

PERCEPÇÕES DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV FRENTE ÀS EXPERIÊNCIAS SEXUAIS

PERCEPTIONS OF HIV- POSITIVE WOMEN TOWARDS SEXUAL EXPERIENCES

PERCEPCIONES DE MUJERES PORTADORAS DE VIH ACERCA DE LAS EXPERIENCIAS SEXUALES

MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANO¹

EMERY CIANA FIGUEIREDO VIDAL²

EGLÍDIA CARLA FIGUEIREDO VIDAL³

A AIDS, como objeto complexo, desvela questões de foro íntimo, particularmente da área sexual. Objetivou-se compreender as implicações da sorologia positiva para HIV na sexualidade de mulheres que vivem com a doença. Estudo qualitativo, descritivo, realizado de maio a junho de 2006, utilizando entrevista semi-estruturada com 12 usuárias do ambulatório de infectologia de Juazeiro do Norte - CE. Pela técnica de análise de conteúdo foram estabelecidas quatro categorias: 1. esfera sexual: mudanças nas práticas sexuais; 2. tipos de práticas sexuais experienciadas; 3. significado do preservativo; 4. o desejo sexual. Papéis de gênero são decisivos para as práticas exercidas, sensações de prazer despertadas e uso do preservativo, em que desigualdades de gênero aparecem como um componente maciço, chamando atenção à fragilidade feminina frente ao exercício da sexualidade e ao processo de ser/sentir-se indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres; Soropositividade para HIV; Sexualidade; Comportamento sexual.

AIDS, as complex subject, mobilizes for the public sphere, parameters relegated to the private sphere. It also unveils private court questions, which are particular of the sexual area. Our objective with this study was to understand the implications of the positive serology for HIV in the sexuality of women who live with the disease. It's a qualitative and descriptive study, carried out from May to June 2006 using semi-structured interview with 12 users from the Clinic of Infectology in Juazeiro do Norte-CE. By the technique of content analysis four categories had been established: 1. Sexual sphere: changes in the sexual practices; 2. types of experienced sexual practices; 3. Meaning of the condom; 4. the sexual desire. Gender roles are decisive for their practices, sensations of pleasure and use of the condom, in which gender inequality are shown as a massive component, calling attention to the feminine fragility front to the exercise of its sexuality and the process of being and feeling of the individual.

KEYWORDS: Women; HIV Seropositivity; Sexuality; Sexual behavior.

El SIDA, como complejo objeto, desvela cuestiones intimas, particularmente del área sexual. Se trató de entender las implicaciones de la serología positiva para el VIH en la sexualidad de las mujeres que viven con la enfermedad. Investigación cualitativa, descriptiva, realizada de mayo a junio de 2006, a través de entrevista estructurada en parte, utilizada en 12 usuarios de la clínica de infecciones de Juazeiro do Norte-CE. Por medio de la técnica de análisis de contenido se establecieron cuatro categorías: 1. Esfera sexual: cambios en las prácticas sexuales; 2. Tipos de prácticas sexuales vivenciadas; 3. Significado del preservativo; 4. El deseo sexual. Papeles de género son decisivos para las prácticas ejercidas, sensaciones de placer incitadas y el uso del preservativo, donde las desigualdades de género aparecen como un componente macizo, llamando la atención de la fragilidad femenina ante el ejercicio de su sexualidad y el proceso de ser/sentirse individuo.

PALABRAS CLAVE: Mujeres; Seropositividad para VIH; Sexualidad; Conduta sexual.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família (PSF). Enfermeira do PSF de Iguatu-CE. R. Dr. José Augusto de Araújo, 326. Iguatu-CE. E-mail: wandenf@yahoo.com.br

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e em Sistemas Locais de Saúde. Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA). R. Cel. Antº Luis, 1161. Crato-CE. E-Mail: cianavidal@hotmail.com.

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UFC. Bolsista FUNCAP. Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA). R. Cel. Antº Luis, 1161. Crato-CE. E-mail: eglidiavidal@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a epidemia de aids tem sido considerada um objeto propositor de reflexões e pesquisas, dada a sua particularidade de mobilizar para a esfera pública, parâmetros considerados, até então, como relegados à esfera privada, revelando questões de foro íntimo relacionadas, fundamentalmente, às experiências de cunho sexual.

