

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Aline Marie Dabdab Abichequer

“Só pega essa doença quem quer”?

Tramas entre gênero, sexualidade e vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids

Porto Alegre
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Aline Marie Dabdab Abichequer

“Só pega essa doença quem quer”?

Tramas entre gênero, sexualidade e vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Educação da
Faculdade de Educação da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Dagmar Estermann Meyer

Porto Alegre
2007

Dedico a construção da dissertação a meus pais, pelo amor e pela ética que me ensinaram a cultivar em todos os espaços nos quais circulo na vida.

AGRADECIMENTOS

À UFRGS, especialmente à Faculdade de Educação, pela possibilidade de realização do mestrado em uma instituição e linha de pesquisa comprometidas com a qualidade do ensino.

À professora Guacira Lopes Louro, que foi minha primeira referência teórica quanto a estudos de gênero, a partir da qual aproximei-me da linha de pesquisa na qual me inseri.

A todos/as colegas do grupo de orientação, pelas sugestões carinhosamente repassadas, pelo convívio que tornou nossas diferenças um motivo a mais para nos encontrarmos e crescermos juntos/as.

À professora Daniela e professores Fernando e José Ricardo pelas leituras criteriosas e sugestões pertinentes para o desenvolvimento da pesquisa, bem como pelas importantes contribuições já prestadas no campo de estudos contextuais sobre aids.

À professora Dagmar, pelo seu olhar atento enquanto orientadora, pelo seu comprometimento com a qualidade na construção de conhecimentos e, sobretudo, pelo prazer que expressa no exercício de sua profissão.

À Seção de Controle de DST/aids, em especial à Regina, à Clarice, e à Márcia, bem como à Sílvia, do Centro de Testagem e Aconselhamento Caio Fernando Abreu, pelas suas contribuições.

À 16ª CRS, pela experiência de trabalho construída ao longo dos anos, pelas trocas estabelecidas com colegas, pelos desafios que enfrentamos fomentando a estruturação de ações de prevenção e assistência em saúde coletiva, pois são estes desafios que nos impulsionam ao crescimento.

A toda equipe do SAE de Lajeado, especialmente Márcia, Waldirene, Ana e Rose, pelo apoio dispensado no decorrer do trabalho de campo e pela parceria construtiva junto ao trabalho da 16ª CRS.

A cada uma das mulheres entrevistadas, que me propiciaram o acesso ao conhecimento de parcelas de suas vidas, impulsionando o repensar de saberes e fazeres.

A meu irmão André, minha cunhada Mari Ângela e sobrinho Miguel, pela convivência fraterna e curiosidade de conhecer o mundo, via olhares investigativos, provocando questionamentos sobre o que parece tão conhecido...

A meus pais, Dulce e João, tanto pelo amor e dedicação que investiram na educação de seu/sua filho/a, quanto pelo apoio dispensado ao longo da trajetória do mestrado. A vocês, para sempre, serei grata!

A Deus, pela existência de todas as pessoas que participaram, de vários modos, da construção da dissertação, bem como pela possibilidade de pensar e repensar as inserções nos “mundos” nos quais transito, viabilizando, quem sabe, ressignificar saberes e fazeres.

A todos/as vocês, meus sinceros agradecimentos!!!

Cada cultura constrói a sua aids própria e específica. Bem como as respostas a ela.

Herbert Daniel

Verdade

*A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.*

*Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil .
E os perfis não coincidiam.*

*Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
diferentes uma da outra.*

*Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.*

Carlos Drummond de Andrade (1985, p. 41-42).

RESUMO

A pesquisa desenvolvida buscou investigar as articulações entre gênero, sexualidade e vulnerabilidade à infecção pelo HIV, inspirando-se em estudos de gênero pós-estruturalistas, de sociologia da saúde e vulnerabilidade. Utilizei como estratégia metodológica a entrevista narrativa, a partir da qual 8 mulheres soropositivas e/ou doentes de aids, tendo como referência suas trajetórias de vida, realizaram depoimentos sobre fatores que podem conduzir à infecção pelo HIV. As instâncias de aprendizagem sobre gênero e sexualidade, envolvendo a participação da família, escola e mídia, bem como os diferentes componentes (individuais, sociais e programáticos) da vulnerabilidade, foram abordados nas análises, procurando articular depoimentos selecionados com estudos já desenvolvidos sobre estes temas. Destacou-se a importância de repensar abordagens educativas individualizantes utilizadas em ações de prevenção a HIV/aids, situando os sujeitos em contextos sócio-econômico-culturais e assistenciais que, de modo articulado, irão interferir em maiores ou menores possibilidades de efetivar a prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde: Gênero. Sexualidade. HIV/aids. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The developed research sought to investigate the articulations between genre, sexuality and vulnerability to the infection by HIV, inspiring itself in studies of a post-structuralist genre, of health sociology and vulnerability. I used the narrative interview as methodological strategy, from which 8 women with HIV-positive and/or with AIDS, having as reference their life trajectories, realized testimonials about factors that may lead to the infection by HIV. The learning instances about genre and sexuality, involving the participation of the family, school and media, as well as the different components (individual, social and programmatic) of vulnerability, were approached in the analysis, trying to articulate selected testimonials with studies already developed about those themes. The importance of representing individualizing educational approaches used in actions of preventing HIV and AIDS stood out, situating the subjects in social-economic-cultural and assistential contexts that, in an articulate method, will interfere in bigger or smaller possibilities to make prevention effective.

KEYWORDS: Education in health: Genre. Sexuality. HIV/AIDS. Vulnerability.

LISTA DE FIGURAS

- Fig. 1 – Folder informativo sobre aids. p. 20
- Fig. 2 – Folder sobre prevenção a DST/aids. p. 20
- Fig. 3 – Folder sobre aids e mulheres. p. 28
- Fig. 4 – Folder sobre pré-natal para gestantes. p. 30
- Fig. 5 – Folder sobre prevenção à transmissão vertical (TV) do HIV I. p. 30
- Fig. 6 – Folder sobre prevenção à aids em relacionamentos heterossexuais estáveis. p. 39
- Fig. 7 – Logotipo SAE – Lajeado. p. 49
- Fig. 8 – Folder sobre prevenção à transmissão vertical (TV) do HIV II. p. 56
- Fig. 9 – Folder sobre prevenção à transmissão vertical (TV) do HIV III. p. 56

LISTA DE TABELAS

1 - Casos de aids (número e razão de sexo) em indivíduos com 13 anos ou mais, segundo ano de diagnóstico por sexo. 16ª CRS, 1987-2006.....	27
2 - Casos de aids (número e razão de sexo) em indivíduos com 13 anos ou mais por sexo. Lajeado, 1990-2006.....	28
3 - Casos de aids (número) em indivíduos com 13 anos ou mais, segundo escolaridade por sexo. 16ª CRS e Lajeado, 1987-2006	32
4 - Casos de aids (número) em indivíduos com 13 anos ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada por sexo. 16ª CRS e Lajeado, 1987-2006.....	34
5 - SAE-Lajeado, Nº de pacientes cadastrados/as, 1999 a janeiro/2007.....	50
6 - SAE-Lajeado, Nº de pacientes atendidos/as, 2007 (até janeiro)	50
7 - SAE-Lajeado, Nº de mulheres com diagnóstico de HIV/aids identificado no pré-natal, 2007 (até janeiro)	51
8 - Demanda assistida pelo SAE, Lajeado, 1999 a março 2006.....	52
9 - Algumas informações sobre entrevistadas e companheiros.....	63
10 - Demanda assistida pelo SAE associada a abuso de drogas, Lajeado, 1999 a março 2006	102

LISTA DE SIGLAS

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS

16ª CRS – Décima Sexta Coordenadoria Regional de Saúde

DST/aids -Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

MS – Ministério da Saúde

NIS/SES-RS – Núcleo de Informações em Saúde/ Secretaria Estadual da Saúde – Rio Grande
do Sul

PSF – Programa de Saúde da Família

SAE – Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids

SES- RS – Secretaria Estadual da Saúde – Rio Grande do Sul

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TV/HIV – Transmissão Vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	12
2 AIDS – O QUE EU TENHO A VER COM ISTO?.....	14
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, GÊNERO E AIDS	18
3.1 HIV/AIDS – EPIDEMIA EM CONSTRUÇÃO	25
3.1.1 Reflexões sobre uma epidemia construída	36
3.2 AIDS, GÊNERO E SEXUALIDADE - DESAFIO DE COMPREENSÃO	42
4 TRAJETOS E ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO.....	48
4.1 DELIMITAÇÃO DO ESPAÇO DE INVESTIGAÇÃO: O SAE DE LAJEADO .	48
4.1.1 Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV	53
4.2 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	56
5 UNIDADES ANALÍTICAS	67
5.1 INSTÂNCIAS DE APRENDIZAGEM DE GÊNERO E SEXUALIDADE.....	67
5.1.1 Aprendizagens na família	67
5.1.2 Aprendizagens na escola e através da mídia	73
5.1.3 Amor, confiança e (in)fideliidade: o que isso pode nos ensinar sobre gênero e sexualidade	82
5.2 VULNERABILIDADES	95
5.2.1 Considerações iniciais	95
5.2.2 Componentes individuais da vulnerabilidade	101
5.2.2.1 Abuso de drogas.....	102
5.2.2.2 Sexualidade.....	107
5.2.3 Componentes sociais da vulnerabilidade.....	115
5.2.4 Componente programático da vulnerabilidade	119
5.2.4.1 Dificuldades de acesso a informações e insumos de prevenção	119
5.2.4.2 Relação entre planejamento familiar e prevenção de DST/aids	122
5.2.4.3 Foco predominante na responsabilização individual pela prevenção	125

1 APRESENTAÇÃO

A presente dissertação delimita como foco de pesquisa as articulações entre gênero, saúde e vulnerabilidades, embasando-se nos referenciais teóricos dos Estudos de Gênero Pós-estruturalistas, da Sociologia da Saúde e de Vulnerabilidade.

Entrevistei mulheres soropositivas e/ou doentes de aids acompanhadas pelo SAE (Serviço de Assistência Especializada em aids) do município de Lajeado – RS, considerando como eixo de investigação explorar a pergunta: como gênero e sexualidade atravessam e instituem vulnerabilidades de um grupo de mulheres (e dos homens com quem elas se relacionam) da 16ª CRS à infecção por HIV/aids?

Além disto, busquei realizar algumas discussões sobre como gênero vem sendo incluído nas políticas de promoção da saúde/prevenção de DST/aids, direcionando de diferentes formas os trabalhos de educação em saúde.

Inicialmente descrevo alguns aspectos de minha trajetória profissional, visando demonstrar como a escolha pela referida temática foi sendo tecida em minha vida, expressando alguns sentidos que são a ela atribuídos, os quais motivaram a busca pela realização de mestrado na Linha de Pesquisa Educação, Sexualidade e Relações de Gênero. A pergunta de pesquisa será então apresentada, encadeada às reflexões anteriores.

No segundo capítulo abordo alguns pressupostos teóricos que fundamentam a pesquisa, focando promoção da saúde, gênero e aids. A aids é discutida enquanto epidemia que foi e está sendo construída via dados epidemiológicos e discursos que atribuem significados à doença e aos doentes. O conceito de vulnerabilidade está inserido a partir desta construção das diferentes formas de se abordar a epidemia. São citados alguns importantes trabalhos já realizados relativos às temáticas consideradas nesta dissertação.

No terceiro capítulo viso caracterizar o SAE de Lajeado e, dentre suas atribuições, o aconselhamento para a testagem anti-HIV e o acompanhamento de mulheres e homens soropositivos e/ou doentes de aids desenvolvidos. A seguir exponho as estratégias de investigação utilizadas no decorrer da pesquisa, em especial, a entrevista narrativa e alguns cuidados éticos que perpassaram todo o processo de estudo.

As análises procuraram articular depoimento de entrevistadas com estudos já realizados sobre os temas abordados, explorando duas unidades analíticas: instâncias de aprendizagem de gênero e sexualidade (participação da família, escola, mídia, discurso do amor romântico e suas repercussões sobre as possibilidades de prevenção a DST/aids) e vulnerabilidade (componentes individuais, sociais e programáticos que, articulados, expõem

os sujeitos a maiores ou menores chances de se infectar pelo HIV). Foi também realizada uma discussão sobre os limites e as possibilidades do emprego do conceito de vulnerabilidade no contexto das práticas de prevenção ao HIV/aids.

As conclusões envolvem, além da discussão sobre a temática central da dissertação, a apresentação de alguns possíveis efeitos da pesquisa, bem como reflexões sobre sua importância, tanto em nível do presente quanto, do futuro.

2 AIDS: O QUE EU TENHO A VER COM ISSO?

Você toma um rumo, mas aí os ventos, que você não sabe de onde vêm, nem da força que têm, te desviam. Você sempre vai encontrar uma praia que não era a que imaginava, sempre aparecerá algo que você não conhecia, porque é uma caminhada, e quem caminha encontra coisas, e as coisas mudam. Aliás, a beleza está justamente em você nunca poder a priori dizer como serão as coisas.
Iberê Camargo

Essas palavras do artista Iberê Camargo apud Fonseca (2003, p. 10), de alguma forma, expressam o inusitado encontro que ocorreu entre meus mundos e os da aids. Após um ano trabalhando nas áreas de Psicologia Escolar e Psicologia Clínica, realizei concurso para ingressar na Secretaria Estadual da Saúde, abrindo portas para a aproximação com a temática aidsma S

(IDH) de educação, renda e longevidade superiores às médias do RS. Contudo, isto não garante distribuição equitativa de bens, havendo desigualdades sociais, fato importante na consideração da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, como será discutido nos componentes sociais da vulnerabilidade. A região de abrangência da 16ª CRS envolve 42 municípios cuja população descende, predominantemente, de imigrantes alemães, italianos e portugueses, com uma densidade aproximada de 353.308 habitantes, sendo 176.729 homens (50,02%) e 176.579 mulheres (49,98%) (RIO GRANDE DO SUL, 2005); contudo, 73,8% dos municípios apresenta menos de 10.000 habitantes. Uma das principais atribuições da CRS consiste em auxiliar os municípios na implantação e na implementação das políticas públicas de saúde.

Trabalhando no Departamento de Ações em Saúde, minha aproximação com as temáticas DST/aids e Saúde da Mulher intensificou-se a partir de 1998, quando passei a realizar atendimento direto às pessoas soropositivas e/ou doentes de aids. O início da estruturação de um serviço de assistência à aids na região foi o resultado da pressão da demanda de pessoas até então doadoras de sangue que chegavam na sede da 16ª CRS com resultados anti-HIV reagentes (positivos) nas mãos, encaminhadas pelo Banco de Sangue, solicitando orientações sobre “o que queria dizer” tal resultado e perguntando por que não poderiam mais doar sangue, se poderiam passar o vírus HIV para outras pessoas e de que maneiras, entre outras angústias. Somou-se a essa demanda a identificação de casos de aids no presídio de Lajeado, necessitando-se oferecer assistência aos pacientes detentos. Até então, eu nunca imaginara um dia trabalhar especificamente com aids e o universo de questões que a atravessam. A equipe que foi constituída emergencialmente envolvia uma enfermeira que, além de trabalhar na 16ª CRS, já tinha alguma aproximação com a temática aids (ao acompanhar internações de doentes de aids no hospital de Lajeado), uma médica clínica geral cedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Lajeado, que demonstrou abertura para estudar aids e atender os(as) pacientes, e eu como psicóloga. Éramos três mulheres aprendendo sobre aids, inesperadamente, com cada pessoa que era acolhida e escutada e nas sucessivas capacitações para as quais fomos encaminhadas pela Secretaria Estadual da Saúde e pelo Ministério da Saúde - Coordenações de DST/aids.

Nas primeiras capacitações das quais participei, abordou-se, principalmente, o aconselhamento para a testagem anti-HIV, com que me identifiquei pela possibilidade de trabalhar com a prevenção e a assistência simultaneamente. Assim, além do acompanhamento dos(as) pacientes, iniciou-se o trabalho de aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV a todas as pessoas que desejassem realizar esse exame pelo SUS na região. Segundo as diretrizes do Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde, o aconselhamento envolve um

processo de escuta ativa, “um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/aids” (BRASIL, 2004d). Percebe-se, nesse conceito, a ênfase na responsabilização individual pela prevenção, cujo foco educativo pretendo questionar no decorrer da pesquisa.

Ao implantar gradativamente o aconselhamento no serviço, foi ocorrendo uma importante mudança em relação à população atendida/acessada: inicialmente, os casos de HIV/aids concentravam-se em homens e, como o aconselhamento passou a ser sugerido no pré-natal, mais mulheres foram tendo seu diagnóstico para HIV positivo identificado.

À medida que eu escutava as pessoas, emergiam muitos questionamentos sobre preconceitos, vivências da sexualidade, construção cultural e social de gêneros, vulnerabilidades e suas articulações. Tais reflexões permaneciam inquietando-me no sentido de uma necessidade de aprofundamento de análise e de inserção do estudo sobre gêneros e vulnerabilidades no pensar e no intervir em saúde pública no que se refere à prevenção e assistência a DST/HIV/aids.

O meu trabalho em DST/HIV/aids na 16ª CRS teve um importante redirecionamento a partir de 1999, quando passamos a nos responsabilizar não mais diretamente pelo atendimento à população, mas pela sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde da rede SUS que interagem com essa população. Tal direcionamento propiciou a multiplicação da rede de prevenção e assistência a DST/HIV/aids na região via capacitações e acompanhamento das ações desenvolvidas. Até o presente momento, há quatro municípios com assistência à aids, dois SAE's (Serviços de Assistência Especializada em aids), um em Lajeado e outro em Estrela, e 14 maternidades cadastradas para a quimioprofilaxia¹ da “transmissão vertical”², sendo que todos os 42 municípios da regional realizam o Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV e ações de prevenção a DST/HIV/aids junto às comunidades, seja via Programa de Saúde da Família (PSF), ou mesmo no atendimento prestado diariamente nas unidades sanitárias.

Atualmente, há aproximadamente 400 pessoas soropositivas e/ou doentes de aids em acompanhamento nos serviços da região; dentre elas, muitas mulheres tiveram seu diagnóstico para HIV revelado no pré-natal, mediante rotina de oferta do exame com aconselhamento. Percebe-se que o panorama da epidemia de aids na região segue as tendências de feminização, interiorização, baixa escolaridade e pauperização apontadas pelo Ministério da Saúde.

¹ Medicação para a mãe e o bebê visando a reduzir a probabilidade de infecção pelo vírus na criança.

² Termo utilizado para designar a transmissão do HIV da mãe para o bebê.

Apoiando-me em uma perspectiva teórico-metodológica que, dentre outras coisas, também privilegia estudos localizados, pesquisei as particularidades do referido panorama no contexto do aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV no que se refere à dimensão das vulnerabilidades associadas a gênero, acessando mulheres que tiveram seu resultado HIV positivo identificado no pré-natal e que passaram a ser atendidas no SAE de Lajeado.

Um dos objetivos da presente pesquisa foi aprofundar a discussão sobre os focos educativos e seus pressupostos utilizados na prevenção e assistência a DST/aids a partir da escuta de algumas mulheres atendidas no SAE de Lajeado, buscando compreender como foram construídos seus contextos de vulnerabilidade a DST/aids. A opção de acessar mulheres deveu-se, em primeiro lugar, ao fato do número de mulheres acompanhadas pelo SAE-Lajeado estar superior ao de homens, como poderá ser constatado na descrição da população assistida por esse serviço.

Discussões têm sido realizadas em relação ao processo que vem sendo chamado de feminização da epidemia de aids, enfatizando a auto-estima, o empoderamento das mulheres, a “negociação do sexo seguro”. Observa-se, nesses estudos, que as mulheres são, muitas vezes, posicionadas como vítimas per se, que seriam oprimidas pelos homens em relações lineares e descendentes de dominação-submissão. Creio que, no contexto dessas discussões, há espaço para investigações como esta, que pretendeu focalizar a construção das vulnerabilidades femininas, articulando-as à produção de determinadas formas de viver (e de se relacionar com) feminilidades e masculinidades. Comecei-me indagando, por exemplo, se, no contexto de relações heterossexuais, as vulnerabilidades femininas não deveriam encaminhar, necessariamente, para a consideração de determinadas formas de vulnerabilidade que afetam masculinidades heterossexuais, as quais têm sido pouco consideradas no contexto assistencial (CORRÊA, 2002).

Busquei na Linha de Pesquisa Educação, Sexualidade e Relações de Gênero as condições para o aprofundamento da análise das vulnerabilidades a HIV/aids em sua articulação com as vivências das masculinidades e feminilidades. Sandra Corazza³ (1996, p. 115) aponta que as “questões feitas àquilo que chamamos de ‘realidade’ são constituídas pela/s perspectiva/s teórica/s de onde olhamos e pensamos esta mesma realidade”. Assim, o foco/problema desta pesquisa desdobrou-se a partir da seguinte questão:

³ Adoto o uso do nome e sobrenome do/autor/a – quando este/a é citado/a pela primeira vez no texto – para visibilizar mulheres e homens a quem me refiro. Esta opção decorre de minha inserção no campo dos Estudos de Gênero.

- Como gênero e sexualidade atravessam e instituem vulnerabilidades de um grupo de mulheres (e dos homens com quem elas se relacionam) da 16ª CRS à infecção por HIV/aids?

Entrevistei algumas mulheres soropositivas e/ou doentes de aids cadastradas no SAE para dar conta dessa questão, considerando que o conceito de gênero, conforme Dagmar Meyer (2003b, p. 18), “traz implícita a idéia de que as análises e as intervenções empreendidas devem considerar, ou tomar como referência, as relações de poder entre mulheres e homens e as muitas formas sociais e culturais que os constituem como ‘sujeitos de gênero’”. Nas palavras de Joan Scott (1995, p. 75), “qualquer informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens, que um implica o estudo do outro”, mesmo que essas informações sejam parciais, uma vez que constituem o “ponto de vista” das mulheres sobre as masculinidades com que elas se relacionam.

Concordamos com a noção de que o conhecimento consiste, ele mesmo, em uma forma de ação (BENOIST; DESCLAUX, 1996) e, observando que as ações de promoção da saúde em DST/aids, bem como o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV desenvolvido ainda não têm incorporado profundamente em sua implementação as articulações entre gênero e vulnerabilidade à infecção por HIV/aids, creio que a presente pesquisa pode contribuir para reflexões sobre essas dimensões. Sônia Corrêa (2002) refere que, apesar de gênero estar sendo abordado com maior frequência na área da saúde, em estudos relativos à sexualidade e HIV/aids, muito ainda há a ser pesquisado. Gênero, para esta autora, constitui-se como um “campo em transição”, no sentido da possibilidade de construção de caminhos investigativos que considerem gênero enquanto seu foco de pesquisa na área da saúde.

Considerando-se, como argumentam José Ricardo Ayres e outros (2003), que “as pessoas não ‘são’ vulneráveis, elas ‘estão’ vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma, e num certo ponto do tempo e do espaço”, pretendi, com esta pesquisa, compreender o processo de construção dessas vulnerabilidades com a expectativa de que isso possa contribuir para repensar as abordagens de educação em saúde utilizadas no Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na coordenadoria onde trabalho.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, GÊNERO E AIDS

Nesta parte da dissertação, pretendo apresentar, em conjunto com alguns autores que se tornaram meus “companheiros de viagem”, os principais pressupostos teóricos que a

fundamentam. Inicialmente, serão trazidos alguns conceitos e problematizações sobre prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo gradativamente associados à temática gênero e aids.

Em primeiro lugar considero necessário esclarecer a diferença entre os conceitos de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Isso porque parece existir alguma confusão entre eles, conforme indicam os autores Paulo Buss (2003) e Dina Czeresnia (2003). Buss (2003) aponta que a confusão entre prevenção e promoção origina-se de uma ênfase dada à atuação do indivíduo sobre seu próprio comportamento e da concentração em fatores de riscos para algumas doenças em programas ditos de promoção da saúde. As estratégias de promoção da saúde, no entanto, constituiriam uma abordagem mais integrada no sentido de combinar tanto aspectos individuais quanto sociais em sua formulação e implementação.

Conforme a concepção de saúde/doença que for adotada, haverá direcionamento para ações de prevenção de doenças ou de promoção da saúde. Encontra-se vinculada a esta última a noção de que saúde resulta da articulação de determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e biológicos. Nutbeam apud Buss (2003, p. 36) afirma que “as estratégias mais eficazes de prevenção das enfermidades e promoção da saúde baseiam-se em uma combinação de ações destinadas a abordar os determinantes tanto estruturais como individuais da saúde”.

O enfoque de prevenção de doenças, que ainda perpassa muitas das ações educativas relativas a HIV/aids desenvolvidas nos serviços de saúde, baseia-se na epidemiologia, concentrando-se na redução de riscos, em informações e recomendações normativas sobre mudanças de hábitos, visando a reduzir a incidência e a prevalência de doenças nas populações, conforme mensagens veiculadas em materiais informativos apresentados a seguir.

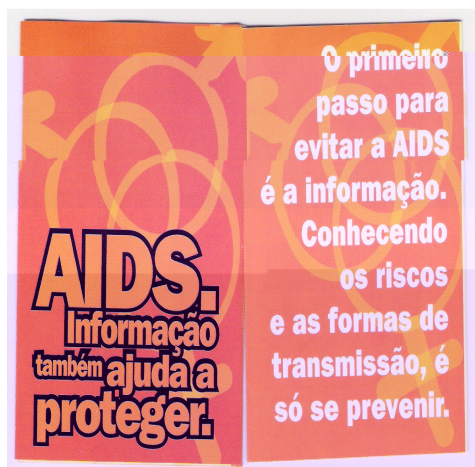


Figura 1 – Folder Informativo sobre aids



Figura 2 – Folder sobre prevenção a DST/aids

A promoção da saúde, por sua vez, desloca a ênfase da doença e da assistência curativa para ações preventivas, focando a saúde em sua positividade; é bem mais ampla, enfatiza a intersectorialidade para tentar transformar as condições de vida e de trabalho relacionadas aos problemas de saúde. Essa noção positiva de saúde procura valorizar não apenas o que deve ser evitado para se viver de forma saudável, mas especialmente a busca por uma melhor qualidade de vida do ponto de vista físico, mental e social (AYRES, 2004). Conforme explicitado por Czeresnia (2003, p. 47-48),

a idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle.

Entre os objetivos da promoção da saúde, encontra-se o de “adicionar anos à vida e vida aos anos” via transformação de condições de vida, gerando maior qualidade de vida aos envolvidos (CARVALHO, 2004, p. 670). A promoção da saúde, sob essa ótica, está associada a valores como solidariedade, democracia e participação para o enfrentamento dos problemas de saúde que atingem as populações.

Czeresnia (2003, p. 40) diferencia a promoção da saúde em perspectivas conservadoras e progressistas: apoiando-se em autores como Deborah Lupton (1995) e Alan Petersen (1997), ela afirma que, no primeiro caso, há uma “tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos, a tarefa de tomarem conta de si mesmos” (CZERESNIA, 2003, p. 40). Já as perspectivas progressistas destacam a

“elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações”, reforçando a importância da articulação entre intersectorialidade, integralidade do cuidado, abordagens interdisciplinares e participação social, tanto no planejamento quanto na avaliação dos serviços. É enfatizado que diferentes saberes introduzem novas idéias, linguagens e conceitos sobre a saúde e a maneira de produzi-la (CZERESNIA, 2003, p. 40; AYRES, 2004; CARVALHO, 2004).

Uma das estratégias utilizadas para prevenção de doenças e promoção da saúde é a educação em saúde. Denise Gastaldo (1997), com base no conceito de bio-poder proposto por Michel Foucault, problematiza as abordagens prevalentes em educação em saúde. Tal estratégia seria um dos “mecanismos empregados para controlar a população e disciplinar indivíduos” (GASTALDO, 1997, p. 148). De um modo sutil, técnicas de controle do corpo são continuamente colocadas em funcionamento, de forma que sejam adotados estilos de vida ditos “saudáveis”.

A prática de educação em saúde está permeada por relações de poder/saber, participando da construção de identidades, via desenvolvimento de representações sobre o que se espera de pessoas “saudáveis” e “doentes”. Essas identidades sociais são reforçadas por um sistema complexo de premiações e punições. Foucault (1991, p. 140, apud GASTALDO, 1997, p. 159) enfatiza que “o processo de disciplinar corpos é também alcançado através de uma regulação meticulosa dos ‘menores fragmentos da vida’”. Gastaldo (1997, p.153) comenta que a educação em saúde tida como bem-sucedida é aquela que faz com que as pessoas mudem “seus comportamentos sem sentirem tal mudança como uma imposição”, ou seja, sem haver coerção, segundo a noção de poder construtivo proposta por Foucault. Assim, a partir da “experiência de ser governado por outros e uma solicitação de auto-disciplina”, a educação em saúde pode ser situada enquanto uma estratégia de governmentação através da biopolítica (GASTALDO, 1997, p. 152).

A educação em saúde, em seu enfoque tradicional, preconiza que cabe aos/as profissionais de saúde informarem as pessoas sobre as condutas que devem ser adotadas para que sejam saudáveis, responsabilizando-as pelo autocuidado. A persuasão passa a ser a estratégia adotada pelos/as profissionais de saúde para o convencimento das pessoas a serem potencialmente “educadas”. Assim, sob essa ótica, a falta de saúde é representada “como uma falha moral da pessoa e um discurso que culpa a vítima pelo seu próprio infortúnio” (OLIVEIRA, 2005, p. 425).

Gastaldo destaca que “muitas práticas de Educação em Saúde envolvem a imposição de ‘verdades’ sobre a saúde, através das quais o paciente perde

invés da escolha, o paciente tem a experiência de ter seu corpo ou família governados por critérios alheios aos seus” (GASTALDO, 1997, p. 163). Nesse sentido, pode-se questionar, por exemplo, como a introdução de um método de prevenção à infecção pelo HIV, como o preservativo, tem circulado na cultura e perpassado a prática dos/as profissionais de saúde: parece predominar a normatização do seu uso, sem que se contextualizem as possibilidades e motivações para tal. Ainda predomina em muitos programas de saúde, entre os quais, os relativos a HIV/aids, a “educação em saúde” enquanto “ensino de saúde”, posicionando o/a profissional de saúde no lugar de detentor do saber e da verdade, que repassa informações aos que “supostamente nada sabem”, a fim de que estes mudem comportamentos e adotem estilos de vida estabelecidos *a priori* como saudáveis (MEYER, 2000, p. 73; OLIVEIRA, 2005).

Também continua persistindo em muitas ações de educação em saúde o foco na formação de consciência, autodeterminação e autonomia enquanto mecanismos de regulação. Nas palavras de Meyer, “o sujeito uno e coerente, consciente de si e do mundo e capaz de construir livremente seus caminhos, permanece operante em grande parte de nossas teorizações acerca de assistir/cuidar/educar em saúde” (MEYER, 2000, p. 84). Uma das metas da promoção da saúde consistiria, então, no desenvolvimento da autonomia para a transformação (CZERESNIA, 2003).

Como dissemos anteriormente, existe uma confusão entre práticas de prevenção e promoção, uma vez que ambas utilizam conceitos de doença, transmissão e risco, embora esse uso ocorra de diferentes formas.

Trago para discussão agora um desses conceitos – o de risco – por entender ser ele pertinente para “a produção de determinadas racionalidades, estratégias e subjetividades, sendo central na regulação e monitoração de indivíduos, grupos sociais e instituições” (LUPTON, 1999, apud CZERESNIA, 2003, p. 50). Alguns saberes embasados na noção de risco acabam sendo utilizados para determinar estilos de vida saudáveis, exercendo uma “sutil vigilância e regulação social” sobre os corpos individuais e sociais. Nessas circunstâncias, o Estado, ao delegar aos indivíduos os cuidados relativos à saúde, diminui seu envolvimento quanto à responsabilidade da gestão em saúde (CARVALHO, 2004).

Resende Carvalho (2004) também refere que a definição do “saudável” e do “risco” consiste em uma construção histórica e social, assim como outros conhecimentos. A definição de risco, dessa forma, não é estática e imutável; ao contrário, é negociada e construída em interações sociais, criando-se sentidos que podem vir a ser compreendidos a partir dos contextos histórico-culturais e as posições de sujeito em que os/as envolvidos/as são situados e se situam.

Para esta investigação, o conceito de risco tornou-se importante ao ser relacionado ao contexto de DST's, especialmente a aids. Isso porque, em determinadas situações, as adversidades das condições de vida (falta/precariedade de segurança, emprego, moradia, alimentação, saúde, transporte, enfim, cidadania) podem constituir-se, hierarquicamente, como riscos maiores do que a aids, compreendida enquanto “um mal que imediatamente não tem concretude: é estrangeira, aparentemente invisível, sem sinais exteriores” (HEILBORN; GOUVEIA, 1999, p. 191). Assim considerando, o risco e a consciência que se tem dele, no caso da aids, pode estar mais associados a um conjunto de saberes práticos, próprios de um dado contexto, do que aos saberes científicos propagados pelos discursos de saúde (OLIVEIRA et al., 2003).

