



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES SOROPOSITIVAS PARA O HIV ACERCA DA SEXUALIDADE

SOCIAL REPRESENTATIONS OF WOMEN SEROPOSITIVE FOR HIV ABOUT SEXUALITY

REPRESENTACIONES SOCIALES DE MUJERES SOROPOSITIVAS PARA VIH ACERCA DE LA SEXUALIDAD

Lais Monique Correia Tenório¹, Sueli Teresinha Cruz Rodrigues², Ruth França Cizino da Trindade³, Isadora Pereira Farias⁴

RESUMO

Objetivos: compreender de que maneira mulheres soropositivas exercem e interpretam a sexualidade; analisar as representações sociais de mulheres soropositivas para o HIV. **Método:** estudo qualitativo, descritivo/exploratório, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, desenvolvido com doze mulheres soropositivas para o HIV, participantes do grupo *Cidadãs Positivas*, cadastradas no serviço de referência em Maceió-Alagoas, conforme aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UFAL com protocolo nº 14535413.8.0000.5013. Foi utilizado formulário semiestruturado e os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** dos temas recorrentes, emergiram: como e com quem contraiu o HIV/AIDS?; A vida sexual pós-diagnóstico HIV/AIDS; O uso do preservativo; A dificuldade de negociação para o uso do preservativo; e Insegurança para falar da condição sorológica com o parceiro. **Conclusão:** as dificuldades referidas para o exercício da sexualidade estão relacionadas à transmissão, gerando impacto negativo na sexualidade, sentimentos de culpa, raiva e medo de revelar-se ao parceiro. **Descritores:** Mulheres; HIV; Sexualidade.

ABSTRACT

Objectives: to understand how HIV women practice and interpret sexuality; to analyze the social representations of women seropositive for HIV. **Method:** qualitative, descriptive and exploratory study, based on the Social Representations Theory, developed with twelve women with HIV, *Positive Citizens Group* participants, enrolled in the referral service in Maceió-Alagoas, as approval of the Ethics Committee in Research of UFAL with Protocol number 14535413.8.0000.5013. A semi-structured form was used, and the data were subjected to content analysis technique. **Results:** of the recurring themes emerged: how and with whom did you get HIV/AIDS? ; Sexual life after HIV/AIDS diagnosis; Condom use; The difficulty of negotiating for condom use; and Insecurity to talk about the serological condition with her partner. **Conclusion:** the difficulties for the exercise of sexuality are related to the transmission, generating negative impact on sexuality, feelings of guilt, anger and fear to tell to her partner. **Descriptors:** Women; HIV; Sexuality.

RESUMEN

Objetivos: comprender de qué manera mujeres seropositivas ejercen e interpretan la sexualidad; analizar las representaciones sociales de mujeres seropositivas para VIH. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo/exploratorio, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, desarrollada con doce mujeres seropositivas para VIH, participantes del grupo *Ciudadanas Positivas*, inscriptas en el servicio de referencia en Maceió-Alagoas, conforme aprobación del Comité de Ética en Investigación de la UFAL con protocolo nº 14535413.8.0000.5013. Fue utilizado un formulario semi-estructurado, y los datos fueron sometidos a la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** de los temas recurrentes, surgieron: ¿cómo y con quién contrajo el VIH/SIDA?; La vida sexual post-diagnóstico VIH/SIDA; El uso del preservativo; La dificultad de negociación para el uso del preservativo; e Inseguridad para hablar de su condición serológica con el compañero. **Conclusión:** las dificultades referidas para el ejercicio de la sexualidad están relacionadas a la transmisión, generando impacto negativo en la sexualidad, sentimientos de culpa, rabia y miedo de hablarlo con el compañero. **Descritores:** Mulheres; HIV; Sexualidade.

¹Enfermeira egressa, Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas/ESENFAR/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: laistenorio_89@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre, Escola de Enfermagem e Farmácia - da Universidade Federal de Alagoas/ESENFAR. Enfermeira, Núcleo de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis / Programa Municipal DST/Aids, Prefeitura Municipal de Maceió. Maceió (AL), Brasil. E-mail: suelitcr@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas/ ESENFAR. Maceió (AL), Brasil. E-mail: ruth.trindade@esenfar.ufal.br; ⁴Enfermeira egressa, Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas/ESENFAR/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: lsadora.pfarias@gmail.com

INTRODUÇÃO

O presente estudo trata sobre as representações sociais de mulheres soropositivas para o HIV acerca da sexualidade. O interesse pelo tema teve início em uma disciplina ofertada na graduação, na ocasião de um debate sobre a ascensão do número de mulheres infectadas, por ser a AIDS uma doença sexualmente transmissível. O modo como estas mulheres exercem a sexualidade foi uma necessidade de investigação estabelecida pelas autoras, sendo, portanto, definido o objeto de estudo. Outro fator determinante para a escolha do objeto de estudo foi a escassez de produção científica acerca desta temática no estado de Alagoas.