Com efeito, associam-se a esta epidemia inúmeros estigmas, dada a relação entre sorologia positiva para HIV e homossexualidade, a inexistência da cura e os comportamentos tidos como desviantes das normas sociais (uso de drogas, homossexualidade, prostituição, relacionamentos extraconjugais), firmando-se, por meio de uma lógica reativa e discriminatória, a culpa dos "doentes"¹.

Contrariando a noção anterior quanto aos indivíduos expostos e vulneráveis a esta doença, vem sendo delineado um novo perfil epidemiológico no Brasil, que vem apontando, desde 1980 até junho de 2006, num total de 142.138 casos, para o crescimento dos casos entre mulheres, correspondendo a 32,8% do total de mais de 433 mil casos de aids notificados neste período. Destaca-se a concentração de casos na faixa etária de 20 e 49 anos, que corresponde a 85,9% dos casos de aids entre a população feminina².

Nesse sentido, o perfil epidemiológico do HIV/Aids no Brasil vem apresentando como principal característica a feminização, conseqüente à alta incidência em indivíduos heterossexuais, seguida do deslocamento de casos dos grandes centros urbanos para pequenos municípios, onde as políticas locais voltadas para o enfrentamento da infecção são mínimas, atingindo, nesta fase, grupos marginalizados socialmente, com baixo acesso à informação, à participação social e à capacidade de administração na tomada de decisões referentes aos riscos nos quais se torna possível a aquisição do vírus. Constitui-se a tríade feminização, interiorização e pauperização.

A descoberta da condição de viver com o HIV constitui uma situação complexa, na qual a maioria dos indivíduos pode não reagir de forma satisfatória, dada a associação entre HIV e morte que ainda parece existir, apresentando relação direta com discriminações e estigmas advindos das fases primórdias da epidemia, ainda arraigados no pensa-

mento e nas condutas vivenciadas freqüentemente em nosso meio social³.

Nesse sentido, as práticas sexuais e todos os seus significados passam, muitas vezes, a constituir apenas uma abordagem do vasto campo da sexualidade. É fundamental conhecer o significado desta entidade na vida das mulheres que vivem com o HIV, haja vista a associação existente entre HIV e sexualidade, podendo produzir mudanças diversas nas práticas sexuais e nos novos mecanismos para vivenciar esta atividade tão positiva.

Com a inserção da soropositividade para HIV na dinâmica vivencial dos indivíduos foram postas em relevo uma série de mudanças psíquicas e emocionais, devido ao caráter de doença, que sempre implica em modificações para a vida dos sujeitos.

No que compete aos comportamentos sexuais, estes são de difícil regulação já que a sexualidade é carregada de uma série de componentes, um espaço ritualizado, sendo extremamente morosa a continuação desta atividade ao longo da vida e a minimização dos riscos revestidos nesta experiência, diante de um cenário onde há a expressão da soropositividade⁴.

Portanto, sendo a sexualidade uma experiência histórica e pessoal, coloca desafios sobre a multiplicidade de questões que a envolvem e sobre as novas demandas impostas pelo HIV nas práticas relacionais, tornando necessário enxergar de forma inclusiva as particularidades, singularidades e necessidades daqueles situados neste universo, cuja sexualidade exige maior atenção para ser concebida de forma positiva e potencializadora. Assim, temos como objetivo deste estudo compreender as implicações da sorologia positiva para HIV na sexualidade de mulheres que vivem com HIV.

METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação qualitativa, descritiva, desenvolvida no Ambulatório de Infectologia do Hospital-Escola Santo Inácio, na cidade de Juazeiro do Norte, localizado na região sul do Estado do Ceará.

Os sujeitos foram 12 mulheres com sorologia positiva para HIV, atendidas durante os meses de maio e junho de 2006, escolhidas por conveniência e obedecidos os se-

guintes itens para inclusão: 1. viver com HIV/Aids; 2. ser do sexo feminino; 3. ter idade igual ou superior a 18 anos. A pesquisa ocorreu nos meses de maio e junho de 2006.

Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada, previamente testado, contendo questões de caracterização, relacionadas ao tema, sendo a entrevista gravada em aparelho de áudio.