No que diz respeito à aids, poderíamos questionar se ela não estaria se constituindo como mais um risco dentre tantos outros. No caso de propostas no âmbito da saúde, um discurso que pretende promover o uso de preservativo em todas as relações sexuais, por exemplo, estará adquirindo um caráter generalista ao deixar de considerar os diferentes contextos sociais que atribuem significados às práticas sexuais (HEILBORN; GOUVEIA, 1999). Como argumenta Vera Paiva (1999, p. 267), as delimitações sociais das propostas de saúde devem ser examinadas, uma vez que “a percepção do risco e o compromisso com a mudança estão emaranhados no tecido das regulações sociais e culturais”.

A partir disso podemos depreender que a noção de saúde como resultante de escolhas individuais, ou seja, ligada à noção de autonomia com que se opera nos projetos de promoção da saúde, deixa de considerar a complexidade dos fatores envolvidos para que tal autonomia se efetive. Desse modo, se ignorarmos a atuação do “social” nas concepções de doença e saúde, estaremos supondo que todos têm as mesmas condições de cuidar de si próprios,

responsabilização do indivíduo por suas escolhas e restringindo muitas intervenções a “prescrições” de estilos de vida estabelecidos segundo o que a formação dos/as profissionais de saúde preconiza como sendo “saudável”. Nas entrevistas realizadas para a presente pesquisa, o foco de investigação não foi sobre as escolhas individuais das mulheres entrevistadas, mas sim sobre os contextos que lhes possibilitaram a construção de seus jeitos de ser e estar no mundo, incluindo-se entre eles seu modo de viver com HIV/aids.

Entendo que compreensões acerca de diferenças culturais e sociais ligadas à vivência da sexualidade deveriam ser incluídas no planejamento e na execução de atividades de promoção de saúde e de assistência no que se refere a HIV/aids, isso porque cada cultura e grupo social organiza o “risco potencial de infecção pelo HIV de modos distintos”, conforme afirma Richard Parker (2000, p. 39).

O autor observa que a ênfase no risco como elemento passível de decisão individual e racional gradativamente deslocou-se para as representações sociais e culturais que organizam possíveis respostas das comunidades diante da epidemia de aids. Daí emergiu o interesse pelas questões políticas e econômicas que atuam sobre a vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade em relação a HIV/aids (PARKER, 2000).

Para o presente estudo, o conceito de vulnerabilidade tornou-se especialmente importante, pois abre portas para outras formas de compreender e intervir sobre a epidemia de aids, valorizando contextos em vez do risco individual. Segundo Ayres et al. (1999), o conceito de vulnerabilidade engloba o

esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particular

Para esta investigação, cabe trazer ainda um conceito – o de gênero. Creio que as teorizações de gênero pós-estruturalistas, articuladas com os estudos de vulnerabilidade, poderão auxiliar na compreensão dos complexos mecanismos de exercício de poder que instituem e atravessam as relações afetivo-sexuais que as mulheres acessadas na pesquisa vivenciaram/vivenciam com seus homens, e vice-versa, em determinados contextos socioculturais, tornando-as(os) mais ou menos vulneráveis à infecção pelo HIV.

De acordo com Meyer,

gênero funciona como um organizador do social e da cultura (o que inclui políticas e programas sociais) e, nessa perspectiva, engloba todos os processos pelos quais a cultura constrói e distingue corpos e sujeitos femininos e masculinos. Dentre outras coisas, isso se operacionaliza pela articulação de gênero com outras “marcas sociais”, como por exemplo classe e raça/etnia, e cada uma dessas articulações produz modificações importantes nas formas pelas quais as feminilidades e as masculinidades são, ou podem ser, vividas e experienciadas por grupos diversos, dentro dos mesmos grupos ou, ainda, pelos mesmos indivíduos, em diferentes momentos de sua vida (MEYER, 2004a, p. 13-14).

Entendo que gênero, ao perpassar políticas de promoção da saúde, é uma categoria que deve ser problematizada. Isso porque o foco educativo de diversas ações voltadas para a saúde que são colocadas em circulação parece carregar marcas sociais e culturais que posicionam homens e mulheres de forma diferente em relação a HIV/aids. Talvez algumas questões interessantes em relação à promoção de saúde sejam as que exploram com maior profundidade o que se está “promovendo”, como, para quem, por que e com que efeitos.

O conceito de gênero, para esta pesquisa, é trazido justamente por considerar as relações de poder que se exercem entre mulheres e homens. Entendo que as ações de promoção de saúde em DST/aids ainda não incorporaram profundamente tal conceito. Daí a importância de problematizarmos as diferentes vulnerabilidades – masculinas e femininas – no contexto de HIV/aids.

Tendo apresentado os conceitos básicos que serão considerados nesta pesquisa, discutirei, a seguir, a trajetória da aids, articulando leitura de “dados” epidemiológicos com as formas diferenciadas de se pensar e agir sobre essa epidemia.

3.1 HIV/AIDS: EPIDEMIA EM CONSTRUÇÃO

Empreender o exercício de pesquisar indagando sobre “o que aprendemos a ver e de quê lugar” (SANTOS, 2002, p. 150) e reconhecendo que “todo ver é visto com os olhos de seu tempo” (SANTOS, 2002, p. 153) – podendo-se conceber a noção de tempo não apenas

cronologicamente, mas também como momento de reflexão – possibilita-nos contextualizar a epidemia da aids, retomando criticamente algumas “leituras” sobre sua evolução.

A aids foi configurada, desde seu início registrado, por discursos da mídia e da saúde como uma “epidemia de números”, e isso funcionou, em alguns momentos, como estratégia que promoveu uma espécie de espetacularização da doença. No entanto, mesmo que consideremos que os números da aids, na perspectiva que adoto neste trabalho, longe de serem evidentes, foram produzidos dentro de toda uma lógica de discursos e práticas que os tornaram possíveis, esses números – e sua variação – acabaram por dar visibilidade a grandes mudanças epidemiológicas identificadas de 1980 aos dias atuais, tanto no Brasil quanto no mundo, moldando, de forma importante, respostas sociais e políticas. Assim, a epidemiologia ocupa um lugar de destaque na construção social e científica da aids e no processo de redefinição da doença e dos doentes.

Como argumenta Fernando Seffner (2002b, p. 35), “precisamos fazer a prevenção de olhos postos na epidemiologia existente”, utilizando-a para gerar conhecimentos, mesmo que parciais, sobre as realidades envolvidas. Por isso, mesmo tendo presente “a contingência das evidências (epidemiológicas) e a complexidade das operações de sua fabricação” (LARROSA, 1994, p. 83), ou seja, que os dados não são “dados”, mas construídos dentro de uma certa lógica de notificação e em contextos assistenciais atravessados e delimitados pela cultura (mesmo que isso não seja imediatamente visível no instrumento de notificação), recorro aos dados epidemiológicos para fazer uma breve “situação da epidemia” no contexto pesquisado. Tais dados, brevemente discutidos a seguir, foram obtidos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN); portanto, decorrem de registros de casos de pessoas que conseguiram acessar um serviço de saúde e que tiveram seu diagnóstico de aids realizado. Por isso, não retratam a totalidade de casos de aids nas diferentes instâncias – regional e municipal. Mesmo com essa ressalva, mas, especialmente, por serem registros oficiais, tais dados são importantes para chegarmos a algumas compreensões sobre a evolução da epidemia.

Algumas considerações sobre as notificações de aids podem, inicialmente, auxiliar no entendimento da escolha da temática aids e construção de vulnerabilidades atravessadas pelo gênero. O atual sistema de notificações de aids no Brasil abrange apenas os casos de doentes de aids, excluindo as pessoas infectadas pelo vírus HIV que ainda não desenvolveram a doença. A única exceção refere-se às gestantes, que, independentemente de serem doentes ou não, “devem” ser notificadas na “Ficha de gestante HIV” (Anexo B). Tal ficha visa ser um suporte de registro de acompanhamento prestado nos serviços públicos de saúde no que se

refere à meta enfatizada pelo Ministério da Saúde – a redução da “transmissão vertical” do HIV. Para isso, espera-se que os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento de gestantes e de seus/suas filhos/as registrem os cuidados realizados – ou não – tanto em nível ambulatorial (pré-natal) quanto hospitalar (parto).

Pareceu-me, então, oportuno, quanto ao contexto de notificação, efetuar algumas possíveis leituras sobre a distribuição dos casos de aids no que se refere à proporção entre homens e mulheres, faixa etária, escolaridade e “categoria de exposição” (termo empregado no SINAN para designar as vias de transmissão do HIV), a partir de comentários sobre dados constantes nas tabelas abaixo apresentadas, entre outros que se fizerem presentes no decorrer do texto.⁴

Tabela 1 – Casos de aids (número e razão de sexo) em indivíduos com 13 anos ou mais, segundo ano de diagnóstico por sexo. 16ª CRS, 1987-2006*

Ano de diagnóstico	Homens	Mulheres	Total	Razão H/M
1987	1	0	1	-
1989	3	0	3	-
1990	2	0	2	-
1991	5	0	5	-
1992	5	1	6	5/1
1993	5	0	5	-
1994	7	2	9	3,5/1
1995	7	2	9	3,5/1
1996	12	5	17	2,4/1
1997	19	1	20	19/1
1998	25	17	42	1,5/1
1999	19	11	30	1,7/1
2000	19	14	33	1,4/1
2001	16	18	34	0,8/1
2002	24	8	32	3/1
2003	19	18	37	1/1
2004	11	12	23	0,9/1

⁴ Em relação à distribuição por sexo, apresento os dados sem recortes para facilitar a visualização das mudanças que foram ocorrendo no decorrer dos anos, nas diferentes esferas de notificação, visto que trabalhei com mulheres, em suas relações com os homens.

2005	24	21	45	1,1/1
2006	12	11	23	1,1/1
Total	235	141	376	1,7/1

Fonte: SINAN – Secretaria Estadual da Saúde –RS - Seção de Controle de DST/aids

* Dados preliminares de 2006

Tabela 2 - Casos de aids (número e razão de sexo) em indivíduos com 13 anos ou mais por sexo. Lajeado, 1990*-2006**

Município	Homens	Mulheres	Total	Razão H/M
Lajeado	108	66	174	1,6/1

Fonte: SINAN – Secretaria Estadual da Saúde –RS - Seção de Controle de DST e aids

* O primeiro caso de aids no município de Lajeado foi notificado em 1990.

** Dados preliminares de 2006

Um fato interessante a ser comentado diz respeito à diferente evolução da epidemia entre homens e mulheres, tanto no que se refere à razão entre os sexos, quanto à taxa de incidência (casos novos): registra-se uma certa tendência de estabilização da aids entre os homens, enquanto que, entre as mulheres, há um gradativo crescimento, fato pontuado pela ilustração ao lado, referente a uma das Campanhas do Dia Mundial de Luta contra a aids (2004).

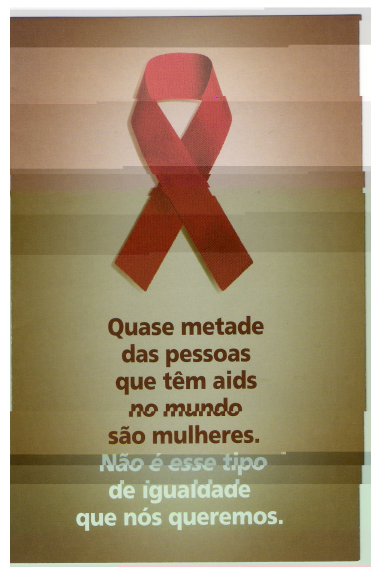


Figura 3 – Folder sobre aids e mulheres

No Brasil, no período de 1980 a junho de 2006, foram notificados 433.067 casos de aids; desse total, 67,2 % referem-se a homens e 32,8 % , a mulheres; já a taxa de incidência foi de 25,4 por 100.000 habitantes entre homens e 16,1 por 100.000 habitantes entre mulheres

(BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2006). A diferença entre o número de casos de aids notificados de homens e o de mulheres tem se reduzido cada vez mais em nível nacional: em 1985, a razão era de 26,5 casos em homens para um em mulheres (26, 5:1), caindo para 1, 4:1 em 2006 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2006). A região sul, conforme consta no Boletim Epidemiológico AIDS e DST (2006), tem apresentado as mais elevadas taxas de incidência de aids do país desde o ano 2000 (foi de 23,8 por 100.000 habitantes em 2005) e o Rio Grande do Sul, em 2003, foi o estado com maior taxa de incidência do Brasil (RS: 38,9 por 100.000 habitantes), posicionando-se em 2005 como segundo estado com incidência mais elevada (31 por 100.000 habitantes).⁵ Isso faz pensar na importância da realização de estudos sobre os processos de construção de vulnerabilidades à infecção pelo HIV em contextos regionais. Outro exemplo que vem corroborar essa afirmação refere-se ao “fato epidemiológico” de que, “apesar da tendência à interiorização da epidemia, o maior número de casos concentra-se nas regiões mais ricas, que também apresentam os mais altos índices de desigualdade social e exclusão econômica, nos seus bolsões de pobreza” (BRASIL, 2004a, p. 36).

Uma observação que me parece importante em relação à notificação de aids em geral na 16ª CRS, mas especialmente à de mulheres, refere-se ao início do serviço de assistência à aids, no qual me inseri em 1998. Na sede da 16ª CRS, dispúnhamos de uma sala onde realizávamos, além da assistência a soropositivos e doentes de aids, orientações para as pessoas que desejassem realizar o anti-HIV pelo SUS, mediante “aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV”, prática que irei abordar no Capítulo 3. Como a oferta do anti-HIV passou a ser incorporada às rotinas de atendimento pré-natal, a maioria das pessoas que buscavam e ainda buscam o aconselhamento eram mulheres gestantes, encaminhadas pelos serviços de assistência pré-natal de Lajeado. A inserção dessa “rotina” tem levado à “descoberta” sorológica para HIV em mulheres que, em princípio, não buscariam conhecer sua condição de soropositivas ou doentes de aids por não se perceberem “em risco”.

Os serviços de saúde têm interpelado as gestantes, buscando conhecê-las para controlar, focalizar a orientação sobre os cuidados que “devem” adotar para que se reduza a probabilidade de seu/sua filho/a ficar com o vírus HIV. Ou seja, percebe-se uma ênfase muito maior nos benefícios para a criança do que para a mulher-mãe na adoção da testagem anti-HIV no pré-natal (CORRÊA, 2002), conforme ilustrado nas figuras a seguir.

⁵ Cabe destacar o processo de produção destes dados, ou seja, pode-se pensar que o RS apresente maior qualidade de registros, conduzindo a uma maior visibilidade dos seus casos de aids.



Figura 4 – Folder sobre pré-natal para gestantes

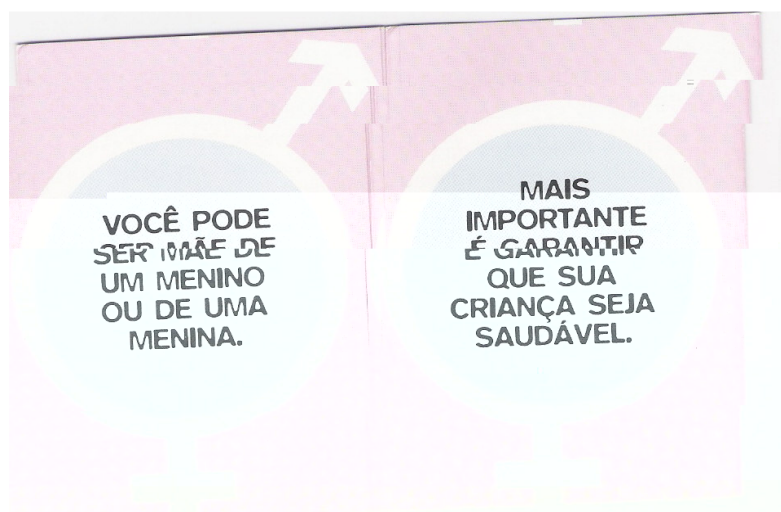


Figura 5 – Folder de prevenção à transmissão vertical (TV) do HIV I

A valorização das temáticas aids, mulheres e prevenção da transmissão vertical do HIV pelas políticas públicas pode ser constatada, por exemplo, entre os “Oito Objetivos de

Desenvolvimento do Milênio”, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, subscritos em 191 países. Esses objetivos deverão ser atingidos até 2015, por meio de ações concretas dos governos e da sociedade. Entre eles, encontram-se:

3ª meta - “Igualdade entre os sexos e a valorização da mulher”: “Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres [...]”.

5ª meta - “Melhorar a saúde das gestantes”, incluindo: “melhorar a saúde materna; programas de apoio à saúde da mulher, facilitando acesso a informações sobre planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer de mama, gestação de risco, nutrição da mulher e do bebê”.

6ª meta - “Combater a aids, a malária e outras doenças”: programas de mobilização e informação no combate à aids e outras doenças epidêmicas, como malária, tuberculose, dengue, febre amarela; programas que facilitem o acesso aos medicamentos necessários aos portadores de HIV e à prevenção das demais doenças; programas de doações e distribuição de remédios às populações de risco e baixa renda.

Outro exemplo seria um cartaz veiculado pelo Ministério da Saúde, que vi em um hospital que presta assistência a gestantes, no qual estava escrito o seguinte:

Taí uma coisa que esta criança não precisa receber da mãe: aids.

Você, profissional de saúde, pode e deve fazer sua parte na luta contra a transmissão do vírus da aids da gestante para seu filho. No Brasil, esta é a principal via de infecção do HIV em crianças. Mas isso pode mudar. Existem tratamentos preventivos e eficientes que podem salvar a vida do bebê. Só depende de você: ofereça o teste anti-HIV.

As gestantes infectadas devem receber o AZT e não amamentar.

Pode-se perceber o apelo feito aos profissionais de saúde para que coloquem em prática a oferta da testagem anti-HIV no pré-natal, sendo utilizado o argumento que, “de acordo com a literatura mundial, as taxas de transmissão vertical caem para cifras menores que 2,5% quando as ações de identificação da mãe infectada ocorrem precocemente e são adotadas todas as medidas de tratamento materno/profilaxia da transmissão vertical conforme o preconizado” (BRASIL, 2004a, p. 37). Contudo, conforme divulgado no Boletim Epidemiológico Aids/DST 2005, a taxa de transmissão vertical era de 3,7% dos casos de aids do país, apontando que, apesar da redução já observada, ainda há um percentual de transmissão mais elevado do que o desejável pelas políticas de prevenção e assistência devido, possivelmente, à participação de componentes individuais, sociais e programáticos da vulnerabilidade.⁶ O Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN DST/Aids) tem direcionado grande parte de suas ações a mulheres em idade reprodutiva,

⁶ Cabe a ressalva de que existem fragilidades nos registros de acompanhamento das crianças, impedindo o acesso a dados mais precisos sobre as taxas de infecção decorrentes da transmissão vertical do HIV.

argumentando a predominância de casos de aids entre 15 e 49 anos. Entre as ações propostas, encontra-se o aconselhamento (individual e coletivo) nos serviços de saúde, especialmente naqueles que envolvem planejamento familiar, pré-natal e atendimento ginecológico, centros de testagem anti-HIV e aconselhamento em maternidades (BRASIL, 2003, p. 36).

Maria Beatriz Pacheco (BRASIL, 2002, p. 19) desenvolve uma crítica no sentido da ênfase conferida pelas políticas de saúde à condição reprodutiva da mulher frente ao HIV, através do foco na transmissão vertical, dando visibilidade à quase ausência de ações de prevenção voltadas a mulheres acima de 45 anos (BRASIL, 2003, p. 29).

Ao abordar a transmissão do HIV na gestação, Marge Berer e Sunanda Ray (1997, apud KNAUTH, 1998b, p. 460) comentam que, “apesar de a maior parte das mulheres ter sido contaminada por homens, são as mulheres, e não os homens, que são vistas como a origem do contágio de recém-nascidos”, o que retrata a forte carga de culpabilização das mulheres.

Dessa forma, o trabalho realizado nos aconselhamentos para gestantes acaba por “garimpar” novas notificações, fato que pode ser observado em alguns dados gerados na 16ª CRS: em 1997, o número de mulheres notificadas foi de apenas 3 casos, aumentando para 20 em 1998, ano em que iniciou o serviço de aconselhamento.

As faixas etárias em que predominam os casos notificados, tanto na 16ª CRS quanto no município de Lajeado, compreendem os intervalos de 20 a 49 anos, podendo-se perceber que a maioria das notificações envolve mulheres adultas jovens, economicamente ativas, em idade reprodutiva. O aumento do número de casos em mulheres em idade reprodutiva trouxe como decorrência o aumento do número de “crianças expostas verticalmente ao HIV” e a conseqüente proposição de ações para reduzir a transmissão vertical. Entre as estratégias adotadas para reduzi-la, está a oferta do exame anti-HIV no pré-natal e de medicamentos anti-retrovirais (para tratamento de aids) para a gestante no pré-natal e no parto e para o bebê, bem como a orientação dada às mulheres-mães infectadas para não amamentar.

Outro marcador apontado nos processos de construção de vulnerabilidades que envolvem mulheres e homens tem sido a escolaridade, conforme dados que apresento a seguir.

Tabela 3 - Casos de aids (número) em indivíduos com 13 anos ou mais, segundo escolaridade por sexo. 16ª CRS e Lajeado, 1987-2006*

Escolaridade	16ª CRS	Lajeado
---------------------	----------------	----------------

	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Nenhuma	10	5	15	5	4	9
Fundamental	122	92	214	54	44	98
Médio/Superior	61	31	92	30	10	40
Ignorado	42	13	55	19	8	27
Total	235	141	376	108	66	174

Fonte: SINAN – Secretaria Estadual da Saúde –RS - Seção de Controle de DST/aids

* Dados preliminares de 2006

Os números gerados quanto à categoria “nenhuma escolaridade” indicam geralmente que a doença aids tem atingido mais mulheres do que homens nessas condições (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2004); contudo, nos dados regionais houve o dobro de homens nesta condição e foram semelhantes a nível municipal. Diferenças mais significativas entre a escolaridade de homens e mulheres, nos contextos de notificação da 16ª CRS e do município de Lajeado, encontram-se no nível fundamental, no qual predomina o número de casos (57% e 56,3%, respectivamente), indicando menor escolaridade nas mulheres (24,5% na 16ª CRS e 25,3% em Lajeado) do que em relação aos homens (32,4% na 16ª CRS e 31% em Lajeado), acentuando-se ainda mais nos níveis médio e superior. Assim, quanto maior a escolaridade, menor o número de casos em mulheres, apontando, de certo modo, que mulheres com baixa escolaridade vivenciam maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Em estudo empreendido por Neiva Wachholz, Isete Stella e Juarez Cunha (2006), a baixa escolaridade da mãe também esteve mais associada com a transmissão materno-infantil do HIV, devido articulação com baixa renda e, por vezes, abuso de drogas, dificultando adesão a tratamentos propostos pelos serviços de saúde.

Tais constatações fazem pensar na importante presença do marcador escolaridade, em articulação com outros, nas vulnerabilidades associadas à aids. Raça/cor, por exemplo, é um marcador que passou a ser incluído na ficha de notificação apenas a partir de 2001, e, segundo dados do Boletim Epidemiológico AIDS e DST (2004), entre 2001 e 2004, mais de 60% dos casos de aids envolviam homens considerados brancos, enquanto que, entre as mulheres, “observa-se redução na proporção de casos na raça/cor branca, compensada pelo aumento na

proporção de casos na parda, de 25%” (*site* www.aids.gov.br - Dados e pesquisas em DST e aids).⁷

Articulando dados de nível sócio-econômico e escolaridade, verificam-se mudanças quanto à população de doentes de aids assistida: no início da epidemia, predominavam homens homossexuais ou bissexuais de nível socioeconômico mais elevado e de maior escolaridade, contrastando com a maioria da população atualmente atendida, composta por heterossexuais de nível socioeconômico mais baixo. Consta em Brasil (2003, p. 19) que a “incidência de aids vem aumentando tanto em homens quanto em mulheres com até 8 anos de escolaridade”. Nesta publicação foi citado que as mulheres com baixa escolaridade enfrentam maiores dificuldades para negociar o uso de preservativos com seus parceiros, mas também foi ponderado que, “mesmo com maior poder aquisitivo, grau de instrução e independência financeira, a mulher ainda tem pouco espaço de negociação nas relações” (BRASIL, 2003, p. 19).

A seguir, apresento alguns dados relativos à categoria de exposição e lanço algumas interrogações quanto a alguns de seus significados possíveis.

Tabela 4 – Casos de aids (número) em indivíduos com 13 anos ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada por sexo. 16ª CRS e Lajeado, 1987-2006*

Categoria de exposição	16ª CRS			Lajeado		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
SEXUAL	119	118	237	43	57	100
Homossexual	13	0	13	7	0	7
Bissexual	22	0	22	8	0	8
Heterossexual	84	118	202	28	57	85
SANGÜÍNEA	65	11	76	47	6	53
UDI*	65	11	76	47	6	6
Hemofilia	0	0	0	0	0	0
Transfusão	0	0	0	0	0	0
Ignorada	51	12	63	18	3	21

⁷ Dados sobre raça/cor apresentam fragilidades, pois não são “coletados” da mesma forma por todos/as

Fonte: SINAN – Secretaria Estadual da Saúde –RS - Seção de Controle de DST/aids

*Dados preliminares de 2006

Freqüentemente, ao se analisarem dados relativos à “categoria de exposição”, depara-se com altos índices de resposta “ignorado”. Algumas hipóteses podem ser construídas para essa ocorrência. A ficha de notificação (Anexo C) acaba por exigir, para seu preenchimento, acesso ao conhecimento acerca tanto da identidade sexual quanto das práticas sexuais dos pacientes. Investigar sobre “quem são” as pessoas notificadas, como vivenciam seus desejos e prazeres sexuais, a partir da lógica classificatória de risco, tem se mostrado uma tarefa de difícil execução. Grande parcela dos profissionais que prestam assistência à aids parece demonstrar dificuldade em abordar a sexualidade ao centrar-se na notificação de resultados de exames, sinais e sintomas associados à patologia aids. Seria isso uma indicação de resistência à invasão de privacidade quanto à vida sexual de cada um – tanto de pacientes quanto dos profissionais que com eles interagem? Para muitos profissionais envolvidos na assistência à aids, pode ser difícil deparar-se com o “direito ao pluralismo dos desejos e das diferenças sexuais” (GUIMARÃES, 2001, p. 95). Wilza Villela (1999, p. 206) lança outra indagação nesse sentido: “é possível para o profissional ter um olhar não-estereotipado sobre a sexualidade das pessoas que ele atende, quando ele mesmo, muitas vezes, vive a sua sexualidade de modo estereotipado, conflitivo ou não-questionado?”

Parece-me também interessante pensar na diferença entre os percentuais de “ignorado” de homens e mulheres. Será que é mais fácil para os/as profissionais de saúde, ao realizarem as notificações de aids, questionarem a sexualidade de mulheres do que a de homens? Ou será que, como a maioria dos profissionais de saúde, sobretudo na área da enfermagem, é de mulheres, fica mais fácil falar com as mulheres? Além disto, pode-se pensar que, devido às características de perfis de transmissão, para homens pode ser mais difícil falar sobre sua infecção, especialmente quando estiver associada ao abuso de drogas e/ou à vivência de sexualidades não hegemônicas. Isto remete à importância dos significados que são construídos na cultura, os quais variam conforme as posições que os sujeitos ocupem.

No que se refere à categoria de exposição, a via sexual, seguida pela sanguínea, apresenta maior incidência, sendo que mulheres apresentam maiores freqüências que homens na relação heterossexual sem proteção como forma de transmissão do vírus HIV (BOLETIM

EPIDEMIOLÓGICO, 2004). Nos dados regionais a transmissão sexual é maior nas mulheres do que em homens, enquanto a transmissão sangüínea (uso de drogas injetáveis) predomina em homens. Estas diferenças provocam pensar como gênero participa, em articulação com outros aspectos, da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, tema da presente dissertação. Além disto, os dados relativos às “categorias de exposição” reforçam o questionamento sobre a visão inicial construída sobre a epidemia, que não considerava as pessoas heterossexuais com parcerias fixas como vulneráveis à infecção pelo HIV. Segundo dados do ano de 2003, “os casos masculinos devido à transmissão homo/bissexual mantiveram-se estabilizados em cerca de 26%, e aqueles casos devidos à transmissão heterossexual continuam com tendência crescente” (*site* www.aids.gov.br - Dados e pesquisas em DST e aids).

Concordo com Ayres (2006, p. 48) quando pondera que “as análises de vulnerabilidade não prescindem das análises epidemiológicas de risco”, sendo importante atentar aos modos de expressão da aids em “diferentes condições objetivas” (conforme sexo, idade, escolaridade, práticas sexuais, [...]), mas situando-as em contextos sócio-econômico-culturais e assistenciais e sofrendo mútuas interferências.

3.1.1 Reflexões sobre uma epidemia construída

A presente pesquisa, como já foi salientado, parte do pressuposto de que pesquisar para além do “dado em si” pode abrir perspectivas e diversificar olhares ao incluir a dimensão contextual que participa de sua construção. Com esse entendimento, retomo alguns aspectos acerca da trajetória histórica da epidemia de aids para, de uma certa forma, dar uma moldura temporal aos números aos quais recorro.

Maria Cristina Marques (2003) ressalta que a aids evoluiu no Brasil trazendo à tona dimensões culturais, econômicas, sociais que foram diferentemente descritas e postas em relevo no decorrer dos anos. Fatores como os conhecimentos científicos tidos como válidos em diferentes momentos, a participação de vários segmentos sociais e institucionais na construção das respostas à epidemia e suas articulações com as ações de promoção, prevenção e assistência constituíram visões múltiplas sobre a epidemia e as pessoas que supostamente seriam afetadas por ela.

A aids “surgiu” num momento histórico em que a ciência moderna parecia dominar as doenças infecciosas. Camargo Júnior (1994) pontuou que o pânico maior causado pelo surgimento da aids foi a percepção da limitação de uma medicina tida como poderosa, ou

quase poderosa” (MARQUES, 2003, p. 27). A partir dessas considerações, fiquei pensando que a aids ainda é constituída como um desafio, tanto em nível de promoção e prevenção, quanto de assistência – e isso mexe com o poder dos/as profissionais de saúde a ponto de alguns/as não suportarem trabalhar com a epidemia. Lidar com a complexidade das articulações entre as dimensões sócio-econômico-culturais que atravessam a epidemia envolve abertura para além da dimensão biológica e se constitui como condição para a estruturação de ações de promoção contextualizadas. Marques (2003) destaca que

A trajetória da AIDS no Brasil, o caminho seguido pela doença, primeiramente entre os homossexuais masculinos nas cidades e regiões mais desenvolvidas do País e depois definindo-se entre as camadas mais pobres da população, e o número crescente entre mulheres e usuários de drogas, espalhando-se para outras regiões, são temas significativos para o entendimento da epidemia no País. A evolução epidemiológica da doença nos primeiros dez anos já demonstrou a tendência da epidemia, ou seja, a mudança dos grupos atingidos, segundo a exposição, sexo e situação econômica, revelando a importância das questões sociais na definição desta evolução (BUCHALLA, 1995; CASTILHO et al, 1994, apud MARQUES, 2003, p. 33).

Marques (2003), referindo-se ao período inicial da epidemia, lembra que se procurou associar a aids à homossexualidade, visão que veio a se disseminar nos estudos epidemiológicos, nas clínicas, na opinião das pessoas e mesmo nas pesquisas.

Conforme Carmen Guimarães (2001), a mídia tem atuado como propulsora das associações entre aids e homossexuais e bissexuais, uma vez que algumas pessoas do meio artístico brasileiro com tais “categorizações” tiveram seus diagnósticos de aids trazidos à tona no período inicial da epidemia. Contudo, essa mesma autora indaga sobre a não-divulgação de outras pessoas acometidas pela doença que não necessariamente se enquadravam nesses “grupos de risco”. A partir disso, pode-se pensar como a mídia está envolvida na criação/reprodução de “verdades” que são veiculadas, bem como de “verdades” que podem ser construídas a partir das leituras que se fizerem de dados epidemiológicos, atribuindo-lhes significados distintos.