As representações sociais são uma série de opiniões, explicações e afirmações que são produzidas, de forma estruturada, a partir do cotidiano dos grupos, tendo a comunicação um importante papel nesse processo.¹ A representação social é uma forma de conhecimento social do senso comum, que forma um saber geral e funcional para as pessoas, servindo para que a atividade mental de grupos e indivíduos possa relacionar-se com as situações, acontecimentos, objetos e comunicações que lhes dizem respeito.²

Desde seu início, o cenário da epidemia de HIV/ AIDS vem se modificando no Brasil e no mundo, o que se reflete em alterações do perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV/AIDS.³ Esta síndrome é uma manifestação clínica avançada da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2), que é um retrovírus constituído de RNA, da família *Retroviridae*, da subfamília dos lentivírus. A infecção pelo HIV leva a desregulação imunitária devido a uma supressão progressiva, especialmente, da imunidade celular.⁴ O HIV é transmitido por contato sexual desprotegido, injeção percutânea de sangue contaminado ou, no período perinatal, da mãe para o feto.⁵

Embora os primeiros casos clínicos de AIDS tenham sido detectados em maio de 1981, em Los Angeles e São Francisco, EUA, em doentes do sexo masculino e homossexuais com quadros exóticos de pneumonite por *P. carinii* e sarcoma de Kaposi. Uma análise retrospectiva, clínico- epidemiológica, pôde reconhecer a presença da doença na África Equatorial, a partir de 1960, em símios, e, posteriormente, em 1965, em nativos africanos. Supõe-se, portanto, que o HIV tenha origem africana.⁶ Já no Brasil, os primeiros casos de AIDS confirmados foram em 1982, no estado de São Paulo. Do total de

casos de AIDS, mais de 80% concentram-se nas regiões Sudeste e Sul. O Sudeste é a região mais atingida desde o início da epidemia e, apesar da alta taxa de incidência, mostra moderada estabilização desde 1998.⁶

A discussão sobre vulnerabilidade no universo do HIV/ AIDS em homens e mulheres é recente, pois até então o tema era tratado como um problema de saúde de grupos considerados de risco. Estudos atuais já identificaram que a dinâmica da disseminação do vírus HIV/AIDS tem sido desigual junto aos grupos vulneráveis da população e está diretamente relacionada ao comportamento e ao ambiente de risco.⁷

A sexualidade é um elemento intrinsecamente determinante das relações sociais, o comprometimento dessa esfera limita, entre outras coisas, a condição da pessoa superar a representação do estigma contida na infecção pelo HIV, bem como sua desejada normalidade social. Aquela normalidade caracterizada pela posse de todos os atributos que lhe permitem uma convivência plena com os outros; entre estes, ser aceito pela sociedade.⁸

É a partir dessas considerações que se entende a sexualidade como forma peculiar que cada indivíduo desenvolve e estabelece para viver suas relações subjetivas e coletivas. Logo, os impactos epidemiológicos do HIV/AIDS reatualizariam o dispositivo da sexualidade de modo geral e, em especial, da feminina, ao agregar questões à intimidade e à saúde sexual e reprodutiva, além de apresentar o imperativo de novas práticas relacionais e de gênero.⁹

É importante entendermos que, para as mulheres, a representação social da AIDS, seu conhecimento elaborado cotidianamente configura-se de forma diferente do que para os homens. Faz-se necessário, então, estudar a representação social das mulheres sobre AIDS para o acréscimo de dados à literatura a respeito da sexualidade feminina e da transmissão heterossexual do vírus.¹⁰

Considerando que a sexualidade é uma dimensão relevante na vida humana, estando as relações sexuais ligadas não só à reprodução mas também à afetividade de cada um, é fundamental compreender este aspecto da sexualidade de pessoas com HIV/AIDS para se promover assistência à saúde adequada e humanizada, quebrando o paradigma do modelo biomédico de atenção à saúde que enfoca principalmente os aspectos biológicos para o cuidar.¹¹

Neste contexto, o enfermeiro, enquanto componente da equipe multiprofissional, deve assumir seu papel de cuidador e educador,

buscando assistir às pessoas com HIV de forma holística e não limitada à enfermidade,¹² logo, são os objetivos deste estudo:

- Compreender de que maneira mulheres soropositivas exercem e interpretam a sexualidade;
- Analisar as representações sociais de mulheres soropositivas para o HIV.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram 12 mulheres “*Cidadãs Posithivas*” (um grupo de mulheres que fazem parte da RNP - rede nacional de pessoas vivendo com HIV), cadastradas no SAE (Serviço de Atendimento Especializado) do bloco I - Posto de Atendimento Médico Salgadinho (PAM Salgadinho). O contato com as colaboradoras do estudo ocorreu por ocasião dos encontros quinzenais do grupo focal e em um dos encontros mensais da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS - RNP.

Os critérios de inclusão foram que fossem soropositivas para o HIV; maiores de 18 anos; participassem assiduamente do grupo focal quinzenal das “*Cidadãs Posithivas*”, apoiado pelos profissionais do SAE; que estivessem cadastradas no SAE do bloco i - PAM Salgadinho, como usuária do serviço e frequentando as consultas; que estivessem em condições física e emocional para responder às perguntas da entrevista; e voluntariamente participassem do estudo. E os critérios de exclusão foram mulheres não assíduas ao grupo focal e às consultas ao SAE; e que por motivos éticos ou clínicos não pudessem participar do estudo.

O cenário escolhido para a realização deste estudo foi o bloco I do PAM Salgadinho, situado na Rua Mizaél Domingues, Maceió/Alagoas, instituição onde os sujeitos são atendidos pelos profissionais do serviço e nas dependências do Espaço do Ser, situado na Rua Dr. Albino Magalhães, Maceió/Alagoas, espaço cedido para as reuniões do grupo “*Cidadãs Posithivas*”.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, tendo sido aprovado pelo protocolo nº 14535413.8.0000.5013 e CAAE nº 14535413.8.0000.5013. Antes da realização da entrevista, as participantes do estudo foram esclarecidas quanto aos objetivos e a metodologia da pesquisa, deixando claro que suas participações deveriam ser espontâneas e que suas identidades seriam preservadas sem possíveis riscos de futuros constrangimentos. Após isto, aplicamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento utilizado para a coleta das informações foi um formulário de entrevista semiestruturado, com a finalidade de obtermos informações sobre o perfil e as dificuldades de mulheres soropositivas para o HIV para o exercício da sua sexualidade. O formulário abrangeu dados gerais, condições socioeconômicas, questões sobre a condição sorológica para o HIV e comportamento sexual. A coleta de informações aconteceu em setembro de 2013, respeitando a saturação das informações como preconiza a metodologia da pesquisa qualitativa.