Respeitaram-se os princípios da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, referentes às pesquisas envolvendo seres humanos, mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da FMJ/Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte. Visando assegurar o anonimato às participantes do estudo, foram utilizados os seguintes pseudônimos de deusas gregas da era matriarcal em lugar de seus nomes: Afrodite, Aglêia, Aidos, Ananke, Ate, Dike, Eirene, Eufrosina, Eunomia, Nêmesis, Talia e Têmis.

Coerente aos questionamentos sobre as implicações decorrentes da sorologia positiva na sexualidade de mulheres que vivem com HIV, estabeleceram-se as seguintes categorias: 1. esfera sexual – mudanças nas práticas sexuais; 2. tipos de práticas sexuais experienciadas; 3. significado do preservativo; 4. o desejo sexual.

Os dados foram organizados pela adoção da técnica de análise de conteúdo⁵ e os discursos categorizados, para proceder à análise e discussão das falas, em acordo com a literatura pertinente.

ANÁLISE DOS DISCURSOS

Caracterização das entrevistadas

Quanto à distribuição por faixa etária, pôde-se observar uma variação entre 21 e 43 anos, correspondente à idade reprodutiva feminina brasileira, que é de 10 a 49 anos, em concordância com os casos de aids no Brasil, que se concentram na faixa etária de 20 a 49 anos². Quanto à forma de aquisição do HIV, todas relataram terem adquirido o vírus por via sexual, por meio de relações sexuais desprotegidas. Neste sentido, o encontro do grande número de mulheres jovens infectadas pelo HIV vem corroborar três tendências da epidemia de aids, quais sejam a feminilização, juvenilização e heterossexualização⁶.

Outro aspecto importante a ser investigado diz respeito aos municípios de origem das mulheres, ratificando a ocorrência do fenômeno interiorização para pequenos municípios, com mínimas políticas locais voltadas para o enfrentamento da infecção.

Quanto à procedência das mulheres, verificou-se a seguinte distribuição: cinco (5) de Juazeiro do Norte, três (3) de Brejo Santo, uma (1) de Caririçu, uma (1) de Farias Brito, uma (1) do Crato e uma (1) de Antonina do Norte. Assim sendo, torna-se notória a presença do HIV em vários municípios do interior do Estado do Ceará, onde os maiores índices encontrados, possivelmente, devem-se por estas cidades figurarem entre as mais populosas na região onde estão localizadas e por possuírem serviços específicos oferecidos nesta área, com possível detecção precoce dos casos.

Corroborando esse fenômeno de interiorização, que atinge todo o Estado do Ceará, um estudo realizado num serviço de referência para atendimento em DST/aids, em Fortaleza, relacionou a procedência das mulheres atendidas e demonstrou que 40% das mulheres eram de municípios com menos de 100 mil habitantes⁷.

Com relação ao modelo de união amorosa experienciado na época do estudo pelas mulheres com HIV pesquisadas, verificou-se que sete (7) se encontravam sem parceiros e cinco (5) estavam inseridas em algum tipo de relacionamento, sendo duas (2) em união estável, uma (1) em namoro e duas (2) em casamento legal. Das sete (7) sem parceiros, três (3) eram viúvas de parceiros acometidos pela aids.

Com efeito, percebemos que a soropositividade influi decisivamente na conformação e consolidação dos relacionamentos, uma vez que quatro (4), dentre as pesquisadas, encontravam-se solteiras na ocasião do diagnóstico.

Os casais existentes, relatados pelas entrevistadas, foram formados no período pré-infecção, ocorrendo a manutenção de tais vínculos por motivos diversificados, como sentimento de cooperação e ajuda para com o parceiro ou a obrigação para com o cuidado à prole, ou mesmo a obtenção de ganhos financeiros para o sustento próprio e dos filhos.

Na busca de alcançar o objeto de estudo, questionou-se a ocorrência de mudanças nas práticas sexuais de mulheres que vivem com HIV.

Esfera sexual – mudanças nas práticas sexuais

A esfera sexual deve ser concebida como eixo condutor da intimidade nas relações interpessoais, direcionada para aspectos físicos, psicoemocionais e culturais, expressos na percepção e controle do corpo, exercício do prazer, desprazer, valores e comportamentos em processos afetivos e sexuais⁸.

