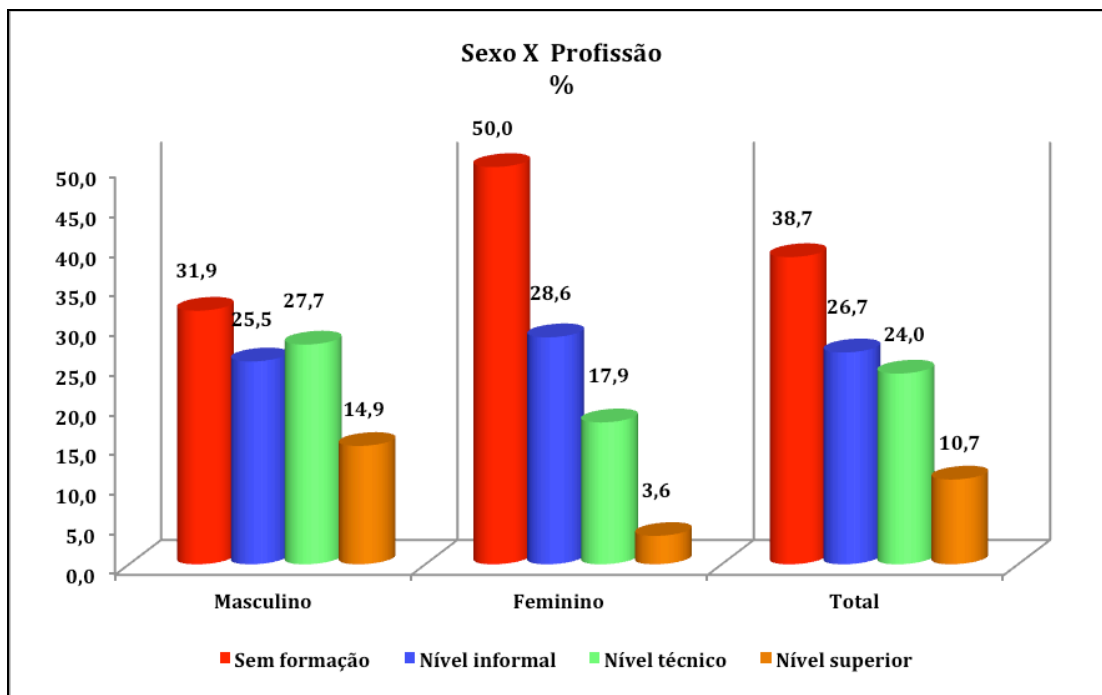


Figura 11 - Descrição da amostra em porcentagem sexo e profissão.

7.2 ANÁLISE DOS DISCURSOS

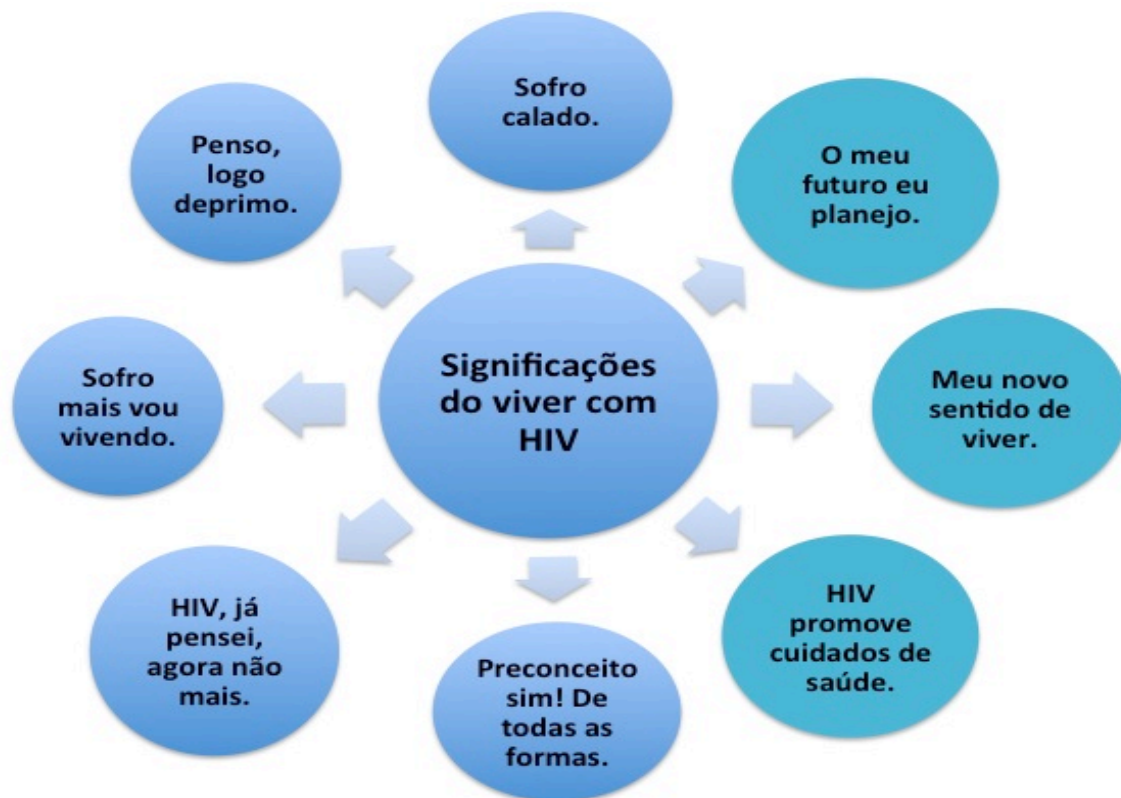
Os dados apresentados juntamente com os núcleos de significação e pré- indicadores foram construídas com as 85 pessoas do banco de dados.

Ao desenvolver a análise dos discursos foram obtidos os seguintes temas aglutinados a partir das falas dos participantes. Os quadros dão uma dimensão dos aspectos (indicadores) envolvidos em cada núcleo obtido.



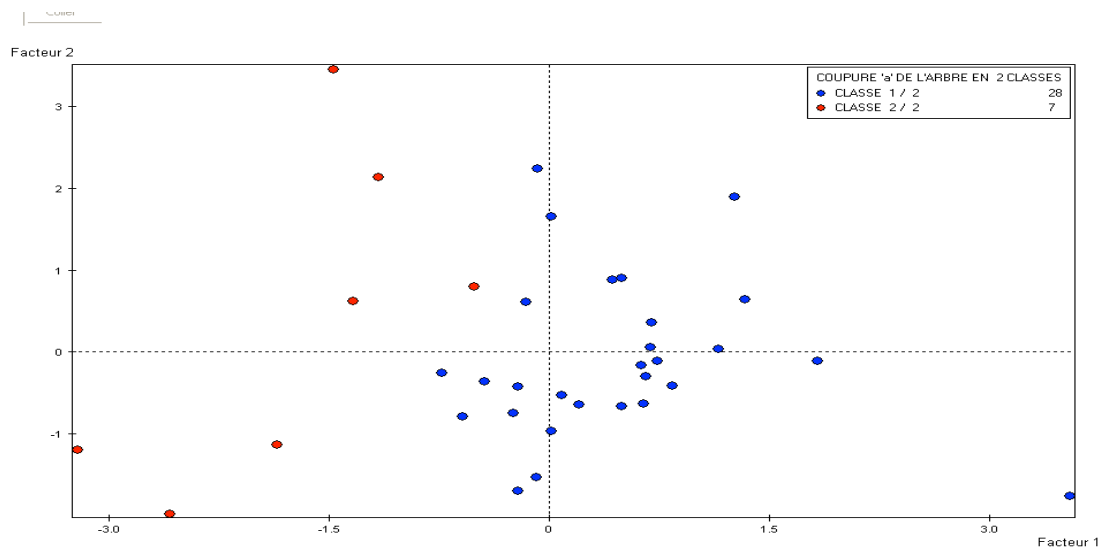


5



⁵ Apontamos nos quadros acima os aspectos positivos com cores diferentes do todo.

Clusters: Mulheres



Para aprofundarmos as significações de cada um dos três núcleos fez-se a relação com as variáveis sócio-demográficas, que veremos a seguir.

A análise dos dados foi construída à partir da descrição dos dados sócio-demográficos e análise dos *Clusters* femininos e masculinos, pelo prisma das relações de gênero e da teoria sócio-histórica. À partir das falas dos participantes com a finalidade de exemplificarmos, identificamos as vivências das relações afetivo-sexuais.

A análise fatorial por aglutinação de semelhanças resultou em quatro *clusters* que foram separados em homens e mulheres, com a finalidade de verificarmos as expressões de gênero. Para o aprofundamento dos dados vamos analisar os significados das qualidades que agrupam os homens e as mulheres, objetivando compreender as significações das relações afetivas - sexuais e as possibilidades de conjugalidade das pessoas que vivem com HIV/Aids e como estas se relacionam com o autocuidado.

Iniciaremos nossa análise com os clusters femininos, ao visualizarmos a nuvem de pontos das mulheres verificamos dois grupos que foram nomeados: *Até que o HIV justifique o meu relacionamento e Ser criativa e inovadora: Ainda encontro um jeito de ter um relacionamento gostoso!*, a partir dos significados abordados.

Os dois *clusters* foram aglutinados por similaridade a partir de alguns dados sócio-demográficos e de alguns pré-indicadores como: Idade; tempo do relacionamento estável; tempo que sabe sobre a infecção, nível de escolaridade; estado civil; nível profissional; intimidade... o que é isso?; sexo com afeto; quebra de confiança; converso mas não revelo, mas pode ser melhor revelar!; ter um relacionamento depois do HIV difícil; sozinha sim;

quero cuidado; preconceito sim, de todas as formas; HIV já pensei, agora não mais; HIV promove cuidados de saúde; meu novo sentido de viver; penso logo deprimido; usar ou não usar! Eis a questão! e uso, esqueço ou atraso, mas me divirto (Anexo 2).

Alguns dados sócio demográficos e pré- indicadores foram excluídos, pois não apresentavam similaridades para compor a análise fatorial. Estes foram: Orientação sexual; relação de coabitação não dá; HIV impede o sexo; eu quero sexo e um cobertor de orelha e relação homoafetiva ou heterossexual , não rola (Anexo 1).

Cluster 1: Até que o HIV justifique o meu relacionamento.

A fim de caracterizarmos este primeiro cluster, que é a maioria das mulheres (36), observamos que é representado por mulheres adultas em idade produtiva, apresentam idade entre 36 a 55anos, sabem da sua infecção pelo HIV há cinco anos ou mais. A maioria é casada e/ou vive separada e declara ter tido uma relação estável de cinco anos ou mais. Possuem escolaridade referente ao primeiro ou segundo grau e exercem uma atividade remunerada que não exige formação.

Analisando os discursos dessas mulheres observamos que os pré-indicadores: Intimidade... o que é isso?; sexo com afeto; quebra de confiança; converso mas não revelo, mas pode ser melhor revelar!; ter um relacionamento depois do HIV é difícil e quero cuidado, abrangem a dialeticidade das possíveis construções de um relacionamento afetivo- sexual (Anexo 2).

Ao falar sobre o relacionamento afetivo-sexual, este grupo aponta que as vivências deste relacionamento muitas vezes são percebidas como negativas, pois a relação é permeada pelos padrões hegemônicos das relações de gênero: “*o homem pode fazer tudo o que quer*” e espera que a mulher mantenha os cuidados da casa e filhos, apenas tendo atividades de lazer na companhia do marido. A visão “machista”, onde o homem sempre mostra a sua potência a partir de proibições e mantendo o seu papel esperado aparece também em outros estudos (MADUREIRA e TRENTINI, 2008). Além disso, ao homem seria permitido manter relações sexuais com Outras pessoas (extraconjugais), usando ou não o preservativo, mas o seu relacionamento sexual no relacionamento estável deve ser sem o preservativo, pois seu uso quebraria a confiança e geraria dúvidas para a parceira supondo uma traição. O não uso do preservativo reforça o vínculo conjugal (significa confiança) e, ao mesmo tempo, expõe a parceira ao risco da infecção pelo HIV (AMORIM e SZAPIRO, 2008).

Devido a essa reprodução dos papéis feminino e masculino há uma insatisfação no relacionamento permeada pela raiva por ter sido infectada pelo parceiro, mas, ao mesmo

tempo, essas mulheres não conseguem se separar efetivamente, pois consideram a possibilidade de melhorar e/ou recuperar o que foi perdido no relacionamento a dois. Esta visão romântica da conjugalidade, esperada do feminino, *não importa o que aconteça a esposa deve acolher o cônjuge de volta à casa*, parece guiar e orientar o cotidiano destas mulheres.

Algumas mulheres que estão em um relacionamento estável com um cônjuge que não as satisfaz sexualmente e/ou afetivamente, tendem apresentar sentimentos ambivalentes frente a relação.

Muitas vezes, nos casais sorodiscordantes ocorre a percepção do preconceito dentro das relações afetivas-sexuais. Devido ao fato do parceiro ter aceito uma mulher que vive com o HIV e ao aceitar esta relação, há a percepção de menos valia agregada à mulher (SCORSOLINI-COMIN, 2010).

Vemos também que as mulheres desta amostra por terem um relacionamento de sorodiscordância ou de soroconcordância reproduzem padrão hegemônico esperado do feminino, pois mesmo insatisfeitas, mantêm relacionamentos que já tenham sofrido violência de alguma forma, uma traição ou convivem com sentimentos ambivalentes gerados pelos afastamentos afetivos do marido. Não há uma conscientização desta vivência como sendo ruim devido a reprodução do papel do feminino sem crítica. Embora relatam ter uma boa relação não existem aspectos positivos que promovam o desenvolvimento podendo gerar o protagonismo na vida destas mulheres. A possibilidade do protagonismo proporcionaria uma mudança objetiva no modo que essas mulheres constroem os seus relacionamentos, podendo construir relacionamentos com mais qualidade. O que não vemos na forma de construção dessas relações.

“A nossa relação está ruim, estamos nos separando, porque ele pode fazer tudo que quer e eu tenho que fazer tudo que ele quer. A minha relação é muito difícil, não consigo manter contato sexual com meu marido, pois me sinto magoada por ele ter me contaminado e me agredido fisicamente há um tempo. Chegamos a nos separar e depois de muita insistência dele e das irmãs dele, retornamos a morar juntos. Tem sido difícil. Eu gosto de passear e ele não, mas eu tenho saído mesmo sem ele. Ele não gosta muito. Eu tenho desistido de pedir as coisas para ele. Ele reclama que estou mais fria com ele e só quero passear. Gosto e acho importante [sexo na relação], mas não fico magoada quando o meu companheiro não quer”. Cláudia

“[A relação] Continua a mesma coisa [depois do diagnóstico de HIV+]. Ele é muito companheiro, está sempre junto comigo. Eu acho que ele tem preconceito contra mim, pois desde que descobrimos o

HIV, há cinco anos, não nos beijamos mais e acho que está muito pouco. Ele me apoia e vem sempre as consultas comigo. Ele quem me acompanhou na última cirurgia, ele soube [do HIV] junto comigo. Estamos cuidando do Gael, que tem trazido muitas alegrias. Estamos com ele desde fevereiro e tem sido uma alegria para nós.” Carla

“Do ponto de vista da sexualidade, nos damos super bem, é satisfatório. O meu marido saiu de casa há três anos atrás por causa de um relacionamento extraconjugal com uma moça mais nova, a moça tinha 21 anos de idade, idade do meu filho. Mesmo tendo reatado o nosso casamento tenho uma obsessão e esse fato não sai da minha cabeça. Sinto que neste momento o meu marido está mais afastado e nestes últimos tempos tivemos uma diminuição nas relações sexuais. A relação sexual nunca foi um problema na nossa relação. Com este afastamento do meu marido penso que ele pode estar com outra. Comecei a vistoriar o celular e os horários dele, não aguento mais ficar assim. Se ele estiver com outra pessoa prefiro que ele fale logo de um vez. Acho que ele não conta que está com outra com outra e não vai embora, porque neste momento eu estou doente e debilitada. Sinto que algo está acontecendo, pois além da diminuição das relações, meu marido anda bebendo todos os dias da semana. Sinto-me muito dependente do meu marido e muito insegura e tenho crises de ciúmes explícitas. Acho que cheguei no limite. Sinto que isso está tomando conta da minha vida e quero mudar, por isso procurei a psicologia. Eu estava separada do meu marido atual e tive um relacionamento e me contaminei [com o HIV] através deste parceiro, foi uma única relação. O meu marido me ajudou e apoiou muito.” Ariane

O que observamos que nestes relacionamentos há uma quebra de confiança dentro da relação estável quando as mulheres descobrem que foram infectadas pelos seus cônjuges e com isso fica explícita a traição e o comportamento vulnerável que o cônjuge mantém nas relações sexuais conjugais e extraconjugais.

A quebra da confiança envolve a quebra do ideal romântico dentro da conjugalidade que envolve a lealdade, a fidelidade, a confiança, o amor, o respeito, a monogamia e a responsabilidade por si e pelo Outro (FÉREZ-CARNEIRO e DINIZ NETO 2010; ROLIM E WENDLING, 2013). Havendo esta fenda no ideal romântico de conjugalidade, a raiva é um sentimento que é ressaltado por estas mulheres que confiaram em seus parceiros, mas foram traídas e adquiriram um agravamento em sua saúde.

Algumas mulheres continuam com os cônjuges e cuidando destes, isso faz com que elas reproduzam o papel de cuidadora hegemonicamente esperado do feminino.

“Acredito ter sido contaminada pelo meu marido que tinha outra mulher, ela era usuária de droga”. Ivone

“Fiquei sabendo do HIV pelo meu primeiro marido, que era bissexual e se relacionava com travestis. Na hora que soube fiquei com vontade de matá-lo...” Karina

“Me infectei com o meu primeiro marido, tenho mágoa dele até hoje, pois ele sabia que tinha e passou mim.” Mércia

Ao mesmo tempo, que o ideal romântico de conjugalidade é quebrado devido a descoberta de uma traição, essas mulheres nos mostram que a visão em relação ao sexo aponta aspectos do amor romântico, pois é visto como mais prazeroso quando se tem um parceiro estável, em uma relação que envolva amor, carinho e prazer (MADUREIRA e TRENTINI, 2008).

O sexo é considerado promíscuo e não “correto” quando não envolve amor, relacionamento, confiança, lealdade e prazer. O que nos parece que as mulheres desta amostra esperam as mesmas coisas dentro das relações estáveis e das relações sexuais, como se o sexo tivesse que ser o complemento da relação não podendo existir de forma independente ou ser definido como apenas prazer.

“[Sexo] Ter prazer, ficar com a pessoa. As pessoas fazem, mas não falam sobre isso e eu acho errado, porque faz parte da vida.” Paula

“[sexo] É algo com que se faz somente se há amor. Só se tiver amor, envolvimento, senão não dá para fazer. Hoje está muito promíscuo, mas ainda tem gente que pensa como eu. De relação sexual.” Liz

“[No sexo] Tem que ter amor, envolvimento, senão não consigo fazer. Está tudo muito banalizado, os homens principalmente, eles só querem um rosto e um corpo bonito e eu não concordo com isso.” Alice

Algumas mulheres que tem o diagnóstico de HIV e estão em um relacionamento estável, muitas vezes não conseguem revelar a soropositividade para o parceiro, pois isso causaria uma quebra no relacionamento rompendo com o ideal do que seria um relacionamento de conjugalidade e também havendo uma quebra na confiança que o parceiro depositou neste relacionamento, havendo a possibilidade de um rompimento, já que o vínculo afetivo é visto como forma de prevenção para o HIV/ Aids e outras DSTs (GUERREIRO et.al, 2002; SILVA, 2002; OLTAMARI e OTTO, 2006; SANTOS e IRIAT, 2007; FUGUEIREDO e TERENCEZI, 2008; MAKSUD, 2009; OLTAMARI e CAMARGO, 2010; MAKSUD, 2012; PINHEIRO et.al., 2012). A soropositividade vira um segredo na

conjugalidade e gera um incômodo, um pensamento que o melhor seria que houvesse a separação, para não revelarem a soropositividade, mas ao mesmo tempo a relação é satisfatória e há a possibilidade de uma construção conjunta quando não envolve o HIV. Com isso, essas mulheres preferem muitas vezes viver com um segredo para não causar nenhum tipo de problema na conjugalidade ou serem deixadas pelo parceiro (SOUTO et.al, 2009).

Essas mulheres reproduzem o esperado do feminino que envolve a manterem o relacionamento sem que o cônjuge seja afetado pelos problemas familiares ou pessoais da mulher, havendo a possibilidade de guardarem um segredo para não abalar a relação (GROSSI, 2004).