Os conteúdos das entrevistas foram transcritos na íntegra e analisados com base na Análise do Conteúdo. Este método é definido como um conjunto de técnicas de análise de comunicação buscando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens¹³. Assim, permite analisar nas estrelinhas as opiniões das pessoas, não se restringindo unicamente às palavras expressas diretamente mas também àquelas que estão subentendidas no discurso do participante.

As análises deram origem às seguintes categorias: como e com quem contraiu o HIV/AIDS?; A vida sexual pós- diagnóstico HIV/AIDS; O uso do preservativo; A dificuldade de negociação para o uso do preservativo; e Insegurança para falar da condição sorológica com o parceiro.

Como forma de desvendar os temas que se sobressaiam em relação às dificuldades vivenciadas por mulheres soropositivas acerca da sexualidade, optou-se por trabalhar com a Teoria das Representações Sociais, classificando os achados dentro das questões referentes a esta.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) trata sobre a maneira pela qual os indivíduos buscam compreender o mundo que os cerca, considerando que não apenas manipulam informações ou agem sem explicações. Eles, sobretudo, pensam. Dessa forma, a TRS é uma maneira de conhecimento do senso comum que coexiste com o conhecimento científico. Assim sendo, as representações sociais referem-se ao modo como o indivíduo pensa e interpreta o cotidiano, constituindo-se de um conjunto de imagens com um sistema de referências que lhe permite interpretar sua vida e compartilhar essa interpretação com o seu meio social.¹⁴

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 12 mulheres soropositivas para o HIV na faixa etária de 38 a 61 anos que atenderam aos critérios de inclusão. Para identificá-las, utilizamos nomes de pedras preciosas para a preservação das identidades das participantes que variam de idade, escolaridade, estado civil, naturalidade, endereço, renda, entre outros.

Em relação à escolaridade, uma das entrevistadas não é alfabetizada, seis têm o 1º grau incompleto, destas, uma está cursando, uma tem o 1º grau completo, três concluíram o 2º grau e apenas uma tem nível superior completo.

Das entrevistadas, nem todas se encontravam inseridas no mercado de trabalho. Cinco são do lar, para algumas este fato está relacionado ao estado de saúde comprometido e outras referiram às dificuldades que as pessoas vivendo com HIV/AIDS enfrentam para ingressar e permanecer no mercado de trabalho após o diagnóstico. As demais exercem várias profissões, sendo elas: empregada doméstica,

diarista, professora, merendeira, comerciante, artesã e agente de saúde. A renda variou de menos de um a quatro salários mínimos, porém, a maioria possui um salário mínimo.

No que diz respeito ao estado civil, seis entrevistadas são solteiras, três são viúvas, duas são divorciadas e uma em união consensual. Ressaltamos que, no momento da realização da entrevista, cinco mulheres não tinham nenhum relacionamento afetivo. Dos companheiros atuais, cinco são positivos para a sorologia de HIV/AIDS e dois têm sua sorologia desconhecida. É importante mencionar que apenas duas das mulheres não têm filhos e as demais tiveram antes da infecção pelo HIV.

As falas emitidas pelas participantes do estudo propiciaram a elaboração da Figura 1. Nesta figura, constam as categorias e parte dos principais recortes relacionados à sexualidade das mulheres soropositivas para o HIV.

Categorias	Depoimentos
Como e com quem contraiu o HIV/AIDS?	<i>Sei não. Foi tudo de repente, né? Como é que eu vou saber? (Rubi); Não, não essa aí é uma pergunta que é meio complicada, porque a pessoa que passou pra mim não me falou que eu acredito que ele também não saiba. (Jade); Não, não sei e até hoje queria saber, mas não tenho como saber. (Pérola); Bom, foi com o meu marido mesmo, que é caminhoneiro. (Ametista); Num relacionamento, num namoro. Já era um namoro bem duradouro. (Cristal); Sei né? Na relação sexual com o meu marido. (Turmalina); Sei, foi com o meu ex-marido, na relação sexual. (Ônix)</i>
A vida sexual pós-diagnóstico HIV/AIDS.	<i>[...] eu quero usar a camisinha pra não passar o HIV pra pessoa, mas ele já acha que porque você é limpa, você é cheirosa, que não vê nada, nenhuma ferida em você, aí tem que transar sem camisinha? Não. Então a consciência é minha, de fazer ele usar ou não. Quando chega a esse ponto eu prefiro ir embora, e afastar ele de mim, não procura mais. É horrível, dá medo. (Jade); Fazer sexo pra mim... deixa eu ver, eu não te disse, mas eu faço sexo com mulher, e pra mim mudou pra melhor, muito melhor. Não tenho barreira (se refere à barreira emocional/psicológica) nenhuma, nem nada, a gente se entende muito bem e é isso. (Ônix); Olhe, o que mudou foi só a camisinha, que hoje eu uso, antes não usava sempre, hoje sim. A gente num toma banho? Num come? Então, a camisinha hoje pra mim é uma coisa assim, faz parte da minha vida mesmo. (Topázio)</i>
O uso do preservativo	<i>Com o meu companheiro, só nos primeiros três meses de namoro, e depois que a gente passou a conviver junto, ele mesmo dizia “pra quê você quer isso?” (Quartzo); [...] é como eu falei, você está num relacionamento, começa com o preservativo e depois de um certo tempo você acaba abandonando e eis o grande problema. (Cristal); Eu sempre usava, aí com o tempo foi que quando eu fui morar com ele foi que ele começou a querer não usar, mas comigo era sempre com a camisinha. (Safira)</i>
A dificuldade de negociação para o uso do preservativo	<i>Se eu for ter relações hoje e disser: “eu quero preservativo”, geralmente eles perguntam assim:” por que usar camisinha? Você tá doente?” Já aconteceu várias vezes comigo (...) e pra mim, eu perco logo o apetite, entendeu? (Ametista); A maior barreira é fazer o companheiro usar a camisinha. Aí como eles dizem “pra quê isso? Você não tem nada, eu não tenho nada”. (Quartzo); [...] o que eu acho ruim é porque eles ficam perguntando por que tem que usar a camisinha, e quando eles não querem a gente vai fazer o que né? (Diamante); [...] você até tenta, eu até já tentei, mas aí a pessoa diz “oxê por quê? Você uma mulher tão bonita, tão saudável e tudo, você não tem nada, por que você quer se prevenir?” E isso aí bloqueia, não tem como você ter mais, acaba, o apetite sexual vai embora na hora. (Pérola)</i>
Insegurança para falar da condição sorológica com o parceiro.	<i>E quando eu penso em dizer que sou, é pior ainda, porque ele vai correr de mim a distância, então já por esse motivo, eu já não quero. (Ametista); [...] aí pra mim fica complicado nesse ponto, de chegar pra ele e dizer hoje que eu tenho, porque aí eu fico com medo de dizer pra ele que eu tenho o HIV porque eu contrai com outra pessoa. (Jade); O que mais mudou em tudo na minha vida foi uma relação sexual, um novo parceiro que eu não consigo encarar, porque eu não vou ter coragem de dizer [...]. (Pérola)</i>