Diferentes visões foram construídas sobre a aids, juntamente com modos diversos de a sociedade se relacionar com ela. Seffner (2002a), dentre outros, situa essas concepções em três vertentes. A primeira refere-se aos “grupos de risco”, visão originária da epidemiologia, que concebe a doença como restrita a grupos que apresentam alguns traços/características de identificação. Essa visão enquadra as pessoas infectadas pelo HIV e doentes de aids em categorias de “expostos” ou não, a partir de uma lógica de inclusão/exclusão de determinados modos de ser e viver o prazer sexual e do uso de drogas, entre outros. Um dos resultados

decorrentes dessa visão foi literalmente a “exposição” das pessoas que foram posicionadas como pertencentes a grupos de risco, entre as quais, homossexuais, bissexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, promíscuos e hemofílicos, que passaram a ser alvos “das estratégias de prevenção [...] e de exclusão” (AYRES et al., 1999, p. 52). Ayres (1998, p. 414) diz que, “como problema de *grupos* de risco, a aids não se constituía uma questão de saúde tão pública assim: os cidadãos brancos, heterossexuais, não-usuários de drogas e não-hemofílicos não teriam o que temer ou com o que se preocupar”, o que dificultou a prevenção à infecção pelo HIV por parte de quem não pertencia aos grupos ditos de risco. Ao descrever a evolução da identificação das vias de transmissão do HIV, Marques (2003) cita que, conforme os casos foram sendo notificados, foi-se percebendo que havia, além da transmissão sexual, a sanguínea (hemofílicos e usuários/as de drogas injetáveis) e a vertical (da mãe para o/a filho/a, durante a gravidez, parto ou amamentação).

Os grupos de risco enquadravam todos os doentes como “culpados” ou “vítimas”, situando-os como “vetores da morte”, gerando um “medo-pânico da figura estereotipada do aidético” (GUIMARÃES, 2001, p. 48) e expressando uma visão do “outro contagioso”, que já existia em epidemias letais do passado. A aids surge então como “metáfora” (SONTAG, 1989), uma epidemia de significações, construindo representações culturais acerca [...] “da vida, da sexualidade, do desvio, da norma, do poder legitimado do saber médico e da apropriação que fazemos desse saber” (SILVA, 1998, p. 9).

Observa-se que a palavra “aidético” passa a designar toda uma trama de significações associadas a preconceitos e julgamentos. Houve e ainda há uma mobilização, especialmente da sociedade civil organizada, para tentar promover mudanças no emprego da linguagem, rejeitando o uso do termo “aidético”. Esse pode ser um exemplo interessante de como a linguagem, como instância constitutiva do social, produz significados que não são neutros; pelo contrário, geram conseqüências de várias ordens muito concretas na vida das pessoas.

No período da vertente dos grupos de risco, a aids expressava dimensões culturais e morais a ela associadas, especialmente as relativas ao exercício da sexualidade. Guimarães (2001) utiliza citação de Claudine Herzlich e Janine Pierret para situar a apropriação da aids como agente disciplinar das sexualidades, inspirando-se em Foucault:

A partir do verão de 1983 a AIDS deixa definitivamente de ser um simples “mistério médico”. O discurso que circula não a torna apenas objeto de lutas científicas e econômicas nunca antes presenciadas; ela aparece como motor de mudanças radicais no modo de vida e nos valores do fim do século XX, em particular no que diz respeito à liberdade sexual (HERZLICH; PIERRET, 1992, apud GUIMARÃES, 2001, p. 48).

Guimarães reforça que, embora a aids tenha surgido como um fato médico, também se constitui como “fato social total”, envolvendo aspectos sócio-histórico-fisiopsicológicos. A autora afirma que “as representações sobre percepção de risco, prevenção e controle da epidemia são [...] o lugar em que a epidemiologia da AIDS entrecruza-se com a complexidade das relações sociais, suas categorias e seus valores” (GUIMARÃES, 2001, p. 39).

A noção de que a aids estaria restrita a grupos específicos produziu marcas que ainda perpassam muitas visões associadas à epidemia, fazendo-se ainda presentes, em diferentes níveis, no imaginário social. A própria evolução da configuração da epidemia de aids em heterossexuais está estreitamente vinculada à não-identificação com os “grupos de risco” e, portanto, também com a necessidade de se prevenir da infecção. Em 2000 o slogan do Dia Mundial de Luta contra a aids foi “Não leve a aids para casa”, enfatizando a prevenção em relações heterossexuais estáveis, como ilustra a figura.

À medida que foram sendo detectados casos de aids em pessoas não pertencentes aos chamados “grupos de risco”, foi se desenvolvendo a vertente de “comportamentos de risco”, fatores ou práticas de risco. Seffner (2002a) destaca que houve avanços em relação à noção anterior. Contudo, “um dos problemas é que ela ‘apaga’ determinados contextos, que tornam alguns indivíduos mais vulneráveis à epidemia do que outros, tais como questões econômicas, acesso a informações, existência de serviços de saúde e aconselhamento”, ao que se podem acrescentar as questões culturais associadas à construção de gêneros. Seffner (2002a, p. 1) também alerta que “outro problema do conceito de comportamento de risco é que todo o trabalho de prevenção passa a ter uma ótica individualista e culpabilizante”.

Ayres et al. (1999) apresentam a noção de comportamento de risco como um avanço no sentido de reduzir o estigma associado aos “grupos de risco”, universalizar a preocupação com a aids e estimular o ativo envolvimento individual com a prevenção. O autor argumenta que o enfoque de comportamentos de risco, no entanto, mostrou-se limitado ao manter “obscurecido o caráter propriamente público de qualquer fenômeno epidêmico” (1998, p. 415). Isto é, tal enfoque não considera os contextos de que os indivíduos participam e, com



Figura 6 – Folder s/ prevenção à aids em relacionamentos heterossexuais estáveis

isso, tende à culpabilização individual pela infecção, outro aspecto que marca essa abordagem.

Guimarães (2001, p. 141) também comenta que a troca do conceito de grupo de risco pelo de comportamento de risco “foi uma tentativa de esvaziar o peso do estigma e da discriminação associados a determinados indivíduos”. Isso não quer dizer necessariamente que essa meta tenha sido plenamente alcançada, pois pode-se pensar que marcas classificatórias de risco a HIV/aids construídas na cultura via discursos da mídia, da ciência e dos profissionais de saúde, entre outros, podem não se reestruturar na mesma velocidade da troca dos termos empreendida nos meios profissionais e na sociedade civil organizada. Segundo Ayres,

no período de 1985 a 1988, “o conceito de grupo de risco entra em franco processo de crítica e desuso; de um lado, pela inadequação que a própria dinâmica da epidemia demonstrava; de outro, pelos severos ataques que recebeu dos grupos mais atingidos pela estigmatização e pela exclusão que dela derivava, especialmente por parte do movimento *gay* norte-americano (AYRES et al, 1997, apud GUIMARÃES, 2001, p. 49).

Guimarães (2001, p. 49) descreve o termo “comportamento de risco” como tão individualizante quanto a noção de grupos de risco, mas com um desvio da estigmatização – passa-se “das identidades para as práticas sociais de risco”.

Ayres et al. (1997) apontam para a chamada pauperização da epidemia no fim dos anos 80, quando ocorre a explosão da aids em direção aos mais pobres, às mulheres, aos marginalizados, aos negros, aos jovens, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Frente a esse panorama, estratégias de prevenção de alcance social ou estrutural passaram a ser mais valorizadas do que as de redução individual e comportamental de risco, daí emergindo o enfoque de vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade envolve “reconhecer diferentes susceptibilidades de indivíduos e grupos populacionais à aids, resultantes do conjunto das condições individuais e coletivas que os põem em maior ou menor contacto com a infecção e com as chances de se defender dela” (AYRES, 1998, p. 416).

No decorrer da década de 90, a noção de vulnerabilidade social foi sendo elaborada, destacando-se os estudos de Jonathan Mann, em 1992, que abordou a vulnerabilidade em três dimensões: individual, social e programática. Ayres (1999 et al., p. 57) esclarecem que

as condições que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo), comportamentais (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir

daqueles elementos cognitivos) e sociais (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores).

Conforme explicitado por Pimenta e Souto (2003), a vulnerabilidade individual tem a ver com os recursos pessoais que podem levar à proteção contra a infecção. Ayres (1998, p. 417), ao abordar a vulnerabilidade no plano individual, enfatiza que “os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não devem ser entendidos (apenas) como uma decorrência imediata e exclusiva da vontade das pessoas”. Tais comportamentos estão também associados com o nível de consciência que cada indivíduo tem do problema e com sua capacidade de modificar seus comportamentos a partir dela.

Já a dimensão social, segundo Pimenta e Souto (BRASIL, 2003), engloba os aspectos do contexto em que ocorre a epidemia, considerando as condições de vida num âmbito mais amplo. Vários fatores constituem a vulnerabilidade social, entre os quais: acesso à informação, recursos investidos na saúde, outras condições de saúde e seus indicadores, aspectos sociopolíticos e culturais, como a situação da mulher, grau de liberdade de pensamento e expressão de diversos sujeitos, condições de bem-estar social (AYRES, 1998).

No que se refere à dimensão programática, podemos dizer que esta se relaciona com as políticas e programas que objetivam controlar a infecção. De acordo com Ayres (1998), essa dimensão inclui aspectos como comprometimento político, planejamento de ações, qualidade do gerenciamento das mesmas, financiamentos, continuidade, avaliação e reformulação das ações desenvolvidas. Já Francisco Bastos (2001) destaca que o conceito de vulnerabilidade a HIV/aids, além de abranger aspectos culturais, sociais e políticos, “funciona como um ‘operador de leitura’, possibilitando ‘extrair’ interpretações mais ricas dos dados e informações disponíveis” (BASTOS, 2001, p. 9).

Assim, exercitar uma “profunda escuta da vida social” (BENOIST; DESCLAUX, 1996) passa a se constituir enquanto uma necessidade ao se trabalhar com a perspectiva de vulnerabilidades. De acordo com Paiva (2000), o conceito de vulnerabilidade pessoal e coletiva ao HIV e à aids é mais produtivo que as visões de grupo de risco e de responsabilidade individual descontextualizada, pois proporciona a inclusão de fatores como relações de poder, contextos socioeconômicos e culturais, cruzando diferentes “marcadores”, entre os quais, classe, raça, idade e sexo, podendo-se agregar os relativos a gênero.

A vertente relativa a “vulnerabilidades”, portanto, busca integrar aspectos de ordem individual e social, sendo estes últimos vinculados à disponibilidade de recursos, informações e estrutura de atendimento, bem como aos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais.

Pauperização, violência, baixa escolaridade podem ser vistos como fatores que, articulados, participam da construção das vulnerabilidades das pessoas à infecção pelo HIV. Desse modo, a vulnerabilidade encontra-se articulada à trajetória social da aids, podendo-se explorá-la no sentido de buscar compreensões para sua construção, como, por exemplo, nos meios pobres e heterossexuais de centros urbanos, em que, segundo dados obtidos nas notificações de aids, se concentram os maiores índices da doença.

Vale dizer que, ao que parece, a passagem da noção de risco descontextualizado para o de vulnerabilidade, ao menos no cotidiano de algumas práticas de prevenção e assistência a HIV/aids que acompanho, ainda está sendo construída. Contudo, percebo algumas mudanças, visando à ampliação de políticas de prevenção e controle da epidemia com a maior inclusão de aspectos sociais a ela relacionados, não se restringindo às concepções de risco epidemiológico centrado no indivíduo.

Nesta pesquisa, entrevistar mulheres heterossexuais com HIV/aids constituiu-se como uma oportunidade de conhecer, ao menos parcialmente, a partir dos contextos culturais, educacionais, sociais, econômicos e de acesso aos serviços de saúde, entre outros, como as tramas entre esses aspectos foram sendo tecidas para que a infecção pelo HIV se tornasse presente em suas vidas. Isto propiciou a ampliação da compreensão sobre os processos de construção da epidemia da aids. Com isso em mente, aprofundarei a articulação entre aids, gênero e sexualidade na seção seguinte.

3.2 AIDS, GÊNERO E SEXUALIDADE – DESAFIO DE COMPREENSÃO

A presente dissertação delimita como foco principal o estudo das articulações entre gênero e sexualidade, situados enquanto elementos constitutivos, mas não exclusivos, da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Em sua vertente pós-estruturalista, os estudos de gênero operam com alguns pressupostos centrais, destacando-se os que se referem aos conceitos de cultura, linguagem, discurso, poder, agregando-se a eles, neste caso, a noção de educação.

Educação é aqui compreendida enquanto “conjunto de processos pelos quais indivíduos são transformados ou se transformam em sujeitos de uma cultura”, envolvendo “um complexo de forças e de processos de aprendizagem que, nas sociedades contemporâneas, estão fortemente imbricados em políticas e programas públicos, em especial aqueles que envolvem os campos da saúde e da educação” (MEYER et al., 2004b, p. 52). No interior desses processos educativos, “os indivíduos são transformados em – e aprendem a se reconhecer – como homens e mulheres, no âmbito das sociedades e grupos a que pertencem”,

através de “estratégias sutis e refinadas de naturalização que precisam ser reconhecidas e problematizadas” (MEYER, 2003, p. 17). Assim, admitir o caráter construído e não “dado” das formas de ser homem e mulher nesse contexto cultural exigiu o esforço de (de)compor e (re)compor as sutilezas imbricadas na construção e relação dessas feminilidades e masculinidades, nas três dimensões – individual, social e programática - que, de forma articulada, produzem seus contextos de vulnerabilidade.

O conceito de gênero enfatiza o caráter socialmente construído das distinções baseadas no sexo, rejeitando o determinismo biológico e fundamentando-se na noção de construção cultural. Pode-se traçar paralelo entre as construções das identidades de gênero e sexuais a partir da noção de construção cultural de ambas e sua possibilidade de transformação. Para Louro (1997, p. 28),

em suas relações sociais, atravessadas por diferentes discursos, símbolos, representações e práticas, os sujeitos vão se construindo como masculinos ou femininos, arranjando e desarranjando seus lugares sociais, suas disposições, suas formas de ser e estar no mundo. Essas construções e esses arranjos são sempre transitórios, transformando-se na articulação com as histórias pessoais, as identidades sexuais, étnicas, de raça, de classe [...].

Louro (1997) ainda argumenta que “há um processo, uma ação, um investimento para “fazer” um sujeito de gênero” e que a educação formal e informal participam ativamente dessa construção. Nessa abordagem, a linguagem, o discurso e as formas de atribuição de significados são, então, centrais de

e desigualdades de ordens sociais específicas, envolvendo um processo complexo e instável no qual estão em jogo uma multiplicidade de elementos discursivos” (PARKER, 2000, p. 10). Partindo-se dessa perspectiva, “compreender o comportamento individual é menos importante do que compreender o contexto de relações sexuais, que são necessariamente sociais e envolvem negociações complexas entre diferentes indivíduos” (PARKER, 2000, p. 48). A sexualidade, nessa concepção construcionista, “passa a ser compreendida não como propriedade de indivíduos atomizados e isolados, mas de sujeitos sociais inseridos em redes de significados e valores que modelam comportamentos, desejos e fantasias passíveis de redefinição e ressignificação” (BARBOSA, 1999, p. 80). Assim, os focos das pesquisas que adotam essa abordagem, entre as quais a presente dissertação se inclui, passam a ser os espaços e os processos culturais em que o gênero e a sexualidade são constituídos e se efetivam, envolvendo, entre outros aspectos, “os modos pelos quais os significados sexuais intersubjetivos são internalizados e reproduzidos na interação social e sexual” (PARKER, 2000, p. 52).

Scott (1995, p. 86) define gênero pela articulação de duas afirmações: que “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos” e que ele “é uma forma primária de dar significado às relações de poder”. Com e a partir dessas formulações, deve-se compreender que “as significações de gênero e de poder se constroem reciprocamente” (SCOTT, 1995, p. 92) e que ele é um conceito relacional, ou seja,

“gênero” [...] é também utilizado para sugerir que qualquer informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens, que um implica o estudo do outro. Essa utilização enfatiza o fato de que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens [...], esse uso rejeita a validade interpretativa da idéia de esferas separadas e sustenta que estudar as mulheres de maneira isolada perpetua o mito de que uma esfera, a experiência de um sexo, tenha muito pouco ou nada a ver com o outro sexo.

Essa concepção de interação construtiva entre feminino e masculino foi de especial importância a esta dissertação por considerar como formas de ser homem/mulher são produzidas e como interferem na construção dos sujeitos e na vivência de suas sexualidades, podendo levar a diferentes vulnerabilidades à infecção por HIV.

Scott (1995, p. 86) também alerta sobre a necessidade de se “substituir a noção de que o poder social é unificado, coerente e centralizado por algo como o conceito de poder de Foucault, entendido como constelações dispersas de relações desiguais, discursivamente constituídas em “campos de força sociais” (SCOTT, 1995, p. 86). Nas palavras de Foucault

(1988, p. 89), “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares”.

Scott (1995, p. 88) destaca que gênero estrutura “a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social”, inclusive estabelecendo distribuições de poder que se diferenciam conforme idade, sexo, situação sócio-econômica-cultural, entre outros. A partir desse argumento, pode-se pensar que gênero e poder organizam formas de ser e de viver feminilidades e masculinidades, inclusive via ações de promoção da saúde, tanto em sua formulação quanto em sua implementação, mesmo que isso não seja tão evidente se não se estiver sensibilizado a enxergar tal participação.

Um outro componente dos processos educativos em saúde é a cultura. Fundamental para se pensar gênero, é aqui entendida como “um campo de luta e contestação em que se produzem tanto os sentidos quanto os sujeitos que constituem os diferentes grupos sociais em sua singularidade” (MEYER, 2004b, p. 52). De acordo com a autora (1998), a cultura, além de abranger o conjunto de experiências vivenciadas pelos grupos, participa dos modos como tais experiências são produzidas em redes de significação e de poder.

Na presente pesquisa, torna-se importante considerar a dinâmica de poder de gênero e seus efeitos nas vidas das pessoas – homens e mulheres. Como argumenta Meyer (1998, p. 370), “*quem e o que nós somos* se define em relação àquilo que *nós não somos*, e a operação de poder que está envolvida nesta definição nos posiciona de diferentes formas, em diferentes lugares, com diferentes efeitos, nas sociedades/grupos em que vivemos”. Louro (1997) corrobora essa argumentação explicitando que “a luta no terreno cultural é, fundamentalmente, uma luta em torno da atribuição de significados” que ocorre nas relações de poder. Disso decorre que homens e mulheres, como sujeitos constituídos por diversas identidades, exercem o poder de diferentes maneiras (LOURO, 1997).

Portanto, análises acerca do funcionamento de redes de poder em que se entrelaçam gênero, sexualidade e vulnerabilidade foram de muita relevância para a presente dissertação, na medida em que implicam dimensionar “operações de conter ou impulsionar, incitar ou dificultar, canalizar ou desviar” (LARROSA, 1994, p. 78) possibilidades de ocupar lugares e realizar ações, como, por exemplo, as ações relativas à prevenção – ou não – à infecção pelo HIV. A partir desses argumentos, reitera-se que a dimensão das relações de poder entre os gêneros é fundamental para que se possam abordar os limites e as possibilidades de ações de prevenção à aids e de promoção da saúde.

Nos jogos de exercício de poder, talvez seja simplista indagar quem ganha e quem perde e mais produtivo perguntar sobre como e em quais circunstâncias os jogos ocorrem.

Scott (1995, p. 86) sugere que “devemos nos perguntar mais seguidamente como as coisas se passaram para descobrir por que elas se passaram”, abandonando a pretensão de alcançar “uma causalidade geral e universal”. A partir dessa ótica, as relações de poder e gênero podem constituir-se como foco importante de pesquisa, especialmente no que diz respeito à saúde reprodutiva e ao aumento da infecção pelo HIV em mulheres.

A presente investigação, como já foi assinalado, parte do pressuposto de que as dimensões contextuais são fundamentais para qualquer tentativa de compreensão sobre as articulações entre gênero, sexualidade e aids. Nesse sentido, uma questão que foi explorada no decorrer da pesquisa junto às mulheres entrevistadas refere-se a como tais mulheres vivenciaram/vivenciam as aprendizagens de ser mulher e o exercício de sua sexualidade.

Concordo com Regina Barbosa (1996) quando comenta sobre a necessidade de se “descortinar os véus” relativos ao exercício da sexualidade, concebida como sendo constituída pela “intersecção do político, do social, do econômico, do histórico, do pessoal, do vivencial, o que envolve comportamento e pensamento, fantasia e ação” (VANCE, Carol, 1989, apud BARBOSA, 1996, p. 163). A partir dessa perspectiva, o enfrentamento da aids implica “mudanças sociais nas relações de gênero e de classe, nas relações de poder que permeiam a nossa sociedade e no diálogo a respeito de sexualidade” (BARBOSA; VILLELA, 1996, p. 30).

Parece-me que um dos desafios propostos em trabalhos de pesquisa e de intervenção preventiva e assistencial de DST/aids que buscam articular conceitos como os de gênero e poder consiste em tentar compreender quais “discursos e lógicas prevalecem no mundo amoroso-reprodutivo-econômico das mulheres” (SANTOS; MUNHOZ, 1996, p. 122; GOLDSTEIN, 1996) e, incluo aqui, dos homens com quem elas se relacionam.

Vários estudos têm focalizado a questão do poder em articulação com gênero, valorizando as dimensões contextuais de construção das vulnerabilidades à infecção pelo HIV.⁸ Nesse sentido, Knauth (1997a, 1997b, 1998, 1999) destaca os universos culturais que conferem significado às práticas sociais, em geral, e às práticas sexuais, em particular. Segundo a autora, a partir de 1997, após a epidemiologia evidenciar o aumento do número de casos de aids em mulheres, ocorreu um direcionamento das políticas e programas de

permanece ainda a necessidade de aprofundamento em estudos que foquem a compreensão dos fatores sócio-econômico-culturais envolvidos na concretização da infecção por HIV/aids nas vidas das pessoas. Tais fatores passaram a ser mais valorizados à medida que o conceito de vulnerabilidade tornou-se um instrumental de leitura e intervenção acerca da epidemia (AYRES, 1998, 2003; SEFFNER, 2002a, 2002b).

Ao menos conceitualmente, está aumentando a ênfase nas dimensões sociais e culturais presentes na construção das vulnerabilidades de homens e mulheres à infecção pelo HIV, como se pode perceber na seguinte afirmação de Pimenta e Souto (BRASIL, 2003, p. 35): “As ações de prevenção e assistência devem levar em conta como homens e mulheres são socializados, como se relacionam e como exercem sua sexualidade”, referindo-se às relações entre gênero e vivência da sexualidade.

A temática que abordei na presente pesquisa não é inovadora, pois há importantes estudos já realizados nessa área, como os referenciados acima. Talvez a necessidade de pesquisar o tema no contexto em que estou inserida enquanto profissional remeta à constatação rotineira de que, no cotidiano dos serviços de saúde, gênero ainda seja pouco evidenciado enquanto participante da construção das vulnerabilidades de homens e mulheres à infecção pelo HIV, não sendo intencionalmente incluído no planejamento de ações de prevenção e assistência a DST/aids.

Conforme consta na publicação “Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS entre Mulheres” (BRASIL, 2003, p. 38-39),

a reflexão sobre os diversos significados do que é ser mulher deve ser possibilitada a todos os profissionais envolvidos com o tema, de modo que seja reconhecido o processo de construção sócio-cultural que atua sobre os seres humanos, tornando possível a compatibilidade de diversos valores culturais dentro de uma mesma época. É fundamental que tanto as diretrizes contemplem a pluralidade das vivências femininas considerando a inter-relação entre fatores sociais, políticos e econômicos, de etnia e cultura, quanto os profissionais estejam atentos para os fatores de diferenças de gênero, os direitos reprodutivos e sexuais das pessoas que vivem com HIV, e das necessidades específicas de jovens de ambos os sexos, etc.

Assim, a abordagem de gênero/percepção de vulnerabilidades e prevenção das DST/aids nos treinamentos das equipes de saúde é apresentada enquanto uma das ações estratégicas de prevenção na referida publicação.

Essa aproximação com as pesquisas e diretrizes já desenvolvidas produz algo que chega a assustar em alguns momentos: há tanto já construído enquanto produção de conhecimento e tão pouco implementado efetivamente enquanto políticas públicas de educação em saúde. Existe um concreto “descompasso entre o nível dos conhecimentos que

produzimos e os programas educativos que realizamos” (MEYER, 2000, p. 77). Até mesmo em nível de legislação pode-se perceber o esforço em dar visibilidade à importância da dimensão gênero ao incluir-se como objetivo a educação inclusiva e não sexista no decreto nº 5.390, de 08 de março de 2005, que aprova o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, visando a “incorporar a perspectiva de gênero, raça, etnia e orientação sexual no processo educacional formal e informal”, bem como enfatizando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Assim, gênero perpassa princípios e diretrizes da Política Nacional para as Mulheres, destacando-se sua associação com as abordagens à saúde sexual e reprodutiva, reforçando a necessidade de promoção de ações de prevenção e assistência que considerem esta perspectiva (BRASIL, 2004d; CORRÊA, 2002). Contudo, a lei não garante que a perspectiva de gênero norteie diretrizes de trabalho em sua concretude.

Nas palavras de Gastaldo (1997, p. 156), “as mudanças nos discursos não se refletem necessariamente em novas práticas implementadas nos centros de saúde”. Sei que a pesquisa não visa fornecer uma solução mágica para esse impasse, mas creio que pode contribuir para a construção de questionamentos como este. Reitero as palavras de Meyer (2000, p. 84) quando afirma que “não se trata mais de perseguir a grande e definitiva transformação social, mas de introduzir e valorizar, nas nossas práticas, as idéias de movimento, fluidez, de provisoriedade, para operar pequenas, mas importantes mudanças nas nossas ações cotidianas”.

Tais inquietações realizaram um convite para ingressar neste labirinto que é a busca pelo conhecimento. Talvez não haja uma saída, mas várias, conforme o olhar lançado aos caminhos que foram trilhados, tendo claro que não se configuram como únicos, mas os possíveis de terem sido percorridos no decorrer da pesquisa.

A seguir, irei descrever o serviço ao qual as mulheres que foram entrevistadas estão vinculadas, bem como a prática de aconselhamento para a testagem anti-HIV e os caminhos metodológicos que percorri para realizar a investigação.

4 TRAJETOS E ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO

4.1 DELIMITAÇÃO DO ESPAÇO DE INVESTIGAÇÃO: O SAE DE LAJEADO

O Ministério da Saúde, visando promover ações específicas de assistência às pessoas soropositivas e doentes de aids instituiu, entre outras estratégias, os Serviços de Assistência Especializada em Aids (SAE), distribuídos no Brasil conforme os indicadores

epidemiológicos de cada região e os recursos financeiros e humanos disponíveis. Conforme diretrizes do Ministério da Saúde, “o SAE consiste conceitualmente em uma unidade assistencial de caráter ambulatorial, que fixa o paciente portador do HIV/AIDS a uma equipe que o acompanhará ao longo de sua enfermidade”.

O SAE apresenta como atribuições prestar atendimento médico, oferecer tratamento medicamentoso, bem como atendimento psicossocial a pacientes e familiares, visando promover a melhoria de sua qualidade de vida. Além disso, cabe ao SAE coordenar a multiplicação de conhecimentos de DST/HIV/aids, principalmente para a rede básica de saúde e oferecer aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV para quem desejar realizar o referido exame. No caso de Lajeado, o aconselhamento para a testagem anti-HIV é realizado por profissionais que passaram por capacitações oferecidas pela 16ªCRS, abrangendo outras unidades sanitárias além da que sedia o SAE, como, por exemplo, aquelas em que funcionam o Centro de Atendimento à Mulher e equipes do Programa de Saúde da Família.



Figura 7 – Logotipo SAE – Lajeado

também realizam orientações diversificadas (sobre uso de medicamentos, preservativos masculinos e femininos, direitos sociais, encaminhamentos outros que se fizerem necessários) às/aos pacientes e familiares, bem como apoio para auxiliá-los/as a lidar com a condição de infectados/as pelo HIV.

Cabe comentar que, na mesma unidade sanitária em que o SAE atua, existem várias outras ações em saúde sendo desenvolvidas, como vacinação, consultas médicas, grupos de

O SAE do município de Lajeado iniciou sua estruturação em 1999, ano em que os pacientes foram encaminhados da sede da 16ª CRS para serem atendidos na unidade sanitária central, permanecendo a mesma médica, mas constituindo outra equipe de trabalho. Atualmente, o SAE conta com uma médica clínica, uma pediatra, uma ginecologista-obstetra, duas enfermeiras, uma assistente social e uma auxiliar de enfermagem enquanto equipe “fixa” para atender a demanda crescente de pacientes. As consultas médicas ocorrem em três turnos da semana, sendo que as demais profissionais

educação em saúde, entrega de preservativos e de medicamentos da farmácia básica, entre outros.

Com o objetivo de descrever mais detalhadamente a população atendida pelo serviço, seguem abaixo alguns dados sobre os quais pretendo realizar algumas articulações com a temática da pesquisa.

Tabela 5 - SAE-Lajeado, Nº de pacientes cadastrados/as, 1999 a janeiro/2007

Ano	Pacientes cadastrados/as	Homens	Mulheres
2007 (até jan)	431	218	213

Fonte: SAE – Lajeado

A tabela acima evidencia o aumento do número de pessoas soropositivas e/ou doentes de aids que foram cadastradas no serviço de 1999 a janeiro de 2007, incluindo óbitos, transferências e abandonos e oriundas de 29 municípios da região. Talvez caiba aqui a ressalva de que, embora seja um dos objetivos do SAE “fixar” o paciente ao acompanhamento oferecido, nem sempre isso se efetiva: há sujeitos que escapam de normatizações de tratamentos, apresentando resistências às intervenções propostas pelo serviço. A seguir apresento dados da demanda que estava sendo atendida pelo SAE até janeiro de 2007:

Tabela 6 - SAE-Lajeado, Nº de pacientes atendidos/as, 2007 (até janeiro)

Pacientes atendidos/as	Homens com uso de ARV*	Homens sem uso de ARV*	Total de homens	Mulheres com uso de ARV*	Mulheres sem uso de ARV*	Total de mulheres
260	67	52	119	73	68	141

*medicamentos antiretrovirais para tratamento de AIDS.

Fonte: SAE – Lajeado

Nessa tabela, chama a atenção que havia mais mulheres que homens em acompanhamento, sendo que 41,1% delas estavam assintomáticas, ou seja, ainda não desenvolveram a doença aids, não necessitando fazer uso de medicação antiretroviral; já o percentual de homens sem uso de medicação era menor (36,1%). Parece-me interessante analisar que, embora o número de homens e mulheres cadastrados/as fosse semelhante, o

número de mulheres em acompanhamento tornou-se mais elevado que o de homens. Uma das possíveis explicações para este fato refere-se a diagnósticos de HIV/aids realizados mais precocemente em mulheres do que em homens, como decorrência do estímulo à testagem anti-HIV no pré-natal e da maior busca/frequência de mulheres pelos serviços de saúde, remetendo ao “dever” de cuidar de si e dos outros ou dos outros primeiramente e depois de si, construído culturalmente como “atributo feminino”. Assim, possivelmente muitas mulheres aderem mais às intervenções propostas pelos serviços de saúde, correspondendo aos discursos que as interpelam e as aproximam de tais serviços.

Tabela 7 - SAE-Lajeado, N° de mulheres com diagnóstico de HIV/aids identificado no pré-natal, 2007 (até janeiro)

N° total de mulheres que ingressaram no SAE via pré-natal	N° destas mulheres que continuam vinculadas ao SAE	N° destas mulheres que abandonaram acompanhamento do SAE ou transferidas para outro serviço
38	30	8

Fonte: SAE – Lajeado

Esses dados indicam que houve número suficiente de mulheres para as entrevistas, visto que foram entrevistadas 8 mulheres que tinham seu diagnóstico de HIV/aids identificado via aconselhamento pré e pós- teste anti-HIV há mais de um ano, como será destacado na seção “Estratégias metodológicas” ao se discutirem questões éticas. Buscar compreender em que contextos as vulnerabilidades dessas mulheres (bem como dos homens com os quais se relacionam) foram/são construídas foi a meta principal da pesquisa desenvolvida.

As faixas etárias presentes no intervalo de 20 a 49 anos concentram a maior parte da demanda atendida pelo SAE, fato que pode ser associado à vida reprodutiva, a qual tem sido foco das políticas de saúde da mulher e HIV/aids. Contudo, gradativamente a equipe do SAE tem percebido aumento de casos de HIV/aids na população acima de 50 anos.

Já as faixas predominantes de escolaridade indicam que a maioria das pessoas atendidas pelo SAE teve ensino fundamental e médio.