Esse comportamento gera um sofrimento para o sujeito e a reprodução do significado do que é preciso fazer para se manter uma relação de conjugalidade fica claro. Algumas vezes, há a conscientização do sofrimento, mas a mudança objetiva não acontece, o que impede da pessoa criar novos sentidos para esse relacionamento e ter uma construção efetiva de um relacionamento afetivo-sexual que envolve a conjugalidade de uma forma que proporcione a construção conjunta de um casal.

“Tinha um relacionamento com quem fiquei bastante tempo, mas terminei em dezembro/2005. A relação é boa, em termos porque ele não sabe [sobre o HIV] e tenho que esconder. Me incomoda a situação de não saber como chegar e contar para ele. Pensei em contar indo os dois fazer exame” Livia

“Escolhi viver uma relação com um rapaz de vinte anos e não voltei com o meu ex-marido. Eu estou vivendo um sonho com ele, pois sou tratada com carinho e delicadeza. Ele é romântico, manda flores, dá presentes e mesmo eu sendo mais velha que ele vinte anos, sou aceita e adorada pela família dele. Não conseguimos ficar longe um do outro. Eu já tentei terminar com ele, mas não conseguimos ficar mais de uma semana sem encontrar um ao outro. Eu sofro, pois ele não sabe que eu tenho HIV e não consigo contar para ele. Conversamos e fazemos planos de futuro juntos e de ter filhos. Embarco nestes sonhos, mas na realidade é que fiz uma cirurgia para não ter mais filhos e não consigo contar sobre isso também. Eu acabo acreditando na mentira. A situação está muito boa, estou muito apaixonada por ele e combinamos muito. Quando nos conhecemos, eu estava muito bêbada, caída na sarjeta na rua de casa. Ele mora na mesma rua e foi me socorrer com carinho e atenção. Nos reencontramos na quermesse da igreja e esse dia foi mágico. Com esse atual namorado tenho amor e sexo, mas quando estava casada tive momentos que não sentia prazer.” Yara

Em contrapartida algumas mulheres conseguiram criar novas possibilidades de relacionamento ao revelarem a sua soropositividade. Podemos observar que estas mulheres construíram uma relação de conjugalidade que proporcionou uma melhora no relacionamento ao contarem sobre a sua soropositividade. A construção positiva do relacionamento e a mudança do comportamento estereotipado do feminino proporcionaram novas possibilidades de ser casal produzindo uma melhor qualidade do relacionamento e da vida dessas pessoas.

Esse dado nos aponta que ao revelarem o “segredo” da soropositividade os laços afetivos, a confiança, o amor, a lealdade tiveram um novo sentido construído por esses casais e ao compartilharem algo de suas vidas puderam se aproximar afetivamente (MAKSUD, 2012).

“Ótima. Ele é bom para mim, é paciente. Ele não tem e me aceita. A nossa relação até melhorou. Ele é mais carinhoso comigo. Vamos realizar uma cerimônia religiosa em Dezembro, ideia do meu marido, e estou gostando da comemoração que acontecerá, inclusive terá a participação das minhas filhas como daminhas. Meu companheiro é muito carinhoso, apesar de estarmos juntos há dez anos.” Rita

“No início eu só pensava em me matar, mas o meu companheiro que estava comigo quando eu descobri me ajudou muito, me dava muito amor, ele entrou na minha vida para fazer o melhor, quando eu descobri que estava com HIV, ele passou a ser mais amável.” Antonieta

A questão do cuidado para algumas mulheres é bem marcante, pois ao mesmo tempo que elas cuidam de seus parceiros, também requerem carinho e afeto. Muitas vezes, a expressão de cuidado do companheiro para a parceira não é vista de uma forma efetiva que supra as necessidade de ser cuidada (SANTANA, 2007).

“O meu marido é carinhoso, bonzinho, compreensivo e companheiro. Eu quero que alguém cuide de mim! não tenho ninguém!” Bianca

As mulheres que apontam ter dificuldade em constituir um novo relacionamento após o HIV estão separadas ou viúvas. Algumas apontam que o antigo relacionamento não demonstrava ter tido uma construção positiva, pois além de terem sido infectadas dentro desta relação, foram traídas. Mesmo que no passado tiveram um relacionamento negativo gostariam de ter um parceiro afetivo-sexual estável, mas o fato de serem soropositivas ou terem outras patologias além da infecção pelo HIV dificultam a construção de um novo relacionamento.

O que se observa é que na visão destas mulheres fica difícil ter um relacionamento estável, pois as relações estão fragilizadas com falta de consistência.

“A relação era ruim, fiquei com ele por causa do filho dele que era pequeno na época, tinha 6 anos e meu companheiro estava com dificuldade financeira. Não quero que ninguém me toque, acho que não sou interessante e não sou desejada por ninguém. Ninguém vai querer uma mulher que vive com uma bolsinha [de colostomia] cheia de fezes para fora. Estou acabada e tenho cara de uma mulher de uns cinquenta anos por causa da lipodistrofia. Não quero mais ter relacionamento sexual e nem tenho mais relações.” Genilda

“É ruim, sinto falta de sexo, mesmo com 61 anos de idade não posso dizer que não sinto falta, porque sinto, mas só quero me relacionar com alguém se for para ter um compromisso sério, de morar na minha casa se for para ter e ir cada um para a sua casa eu não quero, isto não dá certo. Sinto muito uma falta de um esposo. Estou à procura, mas está complicado, está difícil. Desde que soube do HIV, não tenho relacionamento sexual.” Bruna

“A relação é boa, mas está muito difícil, me separei faz pouco tempo e as mágoas e decepções são grandes. Estou tentando me reerguer. Não tenho me relacionado com ninguém. Quando se tem essa doença é mais difícil encontrar alguém para se relacionar.” Alice

“Gostaria de ter uma companhia fixa, mas não é simples encontrar alguém. Atualmente, saio muito com os meus filhos.” Maria

Observamos que o impacto do diagnóstico na vida dessas mulheres gerou depressão e visões que não proporcionavam uma perspectiva de vida positiva. Com a vivência e a possibilidade de continuarem vivas, essas mulheres foram criando novos sentidos para as suas vivências, assim, as problemáticas da vida cotidiana se tornaram mais presentes e o HIV mesmo tendo uma importância na vida dessas mulheres, muitas vezes elas nem pensam na infecção ou pode ser visto como um aspecto positivo da sua vivência. A visão positiva provavelmente é explicitada por mulheres que tentavam viver e agir de forma diferenciada em suas vidas, antes da infecção pelo HIV, mantendo a família. O que nos aponta que estas mulheres mantêm o padrão esperado do feminino e a possibilidade de criatividade está ligada a este padrão, pois elas mantêm o relacionamento estável e a família. Com isso elas se tornam mais conscientes de alguns aspectos de sua vida e conseguem ser protagonistas se apropriando de algumas de suas vivências, assim conseguem construir planos futuros na relação estável ou

pretendem construir uma relação estável. Algumas têm planos em outras áreas, que devido ao HIV podem modificar, mas eles não deixam de existir.

Não pensar na doença pode ser um aspecto negativo, pois pode influenciar no autocuidado podendo gerar alguns comportamentos vulneráveis. Outro aspecto negativo é que essas mulheres não têm ou diminuíram a sua vida sexual, suas atividades cotidianas e o convívio social e o que percebemos é que a relação afetiva fica atravessada pelo HIV. Esses aspectos nos mostram a dialeticidade do viver com HIV.

“ Sou vendedora de doce em escola. O meu marido não concorda em deixar a minha filha namorar com 15 anos de idade e somente irá permitir namoro com 16 anos. Eu e meu marido ficamos sabendo através da minha filha mais velha que havia um garoto dentro de casa um dia em que eu não estava. Meu marido ficou muito nervoso e chegou a bater duas vezes na minha filha e a colocou de castigo. Eu conversei com a minha filha, mas acabo brigando com meu marido, pois não concordo com a postura dele. Atualmente, fui infectada pelo meu marido pelo vírus da hepatite. Fiquei sabendo [da infecção pelo HIV] com exames do pré-natal da minha terceira gravidez. Estava internada no hospital para tratamento em função de duas perdas gestacionais anteriores. Fiquei bastante deprimida, não queria acreditar, achava que ia morrer e que não poderia cuidar da minha filha. É difícil porque não faço 20% das coisas que fazia antes. Não tomo mais cerveja, diminuí a atividade sexual, curto, mas sinto mais cansaço. É difícil apesar de tomar os remédios e fazer os exames, essa doença não é de Deus. Gostaria que os soropositivos se conscientizassem de que a vida continua e que eles não fiquem deprimidos. Todos vão morrer um dia e deixar se abater, não dá, pois vou morrer mesmo. Acho que tenho coisas particulares para resolver e ser soropositivo pode tornar a vida melhor.” Paula

“ Sou catadora de latinha e cuido de uma criança, minha mãe me ajuda. Não sabia que o meu companheiro era HIV+. Quase fiquei louca, foi difícil, tive vontade de morrer, estava grávida de 6 meses quando descobri e foi por causa da doença do meu companheiro, que era HIV+. A criança nasceu aos 7 meses e negativou aos 10 meses. Fiquei internada em ambulatório psiquiátrico por dois meses quando descobri a doença. Não tenho vida sexual e social. Nem penso nisto, a minha preocupação atual é a minha filha que tem dificuldade auditiva no ouvido direito. Ela é muito nervosa e já foi encaminhada para terapia semanal na Villa Mariana, pois eu tenho dificuldade financeira para trata-la.” Laila

“Tenho um comércio, onde faço e vendo lanches. Faço bicos e a minha mãe me ajuda. Acho que foi via relação sexual [com se infectou pelo HIV], mas não sei identificar o parceiro que me contaminou. O meu ex-companheiro com quem fiquei vários anos não tinha HIV. No começo foi uma bomba. Parecia que ia morrer em

seguida. Depois fui me informando e percebi que não adoecia e que a minha vida continuava, fui me acalmando e convivendo com a questão. Fiquei sabendo do HIV porque tinha uma diarreia que não passava e os exames apontaram a contaminação. Quando alguém toca no assunto, converso normalmente. Penso em viver mais, não quero ficar numa cama doente e morrer. É um peso [o HIV], meus sonhos mudaram, pensava em voltar a estudar, mas agora não tenho vontade, penso que não terei mais tempo para estudar e depois trabalhar, mas quero conquistar coisas e principalmente tem um relacionamento afetivo que dure.” Livia

“Fazemos planos sobre trabalho e casa própria, sinto-me bem com ele. Converso sobre a vida em geral e fazemos planos.” Lidiane

O viver com HIV também pode ser negativo quando as pessoas não conseguem criar novas possibilidades para as suas vivências, muitas vezes sem conseguirem modificar os aspectos que causam sofrimento. O sofrimento vivido por algumas mulheres favorecem que o sentido de suas vidas seja negativo. Elas continuam vivendo, trabalhando, mas devido a complicações ou condições de saúde e vivências negativas elas perderam o prazer na vida e continuam vivendo com um sofrimento crônico que a infecção causa.

“Sou vendedora, vivo com a ajuda de parentes e estou requerendo a minha aposentadoria. Tenho vergonha de sair de casa, pois às vezes a bolsa com fezes abre no meio da rua e fica cheirando mal. Já esperava, estava preparada, fiquei triste, pensava no meu filho e no meu futuro que seria igual ao do meu marido, queria continuar criando filho, chorei bastante e mudei muito. Fico muito triste. Não é fácil, muda tudo, não levo uma vida normal, fica no pensamento. A gente muda, não sou mais a mesma pessoa, não tenho prazer em me arrumar.” Genilda

“Sou cabelereira e manicure. Como passei a ter convulsões, achei que eram os ARV e decidi que era melhor morrer mesmo. A minha família me ajuda a controlar as convulsões e a me lembrar de quem eu sou, lembrando da medicação, conversando comigo para me lembrar das coisas. Devido as convulsões incontroladas ando muito esquecida e não reconheço as pessoas. Posso morrer.” Bianca

“Faço bico passando roupa. Minha irmã e minha mãe que me sustentam, estou desempregada há 9 anos. É triste a solidão, dá vontade de sair, a gente relembra da vida [ex -namorado, casamento]. Sinto-me muito parada. Nesta data ele estava estranho e emagrecido. Ele estava doente com infecção urinária. Depois desta data não se encontraram mais, pois a minha mãe teve um AVC e eu fui morar em Jacareí. Pior dia da minha vida, minha vida desmoronou, estava grávida, perdendo um rim e com HIV. O HIV

estabilizou, rins voltaram a funcionar, perdi a gravidez, mas ainda tenho raiva do médico que contou para o meu patrão que eu era HIV. Quando soube andei o dia todo sem rumo, minha mãe tem AVC, pedi perdão a Deus pelos meus pecados, sabia que estava pagando pelos meus erros. Vivo com uma estaca no pescoço. Terror, espada estancada na cabeça 24 hs, pra mim é assim. Não tenho conseguido emprego e vivo de bicos [passa roupa].” Cléria

“ Sou aposentada. Soube quando fui internada por causa de herpes vaginal. [O ex-marido] Ele ficou lá e não falou nada do que ele tinha. Fiquei com depressão, já tentei o suicídio 2 vezes com medicação. Fiquei mal, pensei em me matar. no começo fiquei com muito ódio do meu ex, hoje eu tenho pena, porque fiquei mal e tive que ser internada.” Ingrid

Observa-se que o uso do preservativo para essas mulheres está ligada a questão de intimidade do casal, que envolve a negociação do uso do preservativo, nos permitindo perceber que o uso envolve uma questão mais ampla do HIV. O uso do preservativo envolve a confiança e a negociação deixa explícito a infecção, a traição e a falta de confiança, mesmo quando o casal está ciente da infecção pelo HIV. Algumas mulheres não conseguem negociar o uso do preservativo com o parceiro, pois alguns parceiros alegam que o preservativo diminui o prazer na relação.

As mulheres que conseguem fazer o uso efetivo do preservativo conseguiram em sua relação estável criar novos sentidos para o uso do preservativo que inclui o autocuidado. Com isso o uso ligado ao autocuidado diminui a vulnerabilidade pessoal das duas pessoas e deixam os laços afetivos mais estreitos promovendo uma maior intimidade.

“É... nós usamos, mas de vez em quando acontece sem camisinha”.
Cláudia

“O meu companheiro não quer usar e se recusar a usar o preservativo. Eu acho que ele não consegue acreditar que eu tenho o HIV, pois ele não se cuida. Nas conversas que eu procurei ter com ele sobre a camisinha e sobre a possibilidade de infecção, ele diz: "se pegar, pegou." Ele sabe sobre a camisinha e a possibilidade de infecção”. Rita

“Já tentei usar a camisinha feminina mas não achei confortável. Eu não me incomodo. No começo achava chato, hoje não me incomodo, acho tranquilo, acho melhor, fica mais limpinho. Meu marido não aceitava o preservativo, teve algumas vezes que transamos sem camisinha (...). Hoje ele [o marido] não aceita muito, mas devido o

HIV e HPV consigo fazer que não "role" sem camisinha. Ele está mais sossegado, tem aceitado mais usar camisinha.” Karina

“[Uso do preservativo] Acho normal, não atrapalha o relacionamento.” Maria

“[Uso do preservativo] Acho fundamental porque a gente precisa se cuidar (...) não usávamos preservativo nas relações sexuais.” Silmara

O uso do medicamento regularmente proporciona uma melhora na qualidade de vida, mas ao mesmo tempo quando essas mulheres vão ao ambulatório ou tomam a medicação se lembram do HIV, o que muitas vezes faz com que elas entrem em contato com o sofrimento causado pela infecção e o medo do adoecimento. Mesmo com questões negativas do seu viver, essas mulheres demonstram que incorporaram em sua rotina o uso da medicação dando um sentido positivo que se refere à manutenção da saúde e autocuidado, mesmo tendo um momento de lazer elas não deixam de tomar a medicação e procuram ter estratégias que evitam o sofrerem preconceito e ajudam no uso efetivo da medicação.

“Eu fico muito perturbada quando vejo alguém, no ambulatório que está muito doente. Fico com medo do que pode me acontecer futuramente. Para ultrapassar esse sentimento recorro à religiosidade e também me apoio no fato da medicação me dar uma boa qualidade de vida”. Ivone

“Tomo comprimido à noite. Costumo arrancar os rótulos para não serem identificados. Já incorporei à minha rotina. Os remédios fazem a manutenção da saúde.” Karina

“Tomo remédio a noite e de manhã. O Stocrin é só a noite. Levo os remédios na bolsa. Não é necessário[ajuda com a medicação]. [não tomar a medicação] O vírus pode aumentar, tem hora que é muito difícil, sinto medo de adoecer (...)” Alice

“Tomo a medicação de 12 em 12 horas, duas vezes por dia o biovir e 1 vez de manhã o atazanavir. Durante a semana eu tenho que parar o trabalho para tomar e antes de dormir eu também tomo. De fim de semana, se eu saio para tomar uma cerveja eu deixo de tomar o remédio ou se não for muito tarde eu espero umas horas e tomo mais tarde. Tenho tomado sempre”. Cláudia

“Tomo o Abacavir 1 comprimido 12 em 12h, lamivudina 1 comprimido 12 em 12 h, atazanavir 2 comprimidos 1 vez ao dia, ritonavir 1 comprimido 1 vez ao dia. Arranco o rotulo e jogo a caixinha fora, ninguém pergunta para o que é. Eu já acostumei.

Quando pego no ambulatório, tiro os rótulos para ninguém saber que medicações são. Por causa do preconceito. [Não tomar a medicação] O vírus aumenta, já fiquei 2 dias.” Daniela

Cluster 2: Ser criativa e inovadora: Ainda encontro um jeito de ter um relacionamento gostoso!

As mulheres deste *Cluster* (7) apresentam as duas polaridades de idade, parte são mais jovens, (de 18 a 35 anos) e a outra parte adultas (56 anos ou mais), não possuem relação estável, relatam estar em uma relação há menos de um ano ou são viúvas, autoreferindo-se solteiras. A maioria sabe da infecção de um a cinco anos e outras há cinco anos ou mais. Possuem uma escolaridade referente do primeiro ao segundo grau, tendo uma profissão de nível técnico ou informal.

Retomando, as questões sócio-demográficas e os pré- indicadores que aglutinaram os clusters femininos são: Idade; tempo do relacionamento estável; tempo que sabe sobre a infecção, nível de escolaridade; estado civil; nível profissional; intimidade... o que é isso?; sexo com afeto; quebra de confiança; converso mas não revelo, mas pode ser melhor revelar!; ter um relacionamento depois do HIV difícil; sozinha sim; quero cuidado; preconceito sim, de todas as formas; HIV já pensei, agora não mais; HIV promove cuidados de saúde; meu novo sentido de viver; penso logo deprimido; usar ou não usar! Eis a questão! e uso, esqueço ou atraso, mas me divirto (Anexo 2).

O que observamos é que a fala dessas mulheres em relação ao sexo é bem parecida com a das mulheres do *Cluster* 1 (*Até que o HIV justifique o meu relacionamento*), pois consideram que o sexo é mais prazeroso quando há um relacionamento estável ou é feito com pessoas que se gosta.

Em contrapartida apontam que algumas pessoas não conversam muito sobre sexo e isso impossibilita a intimidade para a relação.

Estas mulheres reafirmam uma visão romântica sobre o relacionamento, ao mesmo tempo que estão solteiras acreditam que o sexo deve ser feito somente no casamento, mostrando a dialeticidade de sua vivência e que atualmente as pessoas estão promíscuas. Este pensamento ligado ao feminino também apareceu em nossa revisão de literatura (SOLTO et.al, 2009, MAKSUD, 2009, MAKSUD, 2012).

Essa visão além de reforçar um idealismo reforça a visão hegemônica do sexo, sendo uma resposta socialmente esperada. Talvez elas não se deem conta de outras possibilidades de

relacionamento que podem ser construídas ou devido a norma social elas mantem o mesmo padrão de resposta esperado socialmente.

Algumas das participantes apontam que o jeito atual de se envolver sexualmente é mais verdadeiro e necessário para se viver bem, colocando de uma forma mais natural sem as amarras sociais ligando o sexo à relação estável. Essa visão pode proporcionar a criação de novas significações para a relação sexual.