Figura 1 - Apresentação das categorias e depoimentos das doze mulheres soropositivas para o HIV participantes do presente estudo.

DISCUSSÃO

• Como e com quem contraiu o HIV/AIDS?

No grupo das entrevistadas, sete mulheres foram infectadas pelo marido e/ou companheiro estável, quatro não sabem identificar quem as infectou e uma suspeita da infecção através do uso de drogas injetáveis compartilhando seringas em grupos. Uma das explicações para a feminização da epidemia envolveria a crença na monogamia, estando as mulheres em relações estáveis protegidas da contaminação pelo HIV/AIDS.^{14,15}

A não identificação de como e com quem a doença foi contraída, como revelaram quatro das mulheres entrevistadas, parece indicativa da existência de mais de um parceiro sexual, sendo ainda reveladora de que as relações sexuais aconteciam sem o uso da proteção adequada.

Não, não essa aí é uma pergunta que é meio complicada, porque a pessoa que passou pra mim não me falou que eu acredito que ele também não saiba. (Jade)

Não, não sei e até hoje queria saber, mas não tenho como saber. (Pérola)

Mais da metade dos usuários do serviço público de São Paulo não utiliza proteção nas relações sexuais, tendo ou não companheiro fixo, expondo-se a reinfeção e a infecção de outras pessoas.⁹ A mulher confiaria na sua monogamia, transferindo esse sentimento ao parceiro, em função da intimidade e do convívio.¹⁴ Ou seja, a monogamia pode levar ao abandono das formas de proteção, quando utilizada, como sugerida pelas entrevistadas que contraíram o vírus com seus parceiros. Estas parecem demonstrar que a relação sexual sem preservativo é resultado da confiança na fidelidade do parceiro, não tendo a autopercepção da vulnerabilidade a DST/HIV/AIDS.

Porque a gente começa assim no namoro, vem a paquera, vem aquele clima todo, você começa a ter relação sexual com o preservativo, mas o namoro quando vai chegando num certo tempo você acaba abandonando, porque você confia naquela pessoa, aquela pessoa confia em você. (Cristal)

Em alguns casos, o uso do preservativo não é utilizado devido a crença na suposta fidelidade do companheiro, também por receio de aparecer como infiel ou manifestar falta de confiança na relação.⁹ Assim, nota-se que as entrevistadas estendem a confiança que tem em seu próprio comportamento para o parceiro, sem considerar a possibilidade de estar diante de algo realmente impossível de

se garantir. Ao falar por ela, na sua certeza de fidelidade, este discurso só pode ser garantido em relação a ela própria e não em relação a qualquer outra pessoa.

♦ A vida sexual pós-diagnóstico HIV/AIDS

Entre as entrevistadas, seis informaram que não tiveram mudanças nas relações sexuais, apenas o uso do preservativo foi acrescentado, e elas referem já terem se adaptado. Três optaram pela abstinência por referirem medo e insegurança durante o ato sexual. Duas disseram que a relação sexual mudou para pior e uma apenas diz que mudou para melhor, atribuindo a este fato a mudança da opção sexual, sendo atualmente homossexual.

Dentre as principais dificuldades citadas pelas entrevistadas, destacam-se as seguintes: relação com parceiro soro discordante, ou seja, negativo para o HIV; medo de infectar alguém; obrigatoriedade do uso do preservativo. A sorodiscordância entre os parceiros, bem como nos demais contextos em que o HIV está presente, ainda apresenta dificuldades na aceitação por parte da população. Via de regra, provoca julgamentos, reações de indignação e de condenação social, motivo pelo qual se desencadeia nos parceiros tendência à fuga e ao segredo.¹⁶

Entre as entrevistadas que nos informaram que ocorreram mudanças negativas e até abstinência em suas atividades sexuais, pudemos observar que isso é proveniente da forma como lidam com a doença em relação a sua sexualidade e desta em relação aos outros. É importante ressaltar que todas elas possuem o conhecimento da forma de transmissão do vírus HIV, mas mesmo assim demonstram insegurança e medo de transmitir o vírus em suas falas:

Eu arrumei um paquera, muito bem paquerava, namorava muito, beijava, abraçava, mas quando partia pra vamos marcar um encontro, aí oh bateu o gelo, sai pra lá, eu dizia, - tá, outro dia, agora não -, aí pronto, fugia logo dele, por que o medo, eu fiquei em pânico de ter relações, entendeu? Pronto, então, eu preferi, pra não passar por esse vexame, esse desgaste pra mim emocional, porque... eu preferi fugir. (Ametista)

[...] eu quero usar a camisinha pra não passar o HIV pra pessoa, mas ele já acha que porque você é limpa, você é cheirosa, que não vê nada, nenhuma ferida em você, aí tem que transar sem camisinha? Não. Então a consciência é minha, de fazer ele usar ou não. Quando chega a esse ponto eu prefiro ir embora, e afastar ele de mim, não procura mais. É horrível, dá medo. (Jade)

Pessoas portadoras de doenças crônicas, como HIV, a descoberta da patologia pode interferir na vida sexual principalmente no desejo, pois eles estão mais preocupados com os sintomas que poderão aparecer (febre, diarreia, doenças oportunistas) e a diminuição do desejo, das atividades sexuais ou a abstinência sexual pode vir a fazer parte de sua conduta.¹⁸

O indivíduo soropositivo interrompe temporariamente ou definitivamente as atividades sexuais após saber que está infectado, pela dificuldade de adaptação eficiente, e isto provém de fatores muito mais psicológicos (medo, culpa, insegurança) do que físicos.¹⁸

É comum identificar mulheres que, devido ao diagnóstico da infecção pelo HIV, tenham restringido ou abolido suas práticas sexuais, mesmo que não tenham perdido o desejo sexual. Vários sentimentos colaboram para isso. Como exemplo o medo da revelação do diagnóstico; o medo da transmissão do vírus; e o sentimento da limitação imposta pela necessidade do uso do preservativo.⁸

Pra mim ainda é uma coisa muito mal resolvida agora, eu como mulher soropositiva. Eu não sei se eu vou ter condições de voltar a ter um relacionamento de novo, a ter uma vida sexual prazerosa, saudável, de amor com alguém, entendeu? É um conflito muito grande ainda (...).
(Cristal)

As disfunções sexuais foram descritas com alta prevalência entre as mulheres na população em geral e os conflitos têm impacto importante na função sexual. Ainda, em mulheres portadoras foi detectada alta prevalência de disfunção sexual.¹⁹

Em estudo realizado com mulheres soropositivas foi descrito que as portadoras de HIV são confrontadas com múltiplos estressores psicossociais em todas as fases da infecção. Certos estressores alteram o estilo de vida e exigem adaptações. Alguns autores salientaram que o medo da transmissão sexual aumentou com a AIDS, tanto em sujeitos infectados como não infectados. É comum encontrarmos indivíduos que suspenderam as atividades sexuais ou pessoas que fazem sexo, e de alguma maneira, têm a atividade sexual prejudicada.¹⁹

Para as outras entrevistadas, a descoberta do diagnóstico em si não prejudicou a vivência de sua sexualidade no que se refere ao conhecimento de seu corpo, do desejo, a qualidade/ quantidade das relações sexuais e da busca pelo prazer. As mudanças relatadas foram o uso do preservativo, visto que antes não os utilizava, e houve ainda a que relatou

ter mudado para melhor, devido à mudança na opção sexual.

Fazer sexo pra mim... deixa eu ver, eu não te disse mas eu faço sexo com mulher, e pra mim mudou pra melhor, muito melhor. Não tenho barreira (se refere à barreira emocional/psicológica) nenhuma, nem nada, a gente se entende muito bem e é isso.
(Ônix)

Olhe, o que mudou foi só a camisinha, que hoje eu uso, antes não usava sempre, hoje sim. A gente num toma banho? Num come? Então, a camisinha hoje pra mim é uma coisa assim, faz parte da minha vida mesmo.
(Topázio)

Os sentimentos em relação ao sexo, à sexualidade e ao HIV são complexos e, muitas vezes, conflituosos. Os efeitos que se pode esperar desses conflitos são diversos, mas em vários estudos se reporta à dificuldade em relação ao exercício da sexualidade frente ao diagnóstico positivo para o HIV. Para muitas pessoas, a primeira resposta, depois de receber tal diagnóstico, leva a decisões como abstinência e a percepção da infecção pelo HIV como perda da sexualidade. A sexualidade, frente à perspectiva de risco adotada por muitas pesquisas e profissionais e à resposta social dada ao HIV, se revela e se constrói, muitas vezes, de forma estigmatizada.¹⁹

A sexualidade, como qualquer outro domínio da vida social, tem relação estreita com o processo de socialização e com a aprendizagem das normas estabelecidas pelas sociedades, oriunda do processo social, operando dentro dos campos do poder, e não simplesmente um conjunto de estímulos biológicos que encontram ou não uma liberação direta. A sexualidade ultrapassaria a genitalidade e a reprodução, e estaria intimamente ligada ao desenvolvimento integral dos sujeitos, além de representar uma parcela muito importante na estruturação da sua personalidade, modelando as relações sociais e sexuais dos indivíduos.²⁰

É a partir dessas considerações que se entende a sexualidade como forma peculiar que cada indivíduo desenvolve e estabelece para viver suas relações subjetivas e coletivas. Logo, os impactos epidemiológicos do HIV/AIDS reatualizariam o dispositivo da sexualidade de modo geral e, em especial da feminina, ao agregar questões à intimidade e à saúde sexual e reprodutiva, além de apresentar o imperativo de novas práticas relacionais e de gênero.⁹

◆ O uso do preservativo

Das doze entrevistadas, três estão em abstinência sexual, das nove que tem vida sexual ativa, quatro referiram que utilizam o

Tenório LMC, Rodrigues STC, Trindade RFC da et al.