Irei detalhar algumas informações sobre a demanda que o SAE atendia no período de realização das entrevistas, pensando na possibilidade de efetivar alguns cruzamentos entre o total de pessoas assistidas pelo SAE e as 8 mulheres que entrevistei. Solicitei um

levantamento numérico da demanda atendida pelo SAE de 1999 até março/2006 (mês e ano em que finalizei as entrevistas), sendo que a equipe forneceu os dados apresentados na tabela a seguir:

Tabela 8 – Demanda assistida pelo SAE, Lajeado, 1999 a março 2006

Recorte da população assistida	Homens	Mulheres	Total
Total de pacientes cadastrados	187	188	375
Total de pacientes ativos (em acompanhamento)	106	136	242
Pacientes em uso de medicamentos antiretrovirais	61	69	130
Pacientes soropositivos (sem uso de medicamentos)	45	67	112
Crianças que não ficaram com HIV	19	17	36
Óbitos	37	16	53
Abandonos	13	7	20
Transferências	12	12	24
Crianças com aids	4	10	14

Fonte: SAE Lajeado

Neste período havia 375 pacientes cadastrados, oriundos de 24 municípios da região, sendo 158 do município de Lajeado. Como já comentado anteriormente e observando-se o quadro, pode-se perceber que o número de homens e mulheres cadastrados era muito semelhante, mas predominavam mulheres em acompanhamento pelo serviço, enquanto que o número de óbitos e de abandono de homens é quase o dobro do que o de mulheres. Uma indagação que pode ser feita é como gênero tem perpassado a organização e a implementação da assistência, tanto no que se refere às estratégias utilizadas para identificar e “capturar” usuários/as soropositivos/as (homens com acesso mais tardio e mulheres, acesso mais precoce, com menor comprometimento mnoulicoo) qunt qde se re

Um outro levantamento que realizamos refere-se ao número de pacientes que são ou foram profissionais do sexo até o final do trabalho de campo: havia 3 travestis e 41 mulheres, sendo que destas, 7 já faleceram, ou seja, 11,7% do total de pacientes cadastrados (375) e 21,1% das mulheres cadastradas no serviço (188) apresentam em suas histórias vivências de atuar como profissionais do sexo.

Cabe ainda esclarecer melhor o porquê da escolha do SAE de Lajeado como espaço para esta investigação. Considerando o número necessário de sujeitos para a realização da pesquisa, o SAE – Lajeado demonstrou, como comentado acima, oferecer a possibilidade de entrevistar um número de mulheres (8-12) que atendessem aos critérios estabelecidos para seleção neste estudo. Além disso, sua situação geográfica permite lidar com dados de uma região que ainda não dispõe de trabalhos que consideram a abordagem adotada nesta pesquisa. Este estudo pode, ainda, configurar-se como um instrumento de reflexão sobre o trabalho de prevenção e assistência a HIV/aids desenvolvido pelo SAE na 16^a CRS. A seguir, apresentarei algumas breves noções sobre o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV a partir do qual as mulheres entrevistadas passaram a ser acompanhadas pelo SAE.

4.1.1 Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV

Peguei o resultado positivo para HIV com a mesma resignação com que se recebe um boletim vermelho na escola. Restava digerir a fatalidade e perceber, de verdade, o que eu estava sentindo. Mas eu não estava sentindo nada. Nada. Eu não era nada e sequer me preocupava com o meu futuro. Minhas intenções de ser tudo o que um dia sonhei já não existiam. Se existiam estavam perdidas na rebordosa de minha cabeça. Eu sequer tinha tempo de vida para sonhar alguma coisa. Era novo demais. Tinha 19 anos! Mal começara a fazer sexo e já estava infectado! Que merda! Eu não sentia nada. Eu não pensava em nada. Eu era um grande tubo de ensaio cheio de vírus. Bernardo Dania (1999, p. 48).

Utilizei o depoimento acima em várias capacitações dirigidas a profissionais de saúde dos municípios da 16^a CRS para introduzir a temática do aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV e o faço também neste momento buscando destacar que o exame anti-HIV, dadas as significações construídas acerca da aids, é diferente de outros tantos procedimentos relativos à saúde/doença, necessitando-se ofertar apoio e orientação.

Em 1998 a Coordenação Nacional de DST/aids editou uma publicação na qual constam diretrizes e procedimentos básicos do aconselhamento, o qual é descrito como

um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 1998, p. 11).

Uma vez que as mulheres selecionadas para a entrevista vivenciaram processos educativos que perpassam o aconselhamento para testagem anti-HIV, é possível que a própria seqüência de acompanhamento no SAE possa ter produzido verdades sobre as vulnerabilidades a HIV/aids, disso decorrendo possíveis efeitos nas falas manifestadas.

Outra justificativa para a descrição de alguns aspectos relativos ao processo de aconselhamento refere-se ao fato de que um dos meus objetivos indiretos com a pesquisa consiste em poder produzir possibilidades de reflexão sobre o trabalho desenvolvido neste processo. Isso porque tal trabalho não é neutro; opera com determinadas concepções acerca de gênero, sexualidade, prevenção, enfim, de educação em saúde.

A maior parte da população que têm buscado, via encaminhamento, a realização da testagem anti-HIV pelo SUS, na 16ª CRS, mediante aconselhamento pré-teste (orientações anteriores à coleta de sangue) e pós-teste (orientações que acompanham a entrega do resultado do exame) é composta por mulheres gestantes. Isso é facilmente compreensível à medida que a oferta do exame anti-HIV pelos/as profissionais de saúde tem sido enfatizada como obrigatória pelo Ministério da Saúde com base no argumento da prevenção da transmissão do vírus HIV da mãe para o/ filho/a.

No material instrucional *Prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita – Maternidade* (LAÇOS, 2004, p. 20), incluem-se, entre outros, os seguintes aspectos a serem abordados no aconselhamento com puérperas em caso de resultado HIV reagente (positivo):

- a) Conversar a respeito dos significados e percepções da mulher a respeito do resultado reagente;
- b) Rever os sentimentos da mulher em relação a ela e ao bebê;
- c) Conversar sobre as questões que envolvem os cuidados dispensados ao bebê procurando destacar a importância de seu vínculo com o mesmo, possibilitando a ele adequado crescimento e desenvolvimento emocional, e sua participação enquanto cuidadora;
- d) Valorizar a importância de uma boa adesão ao tratamento anti-retroviral, no que se refere ao controle de sua infecção e quanto à quimioprofilaxia com AZT no bebê.

Apesar de a preocupação com a mulher também fazer-se presente nessas orientações, a interpelação da mulher enquanto mãe e potencial cuidadora parece ter mais destaque. Uma amostra desse destaque pode ser visualizada em materiais distribuídos pelo Ministério da Saúde com o objetivo de sensibilizar a população para a testagem anti-HIV no pré-natal (ver figuras).



Figura 8 – Folder de prevenção à TV do HIV II

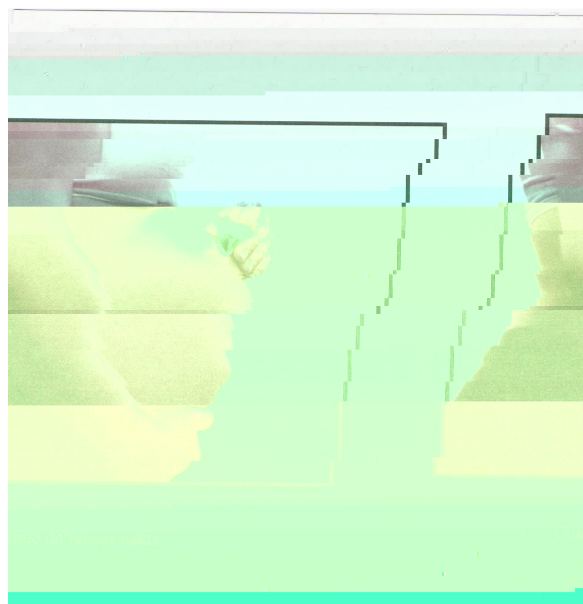


Figura 9 – Folder de prevenção à TV do HIV III

Esse fato remete à noção de que gênero perpassa e constitui políticas de saúde, que não são neutras, posicionando sujeitos em determinados lugares e visando a determinados interesses. Pode-se questionar se e como a priorização da posição de sujeito mãe soropositiva, em detrimento da posição de sujeito mulher soropositiva, incidiu sobre a construção dos contextos de vulnerabilidade das mulheres entrevistadas.

Frente ao que foi exposto, sinto-me atualmente situada entre a crença e a crítica ao aconselhamento – crença, por ter sentido na prática sua importância; crítica, por perceber algumas de suas limitações. Como indicado anteriormente, não busco no presente estudo realizar uma avaliação do aconselhamento, mas utilizá-lo como exemplo de estratégia educativa em que a articulação explícita das dimensões de gênero, sexualidade e vulnerabilidades produz determinadas formas de conceber e implementar o trabalho cotidiano de “aconselhar”. Por isso situei o aconselhamento como referência para fazer a seleção das mulheres que foram entrevistadas, como será mais detalhado na próxima seção.

4.2 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Minha vida daria para escrever um livro ou muitos livros [...] (E4).

A presente pesquisa é qualitativa, inspirada em estudos de gênero pós-estruturalistas, e utilizou como procedimento de investigação a entrevista narrativa. Sendo uma “técnica para gerar histórias” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002, p. 105), a entrevista narrativa, de certa forma, envolve o “Era uma vez...”. Contar e ouvir histórias faz parte da história da humanidade, seja na infância ou na vida adulta, nos relacionamentos estabelecidos entre as pessoas. O que me parece ser um dos diferenciais da entrevista narrativa é trazer para o “mundo da pesquisa” essa prática discursiva que, de várias maneiras, opera nos processos de constituição, significação e ressignificação de formas de ser e viver.

Foram entrevistadas 8 mulheres soropositivas/doentes de aids vinculadas ao SAE de Lajeado, buscando focar alguns aspectos de suas trajetórias de vida relacionados a gênero, sexualidade e aids, como será mais detalhado posteriormente.

Alguns pontos de intersecção entre as entrevistas foram realizados, apontando para algumas convergências e outras divergências. Um esforço que percebi como crucial consistiu em não reduzir a leitura das entrevistas ao campo autobiográfico, mas remetê-las a marcos culturais, contextuais, educacionais, históricos. A percepção de que *quando, onde, por que e para quem* se narra algo, afeta os conteúdos da narrativa, o *como* ela desenrola-se, desmancha a ilusão de que o contar algo a alguém contém em si mesmo uma verdade fixa, pois a narrativa é composta por uma ação situada, variável conforme os momentos dos atores envolvidos – entrevistador/a e entrevistados/as. Concordo com Beatriz Fischer (1997, p. 11) ao afirmar que “a narração de uma vida precisa ser conectada com a narração de outras vidas”, compreendendo vida não apenas “como um conjunto de eventos, mas como acontecimento vivido num determinado tempo e lugar(es) e sob algumas circunstâncias” (FISCHER, 1997, p. 6).

Sandra Jovchelovitch e Martin Bauer (2002) consideram a entrevista narrativa indicada enquanto procedimento de investigação para estudos que envolvam histórias de vida e contextos sociohistóricos. Esses autores enfatizam que a história gerada na entrevista narrativa “tanto representa o indivíduo (ou uma coletividade), como se refere ao mundo além do indivíduo” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002, p. 110), seguindo com a argumentação de que “histórias pessoais expressam contextos sociais e históricos mais amplos, e as narrativas produzidas pelos indivíduos são também constitutivas de fenômenos sociohistóricos específicos, nos quais as biografias se enraizam” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002, p. 104). Essa articulação entre histórias de vida individuais e os contextos em que se concretizam se faz especialmente importante para a temática da presente pesquisa, indo

ao encontro do que foi investigado ao situar a exposição à aids não apenas enquanto fato privado, como também como sendo atravessada pelas dimensões sócio-econômico-culturais. Essa abordagem da narrativa é ainda mais radicalizada pelo enfoque pós-estruturalista quando se assume que “a história da autonarração é também uma história social e uma história política” (LARROSA, 1994, p. 71), sendo necessário perguntar-se

pela gestão social e política das narrativas pessoais, pelos poderes que gravitam sobre elas, pelos lugares nos quais o sujeito é induzido a interpretar-se a si mesmo, a reconhecer-se a si mesmo como o personagem de uma narração atual ou possível, a contar-se a si mesmo de acordo com certos registros narrativos (LARROSA, 1994, p. 71-72).

Uma indagação que permeou as análises consistiu em pensar sobre a partir de quais textos, de quais registros narrativos as falas das mulheres se constituíram. Perceber que as mulheres em questão constituem-se conforme regras de discursos que lhes conferem identidade e direção talvez possibilite a leitura de complexos sistemas de autovigilância, autojulgamento e autocrítica, com atribuições de valor relativas as suas formas de ser e viver (regulação das condutas), incluindo-se aí, especialmente, aquelas relativas a vivências de gênero e sexualidade.

A entrevista narrativa consiste em uma forma de entrevista não-estruturada, de profundidade, não limitada ao esquema de pergunta-resposta, reduzindo a influência do/a entrevistador/a na condução das histórias relatadas. Isso não implica neutralizar, até porque seria impossível, a dimensão das relações de poder que se estabelecem entre entrevistador/a e entrevistado/a, mas, de certa forma, a entrevista narrativa busca ser menos diretiva e invasiva e abrir um espaço maior para a manifestação das entrevistadas, valorizando suas possibilidades de expressão. Tentei acolher bem cada uma das entrevistadas, buscando, na medida do possível, diminuir ou deslocar efeitos de poder derivados dos lugares que ocupo como profissional de saúde e mestranda. Uma estratégia que utilizei consistiu em não sentar atrás da mesa, mas na ponta da mesma, de modo que houvesse uma aproximação maior com as entrevistadas.⁹

Contei com o apoio da equipe do SAE para acessar as mulheres, oferecer-lhes a oportunidade de participarem da pesquisa e agendar as entrevistas, no próprio SAE, que se

⁹ Senti necessidade de agradecer a cada uma das participantes na pesquisa; para tanto, deixei no SAE uma

localiza em uma unidade sanitária no centro de Lajeado. Foram disponibilizados auxílio financeiro para o deslocamento ao local das entrevistas e lanches, bem como apresentado um Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo D) para que cada pessoa entrevistada oficializasse sua participação na pesquisa após ter noções sobre seus objetivos, a fim de que pudesse avaliar se desejava envolver-se no processo via entrevistas; nenhuma das mulheres que compareceram às entrevistas negou-se a participar. Juan Figueroa (2002) enfatiza a importância de se trabalhar na direção de o consentimento informado não ser apenas um aspecto “legal”, burocrático, mas um espaço/instrumento de aprendizagem para tomada de decisões.

Valorizei alguns cuidados que, ao meu ver, foram eticamente indispensáveis para a realização das entrevistas, a começar pela seleção das entrevistadas, visando minimizar a possibilidade de mobilizá-las demasiadamente. Foram escolhidas aproximadamente 12 mulheres infectadas pelo HIV, em acompanhamento pelo SAE de Lajeado, que tiveram seu diagnóstico identificado e “revelado” há pelo menos um ano mediante processo de aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV realizado no período em que faziam pré-natal.

O período mínimo de um ano após o diagnóstico pode ser tomado como critério, pois é o que tem sido descrito, especialmente por algumas correntes da psiquiatria e psicologia, como parâmetro para avaliação de lutos decorrentes de situações traumáticas, apesar de não haver consenso absoluto quanto a isso. A elaboração do luto depende de fatores externos, vinculados aos contextos de cada um, e de fatores internos, relacionados à psicodinâmica individual.

Alguns estudos, como do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM IV (1995), consideram o período de dois meses como indicativo da resolução – ou não – de lutos, enquanto outros (FREUD, 1915) referem-se a mais de um ano após o trauma. Já Aristides Cordioli (1998) situa a evolução do luto normal, envolvendo aceitação da situação que o deflagrou, no decorrer de um ano após o trauma. O processo de luto pode ser considerado como finalizado quando a pessoa consegue reinvestir suas emoções na vida e no viver (WORDEN, 1998). A partir dessas considerações, embora cada pessoa apresente um tempo singular para “elaborar” um diagnóstico como o de HIV/aids, adotei o período de no mínimo um ano após a “descoberta” de sua sorologia como um dos critérios de seleção das mulheres que foram entrevistadas.

Outra preocupação ética referiu-se ao cuidado relativo à forma de acesso às intimidades das pessoas para que as mulheres entrevistadas não se sentissem invadidas, em situação de “exposição pública de sua vida íntima, numa espécie de estupro científico”

(GUIMARÃES, 2001, p. 143). Não me posicionar como pesquisadora “*voyer*” (GASTALDO; MC KEEVER, 2002, p. 478) ao aproximar-me da intimidade relatada pelas mulheres entrevistadas consistiu, a meu ver, em um cuidado indispensável de respeito com elas. Inserir-se aí a questão de que, embora a pesquisa seja uma meta para o/a pesquisador/a, há limites na condução do processo investigativo que devem ser levados em consideração, como os relativos ao cuidado com a integridade emocional das pessoas entrevistadas. Faz-se necessário não abusar do poder que é conferido ao/à entrevistador/a (e que este/a confere a si mesmo/a) no decorrer das entrevistas.

Jovchelovitch e Bauer (2002) alertam que, “do mesmo modo como uma narração pode ser terapêutica, ela pode também produzir uma renovação do sofrimento e da ansiedade associados com a experiência que é narrada” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002, p. 105). Apenas uma das entrevistadas demonstrou necessidade de expressar sua dor via choro, sendo por mim orientada a buscar apoio emocional; esta mesma entrevistada desejou encontrar-me novamente para acessar a entrevista transcrita, entregando-a à equipe do SAE para melhor conhecê-la e auxiliá-la em suas angústias. Visando minimizar o risco de despertar ansiedades, foi esclarecido às participantes que o anonimato seria preservado e que as informações seriam utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa, podendo cada uma decidir se desejava ou não participar do estudo, conforme consta na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, ao abordar investigações que envolvem a participação de seres humanos (MEYER, 2004a, p. 17).

Cada entrevista teve duração aproximada de duas horas; foi realizada também uma apresentação de entrevista transcrita (a pedido da entrevistada E1) na sala onde ocorrem as consultas médicas, de enfermagem e orientações de várias ordens, quando faz-se necessário maior privacidade. Vale destacar que tentei realizar mais 4 entrevistas, como estava previsto na proposta de dissertação (10-12 entrevistas), mas infelizmente as mulheres em questão não compareceram. Conteí com o apoio da equipe do SAE para o agendamento das entrevistas; com duas mulheres inclusive foi tentado agendar três vezes, pois a princípio elas diziam que participariam da pesquisa, mas não vieram nas datas e horários marcados. Estas “faltas” intrigavam-me e, à medida que eu questionava a equipe sobre alguns dados das histórias destas mulheres, compreendi que seus contextos de vida contemplavam muitas vulnerabilidades. Exemplificando, uma delas sofre violência doméstica por parte do companheiro, enquanto outra conta com todos familiares soropositivos/doentes de aids – irmã, irmão, mãe, padrasto – predominando a presença de abuso drogas enquanto via de infecção, bem como bastante pauperização.

A assistente social do SAE comentou que há algumas pacientes, embora sejam em pequeno número, de nível sócio-econômico mais elevado, que não querem se expor, dificultando a oferta para participarem da pesquisa via entrevistas.

A relação que se estabeleceu entre a minha pessoa enquanto entrevistadora e as mulheres entrevistadas constituiu a própria produção de cada entrevista, pois embora o eixo temático fosse o mesmo, o encontro era diferente, as associações seguiam um curso impossível de previsão. Cada entrevistada reconstruiu via relato algumas de suas experiências de vida associadas à infecção pelo HIV, conforme seleção de sua memória, a partir de uma pergunta que indagava como cada entrevistada achava que as pessoas se infectavam com HIV, articulando com suas trajetórias de vida. No final da entrevista também foram apresentados alguns folders de prevenção à aids (ANEXO F), para que elas os comentassem, recurso que contribuiu para a expressão de suas concepções sobre aids, uso de preservativo, relacionamento com parceiros, prevenção da transmissão vertical, entre outros.

A linguagem corporal de algumas entrevistadas pareceu-me uma dimensão que também participou da narrativa; E8, por exemplo, colocava a mão esquerda na frente da boca, como que indicando que há coisas que não deveriam ser mencionadas, seja em relação à sexualidade, seja, à soropositividade...

Partindo-se do pressuposto de que o método não se constitui sem a teoria, o pressuposto de que a linguagem é constitutiva do real e de seus sujeitos dimensionou e atravessou as estratégias de investigação utilizadas; assim, os depoimentos-narrativas que cada mulher apresentou via fala foram situados a partir desse enfoque teórico. Nesse sentido, cabe resgatar a noção de que as pessoas vivenciam processos de fabricação de si “no interior de certos aparatos (pedagógicos, terapêuticos, etc.) de subjetivação” (LARROSA, 1994, p. 37), bem como que sujeitos se constituem através de práticas discursivas, mediadas e constituídas por redes de poder.

Considerando-se o foco desta investigação, que envolve discutir a produção de contextos de vulnerabilidade e seus atravessamentos de gênero em um determinado tempo, lugar e população, algumas das questões investigadas referiram-se a como as mulheres entrevistadas vivenciaram e vivenciam aprendizagens relativas a ser mulher/homem, quais representações perpassam os discursos que as constituem enquanto sujeitos e que posições de sujeito passam a ocupar em decorrência dessas aprendizagens no âmbito da cultura, esta compreendida como campo de luta por significados.

Essa perspectiva implica o questionamento da existência de um “sujeito individual”, centrado, unitário e dono de si, e isso exige a realização de um “certo exercício de

desfamiliarização” (LARROSA, 1994, p. 40). Esse autor acrescenta que “a idéia do que é uma pessoa, ou um eu, ou um sujeito, é histórica e culturalmente contingente, embora a nós, nativos de uma determinada cultura e nela constituídos, nos pareça evidente e quase ‘natural’ esse modo tão ‘peculiar’ de entendermos a nós mesmos” (LARROSA, 1994, p. 40/41). De acordo com Larrosa (1994, p. 48),

A experiência de si está constituída, em grande parte, a partir das narrações. O que somos ou, melhor ainda, o sentido de quem somos, depende das histórias que contamos e das que contamos a nós mesmos. Em particular, das construções narrativas nas quais cada um de nós é, ao mesmo tempo, o autor, o narrador e o personagem principal.

Assim, considero oportuno entender que

a narrativa, como modo de discurso, está já estruturada e pré-existe ao eu que se conta a si mesmo. Cada pessoa se encontra já imersa em estruturas narrativas que lhe pré-existem e em função das quais constrói e organiza de um modo particular sua experiência, impõe-lhe um significado. Por isso, a narrativa não é o lugar de irrupção da subjetividade, da experiência de si, mas a modalidade discursiva que estabelece tanto a posição do sujeito que fala (o narrador) quanto as regras de sua própria inserção no interior de uma trama (personagem) (LARROSA, 1994, p. 70).

Para Larrosa (1994, p. 70/71), a consciência de si é “algo que se vai fabricando e inventando, algo que se vai construindo e reconstruindo em operações de narração e com a narração”. Fernando Hernández (2006) reitera que na entrevista constrói-se novas formas de narrar, abrir para novos relatos dentro da mesma, possibilitando o repensar-se. Jovchelovitch e Bauer (2002, p. 91) dizem que, “através da narrativa, as pessoas lembram (algo e atribuem sentido a) o que aconteceu, colocam a experiência em uma seqüência, encontram possíveis explicações para isso e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social”. A partir dessas observações, pode-se pensar que a oportunidade das mulheres entrevistadas de narrarem suas histórias em relação a gênero, sexualidade e infecção pelo HIV conduziu, ao menos para algumas delas, a novas configurações nesse processo de consciência de si.

Um cuidado importante considerado na análise dos depoimentos das mulheres entrevistadas diz respeito à “leitura” desses depoimentos. Não busquei encontrar definições precisas e fechadas sobre “ser homem”, “ser mulher”, mas sim explorar a multiplicidade e a conflitualidade dos processos de construção de gêneros nos contextos e momentos envolvidos, considerando-os passíveis de transformações.

A partir dessa perspectiva, situo as narrativas das mulheres como sendo constituídas e atravessadas por discursos diversos que tornam possíveis tanto as práticas quanto os significados sociais a elas atribuídos, que acabam por gerar repercussões muito concretas na vida das pessoas, nas formas de interagir consigo e com os outros. Assim, não busquei “a verdade” a partir dos depoimentos, mas sim identificar as condições de possibilidade para que determinada narrativa emergisse enquanto discurso.

Algumas informações sobre cada mulher entrevistada foram consideradas, tais como: data de nascimento, escolaridade, data aproximada do momento em que se “descobriu” soropositiva e/ou doente de aids, se mantinha e/ou mantém parceria sexual “estável”, se tinha e/ou tem filhos/as (número), há quanto tempo está vinculada ao SAE, entre outros. Nas tabelas a seguir apresento algumas informações sobre as entrevistadas e seus companheiros, tentando traçar um panorama geral das mulheres acessadas:

Tabela 9 – Algumas informações sobre entrevistadas e companheiros

Entrevis- Tada¹⁰	DN	DD	Cor	ES C	Profissão
E1	09/10/73	18/7/2000	B	5 ^a S	Antes de casar era costureira em fábrica de calçados; agora é do lar
E2	05/02/80	13/1/2004	B	7 ^a S	Faxineira Atuou como profissional do sexo
E3	07/08/66	1998	B	4 ^a S	Empregada doméstica (antes de casar), agora é do lar; faz crochê para vender
E4	16/12/82	2000	Parda	6 ^a S	Antes dos 16 anos foi babá; atuou como profissional do sexo
E5	08/05/75	2003	Parda	5 ^a S	Atuou em fábrica de calçados e como profissional do sexo
E6	03/07/81	2005	Parda	5 ^a S	Empregada doméstica; atuou como profissional do sexo
E7	11/02/69	2001	B	4 ^a S	Atuou em empresa avícola; atuou como profissional do sexo

¹⁰ Optei por não utilizar nomes fictícios para as entrevistadas visando melhor preservar o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas.

E8	22/08/80	2001	Parda	7ª S	Atuou em empresa avícola
----	----------	------	-------	---------	--------------------------

Tabela 9 – Algumas informações sobre entrevistadas e companheiros (continuação)

Entrevis- Tada	Empregada atualmente	Renda familiar (R\$)	Em uso de ARV	Abuso de drogas
E1	Não	473,00	Sim	Não
E2	Não	Varia	Não	Sim - álcool e medicamentos
E3	Não, mas recebe pensão	1200,00	Sim	Não
E4	Não, mas vende lingerie	200/dia	Não	Sim – álcool
E5	Não, mas vende cosméticos	800,00	Não	Sim – álcool
E6	Sim	750,00	Não	Sim – álcool
E7	Não	300,00	Não	Sim
E8	Não	300,00	Sim	Não

E	Nº de filhos	Nº de pessoas que moram na casa	Compa- nheiro HIV positivo	ESC do compa- nheiro	Companheiro em uso de ARV	Compa- nheiro empregado atualmente	Companhei- ro – abuso de drogas
E1	1	3	Não	8ª S	Não se aplica	Sim	Atual não, anterior, sim

E6	3	5	Sim	5ªS	Não	Sim	Sim
E7	5	3	Sim	3ªS	Não	Não	Sim
E8	3	5	Sim	5ªS	Sim	Não	Sim

Legenda: E = Entrevistada; DN = Data de nascimento; DD = Data do diagnóstico de HIV positivo; ESC = Escolaridade; S = série; ARV = antiretrovirais (medicamentos para tratamento de aids).

Nos contextos de vida das mulheres entrevistadas, com idades entre 23 e 37 anos, predomina escolaridade semelhante à média nacional (fundamental incompleto) para homens e mulheres, tanto delas quanto de seus companheiros, baixo nível sócio-econômico, abuso de drogas (5 entrevistadas e todos 8 companheiros, sejam atuais ou anteriores), 5 das 8 mulheres já haviam trabalhado como profissionais do sexo, há 4 casais sorodivergentes e 4 que são soropositivos/doentes de aids, desemprego (7 entrevistadas e 4 companheiros).

Um aspecto que me chamou a atenção, relacionado ao abuso de drogas, refere-se ao tipo de drogas utilizado por homens e mulheres: apenas 2 mulheres usavam, além de álcool, cocaína; as demais 3 disseram que abusavam só de álcool, muitas vezes em associação com o trabalho de profissional do sexo; já dos 8 homens, somente 1 abusava só de álcool.

Guimarães (1996, p. 172) aponta a importância de se “precisar quem são as mulheres sobre as quais se fala”, situando-as a partir da cultura sexual-afetiva em que são construídas suas identidades. Kátia Guimarães (1996) e Naila Santos e Rosemeire Munhoz (1996) também ressaltam a importância de se realizarem estudos que incluam relatos de experiências de pessoas soropositivas, com foco nas relações de gênero, visando ao desenvolvimento de estratégias de prevenção à aids. Guimarães (2001) comenta que há muitas informações obtidas sobre a doença aids ao longo dos anos, mas poucas sobre os/as doentes. Nessa direção, a possibilidade de acessar algumas mulheres infectadas pôde fornecer subsídios para diminuir o “desconhecimento” de seus contextos de vida e de sua “situacionalidade” (GUIMARÃES, 2001, p. 55).

Assim, considerando método enquanto “forma de interrogação e um conjunto de estratégias analíticas de descrição” (LARROSA, 1994, p. 37), algumas indagações sobre as articulações entre as temáticas abordadas emanaram, tais como: Quem são essas mulheres? Em que contextos discursivos foram educadas para “serem mulheres”? Como essas aprendizagens atravessaram e atravessam as vivências sexuais? O que vale ou não para afirmar feminilidades e masculinidades? Como a dimensão do risco à infecção se situa nesses contextos culturais? Como o poder operou e opera nessas construções relacionais entre homens e mulheres? Quais são alguns dos sentidos conferidos à forma de viver a sexualidade

sem o uso do preservativo? Que representações são veiculadas discursivamente sobre a prevenção a DST/aids, especialmente no que se refere ao uso do preservativo masculino e/ou feminino?

Desdobrando e sistematizando um pouco mais essas temáticas, as entrevistas empreendidas visaram contemplar os seguintes focos:

- a) Como cada mulher relata sua educação enquanto mulher e se ela percebe diferenças relativamente à educação dos homens;
- b) Para cada mulher, o que significa ser vulnerável à infecção pelo HIV? Quais condições criam as vulnerabilidades? As vulnerabilidades de homens e mulheres se diferenciam? Se considera que sim, de que formas ocorrem as diferenciações? Imaginava-se vulnerável antes de estar infectada com o vírus HIV?;
- c) Como a vivência da sexualidade se articula – ou não – com a adoção de medidas de prevenção a DST/HIV/aids? Quais significados são atribuídos ao uso de preservativos masculinos e femininos? Usar preservativos interfere na vivência da sexualidade feminina e/ou masculina? Se sim, de que maneiras? No jogo de interações sexuais, quem decide sobre a adoção – ou não – da prevenção? O que pesa na hora dessa decisão?;
- d) Como cada mulher considera que deveriam ser as ações educativas de prevenção a DST/HIV/aids?

Ainda outro cuidado ético relativo à entrevista narrativa relaciona-se à análise: foi necessário respeitar os relatos construídos pelas mulheres acessadas, ao mesmo tempo em que se tentou realizar articulações com os referenciais que embasam a presente pesquisa. Visei trabalhar os relatos das mulheres entrevistadas a partir dos referenciais teóricos adotados, abrindo possibilidades para a construção de novas indagações. Como já foi destacado anteriormente, tais referenciais não situam o sujeito como origem e fundamento das falas, uma vez que se confere maior peso aos discursos, que, nessa perspectiva, não só as constituem, como também ao próprio sujeito que fala. Assim, a utilização de depoimentos ou relatos pessoais não visa determinar uma verdade a ser buscada no interior das pessoas, mas sim à identificação das condições de possibilidade que permitem que determinada narrativa seja enunciada por um sujeito, em determinado tempo e lugar (FISCHER, 1997).

A seguir serão apresentadas algumas unidades analíticas nas quais decomponho as vulnerabilidades em vários aspectos, tomando como referência as falas das entrevistadas e outras observações geradas no processo de trabalho de campo. Contudo, essa decomposição tem o objetivo de facilitar a análise e permitir a produção de um texto mais claro e

organizado, uma vez que, na “vida real” dessas mulheres, é o conjunto de vulnerabilidades que compôs, com diferentes combinações e articulações, para cada uma delas, a sua história de infecção pelo HIV, apresentando aspectos comuns e outros que divergem entre si.

5 UNIDADES ANALÍTICAS

5.1 INSTÂNCIAS DE APRENDIZAGEM DE GÊNERO E SEXUALIDADE

O foco desta unidade analítica, no que se refere à educação vivenciada nos âmbitos familiar, escolar e através da mídia, procurou destacar como as aprendizagens sobre sexualidade e gênero se processaram na vida das mulheres entrevistadas. Serão trabalhadas relações entre educação baseada no silêncio sobre sexualidade, diferentes espaços de socialização para homens e mulheres, algumas abordagens de educação sexual, bem como a participação do amor e da confiança na construção das dificuldades para negociar sexo seguro.