“Faz bem para a saúde né, movimento muito órgão, mas tem gente que vive muito bem sem o sexo, eu sou uma delas, sinto falta, mas não deixo de viver por causa disso. Uma coisa certa com um compromisso certo é muito bom uma pessoa se comprometendo com a outra e fazendo as coisas certinho, igual marido e esposa. Para quem pode é muito bom. Não sei me explicar, mas acho que veem o sexo como interesse, não concordo com isto. Não concordo com essa falta de compromisso.” Bruna

“Gosto de sexo e acho bom quando estou envolvida com o cara. Não gosto de sair a primeira vez e já transar. Tem muita gente que vê o sexo como prazer puro, eu acho que tem que ter amor, envolvimento.” Amanda

“Hoje em dia está: eu me ofereço a você. Tanto o homem quanto a mulher, não tem mais a descrição de antigamente. Eu concordo porque olho para um homem vendo ele sem roupa. Está tudo muito aberto. Eu acho esse jeito mais sincero. Está muito promíscuo.” Ariadne

“É algo necessário, um instinto, não é como comida, mas eu sinto necessidade.” Marcia

Outro aspecto também abordado por estas mulheres é como elas se infectaram pelo HIV. Todas afirmam ter se infectado em uma relação estável, algumas não sabem com qual dos antigos parceiros se infectou, outras sabem e não quiseram mais manter relação estável.

Essas mulheres se separaram dos seus parceiros estáveis devido algum aspecto que não as agradava no relacionamento, que não envolvia o conhecimento da infecção pelo HIV. Por isso, muitas vezes suspeitam que algum parceiro estável as tenha infectado. Por outro lado, algumas mulheres sabem quem foi o parceiro que as infectou e conseguem terminar o relacionamento que é prejudicial a elas, o qual trás mágoas e lembra sempre a quebra da confiança causada pelo parceiro.

As mulheres que se separaram por não conseguirem conviver com seu parceiro, provavelmente estão conseguindo criar novas maneiras de estarem no mundo, pois ao se

conscientizarem que o antigo relacionamento afetivo-sexual não é algo bom, mudaram objetivamente a sua condição dentro da relação. Com isso há a possibilidade de criação de novos sentidos para as suas vivências afetivas e sexuais dentro de um relacionamento estável. Essas mulheres fizeram escolhas que promovem a construção de novos sentidos para a sua vida e que não reproduzem o significado social que envolve manter um relacionamento estável, independente da má qualidade e serem cuidadoras de seus parceiros.

“Apenas tive quatro relacionamentos heterossexuais até hoje (...) Me infectei com algum namorado”. Márcia

“Fui infectada pelo HIV, com o meu ex- namorado com quem me relacionei por 8 anos. Fui traída por ele e contaminada. Senti muito quando terminei a relação de tanto tempo, mas não consegui perdoá-lo.” Amanda

“Acho que contrai o HIV com o meu último parceiro estável, porque depois que eu não estava mais com ele, ouviu falar que ele teve muitos relacionamentos e até usava drogas.” Eleonor

As mulheres deste Cluster (*Ser criativa e inovadora: Ainda encontro um jeito de ter um relacionamento gostoso*) apresentam uma dialeticidade na construções de novas significações das relações afetivas e sexuais devido ao atravessamento do HIV, que pode reduzir a possibilidade delas terem um relacionamento de melhor qualidade, que envolva diálogo favorecedor da revelação sobre o HIV, companheirismo e compartilhamento de sentimentos. Muitas vezes, elas apresentam medo de se envolverem por ter que revelar sobre a sua soropositividade, possibilitando a vivência de algum tipo de preconceito, podendo ser deixadas ou por medo de infectarem um novo parceiro.

Por isso, essas mulheres decidiram estar sozinhas ou ao tentarem construir uma relação estável apresentam uma insatisfação frente ao relacionamento, pois este não apresenta a qualidade que elas gostariam que uma relação afetiva-sexual estável tivesse.

Observamos que essas mulheres contrariamente das casadas apresentam uma vontade de fazer algo diferente em suas vidas, estando dispostas a terem relacionamentos mais profundos mesmo tendo sido infectadas em uma relação estável e também haver sofrido com a quebra de confiança. Talvez haja a idealização de um relacionamento, pois ao optarem por não continuarem com os seus antigos parceiros antes do diagnóstico, mesmo tendo consciência que ao revelarem sobre o HIV essas mulheres podem ser abandonadas. O sentido que elas trazem é que os relacionamentos afetivos–sexuais estáveis envolvem mais do que

confiança, lealdade, fidelidade, também envolvem o companheirismo e o diálogo. Esse pensamento reforça o vínculo afetivo-sexual baseado no amor romântico, de uma forma que leve ao aprofundamento do relacionamento (MAKSUD, 2009).

A dialeticidade da vivência fica clara ao revelarem que está difícil ter um relacionamento e encontrar uma pessoa legal em que se possa confiar e conversar sobre as coisas da vida, sentimentos e sobre o HIV. Devido ao medo de aprofundarem as relações acabam optando por estarem sozinhas ou manter um relacionamento construído há pouco tempo, sem uma qualidade esperada que proporcionaria o aprofundamento da relação.

“Estou insegura em relação a ele, pois já namoramos e ele aprontava muito. Hoje ele diz ter mudado, mas não tenho certeza. Por vezes gostaria de ter alguém para conversar, desabafar, inclusive os problemas de ser HIV+. Acabei de conhecer uma pessoa, saio muito, danço, curto muito. Não me faz falta um companheiro, sinto falta de alguém para conversar. As vezes acho que até seria bom ter um parceiro HIV com quem eu poderia conversar sobre isso. Sinto uma certa solidão, pois acho que os relacionamentos afetivos são passageiros. Eu não deixo que o relacionamento se aprofunde para não ter que contar. O tratamento não interfere e vive-versa no sexo.”
Eleonor

“Eu o considero como meu namorado, pois me relaciono sexualmente com ele. A pessoa com quem eu saia às vezes está mais distante, ele trabalha muito, mas parece estar com medo de se envolver. Eu sempre fui uma pessoa tranquila. Às vezes sinto falta de ter alguém, mas está difícil de encontrar uma pessoa legal.” Amanda

“Tenho medo de me relacionar com alguém, estou sozinha por medo. Não quero saber de homem, tenho medo de homem, não quero prejudicar ninguém, uso aliança para pensarem que sou casada. Me sinto acuada e com medo de me relacionar com outra pessoa. Tenho medo de ser acusada de ter passado HIV para alguém.” Cléria

O preconceito é vivenciado de uma forma que gera um sofrimento psíquico nessas mulheres principalmente quando envolve um “juízo” frente às práticas sexuais vivenciadas por elas, onde muitas vezes não são vistas como vítimas, mas sim como pessoas promíscuas, o que gera medo de revelarem seu segredo a alguém (MAKSUD, 2012).

A sociedade e os profissionais da saúde são apontados como pessoas que tem preconceito, esta visão que as pessoas que vivem com HIV pode favorecer uma vulnerabilidade pessoal, pois ao não se sentirem acolhidas nos ambientes que proporcionam o tratamento, elas talvez não se sintam à vontade para contar sobre as suas vivências e

dificuldades obtidas no tratamento, muitas vezes não promovendo uma maior conscientização do sujeito sobre os aspectos da infecção e não permitindo a ajuda na incorporação dos processos subjetivos (AYRES et. al, 2003). De certa forma acabam se isolando, contando para poucas pessoas sobre o HIV, pois não conseguem dividir o fato de estarem infectados por uma doença que gera preconceito e acabam tendo um grau de sofrimento psíquico grande e sozinhas, pois ao ser uma infecção que é transmitida a partir de comportamentos vulneráveis, a pessoa, aos olhos da sociedade é vista como responsável por ter adquirido a infecção e por isso deve carregar a culpa de ter sido infectada. Principalmente por esses comportamentos vulneráveis envolverem os tabus postos na sociedade.

“Preconceito. Considero que as pessoas, principalmente os profissionais de saúde, têm preconceitos sobre a sexualidade das pessoas que vivem com HIV. O fato de ser HIV+ já leva ao julgamento de promiscuidade e ter sempre práticas alternativas. É difícil falar sobre sexo com os profissionais “as pessoas sempre julgam”. O problema são os outros: o preconceito. Como falar, como se relacionar?” Márcia

“(...) Sou discreta em relação a isso [ao HIV], porque sinto o preconceito da sociedade em relação ao HIV, que é diferente de outros adoecimentos, onde o doente é visto como vítima. Tenho muita preocupação em manter o meu anonimato.” Mariana

“Não é muito bom não, viver com HIV, pois o preconceito é muito grande, por isso é que eu não conto a ninguém. Meus irmãos [6 irmãos] mesmo não sabem, pois podem dizer para outras pessoas e por isso eu não quero que eles saibam. Tenho um irmão que mora perto de onde moro e as vezes a gente discute, aí eu tenho medo que ele sabendo disso diga para as pessoas de lá de onde eu moro.” Flávia

O sofrimento vivido é percebido principalmente ao serem diagnosticadas com o HIV, mas ao mesmo tempo levam uma vida normal, de uma forma que não procuram pensar muito nos acontecimentos e nem no HIV. Essas mulheres relatam não poder contar para todas as pessoas que elas gostariam, mas tem um suporte afetivo da família ou de amigos.

Algumas relatam a sua vivência de uma forma positiva o que pode estar relacionado com apoio familiar, mas ao mesmo tempo pode ser uma negação da doença e ao ajudar outras pessoas ocorre a elaboração de alguns conflitos pessoais e o contato social também pode influenciar nessa elaboração ajudando no enfrentamento da infecção e de questões pessoais.

“Sou pesquisadora na área de nutrição. Já tive vontade de falar com o meu segundo namorado, mas resolvi não falar com ninguém. Foi um baque. Fui fazer um exame de rotina e o HIV era muito distante de mim. Fiquei desesperada por três dias fiz vários exames para ver se o resultado se repetia. Fiquei super desesperada, depois descobri sobre duas médicas que também eram HIV+, elas me aconselharam a iniciar o tratamento e eu iniciei em Maio de 2002, 6 meses depois. Moro com a minha única irmã que psicologicamente é mais preparada. Faço o tratamento aqui em São Paulo, pois prefiro viajar para que ninguém saiba. Não posso contar para os meus pais, pois eles não têm estrutura para aguentar, são muito conservadores. Meus pais estão em mundos diferentes, é mais fácil eu entrar no deles do que eles entrarem no meu, pois são antiquados. Meu pai é muito autoritário, estilo coronel, sabe. Eles pensam que sexo, é só com o casamento. Assim, não dá para falar sobre quase nada com eles. Depois que comecei a tomar os remédios aceitei a doença e tenho me cuidado. Não tive nenhuma doença.” Márcia

*“Sou aposentada e tenho auxílio doença. Quando eu tive o problema da astenia cerebral eu passei por vários hospitais e em todos recebi transfusão de sangue e fui contaminada em um desses hospitais. Não fiquei revoltada, reagi bem, eu reagi normalmente. Não me desesperei. Converso com os usuários que chegam tristes aqui, dou conselho e tento animá-los. Convivo a 18 anos com esta doença e sei de muita coisa já, mas tem algumas pessoas que converso sem dizer que sou usuária, por causa do preconceito. Da minha casa meus filhos, não tem preconceito, dormem comigo, bebem no mesmo copo que eu, depois de lavado claro. Tem família que se afasta, mas meus filhos não. Converso somente com pessoas aqui do hospital que estão desesperadas e querendo se matar. Minha prima ficou sabendo porque vinha comigo para o hospital. Meus filhos foi a psicóloga que contou na época. A psicologia pediu minha autorização para contar para meu filho que eu tinha HIV. Eu permiti. Meu pensamento é positivo, eu sou uma pessoa positiva. Para mim é normal, tenho uma vida saudável, não bebo, não fumo, faço caminhadas, ginástica com o grupo da terceira idade que participo, meus filhos dizem que eu nem pareço que tenho esta doença. Eu não vivo com esse problema na cabeça. A pesquisa é muito boa e válida. Anima agente, nos da mais vida tenho me dado muito bem com tudo isso que esta acontecendo.”
Bruna*

O uso do preservativo para essas mulheres não é efetivo pois algumas não tem mais relação sexual ou não sentem prazer. Por outro, lado algumas fazem o uso efetivo e criam estratégias para negociarem o uso do preservativo sem revelarem a sua soropositividade, decidindo-se depois da infecção a usarem sempre, que refere autocuidado evitando comportamentos que as tornem vulneráveis a reinfecções ou o risco de pegarem alguma DST (AMORIM e SZAPIRO, 2008; MAKSUD, 2009).

“Não uso o preservativo porque estou sozinha.” Estela

*“Não sinto prazer usando camisinha. Agora não me incomoda mais.”
Íngride*

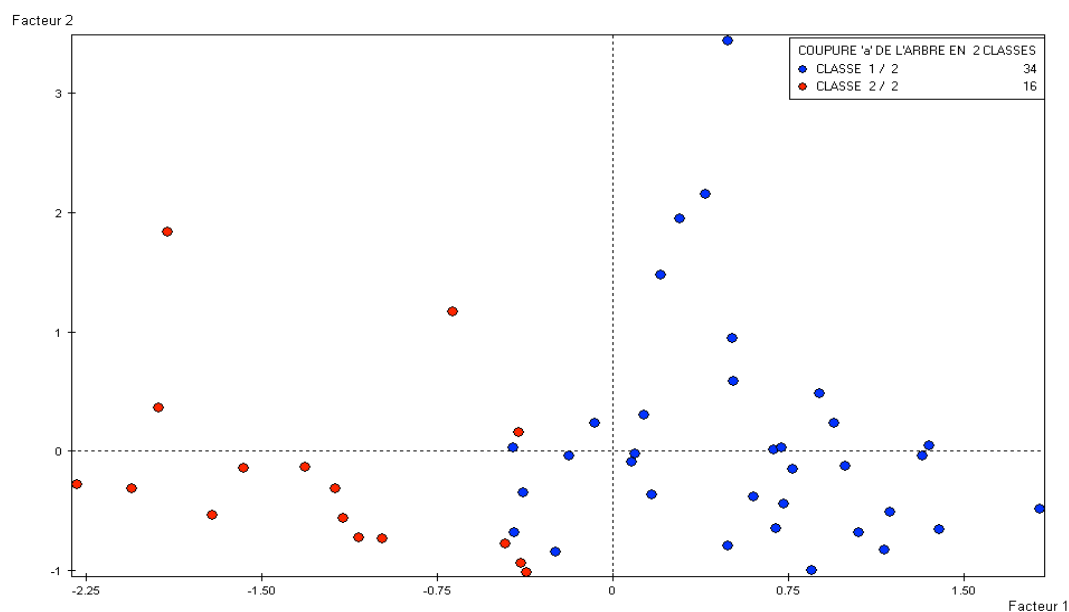
“Sempre me relaciono para não haver contaminação. Atualmente acho normal e digo que não posso tomar anticoncepcional.” Mila

O uso da medicação regularmente proporciona uma melhora na qualidade de vida, mesmo com questões negativas do seu viver, essas mulheres demonstram que incorporaram em sua rotina o uso da medicação dando um sentido positivo que se refere à manutenção da saúde e autocuidado, as vezes deixam de tomar a medicação em um momento de lazer, mas sabem da importância da medicação para a saúde.

“Tomo o Biovir: 12/12hs, efavirenz: 1 comprimido a noite. Um frasco fica na cabeceira. Eu tirei o rótulo e se alguém perguntar digo que são vitaminas. Não preciso de ajuda com a medicação e quase ninguém sabe. [não usar a medicação] O cd4 não sobe e a carga viral não abaixa. Antes de tomar os remédios era mais fácil.” Silmara

“Tomo a medicação duas vezes ao dia, sempre antes das refeições [almoço e jantar] sem ficar muito tempo com o estomago vazio porque senão dá mal estar. As vezes as minhas irmãs ou a minha mãe perguntam se tomei a medicação. Acho que isso é uma preocupação carinhosa. [não tomar a medicação] Acho que de vez em quando não tem problema. Quando vou beber cerveja e não tomo o remédio. O tratamento é normal, acostumei com a ideia, é desde 2002, fiquei sabendo e comecei o tratamento, acostumei.” Mila

CLUSTER Homens:



Para o aprofundamento dos dados vamos analisar os significados das qualidades que se agrupam na ‘nuvem de pontos’ dos homens, objetivando compreender as significações das relações afetivo-sexuais e das possibilidades de conjugalidade das pessoas que vivem com HIV/Aids e como estas se relacionam com o autocuidado.

Os *clusters* masculinos foram nomeados: *Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso e Sou um homem feminino, mas muito macho!*

Igualmente aos dados femininos os *clusters* foram aglutinados por similaridade a partir de alguns dados sócio-demográficos e de alguns pré-índices, como: Idade; tempo do relacionamento estável; tempo que sabe sobre a infecção, orientação sexual; nível de escolaridade; estado civil; nível profissional; intimidade... o que é isso; Sexo com afeto; ter um relacionamento depois do HIV? Difícil; sozinho sim; relação homoafetiva ou heterossexual, não rola; Tem gente que gosta de um, tem gente que gosta dos dois; preconceito sim, de todas as formas; o meu novo sentido de viver; penso, logo deprimido; sofro, mas vou vivendo; usar ou não usar! Eis a questão! e uso, esqueço ou atraso, mas me divirto (Anexo 4).

Alguns dados sociodemográficos e pré-índices foram excluídos, pois não apresentavam similaridades para compor a análise fatorial. Estes foram: Relação de coabitação não dá; quebra de confiança; quero cuidados; HIV impede o sexo; eu quero sexo e um cobertor de orelha; Sofro calado; HIV? Já pensei, agora não mais; HIV promove cuidados de saúde e meu futuro eu planejo (Anexo 3).

Cluster 1: Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso!

O *Cluster 1* aglutinou 36 homens, sendo homens adultos na idade de 36 a 55 anos, que possuem uma relação estável há cinco anos ou mais, a maioria se auto referencia com opção sexual heterossexual e são casados ou divorciados. Esses homens em sua maioria apresentam ter o Primeiro grau e o segundo grau e trabalham no nível informal ou técnico.

Observamos que nesse cluster a maioria dos homens relata ter uma orientação sexual heterossexual e possuem relacionamentos afetivos-sexuais estáveis e/ou de conjugalidade, estando em um relacionamento qualificado como “bom”, mesmo após o diagnóstico positivo para HIV, pois a esposa cuida dele aceitando os “erros” cometidos na relação e aceitando estar na relação mesmo quando ela soube da traição. A relação afetiva-sexual também é considerada boa, mesmo que alguns aspectos não sejam discutidos na relação.

Por outro lado, alguns deles relatam que a relação não está boa, pois após o diagnóstico do HIV houve uma mudança no comportamento e mesmo que a parceira queira construir uma relação de profundidade, com mais diálogo e espaço para o casal, não há essa possibilidade, pois esses espaços de conversa e de troca do casal viraram espaços que não promovem prazer. Observamos as dificuldades de diálogo, mas não há a possibilidade de sabermos, se já havia problemas de conjugalidade antes, mas podemos conjecturar que sim, visto que houve a contaminação do HIV.

Outros participantes sentem falta de carinho, afeto, mais proximidade com a parceira, mas a relação construída já não era considerada de qualidade e muitas vezes essa má qualidade no relacionamento gera culpa a um dos parceiros. Apesar das mulheres estarem ali, num papel de submissão, de pena, de abnegação, ou cuidadora, ou de amor existe a cobrança do masculino de afeto, carinho com uma conotação egoísta, visto que a maioria infectou a parceira que está acolhendo o parceiro traidor (no sentido do afeto) e ainda esse ‘*cobra*’ mais do que ela pode oferecer.

O que se pode observar é que as relações consideradas de qualidade ao olhar do masculino, foi quando a parceira exerceu o papel esperado do feminino, sendo cuidadora do marido, da casa, submetendo- se estar com o marido (mesmo ciente da traição e da quebra de confiança a partir do momento que se infectara pelo HIV). Devido ao fato dessas parceiras terem aceito continuarem na relação, elas acabam virando ‘o tudo’ na vida desses homens, dados estes também encontrados por Maksud (2009). Mesmo assim, alguns homens mantêm

o papel esperado do masculino e continuam tendo suas “amantes” fora do relacionamento fixo.

Relegadas a objeto da relação, muitas mulheres são submetidas e silenciadas em seu direito de usar preservativo com o parceiro, e assim colocam a saúde e vida em risco, permanentemente. Junto com a descoberta da infecção pelo HIV que é dolorosa, há também a revelação da infidelidade do parceiro, a implacável confirmação da fragilidade da relação conjugal vivida. A infidelidade aborda principalmente, a morte do mito do amor ideal guardado em uma aliança ou em uma união estável. Esse mito é quebrado também após a descoberta da Aids que instaura no imaginário a ideia mais fatal da representação de morte. Com isso, as visões consideradas femininas de ideal de relacionamento são perdidas assim como as histórias de amor incondicional relativo ao parceiro.

No *Cluster 1 (Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso)* também apresenta relacionamentos afetivo-sexuais instáveis, em que homens que não estão satisfeitos, porém continuam seus relacionamentos com as parceiras por culpa ou por não olharem de uma forma mais crítica a sua relação. Observamos dificuldades de crítica e pouco aprofundamento na intimidade com poucas possibilidades de crescimento conjugal em construção. Mesmo nos homens que dizem ter um bom relacionamento conjugal.