Representações sociais de mulheres soropositivas...

preservativo em todas as relações sexuais, duas usam às vezes e três deixam a critério do parceiro. As que utilizam às vezes ou deixam a critério do parceiro o uso do preservativo reconhecem a importância da camisinha, e um dos fatores da não utilização é o parceiro ser também soropositivo e mostrar resistência ao uso.

De todas as entrevistadas, nove não utilizavam o preservativo antes do diagnóstico do HIV/AIDS, e três referiram que utilizavam no início do relacionamento, abandonando em seguida, com o passar do tempo.

Com o meu companheiro só nos primeiros três meses de namoro, e depois que a gente passou a conviver junto, ele mesmo dizia 'pra quê você quer isso?' (Quartzo)

Eu sempre usava, aí com o tempo foi que quando eu fui morar com ele foi que ele começou a querer não usar, mas comigo era sempre com a camisinha. (Safira)

A prevenção continua sendo a principal forma de enfrentamento da epidemia da AIDS. Uma das causas do aumento da doença na população está relacionada ao uso do preservativo: homens usam mais o preservativo do que mulheres. Além disso, estão mais habituados a trazer a camisinha e tê-la disponível na hora da relação sexual do que as mulheres. Nas relações sexuais com parceiros casuais, no último ano, 51% deles e apenas 34,6% delas usaram camisinha. A desigualdade de gênero propicia a submissão da mulher em relação ao homem e dificulta a negociação sobre o uso do preservativo. É um fator de vulnerabilidade feminina que as expõe ao maior risco de infecção pelo HIV.⁹

As exigências que a epidemia da AIDS trouxe para a intimidade parecem entrar em conflito com algumas questões relacionadas à constituição dos relacionamentos sexuais no universo feminino hegemônico, marcados por um modo de vivenciar o sexual englobado pelo ideal de plenitude amorosa. Nele, a entrega total e o desejo de fusão com o outro, simbolizados no ato sexual, chocam-se com a prescrição normativa do uso do preservativo, que representa uma barreira simbólica, na qual a “desconfiança”, avessa ao pacto amoroso, é colocada.¹⁹

É também importante que se reveja o uso de preservativo e de sexo seguro não pela visão da ameaça e do risco, mas pela possibilidade de vivenciar a sexualidade de forma segura e livre de coerção. O exercício da sexualidade deve ser assegurado independentemente da condição sorológica.¹⁹

A orientação quanto à utilização do preservativo é algo que ainda precisa ser amplamente discutido nos serviços de saúde.

Ao tratar deste tema com os indivíduos, é preciso valorizar os sentimentos, as dúvidas e as percepções sobre este uso e, acima de tudo, que esta discussão não seja pautada por um tom normativo, mas que sejam debatidas as possibilidades de realização da sexualidade e discutida a vulnerabilidade das mulheres perante seus parceiros, os quais devem buscar junto com elas formas de resolução ou de melhor manejo do tema.²¹

◆ A dificuldade de negociação para o uso do preservativo

Para as mulheres do estudo, uma das maiores dificuldades enfrentadas para o exercício natural da sexualidade é a resistência dos parceiros sexuais ao uso do preservativo, e tal situação se agrava quando se trata de uma mulher solteira com parceiro eventual, pois eles fazem questionamentos que remetem a mulher portadora do HIV à lembrança da doença e de todos os transtornos que esta causou, levando para aquela situação íntima pensamentos que inibem a satisfação do momento, gerando bloqueios e aflições que resultam em frustrações e desejo de fuga, como pode ser visto nas falas a seguir:

Se eu for ter relações hoje e disser: - eu quero preservativo -, geralmente eles perguntam assim: 'por que usar camisinha? Você tá doente?' Já aconteceu várias vezes comigo (...) e pra mim, eu perco logo o apetite, entendeu? (Ametista)

[...] o que eu acho ruim é porque eles ficam perguntando por que tem que usar a camisinha, e quando eles não querem a gente vai fazer o que, né? (Diamante)

[...] você até tenta, eu até já tentei, mas aí a pessoa diz - Oxe! Por quê? Você uma mulher tão bonita, tão saudável e tudo, você não tem nada, por que você quer se prevenir? E isso aí bloqueia, não tem como você ter mais, acaba, o apetite sexual vai embora na hora. (Pérola)

Parte das mulheres não tem acesso a informações sobre sexualidade e saúde reprodutiva, limitando o controle sobre seu próprio corpo e sobre a tomada de decisão a respeito de desempenhar sua sexualidade de maneira segura, apesar do HIV. Em geral, sentem-se inibidas e impotentes para negociar o uso de preservativo com o companheiro, temerosas de gerar suspeita de infidelidade; e recusar o relacionamento sexual se o parceiro se nega a usar o preservativo é ainda mais difícil.²²

O preservativo não é adotado facilmente nas relações sexuais entre homens e mulheres. Historicamente, o uso de condons associa-se à prostituição, promiscuidade e às relações extraconjugais. Disso resulta

embaraço e desconfiança entre os parceiros para sua aceitação. Soma-se a essa má reputação do condom, a percepção de que ele incomoda, dificulta a ereção e prejudica o prazer sexual.²²

Este fato evidencia que, apesar de termos conquistado importantes mudanças nos sistemas de significados sexuais, especialmente entre as classes média e alta, além das conquistas que o movimento feminista tem alcançado nas últimas décadas, entre as camadas menos favorecidas a sexualidade ainda é submetida a modelos tradicionais em que o peso e o poder do machismo continuam comandando as relações sexuais. Desta forma, grande parte das mulheres está submetida aos desejos dos seus parceiros, não conseguindo colocar em prática atitudes de proteção.²¹