Por conseguinte, transcende o plano meramente voltado para a relação sexual e a procriação, implicando na satisfação subjetiva durante o exercício de experiências consigo e com seus pares. Importantes mudanças ocorreram na vida dessas mulheres, como relatado nos discursos:

Como é que eu vou ficar com uma doença e transmitir pra outra pessoa que eu gosto, que eu amo de coração? Não posso fazer, sou mais fugir; nem ver mais e deixar lá e sofrer sozinha, melhor. (Ate)

A única mudança que teve foi que eu não tô me relacionando com ninguém e também não tô sentindo falta; é natural do ser humano, né? Faz parte! Mas a minha mentalidade tá tão fixada em resolver essas coisas, esses problemas de saúde, fazer exames, em arrumar um trabalho, arrumar uma casa, ajudar a minha irmã, que eu nem penso. (Afrodite)

Quando a gente é evangélica, que a gente já conheceu a verdade, porque Deus..., prostituição não é de Deus, entendeu? Depois que eu peguei o vírus, o HIV, aí pronto, eu disse "é aqui mesmo que eu vou parar e não dá certo nessa vida errada não." (Eufrosina)

Apreende-se, destas falas, a dificuldade em continuar as experiências sexuais após a descoberta do HIV. Diversos motivos são citados, como o medo da transmissão, a não aceitação da vivência sexual, a canalização da energia sexual para outras atividades (como o trabalho), o controle dos problemas clínicos e a oportunidade para o abandono de práticas tidas socialmente como "desviantes" para um caminho que aponta uma valorização maior do plano

espiritual. Em corroboração, uma pesquisa realizada em 2001 com 354 mulheres vivendo com HIV/Aids, apontou que 55% delas declararam que sua vida sexual terminou ou piorou após o diagnóstico⁹.

Um aspecto a ser ressaltado, presente na última fala, é o surgimento da histórica classificação das mulheres em boas ou más, santas ou pecadoras, no que tange à sexualidade¹⁰. Este raciocínio representa os constructos inerentes aos estigmas acerca da epidemia que ainda permanecem, inclusive entre as mulheres afetadas, desconsiderando os aspectos relativos à vulnerabilidade que atinge especialmente o sexo feminino.

Desta forma, a escolha que nega a sexualidade parece estar ligada a uma relação culpa-perdão, requerendo a negação de experiências sexuais para a obtenção do status de mulher "virtuosa". Assim, sob a égide de toda uma rede que estigmatiza e discrimina, aparecem determinados comportamentos situados no exterior de padrões culturalmente aceitos.

Em outras situações, modificações emergem diante da presença de um "terceiro" envolvido nas relações sexuais, estando as diferenças direcionadas à obrigação do uso do preservativo, encontrado no depoimento:

Eu não consigo mais ter relação sem preservativo. Então, fica assim, uma coisa estranha; assim, tipo um peso na cabeça, na mente; antes era normal. (Ananke)

Neste sentido, as percepções impregnadas nestas visões tendem a "desnormalizar" o fenômeno da relação sexual, pelo uso de um método de barreira. É provável que a dificuldade do uso deste método seja conseqüente aos hábitos sócio-culturais adotados desde a última metade do século passado, no qual aconteceu a decrescente utilização do preservativo, devido a uma maior variedade de métodos anticoncepcionais disponibilizados e a relativização da importância às DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis).

Com isto, a aids veio exigir um importante resgate no uso de um antigo método de prevenção à gravidez e às DST, requerendo mudanças de atitude por parte dos indivíduos, particularmente relacionadas à aceitação, consistência e uso efetivo de um método anticoncepcional e profilático¹¹.

Importantes mudanças foram percebidas no âmbito da frequência de relações e nas sensações de prazer despertadas pelo sexo, verificando-se que a percepção individual, quanto às modificações, pode variar muito, na concepção de cada mulher, abrangendo aspectos objetivos ou subjetivos.

No plano objetivo, a diminuição da frequência das relações sexuais foi atribuída às noções de confiança de outrora, que se encontram abaladas. Sobre este aspecto, frisamos que a falta de compartilhamento e a comunicação inerente às questões trazidas pelo HIV¹², poderão empobrecer a espontaneidade e dificultar o enfrentamento de várias questões suscitadas pelo vírus.