“A gente se dá bem, ela se preocupa comigo, sempre me acompanha nas consultas. Normal, temos relações sexuais e sinto prazer. Relacionamento não são prazos de amor, pois não concordo com isso. Tenho bom relacionamento com a minha companheira, ela faz exames frequentemente e está bem de saúde. (...) Tive um caso com a sobrinha da minha mulher que tem a doença, ela sabe”. Felipe

“A relação com a minha companheira está boa, pois deve-se compreender o erro do outro, mas as vezes compreendo e as vezes não. Qual casal que não tem briga? As nossas brigas são em relação a teimosia dos dois, somos dois muito teimosos e acabamos brigando por motivos bobos. No dia em que nos conhecemos já brigamos. A minha relação está boa tanto com a minha esposa como com a minha amante.” Fábio

“O relacionamento está bem, não tenho o mesmo sentimento que eu tinha por uma ex-namorada, mas nos damos bem e eu tento ser um bom companheiro. Relação está boa e sexualmente bem. Ela quer ter filhos, mas eu não.” Renato

“ Ela me cobra demais e isso às vezes me irrita. Ela pergunta como estou, fica querendo saber do médico. Eu não sou de falar muito e guardo para mim, ando brigando mais com ela. Eu chego nervoso em casa ultimamente e acabo brigando. Ela reclama que não saímos nós

dois sozinhos, mas é porque não gosto de deixar meu filho de três anos sozinho com a irmã. Eu gosto de levar meu filho junto. A relação está boa, mas o desânimo começou desde que eu soube que tinha HIV. Comecei a ficar mais calado e pensativo. Minha mulher não entende, quando fico mais calado ela fica perguntando se eu estou bravo ou com problemas, acho que é o jeito dela, ela reclama que não saímos mais de casa para passear. Minha mulher reclama de que não temos um tempo em conjunto, de conversa e de namoro, mas acho inviável, pois ela se propõe a conversar comigo à meia-noite e eu estou muito cansado, querendo dormir. Ela reclama de que não saímos muito, mas eu quem não tenho vontade, quero ficar em casa. Começo a conversar, mas ela gosta de falar demais, então, fico irritado”.
Thiago

“Relacionamento com a minha esposa sempre foi ruim. Minha esposa sempre se esquivava. Temos dificuldade na intimidade sexual, em iniciar beijando e acariciando. A minha esposa se considera frustrada, pois imaginava a vida de casada como libertação na vida e eu me sinto responsável por esta frustração. Não sei se quero ficar ou não com ela. Sinto falta de carinho e intimidade. Conversamos quando ela vê alguma reportagem ou eu venho nas consultas, ela busca falar sobre o assunto e pergunta como a consulta ocorreu. Quando peguei o HIV, eu e minha esposa tínhamos nos desentendido, a minha mulher havia ido para a casa dos pais dela e fiquei com raiva. Fui a uma festa e em uma transa lá na festa com uma garota o preservativo rompeu.”
Danilo

Ao relatarem a visão sobre o sexo observamos, assim como em outros autores, que os homens reproduzem o que é socialmente esperado, apresentando uma visão romântica de conjugalidade a qual envolve o sexo como sendo um complemento do relacionamento estável e também amor, intimidade, respeito, carinho. Ao mesmo tempo, apresentando a dialeticidade da vivência sexual, fora do casamento formal ou homossexual (fora da heteronormatividade), consideram que a sociedade vê o sexo como algo sujo, impuro, que deve ser praticado apenas para a reprodução sem envolver o prazer (SOLTO et.al, 2009, MAKSUD, 2009, MAKSUD, 2012).

Por outro lado, alguns homens relataram o sexo como sendo um relaxamento que envolve a prática sexual de uma forma mais naturalizada, mais ligada ao instinto. Observamos aqui a visão hegemônica esperada do masculino, em que aborda o sexo como algo inato, que gera prazer e precisa ser praticado de uma forma voraz, mostrando a sua potência, assim como aparece nos estudos de Oltramari e Otto (2010) e de Pinheiro et. al (2012).

A visão romântica também aparece na fala desses homens, onde o sexo é visto além do prazer, com trocas de carinho, com amor, praticado com a pessoa que se gosta, sendo esta

compreensão do sexo mais ligada ao feminino, essa visão também é abordada em outros estudos (SOLTO et.al, 2009; MAKSUD, 2009; OLTRAMARI e OTTO, 2010; MAKSUD, 2012; PINHEIRO et. al, 2012).

Alguns relatos mostram a visão mais romântica e socialmente aceita das relações afetivo-sexuais, vividas pelo masculino que esses homens reproduzem. O significado de sexo heteronormativo ligado ao amor conjugal e reprodutivo significando os papéis de gênero normativos do masculino e do feminino socialmente aceitos sem se aprofundarem no sentido afetivo sexual dessa relação para a vida deles.

*“É você trocar carinho, prazer, mas muitas pessoas consideram como algo sujo. Não vejo assim, acho que sexo é bom, gostoso de fazer.”
Ricardo*

“(Sexo) É muito bom, pessoa que não tem relação sexual não vive feliz, tem que ter, senão não tem alegria na vida. Sexo com amor, com a pessoa que gosta, a pessoa faz para viver, porque eu acho que não se vive sem sexo. O relacionamento trás muita união, respeito, amizade também e o sexo completa tudo.” Miguel

“É um relaxamento, como jogar bola. A minha frequência de fazer sexo era alta e sempre surgia oportunidade. Dei sorte com as mulheres. Usava roupas caras, tinha carro e as mulheres gostavam. Diziam que eu era um negão bonito. Eu acho bom, mas não é a loucura que era antes.” Igor

*“Faz parte do ser humano e desde os homens da caverna era assim.”
Fábio*

Ainda no *Cluster 1 (Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso)*, a maioria dos homens optou por contar sobre a infecção pelo HIV para as suas parceiras estáveis, e ao revelarem a sua soropositividade, as parceiras continuaram no relacionamento apoiando- os mesmo sabendo sobre a infecção, as traições e tendo uma quebra de confiança em sua conjugalidade, assim concluímos que essas parceiras reproduzem o papel esperado do feminino, igualmente apontado no estudo de Scorsolini-Comin e Santos (2010).

Os homens que constituíram a sua relação estável após o diagnóstico de HIV com parceiras que vivem com HIV ou as parceiras os aceitaram, demonstram que há a possibilidade de um maior aprofundamento da relação e este aprofundamento na visão desses homens além de envolver carinho, lealdade, amor, fidelidade e confiança, também envolve a cumplicidade do casal, o que pode promover novas possibilidades de estarem no mundo como um casal e construir relações que promovam sentidos positivos na relação estável. Essa visão

positiva de uma nova construção das relações afetivas e sexuais também foi observada em casais sorodiscordantes que construíram uma conjugalidade após o diagnóstico de HIV (MAKUSD, 2012).

“A Luna, às vezes, fica deprimida, mas nos apoiamos muito, ela me apoia muito. Gosto de fazer sexo com ela, mas às vezes ela reclama. Ela soube que foi traída, quando eu tive o diagnóstico, foi difícil para ela, ninguém, homem ou mulher, gosta de ser traído, mas ela entendeu, conversamos e ela aceitou. Ela às vezes acha que é demais [frequência da relação sexual] e diz: nossa outra vez! Tenho um pouco de insatisfação sexual. Acho que o nosso relacionamento está monótono (...) Quando era motorista de caminhão viajava muito e ficava 2, 3 meses fora de casa, aí sentia falta e transava com outras mulheres. Atualmente só com minha mulher.” Kauê

“Gostamos muito um do outro, o sexo entre nós é super bom e ela aceitou a doença. Depois que estou com ela nunca mais sai com mulher nenhuma. A relação está boa, conversamos bastante sobre HIV, um gosta do outro, da carinho, a parte sexual está boa.” Jonathan

“Temos [Lucas e a parceira] vários interesses em comum, depois de namorarmos resolvemos nos casar no civil, e casamos em Setembro. Nosso relacionamento é muito bom, um dá muita força para o outro. Somos muito companheiros, nos damos muito bem. Ela também é soropositiva. Ela também é e trocamos experiências sobre a doença.” Lucas

Enquanto uns participantes conseguem construir algumas relações de profundidade, outros acreditam que ter um relacionamento depois de descobrirem a infecção pelo HIV é difícil ou estão sozinhos por opção.

Alguns homens do *Cluster 1 (Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso)* acreditam que a construção de um novo relacionamento pode ser difícil após a infecção pelo HIV, pois sentem que estão enganando as mulheres ao não contarem sobre o HIV ou que todos ao redor sabem sobre o HIV, mas gostariam de construir um relacionamento. Os homens que se separaram ou ficaram viúvos estão “*dando um tempo*” e alguns mantêm relacionamentos que não envolvam uma estabilidade devido ao sofrimento que existiu no passado sendo melhor estarem sozinhos e outros não tem um relacionamento devido questões familiares, pois existe a possibilidade de conflito.

Outros participantes tem um relacionamento estável e acreditam que é difícil mantê-lo, pois além dos problemas no cotidiano após descobrirem sobre o HIV o sexo se tornou raro,

não existindo mais amor e a relação explícita a quebra do ideal romântico, de conjugalidade e a raiva permeia devido a quebra de confiança.

Os homens que se separaram apresentam ter vontade de construir um relacionamento afetivo estável, mas devido o HIV se sentem impotentes para essa construção, mas alguns mantêm relacionamentos não estáveis (sem parceria fixa). Mesmo quando há um relacionamento estável este não tem qualidade, existindo uma separação emocional, pois para terem uma intimidade na relação e na sexualidade isso deveria ser construído antes do HIV, o que não ocorreu.

O sentido da construção de uma relação só aparece como bom se eles não tivessem se infectado pelo HIV, mas entendemos que, a infecção pode ser um aspecto que aponta a dificuldade das pessoas de construir uma relação afetiva- sexual com intimidade e qualidade. Com isso, a infecção fica atrelada ao sofrimento, aos estigmas sociais negativos construídos que geram um sentimento de menos valia no sujeito que pode estar ligado ao envelhecimento metabólico precoce que a infecção causa.

“ Hoje, tenho vontade de ter uma companheira, mas acho que ninguém da cidade vai querer sair comigo, pois tenho a sensação de que todos sabem que sou HIV+. Eu poderia ir nas cidades vizinhas, mas quando saio só consigo conversar um pouco com as mulheres, pois sinto que as engano, por não contar sobre o HIV+. ” Guilherme

“Fui casado, me separei, da minha ex- mulher, que mora na Bahia com os meus filhos. Acho legal [ter um relacionamento], prefiro ficar só, sempre vivi assim e já sofri demais. Estou me sentindo bem morando sozinho, só namoro. Não tenho vida sexual, sou pessoa da antiga, fazer por fazer não interessa. Graças a deus, estou sozinho a mais ou menos 2 anos, é me dar um tempo. Já, foi bom ainda mantenho relacionamentos, mas nenhum fixo. ” Samuel

“A minha esposa tem dificuldade de resolver problemas, então eu fico sobrecarregado e fico puto da vida porque elas não sabem resolver nada fora de casa. Eu e minha esposa estamos brigando muito. Não temos mais relação, é raro quando acontece, tenho vontade de ter relação, mas quero carinho primeiro. Discutimos muito e estamos juntos só por causa dos filhos. Não sinto mais amor por ela. Ela depois que soube que sou portador ficou com nojo de mim. A minha esposa não gosta de camisinha de jeito nenhum, diz que perde o tesão. Ela tinha medo de pegar doenças e brigava comigo por contaminá-la com uma DST. ” Rafael

“ Quando a minha esposa morreu, fiquei muito mal. Não quero mais ninguém. Só ameí uma pessoa e sou viúvo há 15 anos. Agora eu saio a

hora que eu quero e tenho minha liberdade. Estou bem sozinho(...) sempre procuro não ter outra companheira desde que a minha esposa morreu, pois não poderia morar com a minha filha e com outra mulher que não fosse a mãe dela. Ficaria preocupado em deixar as duas sozinhas quando saísse de casa, pois poderiam brigar. Optei por cuidar da minha filha e não ter outra mulher. Era uma mulher maravilhosa, carinhosa, gostava muito dela. Prefiro ter a garantia de que a minha filha se "assentou" no casamento, para isso é melhor esperar por uns 2 ou 3 anos." Afonso

As relações amorosas, são frutos também de uma determinação social e histórica. O modo como iremos nos relacionar afetivamente e sexualmente com o outro, o que iremos procurar num parceiro, os valores esperados numa relação e o modo como esta irá se configurar é condicionado pelo tempo histórico em que o sujeito está inserido. O amor é uma construção social e os atores sociais têm concepções, ideias e pressupostos sobre o que é o amor, produzindo diferentes efeitos na forma como a relação se dará, e também é a partir daqueles pressupostos e concepções que a relação é interpretada. O amor se apresenta, portanto, como um conceito criado, multidimensional, discursivo e produzido socialmente (FERREIRA e FIORINI, 2011)

Nesse *Cluster 1 (Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso)* Ainda surgem as relações homoafetivas que geram conflitos emocionais de significado homofóbico/heteronormativo e sentido de ‘menos valia’, desqualificação, amoral, não-semelhante. A maioria dos homens desse cluster afirma que não gostariam e nunca tiveram um relacionamento homoafetivo, pois as experimentações vivenciadas na iniciação sexual, ou possíveis experimentações não são reconhecidas como prática homoafetiva. Segundo Grossi (2004), faz parte da construção do masculino o homem ser a pessoa que “penetra” as mulheres ou então são homens considerados afeminados. O que é marcante na nossa cultura é que os homens se consideram homens a partir da sua prática sexual que deve ser ativa e não passiva (ser penetrado). Nas concepções dominantes, ser homem é tido como ser racional, ativo, provedor, sexualmente irresponsável, poderoso, forte, protetor, violento, decidido, corajoso, invulnerável e dotado de corpo resistente (BRAZ, 2005; GIFFIN, 2005; GOMES e NASCIMENTO, 2006). Tal identidade de gênero revela uma naturalização do poder masculino, sem a devida contextualização sócio-histórica do significado de ser homem. Essa masculinidade idealizada, ao defender a invulnerabilidade e uma sexualidade instintiva, tende a gerar comportamentos pouco saudáveis ou de risco nos homens, e os predispõe, a certas doenças como o HIV (FIGUEIREDO, 2008).

A partir desse pensamento, alguns homens não valorizam as relações sexuais homoafetivas ou o fato de terem tido apenas algumas experimentações deva ser considerado bissexualidade e ao não fazerem o uso efetivo do preservativo tenham tido um comportamento de risco. Ao não se reconhecerem nesse processo acabam reproduzindo o significado hegemônico de tornar-se homem sem uma crítica sobre a sua vivência.

“ [relacionamento homoafetivo] Não gostaria e nunca tive. Não, e é isso que não entendo, pois nunca tive relação com homens e nem fui mulherego, como peguei esta doença?” Jorge

“[relação homoafetiva] Não tenho nenhum interesse e que respeito as escolhas do outro, pois vivemos em uma sociedade democrática, mas eu não se me interessa por homens.” Antônio

“[relação homoafetiva] Não tive e não quero ter. Acho que cada um sabe de si, respeito quem quer fazer.” Santiago

Alguns homens relatam que tiveram relações sexuais homoafetivas valorizam estas experiências e decidiram que atualmente não gostariam mais de terem esse tipo de relação sexual, pois acreditam que seja errado. Esses homens apresentam um processo diferenciado da vivência da sua sexualidade, conseguindo assim dar um sentido, reconhecendo a sua decisão e sua posição em relação a escolha da orientação sexual. Ao darem sentido à sua opção sexual conseguem se reconhecer no processo de se constituir como sujeito e com isso há uma maior possibilidade de serem protagonistas de suas vidas, podendo assim facilitar a aderência ao tratamento do HIV e o uso do preservativo promovendo o autocuidado.

“Já tive relação com outro homem, mas hoje tenho alergia de homem, não quero que ninguém me toque.” Fábio

“Tive um parceiro durante 3 anos, vivia com ele antes da minha esposa” Rafael

“Não tenho nada contra a relação homoafetiva, já tive relações rápidas com outros homens quando era solteiro. Hoje só com minha esposa, não concordo, acho meio errado. Eu já transei com um rapaz, mas foram poucas vezes que eu fiquei com ele, umas duas ou três vezes e eu transava sempre de camisinha.” Ronaldo

O preconceito é vivenciado socialmente, assim os participantes acabam revelando a sua soropositividade para a parceira ou para algum parente próximo que seja considerado como uma pessoa confiável e preparada psiquicamente para dividir este segredo.

Devido ao significado depreciativo que o HIV/ Aids carrega consigo ao revelarem seus segredos essas pessoas podem sofrer com os comportamentos de repulsa , evitação ou até mesmo violência, pois a infecção está intrinsicamente ligada a comportamentos de vulnerabilidade onde a pessoa é responsável pela sua infecção e, principalmente, às práticas sexuais homoafetivas, vista socialmente como amoral e promíscua. As crenças sociais construídas, que influenciam no comportamento do grupo e pessoal, podem influenciar a discriminação dos sujeitos que não se enquadram nas normas sociais reforçando que os relacionamentos sejam construídos de formas desiguais (ALMEIDA e LABRONICE, 2007; ANTUNES, CAMARGO e BOUSFIELD, 2014) .

Os meninos são orientados para serem provedores e protetores, também desde cedo são treinados para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais. *Que a dor é antes de tudo assunto de mulheres. Deste modo o homem deve desprezá-la, sob pena de se ver desvirilizado e de ser rebaixado ao nível da condição feminina* (BRAZ, 2005 p.5). Veicula-se, deste modo, uma imagem identitária masculina ligada a não ser mulher, a ser forte, capaz e protetor, violento, decidido e corajoso. Condutas varonis, que se por um lado afiançam o ideal de ser do homem, por outro, suas práticas atentam e impedem a função de autoconservação (vulnerabilidade). Manter tal ideal é um grande fator de risco para os homens. Há um "silenciamento" sobre o ônus de sustentar este ideal heróico. Isto pode ser visto na dificuldade, em dialogar sobre os assuntos que envolvem o HIV nos seus espaços sociais, já que não observamos a dificuldade dos participante em procurarem ajuda médica, pois frequentam as consultas e tomam a medicação de uma forma que não revele a soropositividade, isso acontece por medo de sofrerem preconceito. Para o sexo dito frágil, observa-se, pedir ajuda não parece desmerecê-las nem diminuir sua auto-estima, como é o caso dos homens. O menino cresce e é educado para ser forte e proteger. Isso o coloca numa posição de vulnerabilidade física e psíquica já que não pode admitir estar fragilizado ou doente, o que o torna susceptível a riscos de agravamento de uma doença que poderia ser evitado (BRAZ, 2005). Este processo leva a percepção da estigmatização, dos preconceitos em relação ao HIV de uma forma muito mais pesada impedindo o diálogo, a troca a conversa, com amigos e/ou familiares sobre esta vivencia que abarca um sofrimento psíquico crônico e o medo de revelar a soropositividade.

Pensando nas construções do masculino, ao refletirmos que o papel hegemônico do homem seria proteger a casa, o lar e família sendo provedor deste, esses homens falharam com a sua função, pois não protegeram a família do HIV e principalmente por ser uma

infecção estigmatizante gera uma desconfiança frente a masculinidade desses homens, indicando uma possível atividade sexual homoafetiva a qual fere o seu âmago mais profundo, pois é feminilizado. Com isso, observamos que esses homens não revelam a sua soropositividade para as pessoas, apenas para a parceira com a qual eles tem um relacionamento estável ou para pessoas em quem confiam, que não apresentarão preconceito.

“Não dá para falar com outras pessoas, a discriminação é grande, não pode ficar falando.” Jorge

“Acho que as pessoas ainda discriminam muito. Só uma irmã minha sabe, mas não gosta de falar sobre isso. É ruim porque a sociedade tem muito preconceito com a doença, se você se relaciona as pessoas vão saber que você tem o HIV e elas no geral tem preconceito.” Milton

“É difícil. Você percebe que existe o preconceito quando as pessoas falam em HIV. Eu não posso nem ouvir a palavra Aids que eu fico mal, penso que eu não tenho isso.” Eduardo

“Eu gostava muito do meu pai e conversava com ele, com as outras pessoas não converso por medo do preconceito. Só a minha parceira sabe.” Igor

“Atualmente já me acostumei, pois tenho apoio da minha esposa, mas sinto que há muito preconceito ainda. As pessoas tem ainda muito preconceito.” Kauê

Pelas falas desses homens percebe-se que o significado estigmatizante do HIV sobressai, principalmente no sentido de que é uma doença que ameaça a vida, interpretada muitas vezes como uma sentença de morte. O significado construído e assumido, muitas vezes pelas pessoas que vivem com HIV, ao saberem do diagnóstico proporcionam pensamentos negativos, hostis, gerando uma insegurança em relação à sua vida, como as outras pessoas irão julgá-los ou tratá-los, isso pode favorecer à depressão, o retraimento social e familiar, podendo influenciar comportamentos autodestrutivos (ALMEIDA e LABRONICI, 2007).