5.1.1 Aprendizagens na família

A mãe nunca falou para nós, que nós éramos da colônia, [...] até quando eu fiquei menstruada, não sabia [...] daí a gente aprendeu sozinha, [...] que eu acho que ela tem, tinha vergonha de falar conosco [...] daí nós não sabíamos de nada. [...] para nós (irmãs e irmãos) era feio assim na nossa cabeça, que o pai e a mãe nunca falavam, né, nós também, nunca falávamos entre irmãos essas coisas; agora até a gente fala, sobre camisinha e coisa, eu e as minhas irmãs a gente fala [...] (E5).

Nunca ninguém me falou nada sobre menstruação, nem minhas irmãs mais velhas [...] eles escondiam tudo, nem gravidez, nós não sabíamos de nada; u, a 1ª vez que fiquei menstruada eu tomei um susto, pensei “será que eu vou contar para alguém? Se eu contar para alguém eles vão achar” [...] passava muita coisa na minha cabeça [...] (E7).

Aprendi sobre menstruação com uma tia, que era mais liberal [...] acho que por isso eu sou mais acanhada, não consigo falar (sobre sexo, uso de preservativo) [...] (E1).

A mãe dizia que um tempo ia aparecer um sangramento, uma coisa em mim, que não era para eu me assustar, e eu me assustei, daí ela me ajudou, né, me ensinou como é que era para usar, que a gente não tinha dinheiro, daí usava um paninho, um faxineirinho, né, e ela me ensinou, essa parte ela me ensinou, só que em relação a sexo, essas coisas, ela não conversou comigo [...] (E4).

Ela (a vizinha, conversando com a filha) ensinou que tem que usar camisinha, quando começar a se relacionar [...] aí um dia eu disse pra ela “bah, se a minha mãe tinha ensinado tudo isso quem sabe eu não estava (infectada pelo HIV) [...] quem sabe eu não tinha aprendido mais” [...] (E5).

Os excertos acima abordam um aspecto que atravessou a trajetória de vida de todas as entrevistadas: o silêncio sobre sexualidade, onde o não falar é narrado como uma dificuldade passada e até mesmo presente e que contribuiu, em articulação com outros fatores, para a construção de vulnerabilidades à infecção pelo HIV. É interessante observar que as entrevistadas centraram na mulher, especialmente na mulher-mãe, a responsabilidade pela educação em relação à sexualidade, nesse caso, baseada no silêncio, que passa a ser um “modo de dizer sobre” sexualidade, à medida que visa velar, encobrir, disciplinar desejos e condutas. Berer e Ray (1997) referem que há contextos onde discussões sobre sexo e sexualidade são proibidas ou vistas como proibidas, seja entre mães e filhas/os e/ou pais e filhos/as.

Interdição, inexistência e mutismo sobre a sexualidade no âmbito familiar e, mais amplamente, cultural, predominaram a partir do século XVII, coincidindo com o desenvolvimento do capitalismo. Reduzir o sexo ao nível da linguagem era uma forma de regulá-lo: “mutismo que, de tanto calar-se, impõe o silêncio. Censura.” (FOUCAULT, 1988, p. 21). Contudo, este autor destaca que, ao mesmo tempo, foi sendo construída uma discursividade crescente sobre sexo, que também visa regulação de condutas. Foucault (1988, p. 16) ajuda a pensar que, ao se falar de sexo, cabe atentar “quem fala, os lugares e os pontos de vista de que se fala, as instituições que incitam a fazê-lo”, colocando o sexo em discurso. Compreender como o poder opera nesta discursividade é um desafio pois, nas palavras de Foucault (1988, p. 16),

[...] sob que formas, através de que canais, fluindo através de que discursos o poder consegue chegar às mais tênues e mais individuais das condutas [?];
 [...] de que maneira o poder penetra e controla o prazer cotidiano – tudo isso com efeitos que podem ser de recusa, bloqueio, desqualificação mas, também, de incitação, de intensificação [?]

Remetendo estas indagações ao conjunto das falas das entrevistadas sobre as relações entre desejo, sexo e amor e os processos pelos quais foram se constituindo como sujeitos da cultura, pode-se argumentar que diferentes instituições educativas (família, escola, mídia, igreja...) participaram do “tornar-se mulher”, ou seja, a construção de gênero foi atravessada pela discursividade sobre sexo e sexualidade, seja silenciando ou incitando sob determinadas

condições. Definiu-se “onde e quando não era possível falar” sobre sexo, “em que situações, entre quais locutores, e em que relações sociais; estabeleceram-se, assim, regiões, senão de silêncio absoluto, pelo menos de tato e discrição: entre pais e filhos, por exemplo, ou educadores e alunos, patrões e serviçais” (FOUCAULT, 1988, p. 21/22).

Foucault (1984, p. 26) articula duas concepções de moral que podem auxiliar a pensar estas questões, compreendendo-a como “um conjunto de valores e regras de ação proposta aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos, como podem ser a família, as instituições educativas, as Igrejas, etc.” e “o comportamento real dos indivíduos em relação às regras e valores” que circulam em seus meios culturais, gerando maior ou menor resistência a interdições e prescrições de condutas. Nesta mesma direção, Alex Fraga (2000, p. 98; 99) situa o corpo enquanto “resultado provisório de várias pedagogias culturais”, bem como “lugar onde os regimes discursivos e o poder se inscrevem”, podendo-se argumentar que sexualidade e gênero também se materializam enquanto corpo mediante tais aprendizagens.

Assim, compreendendo que tanto as entrevistadas quanto suas mães vivenciaram processos de aprendizagem para tornarem-se mulheres, situar este silêncio sobre sexo/sexualidade no campo da cultura em que as entrevistadas foram educadas pode promover uma visão m v21()250]TJ -334.n“o atetval

Como ressalta Guimarães (1996) e Maria Luiza Heilborn (2003), embora possa haver variações em diferentes contextos, a infidelidade masculina é por vezes tolerada e “naturalizada”, sendo até mesmo associada à virilidade. Assim, infidelidade, prontidão sexual e variedade de parceiras/os participam, de certa forma, do processo de construção de identidades masculinas, reforçando uma determinada forma de viver a sexualidade, representada como sendo masculina. Enquanto a sexualidade masculina é muitas vezes situada culturalmente como um imperativo biológico, a feminina é associada à maternidade e ao mundo dos afetos, a partir de uma dualidade que merece ser problematizada, mas que em determinados contextos perdura (VILLELA, 1996).

Heilborn e Patrícia Gouveia (1999, p. 189) também ajudam a pensar que, “em certa medida, nos segmentos populares, “sexo não se discute”, ou melhor, não é algo de que se fale no intuito de dar-lhe significação própria, pois seu significado está preso a uma lógica “naturalista”, que o coloca no lugar daquilo que se faz e não se cogita.” Assim, é considerado como parte da “natureza masculina” a experimentação sexual (VICTORA; KNAUTH, 1999), mas mesmo tendo percepção da infidelidade do companheiro, muitas mulheres acreditam que sendo fiel ao mesmo encontram-se protegidas contra qualquer DST. Villela (1999) argumenta que “as restrições em relação ao sexo, para as mulheres, e a permissividade, para os homens, persistem enquanto realidade concreta da vida e no imaginário de muitas pessoas, ao lado de novos discursos sobre a liberdade feminina e o envolvimento masculino” (VILLELA, 1999, p. 203). Esta autora também argumenta que muitos homens são impelidos culturalmente a provar sua masculinidade não apenas perante as mulheres, mas também, seus pares (VILLELA, 1997, apud VILLELA; ARILHA, 2003). Tal “cobrança” cultural pode conduzir a uma maior exposição à infecção pelo HIV para si e suas/seus parceiras/os (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Estes aspectos serão mais discutidos no tópico sobre amor, confiança e infidelidade e seus atravessamentos de gênero.

Villela (1999) ressalta que a aids tem atingido mulheres vulneráveis em vários aspectos: com pouca escolaridade, desempregadas, vivendo relações conjugais a partir de padrões de gênero rígidos e tradicionais, sendo estratégico pensar na construção de ações que possam contribuir para a redução do componente social da vulnerabilidade como um todo, o que poderia resultar na maior possibilidade de “negociar” a prevenção com seus parceiros. Uma argumentação desta autora diz respeito a que tanto homens quanto mulheres podem ser “presas das armadilhas de gênero”, no sentido de que a obrigação de cumprir algumas representações de masculinidade pode ser tão opressivo para os homens quanto o

cumprimento de representações de feminilidade o é para muitas mulheres, contribuindo para a estruturação de suas vulnerabilidades à infecção pelo HIV.

Outro aspecto que passarei a abordar refere-se aos espaços de aprendizagens sobre gênero e sexualidade, destacando como se processaram na vida das entrevistadas e mesmo como elas expressam “modos de educar filhos e filhas”, evidenciando-se algumas diferenças:

eu sempre ensino minhas filhas a brincar direitinho assim, sem se meterem com os guris, sentar direitinho, se vão de saia sentar com as pernas cruzadinhas, não abrir, né, sem as pernas abertas mostrando as calcinhas, em casa também, depois de tomar banho não se mudar perto do meu guri; quando vão no banheiro, fechar a porta do banheiro sempre, quando for trocar uma roupa, uma blusa, vão no banheiro[...] eu sempre digo para elas, faz tudo direitinho assim para não ter problema [...] (E8).

E5 – Ah, acho que quando ele tiver uns 14-15 anos, quando ele tiver namorando, acho eu, pelo menos, daí eu vou falar (sobre prevenção de DST/aids), né, assim guri, né, se eu tivesse uma menina eu acho que com uns 10 anos eu ia falar já, porque hoje em dia do jeito que está, né, têm gurias aí com 12 anos que já estão grávidas [...] minha irmã foi uma, com 13 anos engravidou.

A – Por que que tu achas que com as gurias tem que ser antes?

E5 – Porque é guria, não sei, menina [...].

A – E por que os guris depois?

E5 – Será que eu devo falar para o meu já? Com 12 anos acho que é criança [...] tem que cuidar para não engravidar ninguém, que eu não quero neto, que eu não vou criar, eu digo isso, vocês têm que usar camisinha, quando for transar [...] que nem o filho mais velho, minha irmã falou que ele já pediu para ela camisinha, só que vai saber para quê, que às vezes eles enchem para brincar, né, mas diz que era de noite, não sei se foi para usar, para ele usar, o quê [...] não sei, uma criança com 12 anos vai [...].

E1 realizou algumas associações entre os espaços de socialização dos homens a respeito de gênero e sexualidade junto a ambientes públicos, como consta nos relatos a seguir:

Assim é que o homem está mais na rua, está mais em barzinho, está mais em rodinha, fica mais fácil falar sobre esses assuntos [...] tem mais liberdade, se sente mais à vontade [...] e a mulher já tenta se proteger um pouco eu acho também, não falar muito sobre isto, não estar comentando muito para não se expor tanto [...] como é que vou te explicar [...] sei lá, sempre acho mais fácil para o homem [...] (E1).

Os guris tinham mais liberdade porque podiam sair, ir para os bailes sozinhos, tudo, mas as meninas, nem falar [...] meus irmãos sempre iam – “vou para tal baile” – e nós (mulheres) não, não podíamos ir [...] (E7).

E8 relatou que namorava escondido, usava anticoncepcional escondido, mas, com medo de que a mãe descobrisse que ela estava transando, parou de usar o anticoncepcional (não usava preservativo) e engravidou. Ela comentou que, se fosse homem, possivelmente o início de sua trajetória afetiva e sexual seria diferente, com mais liberdade: “Ah, eu ia aproveitar bem, não precisava fazer coisa escondido, quem sabe a gente ia enjoar, às vezes quando a gente tem coisa proibida é melhor, né [...]” (E8).

Ondina Leal e Adriane Boff (1996, p. 133) situam o espaço da rua como elemento constituidor da identidade masculina, onde aprendizagens sobre ser homem se efetivam, conforme normas culturais do grupo social em que cada um está inserido. Mulheres e homens geralmente são conduzidos culturalmente a ocuparem diferentes espaços e a utilizarem diferentes modos de expressão sobre sexualidade em seus grupos sociais. Pareceu-me ilustrativo, no estudo-intervenção de Regina Figueiredo e Ayres (2002), que a participação dos homens foi maior em atividades de prevenção realizadas em espaços públicos (rádios), trazendo à tona discussões sobre sexualidade de forma mais explícita, ao contrário das mulheres, que preferiram abordá-la de modo mais intimista, característico do espaço privado, na própria unidade de saúde.

Ao realizar uma leitura sobre os espaços em que ocorrem a infecção pelo HIV em homens e mulheres, Knauth (1997a, p. 10) articulá-os a questões associadas a gênero, comentando que

a contaminação feminina se realiza, em geral, no espaço privado (casa), enquanto a contaminação masculina é sempre exterior e associada ao domínio público [...] enquanto para as mulheres a doença exige sempre a explicitação da legitimidade da contaminação – a fim de estabelecer as diferenças em relação aos demais doentes e dar um sentido social ao acontecimento, para os homens essa legitimidade decorre da própria masculinidade. Os homens não necessitam de grandes explicações para justificar o fato de terem sido contaminados através do uso de drogas ou por meio de relações extraconjugais, visto que são práticas tidas como intrínsecas à condição masculina.

Carmen Guimarães (1996, p. 173), ao entrevistar mulheres soropositivas e não soropositivas, destaca “as representações sobre a sexualidade da mulher *decente e de família*”, sendo atribuído “valor positivo ao papel reprodutivo e de cuidar e proporcionar prazer ao parceiro, cabendo ao homem a iniciativa no ato sexual.” Estudos como este apontam que a família e a casa ocupam lugar de destaque na constituição das identidades sociais de mulheres de grupos populares. Diferentes sentimentos foram descritos por homens e mulheres ao se

descobrirem infectados, atravessados pelas representações de masculinidade e feminilidade em associação com os espaços da rua e da casa:

Para ele, sua infecção pela via sexual é fruto de um pecado menor ocorrido no seu espaço de rua, física e moralmente externo ao âmbito da casa. Para a mulher, entretanto, além da infração evidenciar a falha masculina em cumprir o seu compromisso moral de respeito e obrigação no contexto da casa e perante os filhos, a sua infecção através do marido/companheiro rompe o vínculo indissolúvel entre sexo e amor, desestrutura as principais dimensões associadas à sua identidade de mulher *do lar* – a de boa esposa e mãe – e a joga, por assim dizer, na rua, junto com a *outra mulher*. Sua capacitação moral que, neste caso, é designada pela linguagem comum como honestidade, é subitamente anulada por essa intromissão indevida do vírus de *fora* para *dentro* de seu corpo-casa, apesar da mediação do marido/companheiro (GUIMARÃES, 1996, p. 176).

Cristiane da Silva (2002, p. 46), ao analisar depoimentos de dez homens casados, observou que eles associavam o uso de preservativos às relações extraconjugais, pois “a evidência do perigo está fora de casa e não pode ser transferida para dentro”, ou seja, o sexo fora do casamento foi situado como alvo importante de prevenção de DST/aids, enquanto que “a relação conjugal não é tida como perigosa por ser a relação sexual lícita, que está sob a “proteção” da casa, sobre a qual o homem acredita ter controle e poder” (SILVA, 2002, p. 46).

A seguir irei abordar a participação da escola e da mídia na construção dos sujeitos, especialmente no que se refere a gênero e sexualidade, e da própria vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

5.1.2 Aprendizagens na escola e através da mídia

E8 – Antes ninguém tocava, né [...] Deus me livre se tu chegavas a falar em sexo, né, eles “morriam” [...] agora já não, já é mais aberto, no colégio já estão falando direitinho, explicando para as crianças, para as gurias como é, como se prevenir, agora já é mais difícil, só pega essa doença quem quer, porque todo mundo sabe o que é [...].

A – Tu achas que só pega quem quer [...].

E8 – É, porque agora no colégio tem, antes Deus me livre a gente falar, perguntar como era isso, era o fim do mundo, agora todo mundo sabe, na rádio, na TV, como não vão saber se prevenir, toda hora aparece na rádio, na TV como usar camisinha, essas coisas, até minha guria menor vê, ela diz “olha lá mãe, que coisa [...]”.

Naquele tempo ninguém falava sobre isso (sexo, sexualidade, prevenção à aids), ninguém tocava sobre isso no colégio, sobre sexo, Deus o livre se a gente, os guris falavam alguma coisa, os professores, eles enlouqueciam [...] davam até suspensão para nós, até nós pedíamos para elas ter uma aula para saber, e elas diziam que não, que era loucura nossa, o que que nós queríamos saber, nunca ninguém conversava assim [...] diziam que a gente era muito nova, tinha que estudar, elas só diziam que não era para nós nos envolvermos com pessoas que usavam drogas, [...] nós fumávamos cigarro, bebíamos cerveja assim, 14-15 anos nós fazíamos tudo isso, mas droga assim nunca usávamos, nem nos prostituíamos, como tem hoje em dia, é muito diferente daquele nosso tempo [...] nós fumávamos, bebíamos e elas diziam para nós não usarmos droga. [...] mas não falavam em aids, nada, só na droga [...] (E8).

Em relação à participação da escolaridade e da educação sexual vivenciada na instituição escolar como fatores que podem contribuir para a construção da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, E4 situou que na escola “nós estudávamos o corpo lá da pessoa [...]”, mas “os professores não eram muito [...] não ensinavam muito, acho, não sei, mas eles não falavam muito sobre sexo, só diziam, mostravam o corpo, onde era o pênis do homem, essas coisas, isso é a ciência, né [...]”

E3 também referiu que, no período em que freqüentou a escola, assuntos como aids e prevenção não eram abordados:

Não, na época não [...] eles falavam sobre sexo, mas não sobre negócio de usar preservativo, porque o que tinha na época – eu parei com 12-13 anos, naquela época lá davam as “partes” do corpo humano, a gente estudava só aquilo ali, né, não tinha negócio de doenças que nem aids, na época nem falavam [...] a gente não tinha informação, não estava bem informada que nem hoje em dia, já fazem palestra, já fazem um monte de coisas, que a gente vê muito na televisão, no rádio [...] eu tive que parar cedo de estudar, para trabalhar, para ajudar meu pai e meus irmãos na roça, quem sabe depois eles começaram a falar, estudar sobre isso [...] só que o resultado depois de muito tempo que veio, né (ri), mas eu não estava orientada, né, por isso mais que eu me apavorei, entrei em pânico na hora que fiquei sabendo né [...] (E3).

E5 traçou algumas diferenças entre a escola que freqüentou quando criança, no meio rural, e o retorno aos estudos, adulta, na “cidade”:

E5 – Eu estudei só dois anos quando eu estava na colônia, aí depois, quando eu vim para cá, eu estudei lá na vila, de noite, para os adultos, daí lá eles mostravam até filme para nós, sobre doenças, né [...].

A – O que tu lembras que aparecia nestes filmes?

E5 – Ah, aparecia que qualquer um podia ter, né, mostrava como é que pega, como não pega [...].

A – Aí quando tu vias aquele filme, o que te passava pela cabeça?

E5 – Ah, eu tinha horror, eu não queria [...] ah, eu preferia qualquer doença menos essa, eu pensava isso [...] só que uma vez eu sonhei que eu tinha [...] parecia que era verdade, [...] eu tinha medo; o meu maior medo era de fazer o exame [...] eu não tinha certeza se eu tinha ou não tinha [...].

Parece-me interessante observar nestes relatos que a escolaridade e a educação sexual podem ser tanto fator de vulnerabilidade quanto de proteção à infecção pelo HIV, dependendo das formas como forem sendo conduzidas (maior ou menor escolaridade, educação sexual que se restrinja ao biológico ou que também aborde questões culturais...). E7, por exemplo, aborda a importância da escolaridade formal em sua fala: “se a mulher for educada, tiver um estudo, aí ela está trabalhando a cabeça, ela vai usar o preservativo, ela está por dentro da história, aí depende, se ela for “mal-educada”, ah, ela nem vai usar, nem vai usar [...]”. Ao mesmo tempo ela também realizou uma crítica quanto à efetividade da prevenção junto à população escolar: “tenho pena dos jovens de hoje em dia, que têm uns que estão orientados, pelo colégio, tudo, mas existe ainda aqueles que ‘entra aqui sai ali’ [...]”, bem como afirmou, ao refletir sobre como as mulheres estão sendo infectadas pelo HIV, que “um pouco falta muita informação [...]” Estudos já realizados (CASTIEL, 1996; GASTALDO, 1997; BERER E RAY, 1997; MEYER, 2001; SILVA, 2001; AYRES, 2002; MONTEIRO, 2003; VALADÃO, 2004; MEYER et al., 2006b) enfatizam a insuficiência da informação para modificar comportamentos, questionando a ênfase exclusivamente informativo-cognitivo-racional e de responsabilização individual que predomina na educação em saúde. Há mulheres e homens que, mesmo tendo acesso a informações, infectam-se com HIV, apontando para a necessidade de se incluir aspectos sócio-histórico-culturais e afetivo-emocionais vinculados à construção de gênero e sexualidade – na análise da construção de vulnerabilidades à infecção pelo HIV.

Como já comentado, todas as mulheres entrevistadas trouxeram à tona que tanto na família quanto na escola quase não existiam espaços para falar sobre sexualidade, namoro; muitas (E1, E2, E5, E6, E7) nem receberam orientações sobre o funcionamento de seus corpos.

Nesse sentido, pode-se pensar a “vergonha” como resultado do processo de construção cultural deste não sentir-se à vontade para conversar sobre aparelhos reprodutivos, sexo,

namoro, sexualidade... E4, diferentemente das entrevistadas acima citadas recebeu algumas orientações antes de menstruar, mas estas eram referentes apenas a aspectos biológicos; afirmou que tudo que aprendeu foi na rua, no colégio “era só conhecer aparelhos reprodutivos do homem e da mulher”.

Em se tratando de educação sexual, a abordagem biológica predominou, e pode-se dizer que ainda predomina, em determinados contextos educacionais, enfatizando exclusivamente a informação como instrumento de promoção de saúde reprodutiva e saúde sexual. Contudo, parece-me pertinente pensar que, ao longo da história, não de uma forma linear, mas sim podendo co-existir diferentes abordagens, “a maneira pela qual o corpo é lido e explicado (e significado), mesmo que cientificamente, varia em cada época, não só quanto às representações corporais produzidas, mas quanto aos interesses políticos e ideológicos dominantes” (RAGO, 2002). Neste sentido, pode-se argumentar que movimentos feministas exerceram/exercem importante função na disseminação de conhecimentos sobre o corpo e a sexualidade, situando-os em contextos sócio-culturais.

Ayres (1998, p. 422), ao situar a escola enquanto “recurso programático” importante de prevenção da aids entre jovens, bem como, “locus primordial do exercício da cidadania”, auxilia a pensar como os processos educativos estão sendo orientados e conduzidos a fim de aproximar-se ou afastar-se do alcance deste objetivo. O autor enfatiza que os objetivos das estratégias de redução da vulnerabilidade envolvem respostas sociais, compreendidas como o “movimento de buscar incluir-se e incluir o outro em possibilidades concretas de um futuro o mais pleno possível em uma dada comunidade, tempo e local” (AYRES, 1998, p. 421). Contudo, como consta em muitos dos depoimentos das entrevistadas, a escolarização vivenciada não propiciou a elaboração e a vivência de ações protetoras, o que me leva a discorrer sobre algumas possíveis abordagens de educação sexual desenvolvidas nas instituições escolares.

Jimena Furlani (2005) pesquisou sobre abordagens relativas à educação sexual a partir de representações sobre gênero e sexualidade presentes em livros paradidáticos, percebendo que, especificamente sobre aids, ora havia ênfase em aspectos biológicos, ora, nos relativos à solidariedade. A aids promoveu (e promove) estudos e pesquisas sobre sexualidade, visibilizando as demandas por educação sexual, focando sexo seguro. Contudo, a autora destaca que, embora o surgimento de medicamentos para tratamento de aids tenha propiciado maior tempo e qualidade de vida a doentes de aids, “a educação sexual se depara com um desafio decorrente de uma suposta euforia com o descobrimento de novos remédios” apontando a negligência com as técnicas de prevenção como um aspecto gerador de

preocupações para as políticas de saúde e educação (FURLANI, 2005, p. 154). Neste sentido, ela argumenta que na educação em saúde encontram-se presentes, simultaneamente, processos de controle e resistências, apontando para “redes de disciplinamento e autogoverno”, conceito que será mais discutido ao ser abordada o componente programático da vulnerabilidade (FURLANI, 2005, p. 156).

O trabalho sistemático de educação sexual, proposto nos Parâmetros Curriculares Nacionais (1997), reforça a necessidade de “intervenções mais eficazes na prevenção da aids com ações educativas continuadas” (p. 114), incluindo a necessidade de abordar “os obstáculos emocionais e culturais que impedem (ou ao menos dificultam) a adoção de condutas preventivas”, bem como “o convívio social e os relacionamentos amorosos” (p. 114). Contudo, parece-me importante pensar que, conforme o trabalho de educação sexual for conduzido, gerará diferentes efeitos. Ao enfatizar as construções discursivas, Furlani (2005) embasa-se na noção de que “o discurso inventa, constrói representações sobre gêneros e sexualidades, tanto regulando, excluindo, normatizando, quanto re-inventando, incluindo, pluralizando” (FURLANI, 2005, p. 241). Santos (2003) e Monteiro (2003) comentam sobre a predominância de um tom alarmista nas ações educativas para a prevenção a DST/aids, especialmente no início da epidemia, centrado no medo, na ameaça, na vergonha e na culpa como estratégias de promoção do sexo seguro (SANTOS, 2003, p. 8), mas que, por si só, não garantiram/garantem a adesão à prevenção. E3 realizou um comentário que enfatiza a importância de que informações sobre saúde sexual cheguem a lugares de mais difícil acesso, via palestras que reforcem a informação e o medo da doença, reproduzindo o discurso da “pedagogia do terror” que predominou e, em alguns espaços ainda predomina, nas ações de prevenção:

Começar explicar sobre aids, né, do perigo da doença, o que que a doença faz na pessoa, porque muitos “ah, uma doença qualquer”, eles não sabem as conseqüências da doença, eu acho que teria que chegar e explicar quais são os sintomas, o que a doença provoca. A pessoa não está orientada sobre o que a doença faz, então eu acho a pessoa sabendo ela já vai procurar se cuidar mais, “não, tal doença mata, faz isso, passa através disso, contamina outra pessoa através disso, como a doença contamina outra pessoa, o jeito, através de quê, quais são os meios e os métodos que a gente pode evitar, usar para evitar” (E3).

O discurso embasado no medo e na ameaça de morte, freqüentemente demandado como um método “correto” de prevenção, também foi reiterado por E4, à medida em que sugeriu que houvesse “propaganda do HIV [...] mais reais”,

mostrando que na realidade está acontecendo com as pessoas, tem gente que não acredita na aids, sabia, que nem eu, também não acreditei na 1ª vez [...] está aí [...] (elas não acreditam) porque eu acho que não viram uma pessoa mesmo que anda morrendo por causa dessa doença [...] eu acho que agora tem que ser mais para os jovens também, acho que tinham que ser mais vivas as propagandas [...] mostrando mais como acontece mesmo, sabe [...].

Berer e Ray (1997) referiram que a educação sexual limitada a noções de anatomia, reprodução e informação básica sobre transmissão e prevenção do HIV provavelmente não surtirá grandes mudanças em termos de prevenção, exigindo discussões sobre significados culturais constituintes das sexualidades vivenciadas.

Concordo com Villela e Arilha (2003, p. 132) que, ao comentarem sobre trabalhos de educação sexual com jovens, argumentam que “apenas quando o jovem não tem de esconder ou esconder-se da sexualidade, quando está seguro de que o sexo é um domínio humano não ligado à culpa, ao pecado, ao segredo e à mentira, ele pode (tentar) buscar conscientemente o usufruto seguro de sua sexualidade”.

Para reiterar a discussão sobre a participação da escola e da mídia na prevenção a DST/aids, utilizo depoimento de E8, que as considera suportes importantes para auxiliar na educação das filhas:

[...] agora no colégio tem muitas coisas [...] têm essas assistentes sociais que vão lá e ensinam, sabe [...] têm essas gurias mais grandinhas que [...] já estão naquela idade de [...] ai estão ensinando, agora já é diferente [...] eles falam melhor para as gurias, explicam que tem que usar isso, tem que fazer aquilo, explicam bem direitinho as conseqüências que vão ter se eles não usarem camisinha [...] é bem diferente agora, eles estão sempre falando, e tem a TV também, elas já sabem, está sempre dando na TV [...] (E8).

Esta entrevistada também descreveu um dos programas que viu na televisão, referente à participação de pessoas soropositivas em trabalhos educativos de prevenção a DST/aids em escolas:

Ela tem a doença, ela não se importa de ir nos colégios [...] e dá as palestras, leva camisinha [...] eles mandam bilhete para os pais pedindo se os pais aceitam que ela dá essa palestra [...] ai ela vai lá, ela e um outro grupo, dão a palestra, cada um tem assim uma história para contar, ai eles contam que pegaram assim, droga, transfusão, ai eles falam e instruem as crianças, os adolescentes, na fase que já estão, né [...] instruem que tem que usar preservativo, claro que a injeção é importante, mas o melhor de tudo é usar preservativo, explicam que tem o feminino, o masculino, e eles levam um negócio que ensina o jeito que bota, achei interessante isso, bem bom para fazer para as crianças [...] por isso que eu digo, às vezes até eu cuido para as

minhas crianças não olharem, que eu sempre estou dizendo para eles, quando eles me pegam olhando, “olha, tu está vendo como é”, ai eles dizem “eu sei o que tu estás falando [...]” (E8).

Rosa Fischer (2001) destaca a participação da televisão na vida cotidiana, gerando repercussões nas práticas escolares, pois “crianças, jovens e adultos de todas as camadas sociais empreendem modos de ser e estar no mundo também nesse espaço da cultura” (FISCHER, 2001, p. 18). Assim, estas falas podem ser pensadas a partir da argumentação de Fischer (2001, p. 7) que, inspirada em Foucault, afirma que “a mídia participa da constituição de sujeitos e subjetividades, na medida em que produz imagens, significações, enfim, saberes que de alguma forma se dirigem à ‘educação’ das pessoas, ensinando-lhes modos de ser e estar na cultura em que vivem”. Portanto, fazem-se presentes na vida dos sujeitos via mídia a produção e a circulação de significados sobre gênero, sexualidade, aids, interferindo nos modos de pensar, conhecer, relacionar-se consigo e com os outros, ou seja, as mulheres entrevistadas também vivenciaram/vivenciam aprendizagens através da interação com mensagens veiculadas pela mídia que participaram/participam da produção de suas identidades individuais e culturais.

Ruth Sabat (2001) utiliza o conceito de pedagogia cultural para enfatizar a produção de valores e saberes, regulação de condutas, re-produção de identidades e representações, relações de poder, ensinando e reforçando determinados modos de ser mulher e de ser homem, via publicidade. Há estudos já desenvolvidos sobre a participação da mídia em relação à construção de gêneros na infância (GUIZZO, Bianca, 2004) e à prevenção de DST/aids (DAZZI, 2002; SANTOS, 2002). Mirian Dazzi (2002), por exemplo, elencou como tema de sua dissertação, representações de HIV/aids em vídeos produzidos pelo MS direcionados à prevenção de DST/aids junto a jovens em ambientes escolares, trabalhando temáticas, possíveis significados e impactos das mensagens veiculadas, especialmente no que se refere ao biopoder. Gastaldo (1997, p. 148) destaca que através do biopoder são reforçadas “técnicas de poder controladoras do corpo individual e do corpo social”, as quais são colocadas em funcionamento de “forma sutil e contínua, numa rede de micropoderes, incluindo o uso do espaço, tempo e práticas cotidianas” (GASTALDO, 1997, p. 149).

Luís Henrique Santos (2002), em sua tese, analisou anúncios televisivos de HIV/aids, do MS, no período de 1986 a 2000, visando perceber quais discursos os perpassaram e constituíram, também abordando alguns aspectos relativos às interpelações dos anúncios e às possíveis reações de sujeitos que os assistem, a partir de suas experiências de vida. O autor argumenta que “[...] contestar os significados apresentados nos anúncios [...] é também resistir

aos seus significados; é não tomá-los como dados, universais, suficientes [...] é também [...] negociar com esses significados” (SANTOS, 2002, p. 114).