Em relação ao plano subjetivo e às percepções de prazer situadas no foro interior, as modificações podem estar relacionadas à presença da soropositividade e à exigência de novas práticas, bem como se relacionarem a formas de convívio dos parceiros, desde a sua constituição, perpassando toda a sua história.

Nesse sentido, é interessante frisar que as dificuldades e modificações encontradas são específicas para cada indivíduo/casal e que as oportunidades para falar e compartilhar estes problemas são valiosas, no intuito de oferecer a compreensão e auxiliar nas futuras práticas e sentimentos do casal frente às experiências sexuais.

Outras mudanças encontradas na maneira de vivenciar a sexualidade delinearam-se em formas alternativas de obtenção do prazer que não fossem apenas a genitalização do sexo. Fica claro que outras formas de dar e receber afetos e carinhos podem ser fontes de experiências prazerosas e potencializadoras para os indivíduos e seus pares, sendo evidente que a sexualidade se refere não somente às capacidades reprodutivas ou à prática da atividade sexual genital, mas envolve outros parâmetros relacionados à afetividade entre as pessoas.

Nesse ínterim, percebe-se que o olhar sobre experiência a sexual atribui um significado diferente e único para cada mulher, tendo a ver com a sua relação com o corpo, desejos, fantasias e medos, colocando a sexualidade diante da dialética entre generalização e especificidade¹⁰.

Dessa forma, a sexualidade, sendo uma experiência histórica e pessoal, coloca desafios sobre a multiplicidade de questões que a envolvem e sobre as novas demandas impostas pelo HIV nas práticas relacionais, sendo necessá-

rio enxergar de forma inclusiva as particularidades, singularidades e necessidades daqueles situados neste universo, cuja sexualidade exige maior atenção para ser concebida de forma positiva e potencializadora.

Práticas sexuais experienciadas

Os tipos de práticas adotados no bojo da relação sexual podem variar muito, dependendo dos parâmetros individuais e sócio-culturais, dentro de tendências que elegem o correto ou profano, restringindo, por conseguinte, aquilo a ser experienciado nesse terreno. A este propósito, reconhece-se que a histórica subalternidade feminina e os comportamentos exigidos para uma mulher ser considerada "virtuosa", negando os seus desejos e a exploração do seu prazer, deixaram muitos resquícios na nossa contemporaneidade, mas na qual superamos muitos percalços, apesar da permanência de outros.

Na nossa cultura ocidental judaico-cristã, as práticas sexuais se encontram fortemente vinculados ao modelo reprodutivo, no qual se tem a concepção de que o sexo tem como fim apenas a reprodução, tornando práticas como sexo oral, sexo anal e masturbação "normais", desde que sejam preliminares ao coito vaginal e "anormais e desviantes", se o substituirmos¹⁰.

Há pouco conhecimento sobre tipos de práticas sexuais femininas (relações vaginal, oral, anal), sobre o que gera desejo e traz prazer¹⁰ às mulheres. Foi questionada esta temática entre mulheres que vivem com HIV/Aids, e pôde-se observar que há uma grande diversidade de experiências, bem como fatores determinantes para a realização de algum tipo de prática sexual.

Em relação àquelas que afirmam praticarem apenas o coito vaginal, percebe-se a influência da educação conservadora que receberam e a tendência para considerarem como "anormais" o coito anal e oral, ou, ainda, verem estas práticas como condições para agradar e manter o parceiro satisfeito em um relacionamento, havendo o desejo por inovações na relação sexual, apesar da compreensão de que, neste campo, as iniciativas devem ser da figura masculina.

Naquelas em que se encontraram as experiências do sexo oral e anal, as concepções subjetivas são também varia-

das, desde situações propiciadoras do prazer no ato sexual, até formas de submissão às ordens e vontades do parceiro.