Ao mesmo tempo, que esses homens vivenciam um sofrimento muito grande decorrente do preconceito, do medo de morrer e os sentimentos negativos observamos que no decorrer das suas vivências a partir do momento que eles não apresentam complicações de saúde, conseguem manter uma rotina de trabalho e uma qualidade de vida devido ao tratamento, “vão levando”, “vivem normalmente”. Esse viver normalmente, de certa forma

faz com que esses homens evitem entrar em contato com o sofrimento e só pensem na infecção quando vão ao ambulatório ou tomem o medicamento e logo param de pensar. Isso faz com que eles não reconheçam o sentido do viver com o HIV e continuem vivendo sem fazer modificações qualitativas em suas vidas, as quais poderiam proporcionar novos arranjos afetivos, familiares, conjugais e sociais aprofundando esses laços.

“Trabalho no seleiro com acabamentos ortopédicos. Fiquei triste, mas tem que viver. Não converso com a minha esposa sobre o que sinto. Ela não sabe sobre todo o meu desânimo. Conteí sobre o HIV porque eles estavam comigo quando eu soube e para a família da minha mulher foi ela quem contou. Quero que a minha mulher saiba o que sinto e vivo.” Thiago

“ Sou zelador de prédio residencial. Quando descobri o HIV me senti como se tivesse ficado sem chão, achava que ia morrer, pensei em me matar e matar a minha mulher por saber que eu também tinha infectado ela. Quase morri. Fiquei internado para quimioterapia, tive sarcoma de kaposi. Conteí sobre o HIV para as pessoas do meu relacionamento mais próximo. Algumas pessoas do prédio também sabem, são as pessoas mais próximas. Eles precisavam saber e a minha mulher precisou fazer exame quando eu soube que era portador. Eu lembro dessa doença quando tenho que tomar os remédios ou vir para o médico, mas o resto do tempo passo bem, não sinto nada e tenho trabalhado muito, o que faz o tempo passar mais rápido. Procuro não ficar lembrando” Marcel

“Sou artesão e vendedor autônomo. Estou tomando conta de um bar. Não sei explicar, não acredito nessa doença. Eu suspeito de uma mulher que era amiga minha [com quem se infectou pelo HIV], a gente transou e depois eu percebi que ela foi ficando doente, emagrecendo ai fiz meus exames e deu soropositivo. Reagi normal, sou muito apegado a Deus. Eu fiquei super normal. Converso com minha mãe porque ela quer saber sobre o meu estado e com minha esposa porque ela sabe e porque ela também tem o vírus. Conteí para minha mãe e para meu pai por eles serem os meus pais, só por isso. Eu tenho vivido normalmente, e como se eu não tivesse. O pensamento me preocupa, creio em Deus que nunca vou chegar a esse estado [ficar muito doente].” Ronaldo

“Primeiro foi difícil, fiquei meio louco, bebia, agora não! Me cuido, levo a vida numa boa. Não tenho pra onde correr, tenho que encarar. Não gosto de falar, fico tenso, nervoso e não tem o que fazer mesmo. Falar pra quê? Os vizinhos não precisam saber da minha vida. Tenho que ir vivendo. São melhores amigos que sabem e eu confio. Não gosto de falar sobre a doença, é responsabilidade minha. É muito difícil. A família toda tem HIV [Cláudio, a parceira e as duas filhas], tem que tocar a vida. A vida é difícil. Tenho trabalho e não tenho com

quem deixar as crianças. Tento levar uma vida normal tenho medo de me machucar ou me fraturar. Quando venho aqui volta tudo que passei, foi terrível, fiquei pele e osso. Só penso quando venho ao médico, vivo só o presente - aqui e agora.” Cláudio

O viver com HIV/Adis por ser estigmatizante acarreta um sofrimento psíquico. Alguns participantes da pesquisa ao reconhecerem o seu sofrimento, gerado pelo preconceito de ser portador do vírus HIV, conseguiram criar novos sentidos para sua vivência, modificando comportamentos de vulnerabilidade e não reproduzindo o significado atribuído a eles. Isto é, de pessoas promíscuas, que não cuidam da própria saúde e da saúde do outro.

Ao encontrarem novos sentidos para as suas vidas parte dos homens do *Cluster1(Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso)* também apresentaram comportamentos em que se identificava autonomia e consciência em relação ao seu tratamento. Essa atitude perante o adoecimento proporciona um conhecimento das possibilidades de alguns agravos de saúde quando não há o uso efetivo da medicação, com isso, conseguem manter um melhor autocuidado em suas atividades. A qualidade de vida proporcionada pelo tratamento possibilita pensarem em planos futuros, melhor bem-estar psíquico devido a positividade perante o futuro.

“Sou assistente de perito judicial. Quando eu soube, estava internado, quase morri. Fiquei arrasado, mas tinha que tentar me recuperar. Fiquei deprimido, desesperado, mas precisava reagir. Os meus dois filhos menores não sabem, por serem pequenos ainda. Tenho confiança no meu filho maior e procuro trocar uma ideia com ele. As pessoas mais próximas sabem, não quis esconder isto delas. Os mais próximos souberam primeiro. O HIV mesmo sendo um sofrimento, traz muita maturidade. Você aprende a ver as coisas com humildade, mas também aprendi a ver sentido na vida, de se dar conta de que o tempo passa e não faz mais sentido ficar pensando em ambições (...) Pela manhã e a noite, o celular apita às 9h da manhã e da noite. Acho que não está sendo necessário [ajuda na medicação]. Se esquecer muitas vezes aí interfere no controle do vírus, se esquecer e atrasar meia hora, acho que tudo bem. Se esquecer raramente acho que não afeta muito. Estou me sentindo bem, faço o tratamento corretamente. Para o colesterol estou tomando liptor, mas é uma medicação que não pode ser tomada por muito tempo, pode acarretar inflamação muscular. Tomo alguns cuidados na alimentação, mas acho que faz parte. Quando você está bem, você não quer mexer na medicação, com medo da coisa piorar. Essa preocupação você tem sempre.” Ricardo

“Tenho uma filha. Eu era supervisor de funilaria, agora estou afastado e me mantenho com o dinheiro do afastamento. Acho que a sociedade está sem informação e cultura sobre prevenção. Só aparece na mídia que existe a medicação para o HIV e que esta medicação vai te deixar viver. Sempre usei muita droga não injetável. Fui embora da Argentina para me livrar das drogas, mas acabei usando muito aqui também e transei com mulheres e homens sem camisinha. Foi uma pancada na cabeça, que me tirou o chão no momento. Conte para as pessoas que confio. Depois que soube do HIV, encontrei um sentido para a vida, encontrei Deus. Não tenho religião, mas tenho fé. Deus aceita tudo e aceita como você é. A minha filha é o sentido para eu continuar vivo, acompanhando o crescimento dela. Estou muito incomodado com a minha mudança facial [lipodistrofia], isso mexe com a minha identidade [reconhecimento de si] e é motivo de ansiedade (...) Tomo a medicação no almoço, no meio da tarde e na janta. Tento tomar de estômago cheio de manhã, a tarde tomo com o café da tarde e a noite com a janta. Coloco um despertador no celular para tocar no horário com lembrete escrito a medicação, assim não esqueço. Ainda lembro de tomar a medicação. No dia que não lembrar mais, está tudo acabado de vez, pois isso é a única coisa que tenho que lembrar ultimamente, já que estou afastado do trabalho. O remédio não faz efeito se não tomar. Mudei a medicação há um mês.” Fábio

“Sou aposentado. É tranquilo [o viver], não acho que a sociedade tenha medo ou preconceito com HIV. Quase não converso sobre este assunto, pois tenho medo do preconceito. Fui internado com pneumonia e descobri no hospital. Enfrentei bem, toda pessoa vai morrer um dia. Acho que foi normal a minha família saber, fui internado com pneumonia e a minha família ficou sabendo no hospital, pois meu sobrinho ajudou na internação. Acho que melhorei como pessoa porque passei a valorizar as coisas que antes não dava importância, fiquei mais espiritualizado e me acho uma pessoa melhor. Procuro ocupar o meu tempo de forma construtiva, lendo bastante, fazendo atividades prazerosas como: dançar, ler, caminhar na praia. Atualmente acho que preciso melhorar meus rendimentos e como não posso voltar a trabalhar na área hidráulica, por causa dos problemas respiratórios estou fazendo curso de computação (...) Tomo conforme a indicação, levo sempre na minha mochila e tem a receita junto. Quando alguém pergunta porque tomo tanto remédio respondo que faço um tratamento. Acho que seria uma dependência e não preciso disso, não seria bom, não é necessário. Já fiquei sem tomar por uma semana e tive o cd4 diminuído [não tomar a medicação] O cd4 começa a diminuir.” Pedro

O autocuidado das pessoas que vivem com HIV/ Aids também envolve o uso do preservativo, o qual muitas vezes, não é feito de forma efetiva, devido a construção do significado que o preservativo não é para o casamento ou para relação estável, já que esses

laços afetivos se baseiam na confiança e no amor. O que significa que o esperado é que os homens protejam seus cônjuges de forma que nada aconteça, já que o masculino carrega consigo o significado de invulnerabilidade, mesmo que se mantenha relações sexuais com parceiros extraconjugais. Devido à submissão do feminino ao masculino a decisão do uso do preservativo é delegada ao homem, sendo que muitas vezes esses homens não fazem o uso efetivo, alegando que a relação fica menos prazerosa. Esse comportamento pode gerar uma vulnerabilidade pessoal, possibilitando reinfecções e a infecção das parceiras (os) sexuais (AMORIM, et.al, 2014).

Observamos que alguns homens do *Cluster 1 (Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso)* se adaptaram ao preservativo conseguindo fazer o uso efetivo não atrapalhando o relacionamento sexual, por outro lado alguns homens usam às vezes, mas não gostam ou usam por que precisam. Isso nos mostra a dialeticidade do uso do preservativo que pode ser feito de uma forma prazerosa quando envolve a intimidade do casal, construída de uma forma que o preservativo não será um terceiro na relação e não atrapalhará promovendo um maior autocuidado e quebrando com os estereótipos hegemônicos do masculino. Em outros casos, o uso do preservativo não proporciona prazer nas relações sexuais e o que observamos é um autocuidado menos efetivo, pois alguns homens ainda mantêm um comportamento vulnerável.

“Necessário para não se contaminar novamente, uso sistematicamente, fica na cabeceira da cama”. Cláudio

“Já que tem que usar, virou rotina. Já que tem que usar, vamos usar. Eu uso todas as vezes desde que soube. Temos que nos cuidar.” João

“Para me preservar e preservar minha mulher. Normal, tem que usar. No começo quando soube não usava sempre [...]. Agora as relações são com camisinha. Desde que conversamos com a psicóloga, começamos a usar camisinha sempre. Antes, tinha vezes que não usávamos”. Thiago

“Uso por causa do problema do HIV. Não gosto de usar, mas uso porque precisa. É chato mas tem que usar.” Luiz

Cluster 2: Sou um homem feminino, mas muito macho!

Os homens do cluster 2, formado por 16 homens, estão divididos entre dois polos de idade o dos jovens adultos 18 a 35 anos e dos adultos 36 a 55anos. Estão há menos tempo em um relacionamento estável e vivem há menos tempo com o vírus do HIV, isto é, há menos

de um ano até no máximo cinco anos, a maioria desses homens se declara solteiro de orientação sexual homoafetiva ou bissexual. Em relação ao grau de escolaridade, apresentam ter um maior nível escolar tendo o segundo grau e o ensino superior, mas em relação ao exercício profissional se apresentam desde sem qualificação profissional até nível superior. A apresentação das duas polaridades em relação ao nível profissional pode ser devido a uma parte desses homens estar cursando o ensino superior e exercerem funções que não exijam qualificação.

Iniciando a análise dos discursos, abordamos primeiramente a visão que esses participantes tem sobre o sexo. Alguns homens relatam que o sexo é o complemento do relacionamento sendo visto além do prazer, envolvendo troca amor, carinho, o que envolve o ideal romântico de relacionamento e de sexo. Por outro lado, outros homens veem o sexo como sendo um relaxamento, apontando que a prática sexual deve ser vista de forma mais naturalizada, mais ligada à orientação instintiva do sexo e à promiscuidade. Não diferindo muito da visão dos homens do *Cluster 1 (Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso)*, pois aqui também observamos a visão hegemônica esperada do masculino, como apontada em alguns estudos de Oltramari e Otto (2010) e Pinheiro et.al, (2012).

A diferença entre os dois clusters é que os homens do *Cluster 2 (Sou um homem feminino, mas muito macho)* apontam mais claramente a visão conservadora de sexo que a sociedade muitas vezes reproduz, a qual considera que o desejo sexual é inerente ao homem, que deveria ser praticado somente entre homem e mulher, o ato homossexual se acontecesse deveria ser de uma forma discreta ou nem existir. O significado socialmente aceito sobre sexo é reproduzido no discurso desses homens, talvez pelo fato de terem sofrido algum tipo de preconceito devido a sua orientação sexual. Assim, a forma hegemônica de resposta seria um método de evitar sofrerem algum tipo de preconceito.

“O sexo é o complemento do relacionamento.” Henrique

“Vejo o sexo como um complemento da vida do casal, acho que não se vive somente de sexo, é necessário também carinho, atenção, conversa, partilha. Para mim faz parte do amor, ter relações com quem gosta, eu acho normal. Acho que a sociedade vê como um simples ficar e acham que sexo é tudo. Não concordo, acho que sexo não é tudo.” Tadeu

“Sexo é diferente de relacionamento, é uma putaria só.” Ivan

“É ter prazer, muito prazer, tem a ver com sexo mesmo. Se depois vai virar um outro tipo de relacionamento, é outra coisa. Ainda vejo o sexo como algo que não deveria existir. Existe um falso moralismo,

que deveria se fazer escondido e não como algo do ser humano.”
Camilo

“Quando estou necessitado de sexo saio com garoto de programa. Tem que ter vibração animal, desejo e penetração. Como uma necessidade inerente ao homem, alguns como pecaminoso, que só pode ser feito entre homem e mulher.” Guto

Os homens deste cluster relatam que manter um relacionamento após a infecção pelo HIV é difícil devido ao fato de terem de revelar a sua soropositividade. Após a revelação seus parceiros se afastam ou desaparecem, o que gera um grande sofrimento, pois estes diziam ter aceito o relacionamento. O portador se sente um estranho mesmo estando em um meio conhecido (ambiente ou pessoas), dessa forma ele precisa (re) aprender a viver para (re)conquistar sua auto-estima e dignidade. Os portadores do HIV, como os homens desta amostra se vêem como vítimas da epidemia, ou seja, perdem a própria identidade e passam a ter uma outra, a de portador do HIV (OLTRAMARI e OTTO, 2006; SCHAURICH, COELHO e MOTTA, 2006).

“Tive um companheiro fixo, mas esse relacionamento terminou há 3 anos. No início era agradável, fomos morar juntos. Depois começou a não ter atenção, faltou carinho e sexo. Meu parceiro sabia que eu era HIV+ e falei porque fui fazer exame para confirmar.” Ivan

“Conheci meu ex-companheiro no final de 2006, estávamos nos envolvendo, mas ele soube que eu era HIV+ as brigas começaram e agora estamos afastados. Atualmente rompemos o relacionamento”
Camilo

“Estava há um ano com um rapaz, mais jovem e há um mês ele sumiu. A relação era boa, conversávamos muito, tinha muito prazer com ele. O meu ex-companheiro chegou a insistir para termos relação sem camisinha, ele não se importava que eu era HIV+, mas eu não quis. Gostaria de encontrar alguém para ter um relacionamento duradouro mas está difícil, as pessoas têm medo e fogem quando sabem que você é HIV+.” Guto

Além da opção de serem homoafetivos, o HIV/Aids carrega consigo uma carga de estigma que discrimina esses sujeitos podendo muitas vezes levá-los a não revelarem a sua sorologia por medo do abandono, do julgamento e das reações hostis o que muitas vezes propicia a autoestigmatização (ALMEIDA e LABRICINI, 2007; ALENCAR, 2015).

Esses sujeitos, muitas vezes escolhem não revelar a sua soropositividade devido ao estigma presente no HIV e o preconceito existente frente as suas construções

afetivas-sexuais, as quais não são heteronormativas. Isso ocorre devido a não desvinculação do sujeito, do seu verdadeiro sexo evitando uma visão de que as relações homoafetivas podem ser boas e construtivas possibilitando novos sentidos (ALENCAR, 2015).

No *Cluster2 (Sou um homem feminino, mas muito macho)* diferentemente do *Cluster1 (Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso)* os homens relatam que sempre tiveram atração pelo mesmo sexo e não gostariam de ter outra forma de relacionamento sexual que não fosse homoafetivo, o qual promove uma satisfação plena diferentemente do relacionamento heterossexual. Alguns desses homens tentaram se relacionar afetiva e sexualmente com mulheres para disfarçar a sua sexualidade ou para decidirem qual o tipo de relacionamento que eles sentiam mais prazer.

A dificuldade de assumir a sua orientação sexual é enfrentada por vários homens que decidiram ter um relacionamento afetivo-sexual homoafetivo, devido ao preconceito vivido. No imaginário social hegemônico a heterossexualidade seria a forma normal de se relacionar afetiva e sexualmente e por optarem pelo relacionamento homafetivo e terem se infectado pelo HIV, possivelmente seriam alvo de julgamentos indevidos.

Desde o nascimento somos ensinados a cumprirmos o papel referente ao nosso sexo biológico e o que é esperado socialmente, sendo mulheres ou homens. Assim, ao haver uma vivência que questiona o sexo biológico e o padrão heterossexual, a pessoa estará invertendo os valores dominantes e questionando-os, podendo gerar uma intolerância a esse questionamento da hetenormatividade e a vivência do preconceito frente a sua identidade de gênero que não segue o padrão normativo, impossibilitando a manifestação aberta de sua escolha afetiva-sexual, pois esta deveria ser reprimida (ALENCAR, 2015).

Talvez esses homens por se reconhecerem em um processo que não está dentro dos significados sociais e se assumirem como homoafetivos, possam ter a construção de novos sentidos para a sua relação afetiva-sexual e a vivência com o HIV, mesmo tendo um sofrimento psíquico grande que envolve o preconceito frente às suas escolhas.

*“Não gostaria de ter outra forma de relacionamento que não o homossexual. Nunca tive relação com mulher, graças a deus!”
Guilherme*

*“Já tive uma namorada, foi com ela que perdi a virgindade, mas no fundo não me satisfaço do ponto de vista sexual. Foi no tempo que eu lutava contra a minha homossexualidade, depois eu me assumi.”
Tales*

“Nunca tive atração por mulher, não rola.” Alex

“Já tive relacionamento heterossexual, mas prefiro relações homossexuais, as mulheres com quem me relacionei sexualmente não fizeram parte das minhas relações afetivas.” Camilo

“Já tive relação com mulheres, tive algumas namoradas para disfarçar a minha opção sexual, mas não dá prazer.” Guto

“ Já namorei mulheres, mas nunca tive um relacionamento sexual e também acho os relacionamentos hetero normais. Não, acho normal, mas é de mim mesmo não querer ter relações com mulheres.” Tadeu

Pensando nas construções sociais do que é ser homem e do que é ser mulher na nossa sociedade normatizante, que fixa os parâmetros que devem ser seguidos pelos sujeitos, uma impossibilidade dessas pessoas revelarem a sua soropositividade devido a sua orientação sexual. O significado de ter HIV/Aids está intrinsecamente ligado a escolha de relacionamentos afetivos- sexuais homoafetivos, o que significa que esses homens não estão cumprindo o papel esperado do masculino estando mais ligados ao feminino, essa visão explícita no social por si só já é estigmatizante (MEDRADO e LYRA, 2008) .

Essas novas maneiras de estarem no mundo pode proporcionar novos estilos de vida, novas formas, novas individualidades e novas configurações de subjetividade, mas é difícil para esses sujeitos darem novos sentidos para essa vivência, pois o grupo social os estigmatiza, sendo muitas vezes mais efetivo não exporem a sua soropositividade, pois pode causar a repulsa e o afastamento de pessoas queridas. O sofrimento é percebido por essas pessoas, mas ao mesmo tempo em que sofrem elas continua vivendo e criando novas possibilidades de enfrentarem as adversidades da vida, muitas vezes conversando sobre o HIV com pessoas que confiam, seguindo o tratamento e não pensando na infecção. Com isso, podemos observar as contradições do viver com uma infecção estigmatizante e uma opção sexual que foge da heteronormatividade.