Já Santos et al. (2005) realizaram sessões de grupos focais com agentes comunitários/as de saúde, apresentando-lhes alguns anúncios televisivos de prevenção a HIV/aids para serem relacionados às suas vidas e dos grupos sociais em que estavam inseridos/as, visibilizando, muitas vezes, distâncias entre o que era mostrado nos anúncios e a possibilidade de “incorporar” as estratégias de prevenção nos seus cotidianos, ao menos a partir das formas como eram abordadas e sugeridas nos anúncios:

as/os agentes de saúde produziram um certo repertório (convergente) de interpretação dos anúncios, que construíram a partir de suas vivências, dos discursos que as/os atravessam (senso comum e biomédico, por exemplo) e, particularmente, da experiência cotidiana de serem telespectadoras/es (SANTOS et al., 2005, p. 158).

Senso comum é aqui situado enquanto constituído por fragmentos de discursos que são “articulados ao longo da história de um povo ou destacados de discursos (como os da educação e da saúde) em uma dada conjuntura política e social” (PINTO, 1989, p. 44). Ao senso comum confere-se “enorme capacidade de dar sentido à vida cotidiana” e “enorme potencialidade de ser articulado a diferentes visões de mundo” (PINTO, 1989, p. 45). Santos et al. (2005) argumentam que anúncios televisivos – e, talvez, deva-se acrescentar todos os demais debates sobre HIV/aids veiculados pela mídia, como alguns dos citados pelas entrevistadas - funcionam como “alavancas” das campanhas oficiais de prevenção, mas acabam incluindo alguns personagens e excluindo outros, dificultando o reconhecimento da prevenção por parte de todos os grupos sociais e mesmo de toda gama de diversidade de gênero presente no interior de cada grupo social. Contudo, a televisão é assumidamente designada como uma instância pedagógica que produz efeitos, mas nem sempre os esperados pelas políticas de prevenção de HIV/aids, pois a interpretação de anúncios e programas relativos a HIV/aids será mediada pelos significados que circulam na cultura e constituem seus sujeitos. Mesmo assim, existe por parte de tais políticas todo um investimento sobre o indivíduo, visando o governo da vida individual (auto-governo) e coletiva.

Santos (2002) destacou o papel do poder, difuso, também vigente nos discursos publicitários biomédico e comercial, “os quais instituíram determinadas representações que nos orienta(ra)m na condução de nossas próprias vidas, ou mais especificamente, no caso do HIV/AIDS, de nossa sexualidade” (SANTOS, 2002, p. 262).

Embasando-se em Deborah Lupton (1995), Santos (2002) refere que

uma das questões postas aos profissionais que trabalham com prevenção de doenças e promoção da saúde é, precisamente, como lidar com alguns significados pré-existentes (sexo como algo prazeroso, excitante, perigoso, romântico) e, trabalhando com eles, criar outros que possam se equivaler ou mesmo superar aqueles já estabelecidos e que, ao mesmo tempo, atuem no sentido da prevenção (SANTOS, 2002, p. 96-97).

No período entre 1994 e 2000, Santos (2002) reparou que os anúncios eram prioritariamente endereçados às mulheres, reflexo da indicação, via epidemiologia, do número crescente de casos de aids em mulheres, tendo como foco a auto-estima e o empowerment.

Oliveira et al. (2003) problematizam a noção de “negociação de sexo seguro” que é colocada em circulação em anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção do HIV/aids endereçados às mulheres. Nestes, a noção de “empowerment” perpassa muitas das mensagens veiculadas, o qual

engloba nos seus significados a idéia de que existem grupos de indivíduos que se encontram subjugados a outros e precisam ampliar seu poder e capacidade para negociar sua segurança pessoal (nos programas oficiais de prevenção da AIDS, entendida reduzidamente como proteção da saúde) nas suas relações com esses outros. *Empowerment* é uma condição a ser atingida por intermédio de ajuda externa, dos profissionais de saúde por exemplo, aos quais cabe, justamente, desenvolver ações no sentido de “conceder poder” a quem dele precisa (LUPTON, 1995; PAIVA, 1996, apud OLIVEIRA et al., 2003, p. 10).

Oliveira et al. (2003, p. 10) destacam que um dos problemas do empowerment feminino enquanto estratégia é que “não se propõe a romper as hierarquias de poder que resultam na necessidade feminina de negociar segurança nas relações heterossexuais”, acabando por reforçar as representações de dominação/submissão vinculadas aos significados culturais de homem e de mulher ao não buscar compreender os processos de suas construções.

Andrea Cornwall e Alice Welbourn (2006, p. 19), embasando-se em Rao Gupta (2000), comentam que

ao dizer às pessoas o que elas deveriam *saber* ou *fazer*, as mensagens de saúde pública ou explicações biomédicas erram o alvo, baseando-se em mensagens generalizadoras incapazes de falar às preocupações particulares das pessoas, oferecendo prescrições que pouco reconhecem as dimensões interpessoais, culturais e sociais da sexualidade e da reprodução.

Nesta mesma direção, Silva (2002) destaca a importância da mídia na formação do conhecimento sobre aids, contudo alerta que deveria ser

mais adequadamente aproveitada como veículo de prevenção, abordando as especificidades masculinas (e femininas) dos valores e crenças, procurando estimular uma redução aceitável dos riscos, o que pode ser um caminho mais efetivo do que aquele oriundo de um discurso de normas gerais, como: “use camisinha sempre” (SILVA, 2002, p. 48).

Santos (2002) também compartilha da noção de que é importante conhecer os grupos sociais aos quais as campanhas e ações de prevenção em geral se destinam. O autor esclarece que,

embora esse conhecer envolva sempre, em alguma medida, colonizar/governar o outro, acredita-se que existam, sim, formas de conhecer que sejam mais condizentes com aquilo que diferentes grupos sociais expressam como suas necessidades para além daquelas estratégias que tomam a população como consumidores (SANTOS, 2002, p. 98-99).

A partir das discussões apresentadas pode-se pensar na importância das aprendizagens sobre gênero e sexualidade que ocorrem nos âmbitos da escola e da mídia; visando conhecer um pouco mais o contexto afetivo-sexual das mulheres entrevistadas, a seguir desenvolverei algumas costuras entre noções de amor, confiança e infidelidade, as quais perpassaram muitas das falas e que já foram citadas em vários estudos como importante aspecto na constituição da vulnerabilidade de mulheres à infecção pelo HIV.

5.1.3 Amor, confiança e (in)fideliidade: o que isso pode nos ensinar sobre gênero e sexualidade

Quem ama usa (preservativo)?

quem ama usa camisinha; é mais um motivo para a pessoa que tentar ter relação, que nunca fez um exame [...] se realmente ela ama, se um ama o outro eles vão começar ter relação com camisinha; uma que eles estão se conhecendo, não se conhecem, né, e estão também prevenindo muitas doenças, de repente um pode ter uma doença, a mulher pode ter, ou ele, né [...] se realmente ele ama, ele vai querer usar o preservativo, proteger, tanto ele não quer uma doença quanto não quer passar para ela, está protegendo ela também. (E3).

(parceiros estáveis) Às vezes (usam preservativo), acho [...] muitas vezes não [...] depois que estão casados, aí se acham que não precisam mais usar, porque estão casados, porque estão juntos, tem muita gente que confia, mas muitas vezes acontece, mesmo estando casados, a mulher dá uma escapada, ou até o homem, aí acontece dar esses casos [...] mas depois de casada tem muita gente que acha que não precisa usar [...] (E1).

(Seria) “chato, constrangedor” (o uso de preservativo), assim de ter que usar, tem muita gente que eu acho que não deve gostar, não deve se sentir bem usando, porque a nossa relação era diferente antes da camisinha, depois da camisinha mudou, não é a mesma coisa, não dá o mesmo (prazer), sabe [...] (E1).

Ao conversarmos sobre a introdução do uso do preservativo em parcerias estáveis, temática despertada pelo folder “Quem ama usa” (preservativo como aliança - relações heterossexuais estáveis), E1 comentou que “não é só uma forma de proteger, mas é uma forma de carinho, ter carinho com a pessoa, de querer cuidar dela, querer bem ao parceiro, à parceira [...] não vejo a camisinha só como obrigação [...]” E6 reforçou: “É, quem ama usa, né [...] tem outro cartaz também que diz ‘Viva por quem você ama’”, mas ao mesmo tempo na sua vida pessoal confirma que ama o companheiro e apresentam dificuldades para usarem preservativo. A distância entre “a teoria e a prática” está presente em muitas falas, nas quais as entrevistadas reproduzem o imperativo das mensagens de prevenção, mas muitas vezes não os efetivam em suas interações afetivo-sexuais, especialmente se forem relações mais duradouras, dando visibilidade ao fato de que a representação do preservativo agrega um conjunto de sentidos geralmente incompatíveis com a prevenção no contexto de parcerias estáveis. A introdução do preservativo em relações estáveis pode “desestabilizar” as mesmas, abalando a confiança entre os parceiros, bem como trazer à tona a possibilidade de relações extraconjugais. Assim, a evitação destes sentimentos acaba por se configurar como barreira à adoção de medidas preventivas à infecção pelo HIV.

E5 diferenciou em sua fala os relacionamentos de “ficar” e os estáveis, ao relatar que com o pai do primeiro filho nunca usara preservativo, mas “depois que a gente se separou nós andamos umas vezes juntos, aí eu fazia ele usar (preservativo), daí ele não reclamava porque era namoro assim, lá de vez em quando que a gente ficava junto”. Ela reforçou esta diferenciação ao comentar que “quando eu transava assim quando eu ia para baile e chegasse a ter que transar, ‘ter que’ não (ri), claro, eu sempre usava, né, eu não usava quando eu conhecia, ficava 2-3 vezes com o cara, aí eu pensava, a gente sempre pensa, ele não tem, né [...]”, ou seja, nas primeiras vezes que se relacionava com um homem usava preservativo, depois “pensava não vou usar mais agora porque [...] daí estava namorando [...]” (E).

Nos contextos das entrevistadas “conhecer o outro” é situado como uma estratégia de prevenção a DST/aids... E8 comentou que esta estratégia funciona dependendo do “parceiro, né [...] conhecendo bem ele [...]”; ela falou que há algumas mulheres casadas “que confiam até demais [...]” em seus maridos, sendo mais difícil de negociar o uso da camisinha quando

se está apaixonada: “É difícil [...] muito difícil [...] sei que lá em casa é tão ruim, é difícil, tem que ficar implorando[...]. É tão ruim às vezes, ele pega e esconde, ai eu digo eu tenho aqui [...]”

Existem vários estudos nos quais mulheres citaram o conhecimento e a confiança no parceiro como justificativas para o não uso de preservativos, sendo estes aspectos situados como métodos adotados de prevenção à aids (GUIMARÃES, 1996, BARBOSA; VILLELA, 1996; BERER e RAY, 1997; AYRES, 1998; GUIMARÃES, 2001; JIMÉNEZ, 2001; SILVA, 2002). Berer e Ray (1997, p. 275) chegam a afirmar que “se o amor é visto como o profilático número um, a confiança é o segundo”.

Ana Jiménez e outros (2001), ao entrevistarem mulheres sobre a adoção de comportamentos para proteção das DSTs, constataram a presença de dificuldades em negociar a prevenção em contextos sócio-econômico-culturais em que a mulher ocupa lugar de menos poder na relação, devido às formas de estruturação das relações de gênero então vigentes. Nas palavras dos/as autores/as, “torna-se dificultado à mulher, neste caso, exercer controle quanto às decisões relativas a quando e sob quais condições ter relação sexual” (JIMÉNEZ et al., 2001, p. 56). Paul Farmer (1996) e Heilborn (2003) também destacam a dificuldade de negociação quanto ao uso de preservativos.

Barbosa (1999), ao discutir a dimensão relacional e situacional da negociação sexual, comenta que “o que e como se negocia são propensos a constantes contestações e reinvenções, de acordo com as relações e contextos nos quais a mulher se encontra”. Um questionamento importante trazido pela autora remete à “identificação de qual é e como se estabelece a pauta de negociação, como se diferenciam por gênero e quais são as estratégias utilizadas” (BARBOSA, 1999, p. 79).

Para mulheres que dependem emocional e financeiramente de seu parceiro, demandar o uso do preservativo pode colocar em risco a relação, ou seja, aos custos sociais, econômicos e culturais pode ser atribuída maior importância do que ao risco de se infectar pelo HIV (BARBOSA, 1996). E3, por exemplo, com o segundo companheiro, que está desempregado, gerencia a renda familiar, posicionando-se com maior poder para negociar o uso de preservativos, diferentemente do que ocorria com o primeiro companheiro, do qual dependia financeiramente. Cabe explorar como o dinheiro participa das negociações, que mudanças passa a produzir no gerenciamento de vidas afetivo-sexuais, na circulação de relações de poder... Neste sentido, Berer e Ray (1997, p. 254) afirmam que “nos casamentos em que ambos os parceiros são financeiramente independentes, o equilíbrio de poder nas relações

sexuais pode ser bem diferente daqueles em que a mulher depende economicamente do homem, ou o homem da mulher”.

Donna Goldstein (1996) argumenta que muitas mulheres ficam desprotegidas nos contextos sócio-culturais em que estão enredadas, tornando difícil, senão impraticável, o processo de negociação sexual para o uso do preservativo. Barbosa e Villela (1996) questionam o próprio conceito de risco: o que é risco para uma mulher pode não o ser para outra, conforme sua inserção e contexto social. Um possível resultado desta avaliação de riscos consiste na percepção da necessidade, mas não garante a adoção do uso do preservativo, pois em qualquer negociação há perdas e ganhos, na qual podem prevalecer outros aspectos que não os relativos à prevenção da infecção pelo HIV.

Heilborn e Gouveia (1999, p. 192) comentam que “a negociação sexual, como esperada pelos agentes de intervenção, significa ocupar uma outra posição no jogo relacional familiar e, também, colocar o sexo num lugar diferente”. Barbosa (1999) alerta que nem sempre a ampliação do poder feminino garante que a negociação sexual se efetive no sentido do uso de preservativos. Isto porque “trazer a discussão da Aids para o interior do relacionamento significa colocar toda a relação em questão, não se traduzindo apenas ou necessariamente em uma falta de poder para tal” (BARBOSA, 1999, p. 85). As entrevistadas, em seus depoimentos, expressaram resistência a mudanças de posição e modos de enxergar a prevenção via uso do preservativo; E8 relatou que “foi depois que eu descobri essa doença” que veio a conhecer preservativo, pois antes nunca havia usado:

E8 – eu nunca usei camisinha [...] também, meu marido foi o primeiro e único, capaz que eu ia desconfiar, eu nem pensei nessa bobagem, até as agentes de saúde falavam que tinha que usar, capaz que eu ia usar com ele, aí quando eu vi já era tarde [...].
 A – E por que tu achas que nunca pensou nessa “bobagem”?
 E8 – Ah, eu pensei decerto que só pegava [...] nem imaginava que pegava assim numa agulha, alguma coisa, só pegava numa transmissão, no sexo, assim, um para o outro, aí eu pensei ele nunca ia fazer isso, eu confiava nele, eu nem imaginava que por droga pegava, injetando, assim, aí nunca pensei, achei que era bobagem, eu nunca pensei em usar camisinha [...].

A importância do amor e da confiança como barreiras para a prevenção também esteve presente no trecho da entrevista reproduzido a seguir:

A - Tu sabias que ele estava envolvido com drogas?
 E1- Sim, mas só isso [...] eu não sabia que ele podia ter, sabe [...] este problema desta doença, aí para mim foi tudo normal, não imaginava [...]. Eu

adorava ele, gostava demais dele, tanto eu gostava dele que eu aceitava ele do jeito que ele era [...] fazia todas vontades dele [...].

Estes depoimentos reforçam a importância da via dupla de transmissão (abuso de drogas e sexual) do HIV, bem como as posições que elas e seus parceiros ocupavam/ocupam, a ponto de inviabilizar o uso de preservativos, resistindo ao discurso oficial de prevenção do HIV e correspondendo ao discurso do amor romântico, no qual especialmente a mulher se entrega ao homem que seja depositário de seu afeto. Solomon (1994) provoca pensar sobre a importância deste amor na construção relacional das identidades:

Amo, logo existo pode ser algo pouco imaginativo, mas não está longe da “verdade” (grifos meus). É no amor que encontramos e fazemos nosso lugar no mundo, pelo processo de formação de identidade [...] pela concentração de todas as nossas energias e atenção num só indivíduo que é ao mesmo tempo outro e uma parte muito importante de nós mesmos [...] o que chamamos de amor é criação mútua de auto-identidade. Sexo, solidão, intimidade e privacidade desempenham um papel essencial no amor, em parte, porque é quando estamos ao mesmo tempo sozinhos e nus que o eu pode apreciar especialmente sua incompletude e a importância da identidade partilhada (SOLOMON apud COSTA, 1994, p. 201).

Esta noção de amor, contudo, também é construída no âmbito da cultura em que os sujeitos estão inseridos, afetando as formas de concebê-lo, posicionar-se na interação com o outro e, inclusive, a possibilidade ou não de prevenção a DST/aids. Daniela Calsa (2000, p. 22/23), em sua dissertação sobre amor, sexo e vulnerabilidade, argumenta que, para muitas mulheres casadas, “estar casada significa colocar-se nas mãos do outro, não para ser cuidada, porque ‘cuidar é o papel delas’: cuidar do marido, dos filhos, da casa”, remetendo à construção de gêneros que se processa no interior de cada grupo social, a qual situa-se imersa em disputas de poder, exigindo negociações e gerando (ou não) transformações possíveis em determinados tempo e contexto. A identidade, conforme Stuart Hall (1997), também não é fixa, pois forma-se e transforma-se conforme somos “interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam”, gerando várias “posições de sujeito” (identidades, entre as quais, a de gênero) para os indivíduos (HALL, 1997, p. 18). Agregado a isto parece-me produtivo pensar que o processo de construção de identidades visa “a manutenção, expansão ou proteção do espaço de vida em que o sujeito é socialmente reconhecido” (DELOR; HUBERT, 2000, p. 1560). A introdução do preservativo, a partir desta perspectiva, pode provocar uma desestabilização das relações de gênero no contexto dos grupos sociais em que as entrevistadas encontram-se inseridas, gerando uma reação de resistência a possíveis mudanças. A interpelação

predominante para mulheres, associada ao amor, dificulta vivências afetivo-sexuais nas quais o preservativo esteja presente; em função disto, irei a seguir discorrer sobre estes aspectos.

Rosângela Soares (2005), ao afirmar que a “associação entre mulheres e histórias sentimentais e amorosas tem se construído de forma naturalizada e universal”, coloca em relevo a importância do resgate histórico das origens do amor romântico, no século XIX, via novelas e romances que passaram a ser veiculados para toda população, mas existindo uma feminilização das narrativas, sendo as histórias direcionadas às mulheres.

Pareceu-me especialmente importante pensar, como sugere Soares (2005), que

O amor tem força. Nós estamos cercados por representações de amor, tanto na arte e literatura quanto na música, novelas e publicidade. Amar pode estar relacionado a sentimentos positivos, como o bem-estar, a plenitude, a felicidade e o prazer, mas também a tristezas, decepções e sofrimentos, já que o fracasso no amor pode significar o “pavor da solidão, o estigma do fracasso emocional, a exclusão do mundo dos felizes. São essas fantasias ou realidades morais que tornam eficientes alguns dos credos românticos, em especial os mais exaltadamente idealizados” (COSTA, 1998, p. 17, apud SOARES, 2005, p. 111).

A força do amor pôde ser percebida em várias falas das entrevistadas, sendo posicionado, em sua maioria, como mais importante do que a prevenção a DST/aids; concordo com Soares (2005, p. 112), quando afirma que tanto o amor quanto a separação entre amor e sexo são fenômenos sociais generificados. Assim, se o amor não é colocado na ordem do racional, não será via razão (ao menos exclusivamente) que as pessoas irão adotar o uso de preservativos em suas relações afetivo-sexuais (MEYER, 2006a). Embora possam ocorrer variações, em muitos contextos culturais ainda predomina a identificação das mulheres com amor e dos homens, com sexo; nas palavras de Soares (2005, p. 112), “as conexões entre amor e sexualidade são mais atribuídas às mulheres; já para os homens, sexo e amor são dissociados e, eventualmente, podem acontecer juntos”. Heilborn (2003) também argumenta nesta direção ao situar que

do ponto de vista das trajetórias masculinas, o sexo dissociado da experiência afetiva aparece como um aprendizado técnico. Da perspectiva feminina, a primeira experimentação, associada à iniciação sexual, reveste-se mais pela expectativa do estabelecimento de um vínculo amoroso do que pela expectativa sexual em si (HEILBORN, 2003, p. 206).

Esta diferença foi reiterada nos estudos de Michel Bonzon (2003) e Andréa Leal e Knauth (2006), sendo que no primeiro a iniciação sexual de mulheres ocorreu geralmente com um parceiro que amavam naquele momento, enquanto no segundo, a iniciação sexual de

homens é situada como “um aprendizado corporal e social, através do qual (os homens) adquirem conhecimento técnico sobre o uso de seus corpos e habilidade para se relacionar com outros, especialmente as mulheres” (LEAL; KNAUTH, 2006, p. 1383). Parece-me produtivo pensar como amor e sexo se articulam e se diferenciam; Soares (2005, p. 107) observou, ao pesquisar sobre representações amorosas e sexuais entre jovens, que predominou a “representação de que os homens são sexualizados e devem ofertar romantismo se quiserem agradar às mulheres; já, ao contrário, as mulheres, que são ‘naturalmente’ românticas, devem expressar erotismo para encantá-los”. Assim, ofertar erotismo pode ser significado culturalmente como incompatível com o uso de preservativos, por exemplo, reduzindo a probabilidade de prevenção à infecção pelo HIV.

Ao articular a sexualidade ao “modo pelo qual os indivíduos são levados a dar sentido e valor à sua conduta, seus deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos”, Foucault (1984) argumenta que homens e mulheres “são levados a reconhecer-se como sujeitos de uma “sexualidade”, via sistema de regras e coerções. A normatividade vigente, os mecanismos de poder que regulam práticas a respeito de gênero e sexualidade participam do processo de construção das subjetividades em cada grupo social (FOUCAULT, 1984, p. 9/10). Nos contextos culturais em que as entrevistadas foram educadas parece predominar, ao menos em determinados períodos de suas vidas, “jogos de verdade” nos quais o amor e a confiança prevalecem sobre a prevenção de DST/aids, tornando o uso do preservativo, de certa forma, ameaçador à manutenção da identidade de “boa esposa/companheira/parceira sexual” ou “bom marido/companheiro/parceiro sexual”. Rachel Thomson e Janet Holland (1996) argumentam que os preservativos não são objetos neutros, envolvendo significados simbólicos, muitos dos quais encontram-se associados ao exercício de certos tipos de sexualidade (talvez encontros esporádicos, relações extraconjugais), não relacionado a uniões estáveis. Assim, o preservativo pode ser concebido, em determinados contextos, como um ataque à legitimidade do vínculo estabelecido entre o casal e às normas culturais vigentes. As formas de expressão da sexualidade variam conforme as constituições identitárias dos sujeitos, expondo-os em diferentes graus à infecção pelo HIV. Neste sentido, as identidades implicam em negociações de sentidos, mesclando-se com a noção de risco, compreendida como o cruzamento de aspectos econômicos, ambientais, relativos a condutas pessoais e dimensões interpessoais (modos de estabelecer/manter relações amorosas/sexuais), entre outros (CASTIEL, 2003).

A partir destes argumentos concordo com François Delor e Michel Hubert (2000) quando afirmam que a vulnerabilidade é indissociável dos processos de produção de

identidade, pois esta participa do modo como cada indivíduo irá administrar riscos e a busca por reconhecimento, inclusão social. As situações de vulnerabilidade, sob esta ótica, envolvem as “circunstâncias [...] durante as quais esse exercício vital é mais doloroso, difícil ou perigoso” (DELOR; HUBERT, 2000, p. 1560). Villela (1998), por exemplo, discute a contradição existente entre a identidade masculina ligada à força, autonomia e invulnerabilidade e as imagens associadas à aids (magreza, fragilidade), ainda vigentes em determinados contextos, fato que dificultaria a execução da prevenção à medida que homens não se percebiam expostos à infecção pelo HIV.

Leal e Boff (1996), ao pesquisarem sobre expectativas de gênero e sexualidade junto a homens e mulheres de grupos populares, destacaram algumas diferenças: em relação à sexualidade, para as mulheres, “a mulher ideal é a que ‘faz tudo aquilo que ele gostaria’”, e “para o homem, o homem ideal é aquele que ‘se preocupa com o prazer da mulher’”. Contudo, “para o universo feminino, a noção básica que está em jogo é a de “servir” e, para o universo masculino, a de “agir”, de demonstrar virilidade. O ideal de esposa que predominou envolvia o investimento na fidelidade do marido, visando garantir estabilidade e /ou reprodução da família, fato que também percebi nos depoimentos das entrevistadas (LEAL; BOFF, 1996, p. 130/133/134).

A confiança foi explicitamente mencionada como ilusório fator de prevenção de DSTs quando E1 comenta que ela e o parceiro não conversaram sobre camisinha nem usavam-na porque “naquela época eu tomava anticoncepcional e eu confiava demais nele [...] nunca imaginava, né, que [...]” Ela refere que não conversaram sobre gravidez porque ela se prevenia e “contra doença não porque não me passava pela cabeça dele poder ter, na minha idéia se ele tivesse algum problema ele ia me falar, a gente nem falava sobre este assunto [...] sabe, o tempo que a gente ficava junto a gente conversava sobre outras coisas, curtia mais aquele momento [...]” A possibilidade de infecção pelo HIV não predominou sobre o prazer da convivência. E1 afirmou que o que leva as pessoas a se infectarem com o HIV “é o próprio descuido, a confiança demais no outro [...]. Eu fui vítima desse cara que me passou HIV [...]” Posicionar-se como vítima indefesa de um parceiro pode ser interpretado como reprodução de um discurso veiculado por muitos programas de prevenção mas, além disto, pode-se perceber que, ao participar da construção de uma “dada forma de viver a conjugalidade”, a mulher também participa, ativamente, da maior ou menor possibilidade de exercer ou não a prevenção (MEYER et al., 2004b). Conforme sugerido por Lília Schraiber, Romeu Gomes e Márcia Couto (2005), parece ser necessário questionar a dicotomia entre o homem, situado

enquanto irresponsável ou não confiável, e a mulher, responsável e confiável, para abordar a dimensão relacional dos encontros afetivo-sexuais.

Ah, eu descobri quando eu engravidei, e eu não sei até hoje como eu peguei [...]. Tem o pai do meu guri também que ele era bem mulherengo, andava com Deus e todo mundo [...] ele traía um monte quando nós ficamos junto [...] aí eu não sei de quem até hoje [...] (E5).

A preocupação em desvendar a rede de transmissão do HIV foi muito pontuada por esta entrevistada, delegando a princípio à infidelidade masculina a responsabilidade pela infecção. Ao abordar a temática aids e mulheres, E4 também comentou que acha “injusto para as mulheres [...] tudo bem, elas também podem ter tido outros tipos de relacionamento, mas os homens também são culpados, porque o homem trai, a mulher também tem umas que traem, é tanto para eles tanto como para nós, né [...]”, culpabilizando principalmente, mas não exclusivamente, os homens pela transmissão do HIV às mulheres. Há estudos como os de Santos (2002) e Meyer et al. (2004b) demarcado que muitas das mensagens veiculadas em anúncios de prevenção a DST/aids posicionam mulheres como submissas, sendo preciso fortalecer sua auto-estima, e homens, como “naturalmente” infiéis, portadores de um impulso sexual que não conseguem controlar. Este posicionamento da mulher enquanto dominada merece ser questionado; Barbosa (1999) auxilia a pensar que “conceber o poder de maneira estanque, como algo absoluto contra o qual não existe nenhuma possibilidade de resposta, de reação, de resistência, é simplificar os jogos envolvidos nas negociações em torno da experiência sexual” (BARBOSA, 1999, p. 78).

Meyer et al. (2004b) referem que, no slogan “Quem ama usa” há todo um investimento posicionando o homem enquanto parceiro de uma relação heterossexual estável, o qual deve responsabilizar-se pela saúde de sua companheira e/ou mãe de seus filhos, focando inclusive a possibilidade de transmissão vertical do HIV. Santos (2002) destaca que, em muitos dos discursos presentes em ações de promoção da saúde relativas a HIV/aids, os homens

não (foram e/ou) são posicionados como sujeitos que devem receber orientações na direção de cuidar de sua própria saúde, entendida como algo que seria, por princípio, bom para eles mesmos, mas sim como sujeitos que ameaçam, através de suas práticas (no caso, especialmente, as sexuais) a saúde das mulheres e de suas famílias, transmitindo doenças para outros [...] ou levando-as para dentro da própria casa (SANTOS, 2002, p. 152).

Meyer et al. (2004b) instigam a refletir ao indagarem:

Como funciona esta rede discursiva que interpela o homem heterossexual como veículo de transmissão sem abordá-lo, com a mesma intensidade, como um sujeito vulnerável à contaminação? E quais os efeitos disso sobre os modos como se concebem e implementam ações de prevenção? (MEYER et al, 2004b, p. 69).

Há trabalhos (GUIMARÃES, 1996, THOMSON; HOLLAND, 1996, DELOR; HUBERT, 2000) mostrando que a introdução do preservativo em relações estáveis gera desconfiança entre o casal, questionando a fidelidade, idealizada como componente do casamento, mas com significados por vezes diversos para homens e mulheres. Segundo Berer e Ray (1997), Victora e Knauth (1999) e Soares (2005), a infidelidade historicamente encontra-se mais associada aos homens, sendo “mais tolerada quando exercida por eles” (SOARES, 2005, p. 130). Silva (2002) aponta a insuficiência de pesquisas sobre homens heterossexuais e aids – fato também enfatizado por Villela (1998) e Barbosa e Villela (1996), as quais ainda pontuaram a importância de incluir os homens como foco das abordagens de prevenção. Em estudo empreendido por Silva (2002) foram entrevistados dez homens casados; a fidelidade feminina é situada nas falas destes homens como dada, “natural”, sendo também “natural” “o comportamento do homem propenso à traição”; [...] “o homem está no centro quando se trata de infidelidade” (SILVA, 2002, p. 43). Cabe destacar o caráter construtivo e constitutivo de masculinidades e feminilidades, nas quais a fidelidade e a infidelidade também estão inseridas e significadas no âmbito da cultura em que sujeitos encontram-se inseridos/as.

Seguindo na argumentação, utilizo as palavras de Gogna (1997, apud SILVA, 2002, p. 42):

A escassa disponibilidade e capacidade para o sexo seguro remetem a uma complexa trama composta de normas e valores, [...], relações de poder, sentimentos (afeto, amor e vingança) e significados (i.e. que o preservativo não é para o matrimônio). Assim, parece evidente que os mandatos culturais que definem a sexualidade masculina como indomável (o homem não deve desprezar oportunidades de contato sexual) e/ou postulam que correr riscos é um elemento essencial da masculinidade conspiram seriamente contra a capacidade dos homens de se proteger e proteger seus (suas) parceiros (as) sexuais.

Meyer et al. (2004b) concluem que

muitos dos elementos que legitimam o imperativo do uso de preservativo em todas relações sexuais incorporam, sem contestar, elementos de representações hegemônicas de sexualidade masculina vigentes, como por exemplo: a infidelidade

como regra, o sexo como instinto incontrolável e como necessidade biológica básica; a desvinculação entre sexo e amor, o sexo como ameaça etc. (MEYER et al, 2004b, p. 72).

Ao mesmo tempo estes autores apontam que esta noção conflitua com elementos associados ao feminino, como monogamia, amor e confiança na vivência afetivo-sexual. Houve e há anúncios e outras abordagens de prevenção a DST/aids que

incorporam sem questionar, representações hegemônicas tanto de feminilidade quanto de masculinidade, mas tomam a segunda como referência imutável, para investir na “transformação” de modos de ser e de viver a sexualidade, definidos como femininos. (MEYER et al., 2004b, p. 73).

As próprias entrevistadas reproduzem este discurso de prevenção, via afirmações tais como: “A mulher tem que se prevenir!” (E8). Contudo, ao mesmo tempo E4 e E8 relataram dificuldades para execução da prevenção, especialmente vinculados ao amor e à confiança no parceiro, enfatizando a participação destes aspectos na construção da vulnerabilidade à infecção pelo HIV:

A - O que tu pensas Paula desta frase: “Mulher, sua história é você quem faz”?

E4 - Quer dizer que era para usar preservativo, né [...] É, eu acho que tinha que usar [...] sua história é você quem faz [...] tem que se proteger, né [...] eu não me protegi, ai [...].

A - E por que será que tu achas que não foi possível, naquele momento, naquelas circunstâncias, se proteger?

E4 - Porque ele não queria que eu transasse com ele com camisinha; foi isso que aconteceu.

A - Tu amavas ele?

E4 - Amava, mas era coisa de adolescente, mais jovem, né, sabe que a paixão, 1ª vez, 1ª vez não, mas a gente se apaixona [...] depois a gente odeia esse homem [...] não é pela doença, sabe, odeia porque a pessoa não te entendeu o que aconteceu, sabe [...].