Ainda hoje, as mulheres são estimuladas a agradar aos homens, pouco aparecendo a satisfação de seu próprio desejo e menos ainda a importância de sua autonomia e escolha. Em função disso, precisam lançar mão de artifícios para estarem sempre sedutoras, embora seja mais grave o fato de sua vontade e seu desejo não contarem, culminando na realização de práticas que não desejam, para não serem consideradas inadequadas. Assim, muitas vezes acabam mantendo relações sexuais sem querer, mediante o seu "não", que é desconsiderado⁸.

Desta forma, faz-se imprescindível conceber que as experiências sexuais adquiram um significado único para cada mulher, de acordo com seus desejos, fantasias, medos e comportamentos adotados diante das relações com seus companheiros, nas quais o poder e supremacia masculina ainda determinam fortemente as formas das mulheres experienciarem sua sexualidade.

Significado do preservativo

Os preservativos pertencem ao grupo de contraceptivos conhecidos como métodos de barreira, propiciando duas funções conseqüentes à relação sexual desprotegida, quais sejam a gravidez indesejada e a prevenção às DST, embora seja reportado que o preservativo sempre esteve mais diretamente ligado à prevenção das DST.

Contudo, a partir da década de 60, deu-se uma maior liberdade nos costumes e valores, ocorrendo uma tendência para uma iniciação sexual mais precoce, sem a obrigatoriedade com compromisso matrimonial, bem como o desenvolvimento da antibioticoterapia e conseqüente tratamento das DST, além de uma maior disponibilidade de métodos contraceptivos que contribuiu, decisivamente, para a decrescente utilização deste método, o uso do preservativo.

Posteriormente, o surgimento da aids veio exigir o resgate do uso de condons consistentemente, o que, contudo, não vem obtendo total êxito, haja vista sobrepujarem nesta área, os sentimentos de confiança, as noções de relacionamentos estáveis e os sentimentos de invulnerabilidade.

Embora o uso do preservativo tenha aumentado, sabe-se que o uso consistente é maior entre pessoas com parcei-

ros eventuais, tendo a confiança no parceiro/esposo como a variante responsável pelo uso inconsistente em situação de parceria fixa⁹.

Neste aspecto, depois de instalado o HIV, as iniciativas dos indivíduos frente às relações sexuais precisam considerar a presença do vírus, tanto em relações concordantes como discordantes, objetivando a prevenção da transmissão e a minimização dos efeitos de uma reinfecção.

Com efeito, procurou-se conhecer a percepção das mulheres que vivem com HIV sobre esse método contraceptivo e profilático de DST, evidenciando valores importantes no que se refere ao uso do método referido, abarcando a prevenção do HIV e das demais DST, da gravidez indesejada e do aumento da carga viral, sendo evidente a decepção em não poder retornar ao passado para aderir completamente a ele e evitar a atual infecção pelo HIV.

A situação atual de infecção pelo HIV demandou para a vida das mulheres concepções positivas em se tratando do uso do preservativo masculino, o que não era compreendido na fase pré-infecção. Isto nos faz inferir que o conhecimento obtido para a mudança de comportamento só foi incorporado quando foi sentida na própria realidade os efeitos trazidos pelo HIV e a sua visibilidade que, até então, situava-se apenas no plano imaginário.

Evidenciavam-se, ainda, julgamentos pré-formados a respeito do condom, o que fortalecia o desconhecimento e expunha as mulheres aos riscos inerentes às práticas sexuais, presentes em afirmações que trazem a idéia de "achar que não ia gostar".

Com referência particular ao preservativo feminino, encontrou-se a pouca aceitação deste método, relacionando-se a uma menor disponibilidade, ao alto custo de fabricação, como também às questões de gênero que apontam para dificuldades encontradas pela mulher em tocar seus órgãos genitais e assumir um papel ativo no momento da prática sexual.

Para Giacomozzi e Camargo, pesa sobre as mulheres a responsabilidade na negociação de prática de sexo seguro com seus parceiros, sendo que há dificuldade para elas mesmas se visualizarem em uma posição de risco¹².