“É complicado conversar com alguém e difícil por causa do preconceito da comunidade. É difícil pela discriminação, ninguém aceita que você é portador. Quem tem um câncer é menos discriminado, do que quem tem HIV. Porque o HIV está associado a gay e aí as pessoas criticam.” Tadeu

“Para alguns, contei que sou soropositivo e de alguma forma a reação dos outros foi de rejeição. Decidi há dois anos não contar mais para ninguém que sou soropositivo.” Júlio

“A minha família não sabe, eu tenho medo do preconceito. “Sou professor universitário. [Se infectou] Houve rompimento do preservativo. Fiquei sabendo quando fui doar sangue no hospital universitário da USP, peguei o resultado, naquele dia guardei o papel dentro do livro que eu estava lendo e dei continuidade à sua leitura. Acho que foi um desabafo [falar sobre o HIV], pois são pessoas em quem eu confio e que posso recorrer quando eu preciso. Se eu tiver algum problema acho que posso recorrer a eles. Não acho que vou ficar doente. Esqueci até da consulta na semana passada, mas às vezes, vem na cabeça de um jeito bravo, principalmente quando você vê pessoas muito debilitadas, aí eu sinto que fico perturbado. Como o cd4 abaixou um pouco fico preocupado. Eu não acho que vai tudo degringolar, mas talvez tenha que voltar a tomar medicação diariamente. Eu não gostaria, mas se tiver que tomar, vou ter que encarar.” Camilo

“Sou cabelereiro e cozinheiro. Fui fazer o exame por brincadeira. Eu fazia um curso de cabelereiro em frente ao CTA de Santo Amaro. Havia um rapaz que trabalhava no CTA e vinha cortar sempre o cabelo comigo. Ele propôs fazer o exame e pegar camisinha lá no CTA. Aí eu fiz. No dia do resultado a médica tinha dificuldade de falar, ficava enrolando para dizer que deu positivo. Eu não sei como peguei. Não sei se foi por cirurgias que fiz, porque sempre usei camisinha. Na hora fiquei paralisado, fui para tratamento. Hoje estou bem, não precisei fazer besteira, me matar, estou normal, tem que aceitar. Fiquei desesperado, não me matei porque faltou coragem. Minha sobrinha descobriu porque achou os remédios. Vivo sozinho, porque não vou ter uma pessoa sempre ali para ajudar e para não ficar dependente. Não gosto de depender de ninguém. Você passa mal se ficar dependendo dos outros, principalmente se depois forem embora. No começo foi horrível, agora tenho vida normal, trabalho normal, saíu, viajo, passeio, vou para balada, mas raramente bebo. Foi insuportável no começo, eu mesmo não me suportava, atualmente eu me acostumei, até com os remédios já habituei. Tento esquecer que tenho HIV. Acho que estou melhor. Amadureci, parei de só pensar em balada. Estou bem. Não penso no HIV para não parar a vida” Samuel

O impacto do diagnóstico na vida desses homens gerou depressão e a perda das perspectivas positivas, fazendo com que perdessem o sentido do viver. O que podemos perceber é que o significado do HIV está muito arraigado na subjetividade de alguns desses homens tanto do *Cluster 1 (Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso)* quanto os do *Cluster 2 (Sou um homem feminino, mas muito macho)*. Os homens do *Cluster 1*, em sua maioria se considerarem heterossexual e apresentam uma vivência muito mais contraditória frente a sua homossexualidade e negam o sofrimento psíquico gerado por viverem uma vida afetiva precária. Já os homens do *Clustr 2* apresentam uma maior coerência de suas vivências

e escolhas na vida. Ao serem mais coerentes frente as suas escolhas esse aspecto pode gerar um sofrimento psíquico, mas também apresentam mais integridade psíquica porque dão sentido a realidade vivida, assim vivem menos falsamente.

A cultura ocidental moderna, por meio de um esforço de estabelecer categorias de identidade pessoal ligadas à orientação sexual, levou à imposição da heterossexualidade como orientação sexual “natural”, “normal”, “saudável”, desde que praticada entre adultos, legitimada pelo casamento e associada à reprodução. As normas sociais são dadas e impostas, nesse caso a “heteronormatividade”/heterossexualidade, como roteiros, mapas que orientam sem ser, no entanto, totalmente coerentes e sem contradições. Sendo assim, no seio de uma organização social é possível existir um padrão sexual dominante, a masculina e as muitas experiências que fujam à norma, devem ser banidas. Daí o estigma e o preconceito às preferências sexuais, orientações sexuais e/ou práticas sexuais. As normas sociais que são dadas, impõem nesse caso, a “heteronormatividade”/heterossexualidade.

“Trabalho na área de recrutamento de seleção. Atualmente estou de licença médica. Estou na caixa beneficente. Acho que foi em uma relação sexual em que eu não usei camisinha. Fiquei revoltado, a minha vida perdeu o sentido, deixei de brigar pelas coisas. Com a revolta, a minha vida ficou difícil e por conta da medicação também. Agora estou melhorando. Quem sabe são os meus amigos e a minha ex-chefe, contei para a minha chefe no período em que comecei a ter problemas para executar as minhas funções no trabalho. Moro distante da minha família e moro sozinho. A vida perdeu o sentido, cheguei a sugerir para a minha médica a eutanásia, ela me encaminhou para o atendimento de psicologia. Neste momento estou começando a se sentir um pouco melhor, mas é muito difícil.” Mário

“Porteiro em edificio. Trabalho na metalúrgica. Sou gay, nunca me relacionei com mulher. Estou desesperado, não aceito, só penso em me matar. Choro muito. Não aceito essa doença. A minha família [mãe e irmãs] sabem que sou gay. Penso em voltar para a Paraíba, pois elas poderão me ajudar e me dar carinho. Elas são muito carinhosas comigo.” Victor

Por fim, podemos observar que alguns homens do *Cluster2 (Sou um homem feminino, mas muito macho)*, se adaptaram ao uso do preservativo, pois conseguem fazer o uso efetivo não atrapalhando o relacionamento sexual e trazendo uma visão de autocuidado e cuidado com o parceiro. Por outro lado, alguns deles usam às vezes, mas não gostam ou usam por que precisam. Esta contrariedade no uso do preservativo é observada também no *Cluster 1(Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso)*, pois o uso do preservativo para ser usado de

forma prazerosa tem que envolver a intimidade do casal, construída de uma forma que este não será um terceiro na relação e não atrapalhará, sendo assim promove um maior autocuidado quebrando com os estereótipos hegemônicos do masculino. A diferença existente é que maioria desses homens se declara solteiro e devido a esse fato acreditamos que a intimidade é mais difícil de ser construída, pois as relações afetivas-sexuais são recentes e os homens que conseguem fazer o uso efetivo do preservativo assumem o papel do masculino de decisão sobre o uso do preservativo.

No *Cluster 2 (Sou um homem feminino, mas muito macho)* o uso da medicação está diretamente ligado ao uso do preservativo, pois esses dois comportamentos possuem o mesmo significado frente ao autocuidado. Isto é, ao compreender a co-relação que o uso efetivo da medicação proporciona uma melhor qualidade de vida.

“Para fazer oral não uso, acho que fica sem graça. Diminui o prazer e a ereção, sei que preciso mas não gosto. Uso para não contaminar o meu parceiro. Às vezes faço uso, às vezes não, pois sinto que tira a sensibilidade.” Guto

“No primeiro relacionamento que durou sete anos não usava. Neste segundo e último relacionamento procuro usar, mas já transei sem. É normal. Não tenho problemas para usar, acho só que quando não uso, gozo mais rápido. De uns tempos para cá eu uso camisinha sempre. É uma proteção, não gosto muito, mas sei que precisa.” Paulo

As relações de gênero expressas nas relações afetivas- sexuais : a guisa de síntese.

A partir da análise dos dados observamos que as mulheres (*Cluster 1- Até que o HIV justifique o meu relacionamento*) e os homens (*Cluster 1- Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso*), tendem a reproduzir o papel hegemônico esperado do feminino e do masculino principalmente na construção dos seus relacionamentos estáveis que envolvem a conjugalidade ou não. A reprodução do papel hegemônico transparece na insatisfação feminina do relacionamento conjugal permeado pela raiva por ter se infectado em um relacionamento estável, mas ao mesmo tempo mantém o padrão do ideal romântico de conjugalidade.

Os *Clusters* femininos mostram-se mais homogênicos, pois os discursos das participantes indicam que elas reproduzem o papel esperado do feminino muitas vezes sem crítica frente à sua vivência. O que difere esses dois clusters é que as mulheres do *Cluster 1 (Até que o HIV justifique o meu relacionamento)* por reproduzirem muitas vezes de forma

menos crítica o papel esperado do feminino se sentem mais inseguras e insatisfeitas dentro do relacionamento afetivo estável, com uma visão mais negativa de suas vivências, possuem um menor convívio social e o autocuidado está ligado ao uso efetivo da medicação. O uso do preservativo ainda é menos efetivo devido as negociações e à falta de intimidade com o parceiro.

As mulheres do *Cluster 2 (Ser criativa e inovadora: Ainda encontro um jeito de ter um relacionamento gostoso)*, são menos influenciadas a manter um padrão de relacionamento hegemônico, sendo mais conscientes de suas escolhas e tentam criar novas possibilidades de relacionamento procurando, um maior aprofundamento da relação. Mas, ao mesmo tempo, sentem medo de se relacionarem devido o preconceito e estigma associados ao HIV. Com isso, percebemos de forma mais clara a dialeticidade do viver com HIV. O preconceito e os julgamentos de valores ficam evidentes, pois a infecção muitas vezes é atrelada a comportamentos de promiscuidade e de vulnerabilidade, principalmente por essas mulheres se considerarem solteiras e a sociedade já as vê como promíscuas. Ao contrário, as mulheres que se declaram em um relacionamento estável, são vistas como vítimas dos parceiros. Mesmo com a vivencia do preconceito e as mulheres casadas tem uma visão mais positiva de vida, que está ligada ao apoio familiar e social. O uso do preservativo também não é efetivo, pois muitas vezes não usam para não revelar a sua soropositividade e as relações sexuais não envolvem uma possível intimidade para negociarem o uso do preservativo. No entanto algumas dessas mulheres conseguem fazer o uso pela criação de estratégias, ligadas à reprodução. Estas são consideradas mulheres mais criativas e que procuram ter diferentes formas de relacionamento, o que proporciona o seu protagonismo.

O que também observamos é que o uso do medicamento é efetivo, mas existem atrasos, “*esquecem de tomar*”, devido situações do convívio social, pois elas tendem a ter mais contatos sociais e se “divertem mais”.

Os *Clusters* dos homens apresenta uma maior heterogeneidade, pois foram divididos entre grupos de heterossexuais e homoafetivos. Mesmo os dois grupos apresentando opções sexuais diferenciadas a visão referente ao sexo é a mesma, pois reproduzem o ideal romântico das relações de conjugalidade heterossexuais, sendo uma resposta esperada socialmente, a qual foi reproduzida pelos homens do *Cluster 2 (Sou um homem feminino, mas muito macho)* a fim de evitarem a vivencia pelo preconceito.

A relação afetiva é considerada boa para os homens do *Cluster 1 (Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso)*, apenas quando a mulher reproduz o papel hegemônico

do feminino, mas alguns homens mantêm um relacionamento considerado não satisfatório, devido ao fato das parceiras tê-los aceitos mesmo sendo infectadas por eles e aceitaram o HIV. Mesmo os relacionamentos considerados “bons” apresentam pouca intimidade. Não reconhecem ou reconhecem pouco interesse por pessoas do mesmo sexo, devido o medo de sofrerem preconceito por terem tido comportamentos vulneráveis.

Os homens do *Cluster 1 (Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso)* apresentam uma visão mais positiva frente a vida apresentando terem mais planos futuros.

Tanto no *Cluster 1*, citado acima, como no *Cluster 2 (Sou um homem feminino, mas muito macho)* a infecção pelo HIV dificulta a relação afetiva –sexual, principalmente em relação a intimidade e ao aprofundamento da relação, pois ao saberem sobre o HIV há uma diminuição das relações sexuais ou há o abandono pelos parceiros.

O uso do preservativo nos dois clusters masculinos não é efetivo, igualmente aos clusters femininos, pois acreditamos que a intimidade que deveria ser construída em um relacionamento afetivo-sexual, não existe. Pois, essa negociação não deve envolver relações de poder e desconfiança da fidelidade, assim como precisa ser construída com afeto, confiança e cumplicidade das duas pessoas.

Uma semelhança do *Cluster 2 (Sou um homem feminino, mas muito macho)* masculino com o *Cluster 2 (Ser criativa e inovadora: Ainda encontro um jeito de éter um relacionamento gostoso)* feminino é a visão de impossibilidade de manter um relacionamento estável devido ao HIV. Esses homens diferentemente das mulheres do *Cluster 2* (que não revelam) ao revelarem a soropositividade foram abandonados pelo parceiro, o que gerou sofrimento. Neste contexto, os homossexuais são vistos como “inferiores”, portanto passam para uma posição subalterna e vulnerável.

Os homens desse *Cluster* possuem uma visão mais realista de vida, talvez essa negatividade seja influenciada pela vivência do preconceito devido a sua orientação sexual e os pré-julgamentos sobre as suas praticas sexuais que a infecção pelo HIV pressupõe. A visão realista aponta as discriminações e os estigmas vividos, com isso o sofrimento fica mais claro nas falas, dando a ilusão de uma visão negativa do mundo, já que aceitam menos as relações baseadas na fantasia.

Com isso, observamos claramente as diferenças e similaridades entre os clusters e como estas pessoas se colocam no mundo. Observamos que os *Clusters 2 (Ser criativa e inovadora: Ainda encontro um jeito de éter um relacionamento gostoso)* das mulheres e dos homens envolvem pessoas que tentam reformular os seus possíveis relacionamentos de forma

mais criativa, mas em contapartida apresentam menos autocuidado. Os *Clusters 1* feminino e masculino apresentam mais a reprodução dos papéis hegemônicos frente ao esperado dos gêneros, com isso tendem a ter menos protagonismo em suas vidas.

A partir da análise do dados concluímos que as questões do autocuidado influenciam diretamente no desenvolvimento do protagonismo e na vida dessas pessoas. O uso do preservativo está diretamente ligado a este, com também as negociações ou o “*aceite*” do uso do preservativo nas relações heterossexuais, a qual é diretamente influenciada pelos papéis sociais e relações de gênero, exercidos por homens e mulheres, bem como interferências socioculturais apreendidas sobre a vivência sexual dos indivíduos e na forma de proteção e autocuidado em saúde. Alguns autores como Costa et.al (2014); Galvão e Paiva (2011), mostram que apesar de haver maior motivação do uso do preservativo entre parceiros sorodiscordantes, visando à proteção do parceiro soronegativo, o seu uso sistemático em todas as relações sexuais implica na transformação e incorporação de novos hábitos, e as dificuldades para a manutenção do sexo seguro esbarram nas dificuldades culturais e no contexto psicossocial destes indivíduos.

Foi possível perceber neste estudo que solicitar o uso de preservativos para o parceiro implica assumir diversos riscos, que vão desde as questões mais ligadas à afetividade, como a quebra de confiança entre o casal, passando pelas questões culturais que não vêm com bons olhos quando as mulheres mostram conhecimento e iniciativa na esfera sexual.

Observando as relações afetivas - sexuais e de conjugalidade dessas pessoas os *Clusters 1* feminino e masculino (*Até que o HIV justifique o meu relacionamento; Cabra macho sim senhor! Mas posso morrer por isso*) retratam relações mais normatizadas, que se encontram na heteronormatividade, portanto com menos trocas substantivas e igualitárias do casal, principalmente pelo fato das raivas e as revoltas das mulheres serem pouco explícitas e enfrentadas na conjugalidade.

Nos *Clusters 2* das mulheres e dos homens (*Ser criativa e inovadora: Ainda encontro um jeito de éter um relacionamento gostoso; Sou um homem feminino, mas muito macho*), esses participantes apresentam uma visão romântica, apontando a idealização do que eles gostariam que fosse uma relação, mas ao mesmo tempo apresentam uma visão mais realista dos relacionamentos que construíram e do que podem construir, sendo assim se mostram mais integrados psicologicamente.

Todos os *Clusters* femininos e masculinos expressam que viver com o HIV é viver cotidianamente com o estigma e com a discriminação. Para evitar o sofrimento causado, as pessoas não têm relações que possam abordar as dificuldades de serem soropositivas. Desta forma o viver com HIV se torna sinônimo de sofrimento cotidiano, tendo graus diferenciados de intensidade e compreensão da materialidade vivida, mantendo as dificuldades já presentes. Para poucos o HIV serviu como momento de parada na vida redimensionando suas vivências e possibilitando a criação de novos significados.

CONCLUSÃO

A sexualidade é uma dimensão humana que envolve uma multiplicidade de aspectos. A concepção hegemônica de relacionamento estável é baseada na confiança, no amor, na lealdade, na fidelidade, na monogamia, no respeito, na responsabilidade, no envolvimento afetivo e sexual de um casal que demonstra ter a pretensão de permanecerem juntos por um tempo. Esta relação asseguraria proteção contra possíveis vulnerabilidades de agravos à saúde.

Considerando o objetivo deste estudo foi compreender as significações das relações afetivas - sexuais e das possibilidades de conjugalidade das pessoas que vivem com HIV/Aids, se relacionam e cuidam de sua saúde, podemos afirmar que as pessoas desta amostra apresentam a vivência da quebra do ideal romântico construído socialmente, devido a infecção pelo HIV dentro de um relacionamento estável, o qual promoveria seguridade aos parceiros e a confiança os manteria unidos.

A infecção pelo HIV deixa explícito dentro de um relacionamento estável que houve uma traição por parte de um dos pares levando à quebra da confiança, com isso surge o sentimento de raiva das pessoas que foram infectadas. Mesmo com a quebra do ideal romântico e da confiança elas mantêm seu relacionamento estável reproduzindo o papel hegemônico do feminino e do masculino sem crítica independente, das mágoas passadas. Com isso, não conseguem ter um relacionamento que envolva uma construção conjunta de melhor qualidade e aprofundamento do relacionamento, por não explicitarem para o parceiro o que sentem, não tendo um diálogo aberto. Assim, vão mantendo o relacionamento em “*banho Maria*”, continuando na parceria, com o sentimento de “*não deixar o outro seguir em frente*”, mantendo-o estagnado. Isso gera a não perspectiva de futuro, sem crítica, aumentando os fatores de fragilidade, frente às práticas de autocuidado à saúde e conseqüente a vulnerabilidade. Reproduzem o significado aceito de relacionamento estável e conjugalidade, não favorecendo o protagonismo dessas pessoas. Ao não conseguirem criar novas possibilidades de vivências mais prazerosas no relacionamento fato podem influenciar negativamente no autocuidado.

Por outro lado, a minoria das pessoas ao revelarem a sua soropositividade ao parceiro, este tendo ou não o HIV, constroem relacionamentos mais satisfatórios, pois conversam mais francamente, proporcionando assim o aprofundamento e construção de novos sentidos para a relação. Com isso, há a concepção de vínculos mais igualitários, novas

elaboraões do modo de ser casal, que propicia o protagonismo dessas pessoas influenciando positivamente no autocuidado.

Com as novas possibilidades das relaões afetivas–sexuais, as pessoas que estão solteiras desejam conquistar uma parceria estável, mas devido à infecão pelo HIV encontram dificuldades para tal conquista. Isso acontece pelo fato de acreditarem que ao assumirem um parceiro teriam que revelar a sua soropositividade, expondo-se a recusas da parceria e ao sofrimento do preconceito, pois o HIV, na visão delas, acarreta uma desvalorizaão pessoal.

Os *Clusters 2* de mulheres e homens, que são solteiros, apontam o desejo de construir relacionamentos mais consistentes que conttenham melhor qualidade e aprofundamento, possibilitando a construaão conjunta.

Verificamos que essas pessoas criam novos sentidos para as suas relaões afetiva-sexuais, pois procuram formar relacionamento de melhor qualidade. Ao conseguirem fazer essa reformulaão frente às suas escolhas se tornam protagonistas de suas vidas, o que favorece o autocuidado.

Uma questã que influencia diretamente no autocuidado das é o uso do preservativo, o qual muitas vezes é ignorado, devido o significado que envolve a desconfiança frente a fidelidade do parceiro e falta de prazer. Outra questã que permeia o uso do preservativo é a negociaão deste, a qual é induzida pelas relaões de gênero, visto que é esperado do masculino a decisã pelo uso ou não, ficando a maioria das mulheres submissas a esta decisã.