Nas relações sexuais entre homens e mulheres, a dificuldade em negociar a camisinha pode ser entendida como exemplo dos atravessamentos das atribuições de gênero historicamente construídas, pois, na nossa cultura, muitas vezes, o fato de uma mulher carregar um preservativo mostra que ela está disponível sexualmente, o que faz com que muitas tenham propo o seu uso no momento da relação, e, além disso, algumas podem ter receio de sofrer violência física ou psicológica. Juntam-se a esses elementos a ideia de que a camisinha coloca em xeque o ideal de amor romântico e a perspectiva de que a mulher que ama deve se entregar incondicionalmente ao parceiro.²³

Na realidade, há um comportamento construído socialmente, que prega a penetração como a legítima comprovação de atividade sexual e vê a camisinha como um obstáculo. Isso torna mulheres e homens mais frágeis e vulneráveis, por limitação de expressão de sexualidade.²²

As práticas sexuais seguras envolvem mecanismos complexos. Representações sociais permeiam o exercício das diferentes sexualidades que se encontram presentes nas inter-relações de gênero. Estudo realizado na Suíça com casais heterossexuais mostrou que em contatos sexuais nos quais havia equidade de poder, o uso do condom foi mais frequente. No entanto, diminuiu nos casais mais velhos e nos casais em que os homens tinham maior poder dentro da relação.²²

Não se pode discutir a AIDS e seu enfrentamento sem compreender as relações sociais de gênero e suas implicações nas interações afetivas e sexuais entre homens e mulheres. A adoção de medidas preventivas, como é o caso do preservativo, esbarra em temas sobre os quais é difícil dialogar e exige

a superação de barreiras sociais, culturais e emocionais. Se ultrapassar esses obstáculos é um processo árduo, ao mesmo tempo é necessário para que a ameaça real à vida de milhares de homens, mulheres e crianças em todo o mundo seja superada.³

◆ Insegurança para falar da condição sorológica com o parceiro

Neste estudo, foram representados pelas mulheres entrevistadas: a insegurança, o medo de falar da condição sorológica para o parceiro, temendo a reação deste, o possível afastamento e exposição da situação de saúde tida como algo íntimo. Esta sensação algumas vezes resultou em abstinência sexual devido à dificuldade de revelar o diagnóstico.

E quando eu penso em dizer que sou, é pior ainda, porque ele vai correr de mim a distância, então já por esse motivo, eu já não quero. (Ametista)

O que mais mudou em tudo na minha vida foi uma relação sexual, um novo parceiro que eu não consigo encarar, porque eu não vou ter coragem de dizer [...]. (Pérola)

Diante da possibilidade de viver com HIV por tempo indeterminado, revelar a outras pessoas a situação de soropositividade tornou-se uma das questões centrais do cenário da epidemia da AIDS.²⁴ Após a descoberta do diagnóstico positivo, a pessoa vivencia um intenso sofrimento estando sempre presentes a angústia e o medo, além da tristeza, diante das possíveis e ainda incertas mudanças de vida. É frequente o medo do afastamento do companheiro ou da companheira e as mudanças conjugais decorrentes da revelação ao soronegativo.²⁵

A revelação também é diferenciada na questão de gênero. Observa o estudo que as mulheres são as que mais revelam temer a contaminação e a possibilidade de transmitir o HIV ao seu parceiro, reafirmando o aspecto do cuidado com o outro como uma atribuição feminina.²⁶ Mas com certeza o aspecto muito presente no momento da revelação e talvez o mais complexo e difícil de enfrentar seja o da estigmatização.²⁶

A discriminação que o estigma enseja é um importante limitante na revelação do diagnóstico no contexto da sorodiscordância para o HIV, seja ela apenas presumida ou vivenciada na prática.²⁵

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a análise sobre as representações sociais de mulheres soropositivas para o HIV acerca da sexualidade. Mostrou que tão importante quanto o cuidado com o físico, está com o psicoemocional, uma vez que se trata de uma

condição que acarreta sentimentos diversos, gerando conflitos internos.

As dificuldades referidas para o exercício da sexualidade de mulheres com HIV/AIDS são multifatoriais, relacionadas a fatores de naturezas diversas. A primeira delas pode estar relacionada ao modo de transmissão, por ser o HIV uma síndrome adquirida através da relação sexual, gerando impacto negativo no exercício da sexualidade, e consequente inibição sexual, que pode estar relacionada ao medo de transmitir a infecção ou de se reinfectar, a sentimentos de culpa, raiva, medo de revelar ao parceiro temendo o afastamento do mesmo ou violência física e muitos outros relacionados à soropositividade.

A redução da libido na maioria das vezes é transitória, o profissional de saúde deve ser capacitado para lidar com essa questão a fim de não subestimar este aspecto da vida da mulher soropositiva, oferecendo apoio e abrindo espaço para compartilhar essa situação com naturalidade, favorecendo o exercício positivo da sexualidade.

Observamos no presente estudo a relação de poder que o gênero masculino exerce sobre o feminino nas relações sexuais, atribuímos a este fato a dificuldade que todas as mulheres relataram para negociar o uso do preservativo nas relações sexuais. Identificamos, nas falas de mulheres que mantêm vida sexual ativa sem o uso de preservativos, a recusa do parceiro em aceitar o preservativo por questões pessoais e o medo de serem indagadas quanto ao motivo da exigência. Diante do exposto, fica clara a forte influência cultural que leva a mulher submeter-se a práticas sexuais inseguras por medo de serem questionadas em sua fidelidade ou por sentirem-se obrigadas a revelar sua soropositividade e serem expostas ao preconceito e abandono.