E7 comentou que “tem mulher que confia muito no marido, mas não dá para confiar muito neles, não dá mesmo [...]”, alertando para a possibilidade de infidelidade dos maridos, recordando o tempo em que trabalhou como profissional do sexo: “eles vão para o quarto, chega lá já estão duros da bebida, eles não usam camisinha [...]”, variando a decisão da profissional de aceitar ou não executar o programa sem camisinha.

A diferenciação entre parceria comercial e afetiva – diferentes lugares ocupados gerando diferentes posicionamentos frente à prevenção de DST/aids - foi abordada por E4:

A – Com os clientes, os clientes que chegavam propondo o uso da camisinha ou tu que tinhas que falar sobre isso?
 E4 – Eu já tinha no bolso, (ri), estava preparada, né [...] tinha uns que diziam “ai, vamos sem”, eu disse não, não quero saber sem, tem que usar, eu dizia “para prevenir eu e prevenir você”, né [...].
 A – E eles aceitavam?
 E4 – Aceitavam; tinha uns que não queriam de jeito nenhum aí eu dava para uma outra pessoa, mas eu falava para eles sempre [...].
 A – Tu conseguias dizer não caso eles não quisessem?
 E4 – Sim, eu dizia não, só para o meu cara não dava para dizer não (riso ansioso).
 A – Explica melhor porque que não dava para dizer não para o teu cara [...].
 E4 – Eu, quero dizer, eu não tinha como dizer não porque eu era apaixonada por ele, né, e eu sabia como ele era, ele não conseguia transar com camisinha, daí, ele, não sei, amolecia [...].

Esta diferenciação de lugares também foi mencionada por E6, que afirmou não aceitar transar sem preservativo com clientes “[...] eu cansei de estar no quarto às vezes com o homem e ele não querer botar, largava ele sozinho [...]”, mas com o companheiro não usava, realizando a seguinte reflexão:

Pois é [...] eles lá estão pagando e fazendo uma coisa que eles não gostam e ele ali, meu marido, eu não sei explicar como é que pode isso [...] eles eram estranhos e ele é o marido, pensei, uma vez que outra fazer a vontade dele [...] não quero, pensei fazer a vontade dele, e os estranhos não tem que nada ficar imitando meu marido [...] (E6).

E6 trouxe em seu relato o poder que é delegado e delega ao companheiro, em associação com o amor e a confiança, a ponto de fazê-la não acreditar na possibilidade de infectar-se:

E6 – Antes ele teimava comigo que assim na relação sexual não pegava, ele disse que não pegava, só se tinha algum machucadinho assim, né, que aí pegava, senão não. Eu acreditei nele, ele disse que não pega, senão as mulheres grávidas que têm o vírus as crianças iam tudo pegar, ele disse [...] e eu pensei “é mesmo”, eu pensava [...].
 E6 – É, eu achava que não pegava, era só agulha e ele dizia que sexo não pega, até hoje ele diz [...].
 A – E tu confiavas nele [...].
 E6 – Sim.
 A – Tu amavas muito teu marido nessa época?
 E6 – Sim.

A fonte de informação sobre aids e prevenção era o próprio companheiro: “Eu sempre dizia nós precisamos usar camisinha e ele “não, não precisa”; ele dizia “isso não é assim pra

pegar, isso não é assim, olha quanto tempo nós estamos juntos, tu não pegas mais”, e pensei não vou pegar mesmo, até então não tinha pegado, né [...]” (E6) , mas na última gravidez teve resultado positivo. Na vivência de E6 o conhecimento do qual dispunha sobre o risco de se infectar pelo HIV não foi suficiente para efetivar a prevenção, pois mesmo sabendo que o marido usava drogas (maconha, cocaína, inclusive injetável) e depois, que ele estava infectado com HIV, acreditou na fala “senão pegou até agora não pega mais”, não usando preservativo. Isto faz-me pensar no poder incorporado à fala do marido, que é o pai das três filhas – é um poder mais intenso, diferente, do que o dos profissionais de saúde, atrelado a amor e confiança, pois afinal ela havia passado pelo aconselhamento pré e pós-teste na primeira gravidez, em que são enfatizadas as formas de se infectar com HIV e como se prevenir, mas mesmo assim aceitava transar com ele sem camisinha porque para ele “era sem graça com camisinha”. Contudo, remeter este suposto poder individual ao âmbito de sua construção social, cultural, relacional, parece-me necessário para não localizar neste ou naquele sujeito – o marido ou a esposa – a responsabilidade pela prevenção ou não. Além disto, pode-se questionar novamente a condução de ações de prevenção nas quais as mulheres são interpeladas a desempenhar dupla tarefa: convencer a si mesmas e ao seu parceiro para a adoção do preservativo. Isto faz pensar na regulação cultural da sexualidade feminina e masculina, como se o homem não fosse capaz de controlar sua “natureza” sexual (Berer; Ray, 1997). Após tantos depoimentos, Barbosa e Villela (1996) ajudam a pensar que, em certos contextos,

a sexualidade feminina, ao ser construída no sistema sexo/gênero como impura e passiva, só pode ser exercida “livremente” com a sanção do amor e a partir do desejo do outro. Isto traz como consequência, entre outras, a dificuldade de incorporação da idéia de prevenção, pois o verbo *amar*, ao ser conjugado no feminino, adquire um forte sentido de abnegação, de negação de si mesma em função do outro, e a prevenção implica interpor um objeto ou uma racionalidade ao desejo, que é do outro, podendo se configurar, portanto, para muitas mulheres, como a antítese do amor (BARBOSA; VILELA 1996, p. 24).

Ao abordar algumas relações entre o uso de preservativo e as construções de masculinidades e feminilidades, Paiva (1993) argumenta que, em alguns contextos, “usar preservativo, ser racional, controlar a energia sexual ou levar em consideração as necessidades femininas é trair a masculinidade”, enquanto que tornar-se mulher implica em conseguir, com mais facilidade, “controlar os impulsos sexuais [...] e ceder aos impulsos do marido” (PAIVA,1993, apud GOGNA; RAMOS,1999, p. 239).

Dar-se conta da importância da dimensão relacional na construção de masculinidades e feminilidades e como esta opera na construção da vulnerabilidade de homens e mulheres à infecção pelo HIV tornou-se uma ferramenta fundamental para as análises da presente dissertação, como em vários dos estudos citados. Neste sentido, Maria Alves (2003), ao realizar pesquisa sobre representações sociais sobre sexualidade e prevenção de DST/Aids com homens, destaca a importância de buscar-se conhecer as culturas sexuais em que os mesmos constituem suas masculinidades, visando a construção de ações de prevenção mais contextualizadas. Neste estudo, o uso do preservativo também é percebido negativamente, sendo inconstante, conforme a seleção da parceira, onde o fator “conhecimento” da mesma tem relevância na decisão de utilizar ou não o preservativo. Este aspecto também foi citado por várias entrevistadas, trazendo à tona a intensidade da interpelação realizada a homens e mulheres quanto ao uso ou não de preservativos, que irá variar segundo as circunstâncias de “conhecimento”, amor e confiança. Heilborn (2003, p. 203) comenta que a seleção de parceiros/as acaba seguindo “definições cristalizadas sobre ‘pureza/poluição’” dos/as mesmos/as, situando a pessoa ‘conhecida’ fora dos critérios construídos de possibilidade de exposição ao HIV. A lógica de que o/a conhecido/a, o/a “familiar”, protege e o desconhecido, ameaça, pode ser associada à maior possibilidade de adesão ao uso de preservativo quando a relação sexual ocorre com parceria eventual, “da rua”, fora do âmbito “da casa” (MONTEIRO, 2003).

Finalizando, muitos depoimentos e estudos complementaram-se nesta discussão sobre amor, confiança, fidelidade/infidelidade e a possibilidade de vivenciar ou não sexo com preservativos nestas circunstâncias, destacando-se a incompatibilidade entre o uso de preservativos e o ideal romântico de monogamia (ligação entre sexo e afeto, onde a categoria amor prevalece sobre a percepção de risco), importância das concepções de masculinidade e feminilidade, não desejar questionar o relacionamento existente entre os parceiros, entre outros (BARBOSA, 1999).

Irei investir a seguir na segunda unidade analítica, visando aprofundar a leitura sobre as vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres entrevistadas e seus parceiros, aqui compreendidos enquanto porta-vozes de seus grupos sociais.

5.2 VULNERABILIDADES

5.2.1 Considerações iniciais

Abordarei a seguir vários componentes da vulnerabilidade à infecção pelo HIV em suas particularidades mas, considerando-se o aspecto sintético do conceito de vulnerabilidade, as partes apenas fazem sentido a partir do todo que as compõem (MEYER, 2006a). Portanto, as análises construídas a partir da articulação entre os depoimentos das entrevistadas e os pressupostos teóricos da dissertação são provisórias, resultado de recortes que se fizeram possíveis e necessários, tendo como referência a busca pela compreensão de como estes diferentes componentes interagiram na constituição do “todo” (a infecção pelo HIV), bem como discutir os atravessamentos do gênero neste processo. Ao realizar a leitura destas análises será possível perceber que houve várias repetições nos depoimentos das entrevistadas, podendo-se pensá-las, a partir disto, como sujeitos de vários discursos (senso comum, médico, da saúde, religioso...) que as constituíram enquanto mulheres. Ao insistir na descrição dos relatos das entrevistadas, convido-as/os a se transportarem para o trabalho de campo realizado, buscando provocar um exercício de empatia simultaneamente individual e coletiva, referente ao grupo social no qual as mulheres entrevistadas – e seus parceiros – tiveram suas feminilidades e masculinidades construídas.

Contudo, inicialmente irei destacar alguns elementos que, embora não sejam o foco da dissertação, fizeram-se presentes nas entrevistas e também participaram da constituição da vulnerabilidade destas mulheres à infecção pelo HIV. “Eu achava assim que a aids estava muito longe [...] e continua, as pessoas sempre pensam “comigo não”, né, e tem que cuidar [...]” (E7).

Cabe comentar que a noção de aids enquanto “doença do outro”, envolvendo os denominados “grupos de risco”, foi bastante referida nos depoimentos das entrevistadas, as quais situaram o não-reconhecimento com tais “grupos” como um dos fatores que contribuiu para sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Seffner (1998, p. 402) descreve que “desenvolveu-se uma postura preventiva do tipo: “a doença está restrita a grupos, se eu não pertencço a tal ou qual grupo, estou a salvo”:

eu pensava que só as “mulheres da rua” pegavam essa doença, sempre minha avó falava, ela via uma pessoa que ela sabia que era, que os antigos são assim, que eles vêem e dizem “não anda com aquela mulher que ela tem essa doença”, sempre falavam para a gente se cuidar e não andar com essas pessoas, mas não diziam o que tinha que fazer [...] parecia até que ia pegar assim falando com as pessoas [...] não pensava que era tendo contato com outra pessoa, sexo, coisa [...] (E8).
--

Berer e Ray (1997) referiram que representações de “mulher boa” e “mulher má” (em geral associada à profissional do sexo) estiveram (e conforme alguns relatos das entrevistadas, ainda estão) presentes nas associações entre mulheres e HIV. Parece-me produtiva a provocação que estas autoras realizaram ao afirmar que pouco se perguntou sobre quem as teria inicialmente infectado: clientes, parceiros e/ou via drogas? A culpabilização de profissionais do sexo como potenciais transmissoras do HIV merece ser questionada, visto que os clientes podem ter se infectado com outras/os parceiras/os anteriormente e então infectado as profissionais do sexo (BERER; RAY, 1997).

Desenvolvi algumas argumentações centradas nas vivências de profissionais do sexo, visto que 5 entrevistadas exerceram, em determinados momentos de suas vidas, tal profissão. Um aspecto que dificulta a prevenção relaciona-se às propostas de pagamento de programas, realizadas por alguns clientes, junto a profissionais do sexo:

as mulher não iam (transar sem preservativo) [...] umas pode ser que iam, né, porque eu não ia, eu só tinha que ir com o meu companheiro, mas eles ofereciam mais com certeza, né, mas eu não ia, não podia ir, ele não deixava também [...] esse (companheiro) me ajudou um tempo, dizia “Tu vais com preservativo com todos homens que tu ficares”, só que daí [...] ele queria sem camisinha, esse meu companheiro; ele tinha direito porque ele era como se fosse meu marido [...] só que o tempo que a gente estava junto estava tudo bem, depois ele começou a me bater [...] e os clientes eles eram casados, tem um monte de doença, não é só o HIV, têm várias doenças, com eles tinha que ser [...] porque a segurança deles e a minha, né, só que o meu companheiro era muito sem-vergonha, não ficava só comigo, andava com várias mulheres [...] (E4).

Sophie Day e Helen Ward (1997, p. 297), ao abordar as relações entre trabalho sexual e vida pessoal, argumentaram que “se o uso de preservativos transforma o sexo em trabalho, é a ausência do preservativo com os amantes que faz com que esse tipo de sexo seja pessoal”, demarcando diferentes espaços, interações e posicionamentos. A noção de “pertencimento” a um homem levou E4 a conceber a relação sexual sem preservativo como direito do parceiro estável, o que é apresentado em várias instâncias da cultura como algo naturalizado, que situa este insumo de prevenção “do lado de fora” de relações mais duradouras. Gênero e poder aqui entrelaçam-se diretamente na constituição da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, como já foi abordado no capítulo em que discuti as relações entre amor, confiança e possibilidades de prevenção.

Já E7 lembrou que, quando trabalhava como profissional do sexo (por 10 anos), se os clientes não quisessem transar com camisinha, “eu fazia igual, porque naquela época, eu

achava que a aids estava muito longe de mim [...] aí não usava camisinha [...]” Ela também relatou que começou a usar drogas (cocaína) “para agüentar [...] só cheirando, não cheguei a injetar, tinha medo da agulha [...] mas cheirava, trabalhava lá, fazia programa, tudo, na noite [...]”. A partir de falas como a de E7 pode-se corroborar a noção de que “os clientes e as circunstâncias (como a dependência química, pobreza, violência,...) forçam as mulheres a assumir riscos para ganhar dinheiro” (BERER; RAY, 1997, p. 266).

E2 também associou sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV ao período em que “trabalhava na noite” e não aos relacionamentos com os 3 homens que foram pais de seus filhos. Refere exploração/violência vivenciados na “zona”, especialmente por parte da “dona da casa”, que fazia pressão para ela beber, tomar remédio para não ficar com sono e fazer muitos programas, não dava comida, chegando a passar fome. Ela morava na mesma casa onde trabalhava, tendo sofrido inclusive violências físicas. E6 reitera esta percepção ao descrever como “bem ruim” o período que trabalhou na noite: “às vezes a gente tinha que sair com os cara que a gente não queria, né, passar frio, ter que beber [...]”. E3 e E4 também trouxeram o abuso de álcool como fator importante de vulnerabilidade. E6 relatou que apenas recebia preservativo do dono do estabelecimento onde trabalhava, mas não conversavam sobre DST/aids nem eram orientadas a procurar o posto de saúde. Acho relevante mencionar que estas mulheres não eram acessadas pelos profissionais de saúde nos locais onde atuavam como profissionais do sexo, o que nos faz pensar nos componentes individual, social e programático da vulnerabilidade em permanente articulação.

Contudo, E4 argumentou que conversava sobre sexo e prevenção quando trabalhava como profissional do sexo, apresentando o local de trabalho como um espaço de aprendizagem sobre sexo seguro, indo na contramão da associação entre sexo comercial e risco de se infectar com DST/ aids:

aí eu já estava mulher, nós conversávamos, mas sempre tinha a história do preservativo junto, que nem na boate, né, que todo mundo conversava sobre isso, que o pessoal pode achar que essas mulheres, né, as bail5(t)1.4051125(e)16.140.64 0 T

distanciamento, muitas vezes existente, entre as/os profissionais do sexo e as/os da saúde. Talvez seja interessante pensar como estas profissões e estes/as profissionais são posicionados/as cultural e socialmente, como o poder transita e constitui os lugares ocupados por ambos/as... escutei relatos de mulheres que foram profissionais do sexo e tinham vergonha de assumir isto e/ou justificavam sua passagem pela atuação como profissional do sexo devido à necessidade de sobrevivência. O medo de não ser acolhida e escutada nos serviços de saúde acaba por se constituir como um componente a mais de vulnerabilidade.

Silveira et al. (2002), ao pesquisarem sobre a autopercepção da vulnerabilidade às DSTs em mulheres, perceberam que, de 1543 entrevistadas, 64% achava impossível ou quase impossível adquirir DST/aids. Ao mesmo tempo, tais autores argumentam que perceber o risco não implica, necessariamente, em aderir à prevenção de DST/aids, sendo reduzida, inclusive, a possibilidade de executar a prevenção caso o parceiro fosse estável e usasse drogas. E6 descreve o espaço doméstico como seguro, embora tenha questionado isto em sua própria fala:

Mulher de dentro de casa é de dentro de casa, né, tem segurança [...] aí é que está o perigo [...]. Ele (companheiro) saía, ficava 3-4 dias fora de casa, voltava 2-3 noites depois, magro, magro, de tanto ficar no mato se drogando com os cara [...] (E6).

Heilborn e Gouveia (1999) argumentam que

Em geral, “inconscientemente”, mulheres (em relações estáveis) não se percebem em situação de risco porque: não se consideram promíscuas, mantêm relações sexuais com “sentimentos”, não transam com “qualquer um” e confiam nos seus parceiros. Apesar de tais mulheres continuarem sendo as mais vulneráveis à epidemia de HIV/Aids, não é por desinteresse e/ou desconhecimento/ignorância que elas “não praticam sexo seguro”. A aids continua sendo um elemento estranho às suas indagações porque, em seu universo representacional, este é um assunto que não lhes diz diretamente respeito (GUIMARÃES, 1995; KNAUTH, 1997, apud HEILBORN; GOUVEIA, 1999, p. 194).

Guimarães (2001) complementa ao afirmar que

Devido à distância social e simbólica que separa essas mulheres e seus parceiros fixos desses “outros”, nenhuma das pessoas entrevistadas considera-se em risco pela via de transmissão sexual do HIV, e todas rejeitam qualquer medida preventiva com esta finalidade. As justificativas dadas são: “tenho somente um parceiro”, “confio nele”, “sou fiel a ele” e “conheço ele até demais”. Trata-se portanto de um conjunto de locuções que encerram valores morais inscritos no universo feminino, não somente para manter o risco da Aids distante de seu meio familiar, mas sobretudo para reafirmar o acerto da escolha do par, a solidez dos laços domésticos, a

confirmação de sua própria identidade e de seu *status* de mulher “do lar” e “de respeito” (GUIMARÃES, 2001, p. 53).

Para muitas mulheres, a identidade de portadora do HIV é secundária aos lugares sociais de filhas, esposas e mães, através dos quais buscam enfatizar a legitimidade de sua infecção para conservar seu status social (KNAUTH, 1997b, 1999). A identidade social de muitas mulheres, alicerçadas na família e na casa, dificulta a associação entre risco à saúde e suas vivências afetivo-sexuais (GUIMARÃES, 1995). Para muitas mulheres, a “crença no amor como ilusória categoria de proteção” (PIMENTA; SOUTO, 2003, p. 29) faz parte da construção de suas feminilidades, ao menos temporariamente, alicerçada em significados construídos social e culturalmente, como já foi abordado anteriormente.

E8 comentou que acha “que são mais as mulheres casadas que têm essa doença, porque as de rua, que nem eu te falei antes, se vai fazer exame nessas mulheres, a maioria não tem, só as casadas que têm [...]”, mas ao mesmo tempo culpabiliza as mulheres profissionais do sexo e os parceiros que abusam de drogas pela transmissão do vírus, situando as “esposas” como vítimas do processo de infecção pelo HIV/aids, reiterando discursos hegemônicos e de várias vertentes do feminismo e de movimento de mulheres. Mulheres casadas são posicionadas, nestes discursos, como vítimas, enquanto as profissionais do sexo, como culpadas, visão decorrente dos modos de funcionamento do poder, discriminando sujeitos conforme as representações predominantes em seus grupos sociais.

Guimarães (2001, p. 29) comenta que o lugar atribuído à categoria “mulher” no quadro da aids ora a situa como “vítima” anônima de um parceiro infectado, ora como “culpada” por si mesma (por não usar preservativo na relação), posições que se encontram nos relatos a seguir:

vai que um homem ali que têm a mulher em casa, só fica em casa, vai ter uma relação com uma que tem aids, se ela não tiver preservativo vai pegar dali e passa em casa para a coitada da mulher que não tem nada e quem vai ter que ouvir ainda é a mulher: “Não, eu não tenho isso, foste tu que pegaste!” Então eu acho assim que é uma forma, a gente usando isso, é uma forma da gente se proteger de muitas outras doenças, não só da aids. A gente tem que usar, eu acho, a melhor forma, a mais segura que a gente tem é usando preservativo [...] (E3).

Ah, porque os maridos, acho, alguns usam drogas e outros saem com mulheres da rua, porque eu sempre freqüentemente vejo as mulheres saindo com os homens, eu só pensando, coitadas das mulheres, coitadas, devem estar em casa, trabalhando, cuidando dos filhos e eles ali, fazendo essas coisas, vai

que a mulher pegue essa doença, como vai ficar a mulher, que nem eu fiquei apavorada, não sabia, “Meu Deus, como eu peguei essa doença, nunca tive relação com outro homem a não ser ele”, sempre respeitei, como é que... pensa bem, não tem resposta... tem que pensar nas mulheres, como elas ficam [...] (E8).

O discurso de vitimização funciona com dois efeitos simultâneos: crítica à autculpabilização enfatizada pelos discursos oficiais de prevenção, que pode ser pensada como uma forma de resistência ao peso da “sua culpa” pela infecção, e culpabilização do outro (companheiro) (MEYER, 2006a). Ao delegar ao companheiro a responsabilidade pela infecção, a mulher libera-se de toda uma pressão exercida pelas campanhas/ações de prevenção em geral, nas quais o centro da responsabilidade pela prevenção é colocada nela, desde que tenha auto-estima e acesso à informação.

Assim, em várias falas a mulher casada foi posicionada como passiva, vítima de um homem infiel e resistente ao uso do preservativo... Contudo, E4 não atribuiu apenas aos homens a responsabilidade da transmissão do HIV para as mulheres:

que nem o homem, não é só o homem, tem a mulher também, os dois são sem-vergonha no final da estória, tem outros casos fora e por isso que está dando muita doença entre casais que já são casados há anos [...] e agora apareceu com a doença de HIV [...] para dentro de casa, né [...] então eles têm que agora usar preservativo [...] quem vivia uma vida, né, limpa, está assim [...] (E4).

Ao se pensar sobre o preservativo enquanto agregado a um conjunto de sentidos, possivelmente a associação do seu uso a uma vida suja (“ex-limpa”) dificulta a adesão à prevenção pela via sexual de transmissão do HIV.

Apresento a seguir análises mais pontuais sobre alguns componentes individuais, sociais e programáticos da vulnerabilidade geradas a partir da articulação entre o trabalho de campo e o referencial teórico da presente dissertação.

5.2.2 Componentes individuais da vulnerabilidade

Neste item será discutida mais fortemente a participação do abuso de drogas e da sexualidade na constituição da vulnerabilidade à infecção pelo HIV e alguns aspectos sobre como gênero atravessa estes fatores que, entrelaçados a outros componentes, configuraram a infecção pelo HIV na vida das mulheres entrevistadas.

5.2.2.1 Abuso de drogas

Um dado que nos surpreendeu – a mim e à assistente social com quem efetuei o levantamento – foi a demanda assistida pelo SAE associada com abuso de drogas: do total de 375 pacientes cadastrados existentes no período de realização das entrevistas, obtivemos os seguintes números:

Tabela 10 - Demanda assistida pelo SAE associada a abuso de drogas, Lajeado, 1999 a março 2006

Situação	Homens	Mulheres	Total
Parceiro/a usuário/a de drogas	01 parceira	30 parceiros	31
Usuário/a de outras drogas além de álcool	72	19	91
Usuário/a – abuso de álcool exclusivamente	3	7	10
Total de infecções pelo HIV associadas a drogas	75 homens e 1 parceira = 76	26 mulheres e 30 parceiros = 56	132
% que representa	57,6%	42,4%	100%

Estes/as 132 pacientes representavam 35,2% do total de pacientes cadastrados existentes no período de realização das entrevistas; todas as mulheres entrevistadas e/ou seus companheiros eram usuários/as de álcool e/ou outras drogas. O simples fato de olhar para estes números causou um impacto na equipe do SAE, pois não tinham a dimensão de quanto o abuso de drogas, associado a outros componentes da vulnerabilidade, encontra-se presente nas histórias de vida de seus pacientes.

Parece-me interessante perceber, também, que homens e mulheres encontram-se distribuídos de formas diferentes quanto ao abuso de drogas: do total de 132 infecções pelo HIV associadas a drogas, no que diz respeito a usuário/a de drogas (excluindo-se o álcool),

54,5% são homens e 14,4%, mulheres, enquanto que em relação a parceiro/a usuário/a, há apenas 1 parceira (0,8%); ao mesmo tempo, constatou-se a presença de 30 parceiros (22,7%) nessa condição. Como gênero ajudou a construir estes fatos concretos? O abuso de drogas está culturalmente mais associado à masculinidade, virilidade, correr riscos, ascensão social na comunidade via envolvimento com tráfico? Contudo, o abuso de álcool, sem associação com outras drogas, aparece mais em mulheres (5,3%) do que em homens (2,3%); isto nos permitiria pensar que as mulheres têm acesso mais facilitado ao álcool, enquanto droga socialmente mais aceita e que esta forma de drogadição é mais vivenciada em âmbito privado, ou no trabalho, como profissional do sexo?

A presença de drogas enquanto um fator que atravessou a constituição das vulnerabilidades à infecção pelo HIV também foi muito marcante nas entrevistas, como citado nos depoimentos que se seguem. Contudo, a não-associação entre abuso de drogas e aids chamou-me a atenção no relato de E1, quando ela namorava o primeiro companheiro, demonstrando falta de informação (mesmo tendo cuidado de um primo que teve aids decorrente do abuso de drogas e acabou falecendo). Algo semelhante ocorreu com E6 que, antes de saber-se soropositiva, conviveu com um sobrinho, usuário de drogas e doente de aids “[...] no fim [...] aconteceu comigo também [...]”.

E4 destacou a participação do álcool, droga lícita, no processo de infectar-se pelo HIV:

O álcool é uma coisa que faz tu perderes a cabeça [...] o álcool te leva eu acho a não usar o preservativo, que ele não [...] o álcool faz [...] tu esqueces as coisas, tu perdes toda a, como é que é, o controle [...] sabe, tu não está ligado naquilo ali [...] álcool é uma coisa que não tinha de existir [...] é verdade!

E7 também destacou que, quando usava drogas era mais difícil lembrar de usar camisinha: “É que a gente já cai numa cama aí, ah, nem lembra da camisinha, né, então é mais difícil [...] agora, se a pessoa está consciente, não está usando droga, aí já pensa na camisinha, fica mais fácil [...] agora, com um monte de droga na cabeça e mais bebida, fica mais difícil [...]”.

Ao comentar o folder “Onde está a aids?”, E7 construiu uma estória que me pareceu interessante reproduzir para enfatizar a participação de drogas na construção da vulnerabilidade à infecção pelo HIV:

E7 – [...] ora, a aids dizem que é um bichinho, né [...] aqui estão um monte de gente [...] eles estão saindo do clube, olha só se eles não estão todos bêbados, erguendo os braços, usando drogas, bebida [...]. A aids está no meio de todo mundo, aqui onde está o bichinho (indica figura de uma espécie de dinossauro que consta no folder).

A – E as pessoas estão percebendo que o bichinho está ali? O que tu achas?

E7 – Nem estão dando bola, eles não estão percebendo que está ali no meio [...].

A – E essas pessoas que saem do clube, usando drogas, bêbadas [...].

E7 – Ai eles (casais) vão sair daqui e vão procurar um motel; muitos até são sozinhos levam para casa [...] ai chegando no motel, o dono do motel tem camisinha para vender, com certeza, mas é que a cabeça do pessoal é outra [...].

A – Como é que é isso, de ter outra cabeça?

E7 – Além do que já estão tudo bêbado, drogado, chegam lá não são todos que vão usar camisinha [...].

Um ponto de convergência de vulnerabilidade de homens e mulheres foi trazido por E3 no seguinte trecho da entrevista:

E3 – Eu acho que têm muitas mulheres que se infectam porque muitas às vezes bebem, né, aí embriagadas, daí na hora estão lá, para elas tanto faz, não estão pensando nas conseqüências que podem ter, nem passar para uma outra família, né [...] na hora ali para elas é tudo prazer, eu acho, né [...] eu acho a mulher tendo uma bebida alcoólica na cabeça está pensando no momento, não pensa nas conseqüências depois, está pensando no prazer mesmo [...] para elas tudo é festa, no momento tudo é maravilhoso, e as conseqüências vêm depois [...].

A – E os homens, o que será que leva os homens a se infectarem?

E3 - Acho que os homens vem a ser quase a mesma coisa que as mulheres: na hora da bebida na cabeça, tudo é festa, também não pensam nas conseqüências [...].

E6, por sua vez, traçou algumas diferenças entre os trajetos percorridos por homens e mulheres até chegarem a se infectar com HIV, associando o abuso de drogas a homens e a via de transmissão sexual principalmente a mulheres:

A maioria das mulheres pegam na relação com o homem, né, a gente sai com o homem, aí vai nos bailes sai com outro, daí vai saindo com outro, aí no fim pega, nem sabe de quem, às vezes nem sabe que tem e passa para o outro, né [...] e os homens [...] acho que podem pegar de mulher, mas é mais difícil, mais da droga acho que eles pegam, né, se injetando com os outros. Tem bastante mulher também que sai com os homens, com bastante homens, e passa para os outros também, né [...] pela relação sexual [...] (E6).

E7 pontuou que não veio buscar o resultado do exame anti-HIV no pré-natal (realizou apenas uma consulta) porque “era drogada, e sempre o drogado foge, o drogado foge de tudo, foge de médico, foge de tudo, por isso que eu não vim buscar”. Esta fala ajuda a pensar que o abuso de drogas aumenta a vulnerabilidade, dificultando as intervenções dos serviços de saúde, como já apontado por outros estudos (WACHHOLZ; STELLA; CUNHA, 2006); o abuso de drogas ainda é um dos grandes nós da epidemia, dando visibilidade às dificuldades que as equipes de saúde enfrentam na abordagem destes casos. Como os serviços poderiam ser estruturados para melhor assistir os/as pacientes com histórico de abuso de drogas e como abordar a prevenção? Existem experiências de trabalhos de redução de danos, mas na região da 16ª CRS esta abordagem ainda precisa ser mais sedimentada. Penso que nisto reside um importante componente programático da vulnerabilidade...

Flávio Pechansky et al. (2004) reforçam a existência de via dupla de transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis, seja pelo uso direto da droga, seja pela via sexual, além de poderem infectar seus/suas parceiros/as sexuais e/ou de uso de drogas. E8 comentou que “eu assim peguei (HIV) através do meu marido, que ele usava drogas injetáveis, aí eu peguei através dele, pelas drogas [...]” E6 também destacou a drogadição do companheiro como principal fator de vulnerabilidade à infecção pelo HIV:

Meu marido ele usava bastante droga, daí ele pegou se injetando, ele tinha bastante parceiros e pegou, né, e daí depois de 6 anos daí que eu fui pegar; às vezes nós nos cuidávamos, às vezes não, e eu naquela que nunca ia pegar, que só acontecia com os outros, eu nunca ia fazer esse exame porque era normal que eu ia pegar, né, mas daí eu fiquei grávida, tinha que fazer o exame, aí deu no que deu [...] (E6).

Há uma contradição, um duplo movimento nesta fala, relativa à negação do risco de se infectar e, ao mesmo tempo, de naturalização do processo de “pegar” HIV. E6 comentou que sabia que o uso do preservativo era “para não pegar aids, e outras doenças também, né, mas eu sempre achava assim que ele se cuidava, né, que ele não usava agulha com os outros, não achei que ele fosse tão bobo, né [...] no fim ele foi [...]” Questionei o que seria “bobo” para ela, ao que me respondeu:

Bobo de saber que todo mundo [...] não era segredo para ninguém que pegava, né, se injetando um do outro, podia saber que ia pegar, né [...] que se fosse usar, que usasse com uma agulha só dele então [...] ele foi bobo porque sabia que isso aí pegava assim e ele emprestou para os outros ou pegou emprestado, não sei [...]. Ele sempre diz que até os 18 anos ele nunca usou

nada, aí depois quando ele foi para o quartel, aí lá no quartel os cara lá tinham, aí ele começou a usar e de lá ele já veio viciado [...].