A partir desta conclusã pensamos que as relaões afetivas-sexuais não protegem contra a infecão e/ou transmissã de DSTs entre homens e mulheres pois a “*negociaão*” do uso do preservativo está diretamente ligada aos padrões hegemônicos de gênero, em que se misturam masculino/feminino/confiança/desconfiança e a maioria das mulheres fica vulnerável à imposiã frente ao uso do preservativo.

Quando há o questionamento ou imposiã do feminino sobre o uso do preservativo, esse fato é visto como questionador da confiança e podendo gerar um julgamento que desvaloriza a mulher. Algumas mulheres, criativamente constroem estratégias tipicamente femininas para impor o uso; ao alegarem o não uso de contraceptivo.

Para que ocorra o uso efetivo do preservativo as pessoas precisam construir relacionamentos que envolva a intimidade e a negociaão de forma igualitária. Se não houver um diálogo franco entre os parceiros, que aborde o uso de uma forma que seja prazerosa para

ambos, não há a possibilidade de agregarem o preservativo na relação sexual, o que propicia um comportamento vulnerável.

Concluimos, que a maioria das pessoas não consegue criar novos sentidos para as relações afetivas- sexuais e possíveis conjugalidades tendendo a reproduzir o significado esperado e hegemônico do que seria um relacionamento estável, devido a reprodução do papel do feminino e do masculino, sem crítica, posto em nossa sociedade. O qual as mulheres continuam cuidando dos seus parceiros e os homens reproduzindo o papel de provedor e mesmo quando o homem não exerce o papel de provedor na materialidade, devido às questões da infecção, as mulheres o exercem e os homens mantêm esse papel simbolicamente.

Consequentemente essas pessoas não constroem uma intimidade que assegure um avanço como casal para novas elaborações mais profundas e mudanças qualitativas, com a finalidade de melhorar a sua vivência.

A relação de conjugalidade construída de uma forma positiva não foi possível para a maioria das pessoas, no entanto temos três casais que conseguiram construir boas relações de conjugalidade. Esse fato não é frequente para as pessoas que vivem com o HIV, mas existe a possibilidade. Observamos que as mulheres apresentam mais dificuldade em construir relações mais prazerosas, o que está ligado ao fato delas terem pouca independência econômica e tenderem a reproduzir o papel hegemônico esperado do feminino, não possibilitando criar novas formas de se relacionar. Já as mulheres que possuem uma maior independência econômica procuram construir novos tipos de relacionamento, não reproduzindo o padrão hegemônico.

Assim, as relações afetivas –sexuais e de conjugalidade interferem no autocuidado, pois as pessoas que estão em uma relação amorosa tendem a se cuidar, devido ao fato da mulher continuar reproduzindo o papel de cuidadora promovendo o autocuidado e o cuidado do parceiro. O cuidado está ligado ao uso efetivo da medicação e a presença nas consultas médicas e devido ao fato das relações estáveis estarem ligadas ao ideal romântico, que envolve confiança o uso do preservativo nunca estará ligado ao significado de cuidado. Esse fato ocorre por acreditarem que a relação estável é protetiva e essas pessoas não se veem em uma situação do viver que proporciona a vulnerabilidade.

Após a infecção pelo HIV as relações afetivo-sexuais são protetivas para os homens porque as mulheres continuam mantendo o papel hegemônico de cuidadoras do lar e da família (mesmo se lhe traz sofrimento), mesmo sabendo da “*traição*” do parceiro, mesmo sem saber se foi de uma relação heterossexual ou homossexual, mas não protege as mulheres. O

estigma e preconceito aos portadores do vírus também é um importante agravante na aceitação das relações afetivas-sexuais tanto de homens como de mulheres. De modo geral, tanto os homens quanto às mulheres, cuidam de sua saúde fazendo o uso regular de medicação.

Concluimos também que o viver com HIV é visto como um fator de vulnerabilidade por acarretar estigmas e preconceitos que geram um sofrimento crônico nessa pessoa, devido ao fato de não poderem compartilhar a sua soropositividade.

As mulheres desta amostra apresentam uma baixa estima frente a construção do relacionamento, pois vivem uma contradição entre raiva e culpa por não construírem um “*bom*” relacionamento, o qual não envolveria traições e a infecção pelo HIV. Essa visão negativa impede que essas mulheres construam novas possibilidades de se relacionar com os parceiros ou novos relacionamentos mais qualitativos.

Já os homens se apresentam em situação mais “*confortável*”, uma vez que as mulheres mantêm o padrão hegemônico do feminino de cuidado e isso os impulsiona a manterem um autocuidado, mas mantêm uma relação de baixa qualidade já que existe um fator que os beneficia.

A partir das nossas análises, propomos que na assistência a essas pessoas que vivem com o HIV, a construção do relacionamento afetivo-sexual e as possíveis conjugalidades seja abordado com a finalidade de uma melhoria na prevenção da infecção e de reinfecções. Desse modo ao compreendermos como são construídas essas relações poderemos orientar de forma mais adequada e abrangente sobre os possíveis comportamentos que influenciam na vulnerabilidade e ajudar a construir instrumentos que possam aumentar saberes, práticas e modos de enfrentar as dificuldades do cotidiano. Assim como, ajudar a pensar estratégias de enfrentamento empoderamento, conquista de respeito e autonomia.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, W.M.J.; LIEBESNY, B.; MARCHESAN, E.C.; SANCHEZ, S.G. Reflexões sobre sentido e significado. In: BOCK, A.M.B; GONÇALVES, M.G.M. (Orgs). A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica. São Paulo: Cortez, p. 54-71, 2009.
- AGUIAR, W.M.J. reflexões a partir da psicologia Sócio-histórica sobre a categoria consciência. Cadernos de Pesquisa, n. 110, p. 125-142, julho/ 2000.
- AGUIAR, W.M.J; OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. Rev. Bras. Est. Pedag. Brasília v.94,n.236, p. 299-322, jan/abr 2013.
- AGUIAR, W.M.J. Significações como categoria teórica (comunicação pessoal), 2015.
- ALMEIDA, M.R.C.B; LABROCINI, L.M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. Ciencia & Saúde Coletiva, v. 12, n.1, p.263-74, janeiro-março, 2007.
- ALENCAR, L.S. Sexualidades e Gênero: breve estudo acerca da homofobia e heteronormatividade. Revista Movimentação, v.02, n.05, p.1-15, 2015.
<http://www.periodicos.ufgd.edu.br/index.php/movimentacao/article/viewFile/3430/2158>
- AMARO, S. T. A. A questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. Saúde e Sociedade, v.14, n.2, p. 89-99, 2005.
- AMORIM, K.A; SILVA, S.S; ROCHA, S.S; NERY, I.S; ARAÚJO, T.M.E. Contexto social de viver positivamente com HIV: Um estudo reflexivo. Revista de Enfermagem UFPI, v.3, n.3, p.109-14, jul/set, 2014.
- AMORIM, C.M, SZAPIRO, A.M. Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância. Ciência e Saúde Coletiva, v.13, n.6, p.1859-1868, 2008.
- ANTUNES, L; CAMARGO, B.V; BOUSFIELD, A.B.S. Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids: Psicol. teor. prat. São Paulo, v.16, n.3. dez, 2014.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. G. (Orgs.) Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder. São Paulo: Editora 34, p.49-72, 1999.
- AYRES, J.R.C.M; FREITAS, A.C; SANTOS, M.A.S; FILHO, H.C.S; JÚNIOR, I.F. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. Interface- Comuini, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.123-38, fev, 2003.
- BONFIM, C.R.de S. Contribuição das intervenções acadêmicas sobre educação afetiva-sexual emancipatória para a formação de uma visão emancipatória da sexualidade de futuros docentes. Revista Espaço Acadêmico. v13, n.154. (2014) ISSN 1519-6186
<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/23192>

BORGES, L.M; SEIDL, E.M.F. Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos. *Psicologia: Ciência e profissão*. v.32, n.1, p.66-81, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF): 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação nacional de DST/ Aids. A resposta brasileira ao HIV/ Aids: experiências exemplares. Brasília: ministério da saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.
<http://www.sindsaude.org.br/download/documentos/coletanea.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. AnoII- no1- até semana epidemiológica 26a –dezembro de 2013.
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf

BRASIL. Relatório educação para todos no brasil 2000-2015: Versão preliminar. Junho de 2014. Acesso em 20 de junho de 2015.
<https://www.google.com.br/#q=Relatório+educação+para+todos+no+brasil+2000-2015:+Versão+preliminar.+Junho+de+2014>

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100016&lng=pt&nrm=iso

BRITO, A.M, CASTILHO, E.A, SZWARCOWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada AIDS. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 34(2): 207-217, Mar/Apr 2001.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010

BUCHALLA, C. M; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista Saúde Pública*. v. 36, n. 4 (supl), p. 117 -119, 2002.

BUTLER, Judith. *Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Tradução Renato Aguiar. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CECCARELLI, P.R.; FRANCO, S. Homossexualidade: verdades e mitos. *Rev. Bagoas*, n.5, p.119-29. 2010
<http://ceccarelli.psc.br/pt/wpcontent/uploads/artigos/portugues/doc/homoverdmit.pdf>

CECHETTO, F. R. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

COSTA, F.M.; SOUZA, I.C. de; RIBEIRO, Z.S.; SANTOS, J.A.D.; CARNEIRO, J.A. Mulheres vivendo com HIV/Aids: avaliação da qualidade de vida. Revista Saúde e Pesquisa, v. 7, n. 3, p. 503-513, set./dez, 2014 - ISSN 1983-1870 <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3667/2493>

CONNELL, R.W; MESSERSCHMIDT, J.W. Masculinidade Hegemônica: repensando o conceito. Estudos Feministas, Florianópolis- S.C. v.21, n.1, p.241- 82, jan/abr, 2013.

CYRINO, R. A Categorização do Masculino e do Feminino e a Ideia de Determinismo Cultural: uma crítica epistemológica aos usos normativos do gênero. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), 2013. http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386352836_ARQUIVO_RafaelaCyrino.pdf

FÉREZ- CARNEIRO, T, DINIZ NETO, O. Construção e dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. Paidéia. 20(46): 269-278, 2010.

FERREIRA, L.H.M.; FIORONI, L.N. Concepções sobre relacionamentos amorosos na contemporaneidade: um estudo com universitários. DA UFSCAR. Consultado em: Junho de, 2011. http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/580.%20concep%C7%D5es%20sobre%20relacionamentos%20amorosos%20na%20contemporaneidade.pdf

FITTIPALDI, B.C. Conceitos centrais de Vygotsky: Implicações pedagógicas. Revista Educação. I(2):50-54,2006. Available from <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4aPbxns4YocJ:pt.slideshare.net/Elims88/revista-da-educacao-conceitos-centrais-de-vygostky-implicacoes-pedaggicas+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> . access on 9 Dez. 2014.

FREITAS, M. T. A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. Cad. Pesqui., São Paulo , n. 116, July 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010015742002000200002&lng=en&nrm=iso> . access on 31 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742002000200002>.

FIGUEIREDO, M.A.C, TERENCE, N.M. Relações conjugais de parceiros soropositivos concordantes: uma visão masculina. Psicologia em estudo Maringá. V.13, n.4, p. 817-825, 2008.

FOUCAULT, M. (1988). História da Sexualidade I: a vontade de saber. 17ª ed. Trad: Maria T. da Costa Albuquerque & J.A. Guilhon Albuquerque. Edições Graal, RJ. ISBN-85-7038-010-0

GALVÃO, M. T. G.; PAIVA, S. S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. Rev Bras Enferm.,v. 64, n. 6, p. 1022-27, 2011.

GALVÃO, M.T.G; CERQUEIRA, A.T.A.R; MARCONDES-MACHADO, J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT- QoL. Cad Saúde Pública. n. 20, p. 430-7, 2004.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.901-11, may, 2006 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000500003&lng=en&nrm=iso>

GOMES, R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz,p.184, 2008.

GOMES, A.M.T; SILVA, E.M.P; OLIVEIRA, D.C. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. Rev Latino-Am Enfermagem. n.19, p. 485-92, 2011.

GONÇALVES, T,R; CARVALHO, F.T; FARIA, E.R; GOLDIM, J.R; PICCININI, C.A. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/ AIDS: revisando a literatura. Psicol soc. n. 21, p.223-32, 2009.

GONZALEZ REY, F. L. O sujeito, a subjetividade e o outro na dialética complexa do desenvolvimento humano. In: MARTINEZ, A.M;SEURÃO, L.M. (Orgs). O outro no desenvolvimento humano: diálogos para a pesquisa e a prática profissional em Psicologia. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, p.1-26, 2004.

GONZALEZ REY, F. L. Sentido subjetivo, sujeito e subjetividade: as bases do desenvolvimento da psicoterapia a partir da perspectiva histórico cultural. . In: GONZÁLEZ REY, F.L. Psicoterapia, subjetividade e Pós-modernidade: Uma aproximação Histórico – Cultural. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, p.128-142, 2007.

GROSSI, M.P. Masculinidade: Uma revisão teórica. Santa Catarina, Antropologia em primeira mão. p.4-34, 2004.

GUERREIRO, I; AYRES,J.R.C.M; HEARST,N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. São Paulo, SP. Rev. Saúde Pública. v. 36, n.4, p. 50-60, 2002.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100011&lng=pt&nrm=iso>

HIPOLITO, R.L; OLIVEIRA, D.C; GOMES, A.M.T; COSTA, T.L. Representações sociais da qualidade de vida. Rev enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 753-9, nov/dez, 2014. <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/12840/12243>

JESUS, J.G. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. 2ed. rev. e ampl. Fundação Biblioteca Nacional EDA/FBN, nº 563034, Livro 1074, Folha 91.on line. Brasília. 2012. <http://issuu.com> <http://pt.scribd.com> <http://www.sertao.ufg.br>

KAHHALE E.M.P, CHRISTOVAM C, ESPER E, SALLA M, ANÉAS T. HIV/Aids: enfrentando o sofrimento psíquico. São Paulo: Editora Cortez; 2010. ISBN: 978-85-249-1627-4

- KAHALLE, E.M.P; ESPER, E.M.B. Novas possibilidades metodológicas: a quebra dos paradigmas qualitativo e quantitativo em psicologia. *Psicologia & Sociedade*. v.26, n. 2, P. 70-83, 2014. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe2/a08v26nspe2.pdf>
- LOBO, W; PIMENTEL, A. Potência e vulnerabilidades masculinas no campo do HIV/Aids: a intervenção psicoterapêutica. *Rev. NUFEN [online]*. v.4, n.1, p. 88-102, jan/junh, 2012.
- MADUREIRA, V.S.F; TRENTINI, M. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da Aids. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. v.61, n.5, p.637-42, set/out, 2008.
- MACHADO, M.F.A.S; MONTEIRO, E.M.LM; QUEIROZ,D.T; VIEIRA, N.F.C;BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma visão conceitual. *Ciência &Saúde Coletiva*. v.12,n.2, p.335-42,2007.
- MAKSUD, I. O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. *Revista de Saúde Coletiva*. v.19, n.2, p.349-69, 2009.
- MAKSUD, I. Silêncios e segredos aspectos (não falados) da conjugalidade face a à sorodiscordancia para o HIV/Aids. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n.6,1196-1204, jun, 2012.
- MEDRADO, B; LYRA, J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.16, n.3, p.809- 40, set/ dez, 2008.
- MEIRA, J.C. Estudos de gênero e historicidade: sobre a construção cultural das diferenças. *Caderno Espaço Feminino - Uberlândia-MG* - v. 27, n. 2, p.1981-3082, jul/dez, 2014.
- MEIRELLES,B.H.S; SILVA, D.M.G.V; VIEIRA, F.M.A; SOUZA, S.S; COELHO, I.Z; BATISTA, R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/Aids. *Rev Rene*, v.11,n3,p.68-76, jul/set, 2010.
- MELLO, R.P. Corpos, heteronormatividade e performances híbridas. *Psicologia & Sociedade*; v. 24, n. 1, p. 197-207, 2012. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n1/22.pdf>
- MISKOLCI, R. Teoria Queer: um aprendizado pelas diferenças. Belo Horizonte: Autêntica, p. 44-78, 2012.
- MORI, D; GONZALEZ REY, F. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*. v.14, n.3, p. 140-52, 2012.
- MOLON, S.I. A subjetividade e o sujeito na construção do conceito de consciência e na definição da relação constitutiva Eu-outro. In: MOLON, S.I. Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky. Vozes, Petrópolis, RJ. P. 81-123, 2003.
- OLTRAMARI, L.C; CAMARGO, B.V. Aids, relações conjugais e confiança:um estudo sobre representações sociais. *Psicologia em Estudo*, Maringá. v.15.n.2,p.275-283, abr/jun, 2010.
- OLTRAMARI, L.C, OTTO, L.S. Conjugalidade e Aids: um estudo sobre infecção entre casais. *Psicologia & Sociedade*. v.18, n.3, p. 55-61, 2006.

PERRUSI, A. FRANCH, M. Carne com a carne: Gestão do risco e HIV/Aids em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. Revista de Ciências Sociais, n. 37, p. 179-200, 2012
ISSN 1517-5901 (online)
<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/14880/8440>

PINHEIRO, P.N.C, FERREIRA, A.G.N, DIAS, F.L.A, SILVA, K.L, SCOPACASA,L.F, GUBERT,F.A. Relações entre infidelidade e infecção ao HIV/Aids na visão de homens heterossexuais. Ciencia y Enfermeria. v.18, n.3, p. 39-48, 2012.

POTTES, F.A; BRITO, A.M; GOUVEIA, G.C; ARAÚJO, E.C, CARNEIRO; R.M. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. Rev Bras Epidemiol. v.10, n.3, p. 338-51, 2007.

RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B. Quilombolas guerreiros alagoanos: Aids, prevenção e vulnerabilidades. 1. Ed. Maceió: EDUFAL, v. 1. P.200, 2001.

RISCADO, J. L. S. Representações sobre sexualidade e Aids de homens jovens com HIV/Aids. / Jorge Luís de Souza Riscado. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
<http://157.86.8.70:8080/certifica/bitstream/icict/2422/2/0000026.pdf>

ROLIM,K.I; WENDLING; M. I. A história de nós dois: reflexões acerca da formação e dissolução da conjugalidade. Psic. Clin. v. 25, n.2, p.165-80, 2013.

SANTANA, S.T.A.M. Historia das relações de gênero. Sao Paulo: Contexto, 2007.

SANTOS, L.G; LEÃO, I. B. O inconsciente Sócio-histórico: notas sobre uma abordagem dialética da relação consciente-inconsciente.Psicologia & Saúde. v.24, n.3,p. 638-47,2012.

SANTOS, C.O, IRIAT, J.A.B. Significados e práticas associadas ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.12, p.2896-2905, dez,2007.

SEIDL, E.M.F; ZANNON, C; TRÓCCOLI, B.T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. Psicologia: Reflexão e critica. v.18, p.188-95, 2005.

SILVA, C.G.M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. Rev. Saúde Pública. v.36, n.4, p. 40-49, 2002.

SCHAURICH, D; COELHO, D.F; MOTTA, M.G.C. A Cronicidade no processo saúde-doença: Repensando epidemia Da Aids após os antiretrovirais. Ver. Enferm UERJ.Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.455-62, jul/set, 2006.

SCHAURICH, D; COELHO. D.F; MOTTA, M.G.C. A cronicidade no processo saúde-doença repensando a epidemia de Aids após os anti-retrovirais. Rev. Enferm UERJ. v.14, p. 455-62, 2006.

SCHLOSSER, A.; CAMARGO, B. V. Contribuições de pesquisas brasileiras sobre o Amor e Relacionamentos Amorosos. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-10>

SCORSOLINI-COMIN, F; SANTOS, M.A. Satisfação Conjugal: Revisão Integrativa da Literatura Científica Nacional. *Literatura Científica Nacional. Psicologia: Teoria e Pesquisa.* v. 26 n. 3, p. 525-53, jul/set 2010.