Com efeito, é consensual que o uso dos preservativos (masculino e feminino) é a forma mais segura e eficaz para a redução do risco de aquisição do HIV e outros agentes

sexualmente transmissíveis, sendo sua segurança dependente da técnica de uso e do uso sistemático em todas e quaisquer experiências¹¹. A este propósito, a fala a seguir demonstra a confiabilidade que este método possui, desde que obedecidas as condições que garantem o seu percentual de sucesso:

[...] das camisinhas que eu cheguei a usar [...] 90% ou mais [...] deram resultado legal. (Afrodite)

A taxa de falha no primeiro ano de uso varia entre 3%, quando usado corretamente em todas as relações, a 14%, quando usado sem esta obediência, estando sua segurança vinculada ao armazenamento adequado, técnica correta e utilização consistente¹¹.

Ressalta-se que algumas vezes o preservativo foi concebido como um método que diminui o prazer durante as relações e, nesta concepção, observado como um acessório que tende a minimizar as sensações positivas despertadas pelo ato sexual.

Bom... não é muito bom. Tem diferença de... do normal, como se diz, mas se é pra se cuidar [...]. Você não sente muita sensação, diminui [o prazer], sempre tá faltando alguma coisa, acho que é aquele contato, da pessoa, da sua carne com a carne da pessoa, aí sempre tem algo que impede, né? (Dike)

Reflete-se sobre a influência dos hábitos sócio-culturais nos comportamentos, inclusive os sexuais, e nas percepções subjetivas dos indivíduos, sendo de fundamental relevância reconhecer todas essas dificuldades. Dessa forma, a atuação dos serviços de saúde deve pautar sua assistência sob uma ótica que procure conceber o indivíduo como um ser social e de cuidado, reconhecendo as subjetividades que perpassam suas relações, a fim de intervir adequadamente em cada realidade encontrada, com uma concepção inclusiva e relacional.

O desejo sexual

Num campo mais interior, individual e subjetivo, florescem a vontade, as fantasias e os desejos inerentes à

energia sexual e à libido de cada ser humano, tornando necessário conhecer este parâmetro na vida das mulheres do estudo para apreender individualidades e compreender, sob todos os parâmetros – biológico e sócio-cultural – os determinantes para o despertar do desejo em praticar relações sexuais. Foi reportada a inexistência do desejo em ter relações sexuais, conseqüente de motivos diversos, desde a inexistência de um parceiro, perpassando por sentimentos diversificados do demonstrado pelo companheiro, até a associação do sexo com dor.

Para a relação sexual ser encarada de forma prazerosa, a dor não deverá existir, sendo relevante uma lubrificação vaginal adequada à custa dos hormônios liberados durante a excitação sexual e às secreções oriundas das glândulas secretoras do aparelho reprodutor feminino, bem como a ausência de processos inflamatórios¹¹.

Em mulheres jovens, sexualmente ativas, a presença de DST é um importante determinante para queixas de desconforto ou dor pélvica, que tenderão para a doença inflamatória¹⁰. Logo, atingir objetivos favoráveis, no que tange às práticas sexuais, necessita do intercâmbio mente-corpo saudáveis.

Foi reconhecida também a presença do desejo sexual, sendo que não havendo possibilidade de saciá-lo com um par, ocorre a transferência deste sentimento, visando esquecê-lo. Enquanto encontraram-se casos que canalizam a energia sexual para situações propiciadoras de satisfação, ocupação e distração (televisão, música, trabalho), em outra situação o sexo é associado a sentimentos negativos, como a traição e humilhação para ser negado como fonte de energia e vitalidade, podendo, estas posturas, consistirem em marcas da negação em torno da sexualidade de muitas mulheres, que são estimuladas a inibir sua atividade sexual e seu desejo, como se fosse pecado satisfazerem esta necessidade, caso não haja a iniciativa masculina.

Foram relatadas mudanças quantitativas no desejo sexual, relacionando-se a diminuição do desejo em ter relações sexuais com a existência do HIV e sobre este aspecto foi pontuada a existência dos riscos de uma relação desprotegida, bem como a obrigatoriedade do uso de métodos de barreira. Sob esse prisma, reconhece-se o paradoxo que existe no que se refere ao uso de preservativos para toda e qualquer relação desprotegida, bem como a obrigatoriedade do uso de métodos de barreira³.