Obtivemos como representação social o medo e a insegurança, sendo estes aspectos da vida dessas mulheres que merecem ser tratados de forma aberta e sem preconceitos, resultando em um cuidado efetivo e eficaz, voltado para a escuta de suas angústias e anseios, com o propósito de minimizar o sofrimento emocional inerente à condição sorológica e evitar a prática sexual desprotegida e insatisfatória. Sendo assim, é importante que o profissional de saúde, independente de suas preferências ou convicções pessoais, esteja disponível para auxiliar as mulheres a encontrar alternativas prazerosas e seguras na vida com HIV/AIDS, de modo que a sexualidade seja fonte de satisfação e prazer.

REFERÊNCIAS

1. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
2. Oltamari LC, Camargo BV. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. *Psicologia: Teoria e Prática* [Internet]. 2009 [cited 2013 Dec 12];25(Supl. 2):S321-S333. Available from: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1166/867>.
3. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, VillelaWV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV em mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública Prática* [Internet]. 2009 [cited 2013 Dec 12];6(2):75-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/14.pdf>.
4. Veronesi, R; Focaccia, R. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 1997.
5. Smeltzer, SC; Bare, BG. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 11 th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.; 2009.
6. Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia da Aids nos últimos 25 anos. DST. *J Bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2007 [cited 2013 Dec 12];19(1):45-5. Available from: <http://www.dst.uff.br//revista19-1-2007/7.pdf>.
7. Araújo RC, Jonas E, Pfrimer IAH. Mulheres reclusas e vulnerabilidade ao vírus HIV/AIDS. *Estudos. Goiânia* [Internet]. 2007 Nov/Dec [cited 2013 Dec 12]; 34(1):1021-40. Available from: <http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/viewArticle/253>.
8. Souto BGA, Kiyota LS, Bataline MP, Borges MF, Korkischko N, Carvalho SBB et al. O sexo e a sexualidade em portadores do vírus da imunodeficiência humana. *Rev. Bras. Clin. Med* [Internet]. 2009 [cited 2013 Dec 12];7:188-91. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=pt&nextAction=lnk&exprSearch=518177&indexSearch=ID>.
9. Cabral IAC, Rangel AMH, Zucco LP. Mulheres soropositivas: um olhar para a sua sexualidade. Universidade Federal do Rio de Janeiro; Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Rio de Janeiro; 2012.
10. 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* [Internet]. 2004 [cited 2013 Dec 12];6(1):31-44. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000100003&lng=pt&nrm=iso.
11. Reis RK, Gir E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-

sexual de portadores do HIV/AIDS. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2013 Dec 12]; 44(3):759-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300030.

12. Lôbo MB, Silva SRFF, Santos DS. Segredos de liquidificador: conhecimento e prática de sexo seguro por pessoas vivendo com HIV/AIDS. Rev Eletr Enf [Internet]. 2012 Apr/June [cited 2013 Dec 12]; 14(2):395-403. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a20.htm>.

13. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

14. Guedes, TG; Moura, ERF; Paula, AN; Oliveira, NC; Vieira, RPR. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto a vulnerabilidades a DST/HIV/AIDS. Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis [Internet]. 2009 [cited 2013 Dec 12];21(3):[about 7 screens]. Available from: <http://www.dst.uff.br/revista21-3-2009/4-Mulheres-Monogamicas.pdf>.

15. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. Rev Saúde Pública [Internet]. 2002 [cited 2013 Dec 12];36(6):670-79. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13520.pdf>.

16. Miranda, DB; Matão, MEL; Campos, PHF; Pereira, JG; Faria, VS. Soropositividade para o HIV:do contexto social à conjugalidade sorodiscordante. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Feb [cited 2013 Dec 12];7(2):589-97 Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2929/pdf_2084

17. Kahhale EP, Christovam C, Esper E, Salla M, Anéas T. HIV/AIDS enfrentando o sofrimento psíquico. São Paulo: Editora Cortez; 2010.

18. Ostrow DG .Psychiatric considerations in human immunodeficiency virus disease .In: De vita V . Junior, Hellman S, Rosenberg SA. AIDS: etiology, diagnosis,treatment and prevention.4 ed. Philadelphia(USA):Lippincott-Raven; 1997.

19. Polistchuck, L. Mudanças na vida sexual após o sorodiagnóstico para o HIV: uma comparação entre homens e mulheres [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2013 Dec 12]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-22102010-133208/pt-br.php>.

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

21. Maliska ICA, Souza MIC, Silva DMGV. Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/AIDS. Cienc Cuid. Saúde [Internet]. 2007 Oct/Dec [cited 2013 Dec 12];6(4):471-8. Available from:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/3683/2685>.

22. Valadares ALR, Pinto Neto AM, Abdo C, Melo VH. HIV em mulheres de meia - idade: fatores associados. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2010 [cited 2013 Dec 12]; 56(1):112-5. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000100025&script=sci_arttext.

23. Carvalhaes FF, Filho FST. Histórias de vida de mulheres HIV+ ativistas: mudanças e permanências. Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas. Universidade Estadual de Londrina; 2010.

24. Nascimento VLV. Contar ou não contar: a revelação do diagnóstico pelas pessoas com HIV/AIDS. Dissertação de mestrado em psicologia social, PUC, São Paulo; 2002.

25. Pontes RA. A revelação da soropositividade para o HIV/AIDS ao parceiro sexual: aspectos éticos, legais, de direitos humanos e implicações nas práticas de prevenção. Monografia [especialização]. Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2011.

26. Maksud I. O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2009 [cited 2013 Dec 12];6(2):75-87. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200006.

27. Silva NEK, Ayres JRCM. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 Aug [cited 2013 Dec 12];19(2):349-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/16.pdf>.

Submissão: 13/12/2013

Aceito: 06/01/2015

Publicado: 01/02/2015

Correspondência

Láís Monique Correia Tenório
Rua Empresário Jorge Montenegro Barros, 104
Conjunto Samambaia
Bairro Serraria
CEP 57045-055 – Maceió (AL), Brasil