SCOTT, J. (1995[1988]). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Revista Educação & Realidade.* Porto Alegre, v. 20, n 2, jul./dez. Revisão de Tomaz Tadeu da Silva a partir do original inglês (SCOTT, J. W.. *Gender and the Politics of History.* New York: Columbia University Press, 1988. PP. 28-50) https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1210/scott_gender2.pdf?sequence=1

SOBRAL, O.J.; SANTIAGO DE OLIVEIRA, J.; MOURA, K.M.M.; MARTINS DA SILVA, L.; DE MENDONÇA, L.A. Educação e diversidade: representações conceituais, teóricas e prática pedagógica. *REVELLI – Revista de educação, linguagem e literatura.* . Inhumas/Goiás Brasil, ISSN: 1984-6576 – v. 6 n.2 out, p. 50-70, 2014 <http://www.revista.ueg.br/index.php/revelli/article/view/3089>

SOUSA, L. M. S; SILVA, L. S; PALMEIRA, A. T. Representações sociais de caminhoneiros de rota curta sobre HIV/AIDS. *Psicologia & Sociedade*, v.26, n.2, p. 346- 55, 2014 <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a11v26n2.pdf>

SOUZA, B.M.B, VASCONCELOS,C.C, TENÓRIO,D.M, LUCENA,M.G.A, HOLANDA,R.L.T. A política de Aids no Brasil: uma abordagem histórica. *J. Manag Prim Health Care.* v.1, n.1, p. 23-6, 2010.

SPIZZIRRI, G.; PEREIRA, C.M.A.; ABDO, C.H.N. O termo gênero e suas contextualizações. *Diagn. Tratamento.* v.19, n.1, p. 42-4, 2014.

SOCIEDADE CIVIL. O tempo não para. Experiências de prevenção às DST, HIV e Aids com e para adolescentes e jovens. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP, 2013.

SOUTO, A.G.A; KIYOTA, S.L; BATALINE, M.P; BOR- GES, M.F; KORKISCHKO, N; CARVALHO, S.B.B; SOUSA FILHO, M.M. O sexo e a sexualidade em portadores do vírus da imunodeficiência humana. *Rev Bras Clin Med*, v.7, p.188-91, 2009.

TEIXEIRA, C.F. Os princípios do sistema único de saúde. p. 1-10, 2011.

TORRÃO, A.F. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. *Cadernos Pagu.* v. 24, p.127-52, jan/jun 2005.

TOASSA, G. Conceito de consciência em Vygotski. *Psicologia USP.* v.17, n.2, p. 59-83, 2006.

VYGOTSKI, L.S [1869-1934]. Pensamento e palavra. In: *A construção do pensamento e da linguagem.* São Paulo: Martins Fontes, p.395-489, 2001.

ANEXOS

1 MULHERES – VARIÁVEIS EXCLUÍDAS

sexual Orientação Sexual * clusmulh Clusters_Mulheres Crosstabulation

Count

		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
sexual Orientação Sexual	1 Hetossexual	29	1	5	35
Total		29	1	5	35

P1 Realção do coabit não da * clusmulh Clusters_Mulheres Crosstabulation

Count

		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P1 Realção do coabit não da	2 negativo	1	0	0	1
	3 positivo e negativo	28	1	5	34
Total		29	1	5	35

P10 Eu quero sexo e um cobertor de orelha * clusmulh Clusters_Mulheres Crosstabulation

Count

		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P10 Eu quero sexo e um cobertor de orelha	1 positivo	27	1	4	32
	3 positivo e negativo	2	0	1	3
Total		29	1	5	35

P11 Relação homo e/ ou hetero, não rola * clusmulh Clusters_Mulheres Crosstabulation

Count

		clusmulh Clusters_Mulheres		Total
		1 Cluster 1	3 Cluster 3	
P11 Relação homo e/ ou hetero, não rola	2 negativo	10	2	12
Total		10	2	12

P14 Sofro calado * clusmulh Clusters_Mulheres Crosstabulation

Count

		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P14 Sofro calado	1 positivo	29	1	5	35
Total		29	1	5	35

P18 Meu futuro eu planejo * clusmulh Clusters_Mulheres Crosstabulation

Count

		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P18 Meu futuro eu planejo	2 negativo	3	0	0	3
	3 positivo e negativo	26	1	5	32
Total		29	1	5	35

2 MULHERES – VARIÁVEIS UTILIZADAS

idd Faixas etárias * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count

		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
idd Faixas etárias	1 18 a 35 anos	6	0	4	10
	2 36 a 55 anos	18	1	0	19
	3 56 anos e +	5	0	1	6
Total		29	1	5	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,163 ^a	4	,057
Likelihood Ratio	10,775	4	,029
Linear-by-Linear Association	2,805	1	,094
N of Valid Cases	35		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

tprel Tempo de relacionamento * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
tprel Tempo de relacionamento	1 < 1 ano	3	0	1	4
	2 1 a 5 anos	4	0	0	4
	3 5 anos e +	13	1	0	14
Total		20	1	1	22

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,225 ^a	4	,265
Likelihood Ratio	4,473	4	,346
Linear-by-Linear Association	1,899	1	,168
N of Valid Cases	22		

a. 8 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

tpinfec Quanto tempo sabe sobre a infecção * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
tpinfec Quanto tempo sabe sobre a infecção	1 < 1 ano	1	0	0	1
	2 1 a 5 anos	5	0	4	9
	3 5 anos e +	23	1	1	25
Total		29	1	5	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,222 ^a	4	,056
Likelihood Ratio	8,400	4	,078
Linear-by-Linear Association	4,191	1	,041
N of Valid Cases	35		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

escol Escolaridade * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count

		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
escol	1 Alfabetizado	0	1	0	1
Escolaridade	2 Primeiro grau	13	0	2	15
	3 Segundo grau	14	0	2	16
	4 Superior	0	0	1	1
Total		27	1	5	33

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38,753 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	12,863	6	,045
Linear-by-Linear Association	,268	1	,605
N of Valid Cases	33		

a. 10 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Q13 Estado civil * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count

		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
Q13	1 Solteiro	5	0	4	9
Estado civil	2 Casado	13	1	0	14
	3 Divorciado	4	0	0	4
	4 Viúvo	7	0	1	8
Total		29	1	5	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,961 ^a	6	,090
Likelihood Ratio	11,878	6	,065
Linear-by-Linear Association	2,594	1	,107
N of Valid Cases	35		

a. 9 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Q26 Nível Profissional * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count

		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
Q26 Nível Profissional	1 sem formação	14	0	0	14
	2 Nível informal	5	1	2	8
	3 Nível técnico	3	0	2	5
	4 Nível superior	0	0	1	1
Total		22	1	5	28

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,466 ^a	6	,052
Likelihood Ratio	13,369	6	,038
Linear-by-Linear Association	8,804	1	,003
N of Valid Cases	28		

a. 10 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

P2 Intimidade o que é isso * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres	
		1 Cluster 1	Total
P2 Intimidade o que é isso	2 negativo	4	4
	3 positivo e negativo	4	4
Total		8	8

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	8

a. No statistics are computed because clusmulh Clusters_Mulheres is a constant.

P3 Sexo com afeto * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres		Total
		1 Cluster 1	3 Cluster 3	
P3 Sexo com afeto	1 positivo	0	3	3
	2 negativo	1	0	1
	3 positivo e negativo	8	2	10
Total		9	5	14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,031 ^a	2	,030
Likelihood Ratio	8,241	2	,016
Linear-by-Linear Association	5,215	1	,022
N of Valid Cases	14		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

P4 Quebra de confiança * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P4 Quebra de confiança	1 positivo	17	1	3	21
	2 negativo	2	0	0	2
	3 positivo e negativo	10	0	2	12
Total		29	1	5	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,080 ^a	4	,897
Likelihood Ratio	1,714	4	,788
Linear-by-Linear Association	,002	1	,966
N of Valid Cases	35		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

P5 Converso mis não revelo, mas pode ser melhor revelar * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres		Total
		1 Cluster 1	3 Cluster 3	
P5 Converso mis não revelo, mas pode ser melhor revelar	1 positivo	1	1	2
	2 negativo	3	0	3
	3 positivo e negativo	2	0	2
Total		6	1	7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,917 ^a	2	,233
Likelihood Ratio	2,969	2	,227
Linear-by-Linear Association	1,750	1	,186
N of Valid Cases	7		

a. 6 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

P6 Ter um relacionamento depois do HIV dificil * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P6 Ter um relacionamento depois do HIV dificil	1 positivo	24	1	2	27
	2 negativo	5	0	1	6
	3 positivo e negativo	0	0	2	2
Total		29	1	5	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,276 ^a	4	,010
Likelihood Ratio	9,414	4	,052
Linear-by-Linear Association	8,178	1	,004
N of Valid Cases	35		

a. 8 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

P7 Sozinho sim * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count

		clusmulh Clusters_Mulheres		Total
		1 Cluster 1	3 Cluster 3	
P7 Sozinho sim	1 positivo	2	0	2
	2 negativo	1	0	1
	3 positivo e negativo	2	1	3
Total		5	1	6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,200 ^a	2	,549
Likelihood Ratio	1,588	2	,452
Linear-by-Linear Association	,862	1	,353
N of Valid Cases	6		

a. 6 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

P8 Quero cuidado * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres		Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	
P8 Quero cuidado	2 negativo	1	0	1
	3 positivo e negativo	1	1	2
Total		2	1	3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,750 ^b	1	,386		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	1,046	1	,306		
Fisher's Exact Test				1,000	,667
Linear-by-Linear Association	,500	1	,480		
N of Valid Cases	3				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

P9 Hiv impede sexo * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres	
		1 Cluster 1	Total
P9 Hiv impede sexo	1 positivo	1	1
	2 negativo	2	2
	3 positivo e negativo	1	1
Total		4	4

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	4

a. No statistics are computed because clusmulh Clusters_Mulheres is a constant.

P13 Preconceito sim, de todas as formas * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P13 Preconceito sim, de todas as formas	1 positivo	12	0	4	16
	2 negativo	14	1	1	16
	3 positivo e negativo	3	0	0	3
Total		29	1	5	35

P15 HIV já pensei, agora não mais * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres	Total
		1 Cluster 1	
P15 HIV já pensei, agora não mais	2 negativo	1	1
	3 positivo e negativo	2	2
Total		3	3

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	3

a. No statistics are computed because clusmulh Clusters_Mulheres is a constant.

P16 HIV promove cuidados de saúde * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P16 HIV promove cuidados de saúde	1 positivo	2	0	1	3
	2 negativo	1	0	0	1
	3 positivo e negativo	26	1	4	31
Total		29	1	5	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,209 ^a	4	,877
Likelihood Ratio	1,262	4	,868
Linear-by-Linear Association	,541	1	,462
N of Valid Cases	35		

a. 8 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

P17 Meu novo sentido de viver * clusmulh Clusters_Mulheres

Crosstab

Count		clusmulh Clusters_Mulheres			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P17 Meu novo sentido de viver	1 positivo	1	0	0	1
	2 negativo	1	0	0	1
	3 positivo e negativo	27	1	5	33
Total		29	1	5	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,439 ^a	4	,979
Likelihood Ratio	,777	4	,942
Linear-by-Linear Association	,363	1	,547
N of Valid Cases	35		

a. 8 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

3 HOMENS - VARIÁVEIS EXCLUÍDAS

P1 Realção do coabit não da * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P1 Realção do coabit não da	1 positivo	0	1	0	1
	2 negativo	0	1	3	4
	3 positivo e negativo	18	7	20	45
Total		18	9	23	50

P4 Quebra de confiança * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P4 Quebra de confiança	1 positivo	3	0	6	9
	3 positivo e negativo	15	9	17	41
Total		18	9	23	50

P8 Quero cuidado * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P8 Quero cuidado	1 positivo	1	0	0	1
	2 negativo	0	0	1	1
	3 positivo e negativo	1	1	2	4
Total		2	1	3	6

P9 Hiv impede sexo * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_ Homens		Total
		1 Cluster 1	3 Cluster 3	
P9 Hiv impede sexo	2 negativo	2	1	3
	3 positivo e negativo	0	1	1
Total		2	2	4

P10 Eu quero sexo e um cobertor de orelha * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P10 Eu quero sexo e um cobertor de orelha	1 positivo	18	9	16	43
	2 negativo	0	0	1	1
	3 positivo e negativo	0	0	6	6
Total		18	9	23	50

P14 Sofro calado * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P14 Sofro calado	1 positivo	16	9	21	46
	2 negativo	1	0	0	1
	3 positivo e negativo	1	0	2	3
Total		18	9	23	50

P15 HIV já pensei, agora não mais * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_ Homens		Total
		1 Cluster 1	3 Cluster 3	
P15 HIV já pensei, agora não mais	1 positivo	2	2	4
	2 negativo	0	1	1
	3 positivo e negativo	0	1	1
Total		2	4	6

P16 HIV promove cuidados de saúde * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P16 HIV promove	1 positivo	0	1	0	1
cuidados de	2 negativo	0	2	3	5
saúde	3 positivo e negativo	18	6	20	44
Total		18	9	23	50

P18 Meu futuro eu planejo * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P18 Meu futuro	1 positivo	3	0	1	4
eu planejo	3 positivo e negativo	15	9	22	46
Total		18	9	23	50

4 HOMENS - VARIÁVEIS UTILIZADAS

idd Faixas etárias * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
idd Faixas	1 18 a 35 anos	3	1	9	13
etárias	2 36 a 55 anos	15	8	14	37
Total		18	9	23	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,913 ^a	2	,141
Likelihood Ratio	4,017	2	,134
Linear-by-Linear Association	2,778	1	,096
N of Valid Cases	50		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,34.

tprel Tempo de relacionamento * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
tprel Tempo de relacionamento	1 < 1 ano	0	2	7	9
	2 1 a 5 anos	1	2	8	11
	3 5 anos e +	14	2	1	17
	4 SR	3	3	7	13
Total		18	9	23	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,650 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	31,196	6	,000
Linear-by-Linear Association	5,228	1	,022
N of Valid Cases	50		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,62.

tpinfec Quanto tempo sabe sobre a infecção * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
tpinfec Quanto tempo sabe sobre a infecção	1 < 1 ano	0	2	2	4
	2 1 a 5 anos	6	4	8	18
	3 5 anos e +	11	3	11	25
	4 SR	1	0	2	3
Total		18	9	23	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,743 ^a	6	,453
Likelihood Ratio	6,966	6	,324
Linear-by-Linear Association	,334	1	,563
N of Valid Cases	50		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,54.

sexual Orientação Sexual * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count

		clushom Clusters Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
sexual Orientação Sexual	1 Hetossexual	16	7	3	26
	2 Homossexuais e Transexuais	1	0	16	17
	3 Bissexual	1	1	4	6
	4 SR	0	1	0	1
Total		18	9	23	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,215 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	38,485	6	,000
Linear-by-Linear Association	12,986	1	,000
N of Valid Cases	50		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

escol Escolaridade * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
escol	1 Alfabetizado	1	0	0	1
Escolaridade	2 Primeiro grau	10	3	1	14
	3 Segundo grau	6	5	12	23
	4 Superior	1	1	10	12
Total		18	9	23	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,153 ^a	6	,004
Likelihood Ratio	21,530	6	,001
Linear-by-Linear Association	16,964	1	,000
N of Valid Cases	50		

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

Q13 Estado civil * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
Q13	1 Solteiro	2	1	20	23
Estado civil	2 Casado	15	0	3	18
	3 Divorciado	0	7	0	7
	4 Viúvo	1	1	0	2
Total		18	9	23	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67,397 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	62,742	6	,000
Linear-by-Linear Association	12,176	1	,000
N of Valid Cases	50		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

Q26 Nível Profissional * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
Q26 Nível	1 sem formação	5	2	8	15
Professional	2 Nível informal	6	2	4	12
	3 Nível técnico	6	5	2	13
	4 Nível superior	0	0	7	7
Total		17	9	21	47

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,623 ^a	6	,016
Likelihood Ratio	18,467	6	,005
Linear-by-Linear Association	,825	1	,364
N of Valid Cases	47		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,34.

P2 Intimidade o que é isso * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens		Total
		1 Cluster 1	3 Cluster 3	
P2 Intimidade	1 positivo	2	0	2
o que é isso	2 negativo	1	1	2
	3 positivo e negativo	6	1	7
Total		9	2	11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,877 ^a	2	,391
Likelihood Ratio	1,917	2	,383
Linear-by-Linear Association	,008	1	,931
N of Valid Cases	11		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

P3 Sexo com afeto * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P3 Sexo com afeto	1 positivo	3	0	3	6
	2 negativo	0	0	2	2
	3 positivo e negativo	7	6	11	24
Total		10	6	16	32

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,417 ^a	4	,353
Likelihood Ratio	6,165	4	,187
Linear-by-Linear Association	,024	1	,876
N of Valid Cases	32		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

P5 Converso mis não revelo, mas pode ser melhor revelar * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P5 Converso mis não revelo, mas pode ser melhor revelar	1 positivo	3	1	2	6
	2 negativo	1	0	1	2
	3 positivo e negativo	0	0	1	1
Total		4	1	4	9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,875 ^a	4	,759
Likelihood Ratio	2,460	4	,652
Linear-by-Linear Association	,947	1	,330
N of Valid Cases	9		

a. 9 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

P6 Ter um relacionamento depois do HIV dificil * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count

		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P6 Ter um relacionamento depois do HIV dificil	1 positivo	16	8	19	43
	2 negativo	2	0	3	5
	3 positivo e negativo	0	1	1	2
Total		18	9	23	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,057 ^a	4	,548
Likelihood Ratio	4,283	4	,369
Linear-by-Linear Association	,469	1	,494
N of Valid Cases	50		

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

P7 Sozinho sim * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens	
		2 Cluster 2	Total
P7 Sozinho sim	1 positivo 3 positivo e negativo	2 2	2 2
Total		4	4

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	4

a. No statistics are computed because clushom Clusters_Homens is a constant.

P11 Relação homo e/ ou hetero, não rola * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P11 Relação homo e/ ou hetero, não rola	1 positivo 2 negativo 3 positivo e negativo	1 5 1	0 6 0	0 6 1	1 17 2
Total		7	6	7	20

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,025 ^a	4	,554
Likelihood Ratio	3,837	4	,428
Linear-by-Linear Association	,460	1	,498
N of Valid Cases	20		

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,30.

P12 Tem gente que gosta de um tem gente que gosta dos dois * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_ Homens			Total
		1 Cluster 1	3 Cluster 3		
P12 Tem gente que gosta de um tem gente que gosta dos dois	1 positivo	1	5		6
	2 negativo	2	1		3
	3 positivo e negativo	1	3		4
Total		4	9		13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,438 ^a	2	,296
Likelihood Ratio	2,324	2	,313
Linear-by-Linear Association	,169	1	,681
N of Valid Cases	13		

a. 6 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,92.

P13 Preconceito sim, de todas as formas * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P13 Preconceito sim, de todas as formas	1 positivo	11	5	9	25
	2 negativo	3	4	11	18
	3 positivo e negativo	4	0	3	7
Total		18	9	23	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,128 ^a	4	,190
Likelihood Ratio	7,642	4	,106
Linear-by-Linear Association	,372	1	,542
N of Valid Cases	50		

a. 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,26.

P17 Meu novo sentido de viver * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P17 Meu novo sentido de viver	1 positivo	0	1	1	2
	2 negativo	3	0	0	3
	3 positivo e negativo	15	8	22	45
Total		18	9	23	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,370 ^a	4	,118
Likelihood Ratio	8,512	4	,075
Linear-by-Linear Association	,349	1	,555
N of Valid Cases	50		

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

P19 Penso logo deprimido * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P19 Penso logo deprimido	1 positivo	18	8	20	46
	2 negativo	0	0	2	2
	3 positivo e negativo	0	1	1	2
Total		18	9	23	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,411 ^a	4	,353
Likelihood Ratio	5,512	4	,239
Linear-by-Linear Association	1,507	1	,220
N of Valid Cases	50		

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

P20 Sofro mais vou vivendo * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P20 Sofro mais vou vivendo	1 positivo 3 positivo e negativo	1	1	3	5
Total		9	4	10	23

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,024 ^a	2	,599
Likelihood Ratio	1,090	2	,580
Linear-by-Linear Association	,942	1	,332
N of Valid Cases	23		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,87.

P21 Usar ou não usar! Eis a questão! * clushom Clusters_Homens

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P21 Usar ou não usar! Eis a questão!	1 positivo 2 negativo 3 positivo e negativo	4	5	6	15
Total		16	7	21	44

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,309 ^a	4	,120
Likelihood Ratio	7,479	4	,113
Linear-by-Linear Association	,141	1	,707
N of Valid Cases	44		

a. 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,95.

**P22 Uso, esqueço ou atraso, mas me divirto * clushom
Clusters_Homens**

Crosstab

Count		clushom Clusters_Homens			Total
		1 Cluster 1	2 Cluster 2	3 Cluster 3	
P22 Uso, esqueço ou atraso, mas me divirto	1 positivo	9	4	8	21
	2 negativo	0	0	2	2
	3 positivo e negativo	5	4	5	14
Total		14	8	15	37

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,578 ^a	4	,466
Likelihood Ratio	4,229	4	,376
Linear-by-Linear Association	,052	1	,819
N of Valid Cases	37		

a. 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.