Por fim, é necessário considerar que o desejo de expressão da sua sexualidade e a vivência da relação sexual como fonte de prazer é um campo bastante complexo, histórico e individual, no qual se imbricam fatores biológicos inerentes às sensações de bem-estar provocadas, além dos fatores histórico-culturais que influenciam formas de pensar, sentir e agir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Povoar em um campo complexo de significações e lições, tal como é a soropositividade para o HIV e a influência desta para as vivências amorosas e sexuais de mulheres, constituiu um universo de muitas experiências, cujo valor é incomensurável.

Os relatos mostraram a magnitude da vulnerabilidade feminina e a presença marcante das desigualdades de gênero como um componente maciço para oportunizar às mulheres adquirirem o HIV, dando margem ao fenômeno feminilização da aids.

No âmbito dos relacionamentos sexuais, os papéis de gênero são decisivos para as práticas exercidas, para as sensações de prazer despertadas, para o uso do preservativo, chamando atenção à fragilidade das mulheres frente ao exercício de sua sexualidade e ao processo de ser e sentir-se indivíduo, uma vez que prevalecem as concepções sobre o determinismo masculino nesta esfera e a aceitação da mulher para com os seus desígnios, permanecendo imensas lacunas para visualizarmos um domínio inteiro das mulheres quanto ao seu corpo, as suas vontades, desejos e atitudes.

Com relação ao uso do preservativo, verificamos que nesta população específica, constituída por mulheres que vivem com HIV, predominam diversos problemas ligados à aderência e consistência quanto ao seu uso, relacionando-se a nuances referentes à negociação entre os parceiros, às superposições das vontades masculinas ou, ainda, na percepção da diminuição do prazer, o que pode comprometer o papel exercido por este método na prevenção de riscos e/ou diminuição de danos.

É válido frisar que nos relatos expressos, múltiplas visões foram encontradas, com inúmeras peculiaridades presentes nas histórias de vida de cada uma e nas experiências de cunho amoroso-sexual, chamando atenção às

fragilidades encontradas no dia-a-dia das mulheres. Tais fragilidades comprometem a construção de um dos mais ricos e importantes componentes da identidade da pessoa, sua sexualidade, concebida como elã de vida, afetividade e sentimentos.

REFERÊNCIAS

1. Rios RR. Respostas jurídicas frente à epidemia de HIV/AIDS. In: Parker R, Terto Junior V, Pimenta MC. Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS – Anais do Seminário Solidariedade e Cidadania: princípios possíveis para as respostas ao HIV/AIDS? Rio de Janeiro: ABIA; 2002. p. 23-9.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Dados Epidemiológicos Aids. Bol Epidemiológico Aids e DST 2006 jan./junho; 3(1):30-34.
3. Maksud I. Casais com sorologias distintas para o HIV. In: Maksud I, Terto Junior V, Pimenta MC, Parker R, organizadores. Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABIA; 2002. p. 11-8.
4. Vilela W. A AIDS como objeto complexo e desafiador, e a exigência de construção de um campo de saber interdisciplinar. Ação Anti Aids, 2004 mar/maio; 50: 10-1.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Dados Epidemiológicos Aids. Bol Epidemiológico Aids e DST 2004 jan./junho; 1(2):26-34.
7. Barroso LMM, Carvalho CML, Galvão MTG. Mulheres com HIV/Aids: subsídios para a prática de enfermagem. Rev. RENE, 2006 mai/ago; 7(2): 67-73.
8. Mandú ENT. Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução. In: Associação Brasileira de Enfermagem- ABEn. Projeto acolher, Adolescer: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn; 2001. p. 61-74.
9. Instituto Patrícia Galvão (IPG). Dossiê / Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida 2003. [online] [Acesso 2006 dez 16]. Disponível em: <<http://www.patriciagalvao.org.br>>.

10. Faria N. Sexualidade e gênero: uma abordagem feminista. In: Faria N, organizador. Sexualidade e gênero: uma abordagem feminista. São Paulo: SOF; 1998. p. 3-8.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 3^a ed. Brasília; 1999.
12. Polejack L. Projeto com-vivência: trabalhando com casais sorodiscordantes. In: Maksud I, Terto Junior V, Pimenta MC, Parker R, organizadores. Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABIA; 2002. p. 27-35.
13. Giacomozzi AI, Camargo BV. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. *Psicologia: Teoria e prática*. 2004; 6(1): 31-44.

RECEBIDO: 20/08/2007

ACEITO: 27/11/07