E6 trouxe uma outra dimensão da vulnerabilidade: a informação, o saber sobre os meios de transmissão e prevenção não se constituem como garantia de cuidados, como já foi amplamente discutido em vários estudos. Interessante pensar que o quartel, instituição que tradicionalmente ensina disciplina para o corpo, higiene, postura, passa a ser situado, ao mesmo tempo, como lugar de descontrole via abuso de drogas e/ou sexo sem preservativo. Outro aspecto que pode gerar algumas discussões diz respeito ao quartel enquanto espaço de socialização e constituição de masculinidades, onde o uso e/ou abuso de drogas talvez seja um de seus traços. Como ficará posicionado um homem que não aceite experimentar e/ou abusar de drogas em um grupo no qual este uso/abuso perpassa códigos de masculinidade? No estudo de Pechansky et al. (2004), no qual o critério de inclusão como informante era o uso de drogas, 69,5% dos 420 selecionados eram homens. Contudo, Oliveira, Paiva e Valente (2006) enfatizam que, embora haja maior visibilidade da dependência química em homens, especialmente no que diz respeito a drogas ilícitas, tem aumentado o consumo de drogas por mulheres, sendo oportuno mais estudos para averiguar como homens e mulheres lidam com

E4 foi usuária de drogas, relatando este abuso como principal motivo que leva as pessoas a se infectarem com HIV, comentando que

eu nunca usei seringa, mas eu acho que é pela seringa que a pessoa pega HIV, que não trocam a seringa, coisa assim, misturando sangue, né, isso vem [...] e também eu acho no cheiro em pó, acho que também, quando o pó tem um que é muito ruim aí sangra o teu nariz, aí outra pessoa vai lá e cheira também no mesmo canudo, também vem sangue, aí também pega [...]. Eu usava mais a maconha, mas um tempo eu estava muito na droga, no pó, sabe, e bah, eu andava bem atirada, toda rasgada [...]. Ainda não estava na noite, mas continuei usando depois que eu fui para a noite, só que esse meu companheiro me ajudou, me tirou da cocaína, daí ele disse assim: “Tu fumas então em vez de cheirar”, né, daí fiquei fumando, fiquei viciada em fumar [...] daí uma coisa ele me ajudou: me tirar da cocaína, que é coisa pior que tem, né [...] (E4).

Achei interessante que este parceiro, o qual era o seu gigolô, conseguiu realizar com E4 uma ação de redução de danos em relação ao abuso de drogas, mas não reduziu danos em relação à sexualidade, ao resistir ao uso de preservativos, estimulando que ela transasse com camisinha apenas com os clientes, mas não, com ele.

Explorar mais profundamente a participação das drogas no processo de infecção pelo HIV, em conexão com o exercício da sexualidade e os componentes sociais e programáticos ficou evidenciado como uma necessidade urgente na reformulação de estratégias para a prevenção da aids; passarei a seguir para a discussão sobre a vivência da sexualidade.

5.2.2.2 Sexualidade

Pretendo neste tópico realizar algumas articulações entre depoimentos das entrevistadas e componentes da vulnerabilidade associados mais diretamente ao exercício da sexualidade, aqui compreendida enquanto resultado da conexão entre o individual e o coletivo, pois envolve ao mesmo tempo um conjunto de sensações corporais – busca pelo prazer sexual - e os discursos a elas associados (representações construídas sobre masculinidades e feminilidades) (VILLELA; ARILHA, 2003). As falas das entrevistadas trazem à tona a importância dos significados culturais relacionados a suas vivências afetivo-sexuais, no sentido de permitir e/ou interditar determinadas práticas que as situaram (e também seus parceiros) em diferentes contextos de vulnerabilidade.

Início com depoimentos sobre os impactos da inserção do uso do preservativo nas relações afetivo-sexuais:

têm uns parceiros que não concordam em usar isso aí, que é incômodo, porque não gostam, que não precisa, é sinal de confiança ou desconfiança, sei lá [...]. Acho que têm gente que pensa assim, outros já não, né [...] (E1).

no meu caso eu não usei o preservativo como era para ter usado [...]. Eu não tinha noção de usar camisinha, pensava igual como os jovens pensam agora - “para quê usar camisinha?”, “que graça tem a camisinha?” - fui fazer o exame, estava com o vírus HIV [...] (E7).

Sem camisinha tu sentes mais prazer, com certeza, né, mas a camisinha é uma coisa que te protege contra doença, tem que ver isso, né [...] (E4).

Meu marido fala que apertada, que é ruim, daí eles não sentem o mesmo prazer que assim normal, sem camisinha [...] eu já usei também camisinha de mulher, mas eu não gosto também, é ruim assim, mas por mim eu usava a camisinha de mulher também, mas ele não quer, que é ruim [...] ele demora muito para gozar [...] (E5).

o pai do 1º filho uma época também dizia: “Ah, usar preservativo é a mesma coisa que comer uma bala com o papel, tu não vais sentir o gosto”, na relação não ia sentir prazer para ele, né [...] mas, é um meio de tu estares te protegendo, né [...] (E3).

Ele diz que não tem graça, que é a mesma coisa que não estar fazendo nada [...] mas para mim fica melhor, até mais limpo, não fica uma coisa suja, lambuza [...] quando ele vê que eu não vou ceder daí ele bota; tem que ser assim, senão se deixar eles tomam conta [...] se eu fosse homem eu ia fazer uma força e ia usar, porque não é só para o bem da pessoa que vai ter relação, é para o bem da gente mesmo, né [...] teria que usar, eu acho que eu ia usar, eu devia ter usado, que nem eu que sou mulher, né, nunca quis fazer meu marido usar mesmo, quando ele queria usar, ele usava, quando ele não queria, eu deixava [...] e agora estamos os dois (infectados) [...] (E6).

tira o prazer, é melhor sem [...]. Sem camisinha é melhor, tem mais liberdade assim, com camisinha é muito ruim [...] mesmo assim eu vivo usando e não gosto nada [...] claro que a gente tem que se cuidar, mas não gosto [...] (E8).

A partir do referencial adotado na presente dissertação, pode-se argumentar que os sujeitos, ao se constituírem via práticas discursivas, derivadas do senso comum, da saúde, educação, religião, percebem e vivenciam o uso de preservativos de determinados modos, construídos culturalmente. Assim, a percepção de mudança na relação sexual com a introdução do preservativo, também sofre efeitos devido à própria noção de redução de prazer a ele associado que circula na cultura de muitos grupos sociais. A associação entre uso de preservativo e redução de prazer, evidente nos depoimentos citados, também foi discutida nos estudos empreendidos por Berer e Ray (1997) e Victora e Knauth (1999), sendo que neste último entrevistaram homens pertencentes a um grupo de baixa renda. A dificuldade de negociação para o uso de preservativos, neste contexto, passa a ser resultado deste conjunto

de aspectos atrelados ao funcionamento das relações de poder de gênero, que conduzem a ocupar determinadas posições raramente confluentes com a prevenção a DST/aids.

Chama a atenção que algumas entrevistadas realizam um autojulgamento, cobrando-se por não terem usado e/ou exigido o uso de preservativo do parceiro, possivelmente reflexo de discursos da saúde, não realizando menção sobre a força da cultura, da participação de contextos sociais mais amplos para que isto ocorresse. O exercício de “desnaturalizar” modos de ver e agir relativos a gênero e sexualidade permite que se realize uma leitura mais contextual do que individual; contudo, em muitos discursos de educação em saúde voltados à prevenção da aids ainda predominam falas embasadas na responsabilidade individual, situação que será mais abordada no componente programático da vulnerabilidade. Parece-me importante, então, discutir sobre como a sexualidade tem sido abordada nas ações de prevenção; a afirmação reducionista “use camisinha” geralmente é apresentada associada à prevenção de doenças (como relatado nos depoimentos, ou seja, as entrevistadas foram subjetivadas também por este discurso da saúde), mas pouco, senão nada, aos impactos que tal uso ocasiona não apenas na relação sexual propriamente dita, mas nas de gênero e poder.

Na seqüência trago outras falas de entrevistadas que auxiliam a pensar sobre o complexo emaranhado de significados atribuídos à articulação entre gênero, sexualidade e prevenção a DST/aids, considerando que tais falas não dizem respeito apenas às mulheres entrevistadas, mas resultam, ao menos parcialmente, da história dos grupos sociais em que estiveram/estão inseridas.

Um ponto que cabe desenvolver refere-se aos significados atribuídos não apenas ao uso de preservativos, mas até mesmo ao fato de tê-los consigo, significados estes construídos socialmente e que irão interferir na prevenção a DST/aids.

Foram realizados alguns comentários sobre as diferenças percebidas entre a educação de homens e mulheres em relação ao uso de preservativos; E8, ao mesmo tempo que afirmou que “para os dois é fácil (ter acesso a preservativos), é só querer [...]”, também explicitou que para “o homem é mais normal carregar [...]”, pois

a mulher já é mais [...] eu sei, por causa que eu coloco na minha bolsa, eu escondo na minha bolsa, daí se o meu marido vê, ele fica perguntando por que eu estou carregando camisinha dentro da bolsa. Um dia eu tinha pegado camisinha aqui no posto e quando cheguei em casa, a bolsa caiu no chão, espalhando as camisinhas, daí ele perguntou “O que tu queres com camisinha na sacola?”, daí minha irmã estava lá em casa e disse “Meu Deus do céu, tu não tens vergonha, já pensou se tu passas mal no centro, desmaias no centro, aí se alguém vai procurar alguma coisa na tua bolsa e [...]” e eu, “Não tem nada a ver, vou ser prevenida”, tinha vindo no posto pegar [...] e

ela “Ai, que vergonha, estava com camisinha dentro da bolsa”, que vergonha nada [...] porque ele é homem, fica mais fácil para ele levar [...] (E8).

Parece-me importante destacar a noção de “vigilância” que parte tanto de um homem (marido) quanto de uma mulher (irmã), oriundos do mesmo grupo social; possivelmente E8 argumentou de modo diverso após ter sido subjetivada pelo discurso de prevenção vivenciado no posto de saúde.

Barbosa (1996) descreve a resistência ao uso do preservativo como associada aos significados a ele atribuídos: se uma mulher assume o uso, pode indicar que é sexualmente ativa, está disponível e procurando sexo, contradizendo normas socialmente construídas em determinados contextos. E6 associou que mulheres solteiras, separadas, seria mais “normal” carregar camisinha, enquanto que “as casadas na maior parte o marido vai estranhar [...]” e complementa: “ as solteiras eles pensam que as mulheres estão saindo com camisinha para transar [...] mas também estão se protegendo, né [...]” e as casadas “tem que usar camisinha em casa daí [...]”, reproduzindo discursos da educação em saúde usualmente empregados. Em estudo empreendido por Goldstein (1996), mulheres solteiras relataram que conseguiam exigir mais o uso da camisinha do que as casadas, mesmo quando estas sabiam que o parceiro tinha outras relações, ou seja, o estado civil conferia mais ou menos poder de efetivar a prevenção. Um questionamento que pode ser construído a partir deste fato refere-se aos lugares em que estas mulheres são posicionadas e se posicionam quando solteiras e quando casadas: no que diferem suas identidades de gênero, especialmente no que se refere ao exercício da sexualidade, a partir do estado civil?

Ao ser questionada se mulheres costumam carregar preservativo na bolsa, E7 respondeu que “carregar até podem carregar, mas eu quero ver usar [...]”, e que, para efetivar o uso,

tem que pensar muito da cabeça, e sempre tem aquela “comigo não, não vai acontecer” [...] até ela pode ter a camisinha e ele diz “Ah, não vamos usar a camisinha”, e ela se convencer na cabeça dele, né, e não usar a camisinha, e a mulher ficar infectada [...]. Hoje em dia a camisinha ela tem que fazer parte da vida, se não usou camisinha, está infectando, e não é só pobre, é toda classe, é média, é classe alta [...] (E7).

Há um certo tom alarmista neste depoimento, resultado da abordagem de educação em saúde embasada no medo, que também posiciona o homem como ameaça de infecção, noção também presente em alguns discursos de prevenção...

Houve uma entrevistada que, ao discorrer sobre razões pelas quais mulheres tornam-se alvo da infecção pelo HIV, referiu que

Elas (mulheres) foram que nem eu, do homem não querer usar camisinha ou muitas vezes elas mesmas não querem, porque aí não tem graça [...] deviam insistir [...] até a assistente social do SAE estava me falando esses dias que uma mulher falou para ela que quem usava camisinha era puta, que ela tem marido em casa, que ela não precisava usar, que o marido dela ficava só com ela [...] podia ser que ficava só com ela, que nem o meu (parceiro anterior) até acredito que nunca tenha saído com outras mulheres, mas com droga ele ficou pior ainda, né, talvez se ele tivesse saído com outras mulheres não tinha trazido nada para dentro de casa [...] (E1).

O preservativo, no contexto citado, é associado à promiscuidade, ao sexo fora do lar, e que pode ser rejeitado por homens, mas também, por mulheres, além da importância do cruzamento da vulnerabilidade via exposição sexual com a via abuso de drogas. É interessante analisar que esta mesma entrevistada fez uma prescrição, repetindo o discurso oficial da prevenção, ao afirmar que as mulheres “deviam insistir” quanto ao uso de preservativos mas, ao mesmo tempo, não tinha o hábito de solicitar ao seu parceiro atual este uso, chegando até mesmo a questioná-lo sobre o motivo de adesão ao uso:

um dia perguntei porque que ele usava, porque ele queria sempre usar daí ele disse que não, que já era costume dele usar, não que tinha algum problema [...] disse para ele “não, até que parece que tu achas que eu tenho alguma coisa para passar para ti, parece até que tu não confias em mim”, foi onde que eu disse “eu não tenho nada”, tu vê, já tinha sem saber, já tinha sem saber [...] (E1).

O abalo da confiança via introdução do preservativo é novamente reiterado, conforme já discutido no tópico sobre amor, confiança e infidelidade, reforçando a participação da cultura neste processo de aceitar ou não o preservativo, pois o mesmo indivíduo ocupa diferentes e conflitantes posições de sujeito nesse contexto discursivo que permeia e constitui as relações entre gênero, sexualidade e prevenção ao HIV/aids.

Embora algumas entrevistadas (E3, E4) tenham delegado tanto a homens quanto a mulheres a responsabilidade pelo uso do preservativo em relações heterossexuais, E1 associa-o como pertencente ao universo masculino, relatando resistência à alternativa de uso da camisinha feminina: “acho que é mais masculino do que feminino”, cabendo ao homem “mostrar-se preocupado também com a parceira”. Mulheres tomarem a iniciativa para abordar

o uso de preservativos é algo que não costuma dizer respeito às posições de sujeito que a maioria das entrevistadas são induzidas a ocupar, ao longo de seus processos educacionais:

Ah, eu acho assim que no caso se eu fosse homem e fosse usar camisinha seria mais fácil para mim falar porque eu vou usar, para proteger, no caso [...]. Agora da parte da mulher é mais difícil porque no caso é ele que vai usar [...] (E1).

E1, E4, E5, E6, E8 também destacaram dificuldades que mulheres enfrentam para conseguir convencer os parceiros a usarem preservativo, visto que este precisa ser colocado no corpo do homem, situando-as em posições de menor poder decisório, especialmente quando se tratar de parceiro afetivo-sexual, pois preocupam-se muito com o prazer dele e com o seu próprio, associando o uso do preservativo à redução de bem-estar. E6 disse que “até hoje é uma briga fazer ele (marido) usar [...]”, mas sugere uma estratégia: “pode botar (preservativo) debaixo do travesseiro [...] eu sempre tiro debaixo do meu colchão [...] que às vezes o homem é apressado, né, aí não precisa levantar, está aqui [...]” e prossegue afirmando: “é meio difícil, mas mesmo assim eu convenço ele [...] melhor sentir um pouquinho de prazer do que nada [...] é o que eu digo para ele [...]” E8 também referiu que precisou desenvolver uma estratégia para que o marido aceitasse mais o uso de preservativo: “eu tenho guardado as camisinhas; às vezes ele até esconde, mas eu sempre tenho uma de reserva escondida [...] ai eu digo não, está aqui, eu guardei, ai ele fica louco [...] eu sempre tenho que ter uma escondida – ele diz “ah não tem nenhuma”, ai eu digo “tem sim, eu tenho aqui [...]”. Parece-me importante pontuar que para algumas mulheres conseguir fazer com que o parceiro use preservativo se constitui como uma espécie de vitória, expressando prazer pelo uso do poder na direção da prevenção, correspondendo e reiterando, de certa forma, às interpelações de cuidados das quais são alvo, situação que também pode ser pensada nos casos de E3 e E7.

Embora E3 tenha reproduzido em sua fala o discurso da necessidade de uso do preservativo, contradiz-se com algumas práticas de não adoção do mesmo, inclusive culpabilizando-se (culpa provavelmente derivada do discurso de prevenção individualizante); apenas atualmente ela está aderindo mais ao uso do preservativo, porque suas defesas baixaram (e do parceiro, não), devido à re-infecção, e pelo desejo de viver mais tempo para criar os filhos:

mas eu era culpada também, que eu devia ter exigido (o uso de preservativo) [...] eu disse para ele: “se um dia tu pensares em ter relação comigo ainda, primeiro tu pensas no preservativo, senão tu não vais tocar mais um dedo em

mim sem preservativo” (ri) – e daí a gente não teve mais relação – então eu penso assim, se é para a gente ter relação, a gente sabe que tem filho pequeno para criar, que precisam da gente, eu não quero morrer logo [...] (E3).

O medo do adoecimento e da morte, enfatizado, sobretudo, pelos discursos da saúde, também esteve presente na fala de E7:

fui informada aí pelas gurias (SAE) que se eu não usasse camisinha o vírus ia contaminar cada vez mais, então essa parte aí eu tenho medo [...] por isso que eu disse “não tem camisinha, não transo” [...] eu prefiro camisinha, agora entrou dentro da minha cabeça que a camisinha faz parte da minha vida, né, a camisinha [...] (E7).

Já o preservativo feminino foi citado como uma alternativa que auxilia a prevenção à medida que não exige tanta “negociação” com o parceiro, pois “[...] não incomoda ele, porque a camisinha está em mim, né, e ele está normal [...]” (E4). E8 também destacou que com a camisinha feminina as mulheres podem ter maior autonomia para a execução da prevenção, como se dependesse só delas:

Agora sim, porque tem a camisinha feminina; agora não tem essa “Ah, o parceiro não quis usar”; os dois, né, se a gente quer, se um não quer, dois não fazem, diz aquele ditado. Há pouco tempo foi lançada essa camisinha feminina, antes tinha só a masculina [...] agora se a mulher tem mesmo vontade de se prevenir, ela pode sim, tem a feminina, claro que é contadinha, mas se ela ama a vida dela, ela tem que usar [...] a camisinha feminina [...] e o parceiro não sente a camisinha feminina; que eu usei uma vez com o meu marido e ele nem notou [...] (E8).

Merecem especial atenção questões como o acesso ao preservativo feminino, que está mais limitado, devido à insuficiência de fornecimento, bem como a reprodução do discurso individualizante da saúde, que remete a efetividade do uso de preservativos exclusivamente à auto-estima elevada. Outra entrevistada relatou que

para mim não ia ser difícil, usar, né, só que ele não quer, não quer que eu uso, não quer ele usar [...] eu não quero que ele pegue (HIV), só que ele que não quer usar [...] sempre falo para ele, “ah, se um dia tu pegares e ficares me acusando, que eu te botei, aí tu vais ver”, só que ele diz que ele sabe que não vai pegar [...] (E5).

Parece-me importante destacar que, mesmo sabendo da soropositividade da parceira, o companheiro resiste ao uso do preservativo, remetendo à força que outros aspectos – busca pelo prazer, afirmação de masculinidade, presença de traços do discurso do amor romântico que supõe compartilhar o destino – exercem sobre as decisões relacionadas à prevenção da infecção pelo HIV. E8 também apresentou a resistência de homens em relação ao uso do preservativo como decorrente da noção ilusória de que não existe risco deles se infectarem; inclusive E5 sugeriu-me que eu entrevistasse homens, para “saber” o que eles pensam sobre prevenção a DST/aids. As masculinidades destes homens possivelmente encontram-se vinculadas, entre outros aspectos, à vivência de risco na área sexual, resultado de processos educativos para “tornarem-se homens”. Nestas circunstâncias o uso do preservativo parece ser um risco maior, afrontando a masculinidade. E2, E3 e E4 relataram inclusive que seus parceiros perdem a potência com o uso do preservativo, o que dificulta qualquer tentativa de negociação; ou seja, a proposta de uso do preservativo acaba gerando desavenças entre os casais que, muitas vezes, procuram ser evitadas em detrimento da prevenção de doenças e/ou agravamento de seu quadro clínico, devido à possibilidade de re-infecção. Pode-se pensar também a não adesão ao uso de preservativos como um modo de resistência a este imperativo da prevenção, resguardando um espaço de resistência, de poder exercer a oposição a tal uso. Nesta direção, E8 realizou uma fala onde pode ser observada simultaneamente a adesão e a resistência ao uso de preservativos: “ele (companheiro) também não gosta muito, fazer o quê, tem que usar, mesmo assim nós usamos, *uma vez ou outra que não uso, mas eu sempre uso [...]*”.

Frente a tantos depoimentos, permanece em relevo a noção de que “o que tomamos como erótico, ou sexual, portanto, não são fatos dados, e sim aprendidos”, sendo atravessados pelo gênero (VILLELA; ARILHA, 2003). Tanto representações quanto práticas associadas à sexualidade são construídas socialmente, podendo ser compreendidas apenas no âmbito da cultura do grupo social onde se inserem, sendo “coerentes com uma determinada posição no espaço social” (VICTORA; KNAUTH, 1999, p. 24). Tais posições muitas vezes favorecem, em articulação com outros fatores constituintes da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, menores possibilidades de prevenção e, conseqüentemente, maiores, de exposição ao vírus. Portanto, as diferenças nas vivências afetivo-sexuais de homens e mulheres, concebidas enquanto “efeitos de processos complexos de socialização dos gêneros”, resultam em impactos na saúde de ambos... (HEILBORN, 2003, p. 198).

5.2.3 Componentes sociais da vulnerabilidade

Embora nas fichas de notificação de aids não haja campos específicos relativos a variáveis sócio-econômicas, conforme observado por Parker e Kenneth de Camargo Jr. (2000), exceto escolaridade e endereço, a partir dos quais pode-se supor determinadas inserções, no acompanhamento diário da demanda atendida pelo SAE, fica evidente a presença da pobreza que, em articulação com outros aspectos (como abuso de drogas, incluindo-se alcoolismo, violência...) tem participado de forma importante na construção de vulnerabilidades à infecção pelo HIV. Paul Farmer (1996), ao pesquisar sobre mulheres e aids, percebeu que havia alguns aspectos semelhantes e outros diferentes nas histórias de vida das mulheres entrevistadas, situando a pobreza enquanto elo de semelhança, expressão de uma forma de violência estrutural, que resulta na criação de um “ambiente de risco” à infecção pelo HIV, mediante articulação de processos econômicos e culturais, incluindo as desigualdades de gênero (FARMER; SIMMONS; SCHOEPF, 1996, p. 53). Baixa renda também freqüentemente está mais associada à baixa escolaridade que, em conjunto com outros aspectos já citados, contribui para a vulnerabilidade à infecção pelo HIV (SÃO PAULO, 2003).

E7 trouxe a pauperização como um componente importante de vulnerabilidade, tanto antes de se infectar com o HIV, quanto após, declarando que se preocupa mais com a subsistência do que com a aids:

Assim com a aids estou bem assim de saúde, estou forte [...] o que mais me preocupa é que eu tinha que mudar a minha vida, procurar um emprego, fazer do emprego a minha segunda casa, né [...] que eu pudesse trabalhar pra levar uma vida mais regular, comprar mais alimento, vestir o nenê [...] não é que eu vou trabalhar assim para luxo, eu preciso trabalhar, que nem roupa, calçado, ele está dependendo só de doação [...] não queria assim viver só de doação, queria ter também o meu esforço, né [...] (E7).

E8 comentou que viu na televisão, juntamente com sua irmã, um programa com depoimento de pessoas soropositivas e realizou uma crítica, destacando o lugar que o emprego pode ocupar na construção de vulnerabilidade ao adoecimento:

“olha só, tu viste, eles vivem bem” (disse a irmã), e eu, “claro que vivem bem, eles são bem de vida, eles têm o trabalho deles, qualquer pessoa ia viver bem tendo seu trabalho”, [...] a gente estando trabalhando aí ocupa a cabeça, não fica só pensando nessa doença; [...] mas a gente sem serviço não (vive bem), sempre tem que estar pensando como vai viver; eu sempre

trabalhei desde os meus 14 anos e agora só que eu estou parada [...] eu trabalhava já numa empresa, só que ai descobriram [...] (E8).

No estudo de Ayres (1998) também houve depoimento de um jovem que expôs que ter emprego consistia em uma preocupação maior do que a própria aids. Parker e Camargo Jr. (2000), ao relacionar pobreza com a infecção pelo HIV, identificam que as restrições no mercado formal de trabalho contribuem para o agravamento das desigualdades sociais, afetando a saúde dos grupos sociais envolvidos. Cabe comentar que, embora seja proibido por lei demitir pessoas devido infecção pelo HIV, o depoimento de E8 sinaliza que nos cotidianos de trabalho vivenciados nem sempre esse direito é garantido.

O alcoolismo de familiares (pais e/ou padrastos) esteve presente nos relatos de E2, E4 e E7. E4 foi intensamente agredida fisicamente pelo pai e posteriormente pelo padrasto; ela inclusive associou o fato de ter se infectado com HIV com um “trauma de infância” (palavras dela), descrevendo a família como “muito violenta”, tendo sofrido vários episódios de violência física e emocional por parte dos pais (da mãe principalmente por omissão e do pai por agressões físicas e verbais) quando criança. Em função destas agressões E4 fugiu de casa várias vezes, mas o Conselho Tutelar acabava levando-a de volta – “tinha raiva do Conselho, porque sempre queriam me trazer de volta”, até que um dia resolveram dar a guarda dela para a avó. Contudo, ao presenciar um tio abusando sexualmente de uma prima deficiente e com medo que ela também fosse violentada, E4 fugiu da casa da avó, iniciando uma trajetória de viver na rua, abuso de drogas e trabalho como profissional do sexo. Ela argumenta que “todas as pessoas que pegam HIV tem misturado alguma coisa de família; acho que foi por causa da família que eu peguei HIV, senão não teria pego nunca”, situando a falta de apoio familiar como principal fator de vulnerabilidade: “acho que foi isso ai que me levou a loquear, se não tivesse sendo maltratada estava bem [...]”. Além disto, ela associa o fato de infectar-se com HIV “por não usar preservativo, né, por usar seringa, que eles usam um do outro, também, acho que aconteceu, fazer o quê, de um companheiro eu peguei [...]”.

A violência esteve presente nas trajetórias de vida de 3 das mulheres entrevistadas, conforme seus relatos, além de uma que não compareceu à entrevista, mas que vale a pena comentar: esta “faltosa” sofre violência doméstica por parte do companheiro, o qual não quer nem que ela compareça ao SAE (ela já ficou na Casa de Passagem da região, que acolhe mulheres vítimas de violência) e, segundo a assistente social, vivem em situação de extrema miséria, moram em um casebre no qual não há camas, dormindo no chão. Um filho desta paciente faleceu aos 9 meses, com cerca de 5kg, sendo levado ao posto de saúde mais

próximo à sua casa já morto, nos braços dela. Esta situação ajuda a pensar que a vivência de violência doméstica limita as possibilidades de a mulher cuidar

(BENACH; MUNTANER, 2005, p. 93). Eles chegam a afirmar que “saúde não escolhe quem quer, senão quem pode” (BENACH; MUNTANER, 2005, p. 20), cabendo indagar: quem pode o quê, quando e como, sob quais condições? Aproximadamente 90% das pessoas infectadas pelo HIV vivem no denominado “Terceiro Mundo”, sendo que mais da metade, na África (BENACH; MUNTANER, 2005, p. 103). Já Rosana Magalhães, Vitória Vellozo e Betina Durovn (2004) comentam que 95% dos casos de aids concentram-se em países em desenvolvimento, evidenciando a interação entre pobreza e a epidemia, contribuindo “para a manutenção de um circuito perverso de privação material e simbólica” (MAGALHÃES; VELLOZO; DUROVN, 2004, p. 3). Contudo, Ceres Victora e Knauth (1999) ponderam que

a mudança do perfil da epidemia em direção à pauperização não está vinculada apenas a fatores sócio-econômicos (alimentação deficiente, baixa escolaridade, condições precárias de moradia, desemprego, difícil acesso aos serviços de saúde etc.), mas também está intimamente relacionada ao universo cultural dos grupos populares (VICTORA; KNAUTH, 1999, p. 34).

Neste sentido, como já foi abordado nas discussões relativas a aprendizagens sobre gênero e sexualidade, nos contextos de interação afetivo-sexual das entrevistadas predominam posições desfavoráveis à prevenção de DST/aids. Ser homem e ser mulher, em seus grupos sociais, remete a construções de masculinidades e feminilidades distantes dos direcionamentos previstos pelo discurso da prevenção muitas vezes hegemônico: “preservativo sempre”.

Como argumenta Bastos (2001, p. 13), cabe enfatizar que “desigualdades presentes em instâncias diversas se superpõem, gerando efeitos sinérgicos, como nos múltiplos riscos a que estão submetidas mulheres de países em desenvolvimento, onde existe marcada desigualdade de gênero”. Ainda se constitui como desafio para as políticas públicas de saúde auxiliar mulheres (e homens) para que tenham acesso a informações e, “uma vez dispondo delas, modificar seus comportamentos e, uma vez alterados estes comportamentos, manter estas mudanças nas interações cotidianas” (BASTOS, 2001, p. 13). Assim, buscar compreender as “relações sinérgicas entre pobreza e outras formas de opressão, desigualdade e exclusão social” (PARKER; CAMARGO JR., 2000, p. 99), articulando-os fortemente com aspectos culturais, exige uma desnaturalização de “modos de olhar” e de interagir com a epidemia, refazendo saberes e fazeres.

Magalhães, Vellozo e Durovn (2004, p. 3) utilizam o conceito de vulnerabilidade diferencial, a partir do qual se considera que “os grupos sociais não estão expostos homogeneamente aos chamados “fatores de risco” à saúde e, também, não apresentam as

mesmas condições biológicas e sociais de enfrentar as doenças”. Parker e Camargo Jr. (2000), destacam a existência de uma “poderosa interação entre a pobreza e outras formas de desigualdade”, incluindo-se as de gênero, ou seja, percebe-se uma “organização social de estruturas de gênero e sexualidade, cujas hierarquias fazem as mulheres – em especial, aquelas dos segmentos de baixa renda – extremamente vulneráveis à infecção pelo HIV” (PARKER; CAMARGO JR., 2000, p. 94-95). Atentar para o fato de que mulheres (e homens) não são afetadas(os) uniformemente pela infecção ao HIV e à aids, permite-nos enxergar que

a vulnerabilidade diferencial afeta mulheres diferentes de modo diverso, dependendo de outros fatores estruturais, ou seja, que mulheres pobres são mais vulneráveis que as que não o são, que as mulheres pobres jovens são mais vulneráveis que as mais velhas pertencentes ao mesmo estrato (embora em 2005/2006 perceba-se aumento de notificações de aids em mulheres acima de 50 anos), que as mulheres pobres jovens sem alternativas econômicas viáveis além do trabalho com sexo são mais vulneráveis do que aquelas que dispõem de outras opções econômicas [...] (PARKER; CAMARGO JR., 2000, p. 98).

Exercitar este olhar contextualizado pode contribuir para compreender os processos vivenciados por diferentes grupos sociais e os efeitos destas diferentes inserções sobre o aumento (ou não) de suas vulnerabilidades à infecção pelo HIV. Contudo, “alguns são os que olham, poucos os que vêem, menos os que entendem e menos ainda os que atuam” (BENACH;MUNTANER, 2005), podendo-se conceber políticas e ações descontextualizadas como uma forma de vulnerabilidade programática, que será mais discutida a seguir.

5.2.4 Componente programático da vulnerabilidade

Serão destacados enquanto componentes programáticos da vulnerabilidade questões como acesso a informações e insumos de prevenção, bem como modos de estruturação e execução de ações de prevenção e assistência a DST/aids. A desarticulação entre planejamento familiar e prevenção de DST/aids, bem como os focos educativos na responsabilização individual e na prevenção da transmissão vertical serão situados de modo a conduzir a pensar sobre limitações na qualidade das ações desenvolvidas, contribuindo para a constituição da vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

5.2.4.1 Dificuldades de acesso a informações e insumos de prevenção

Algumas entrevistadas (E2, E3, E5, E7) associaram o fato de terem residido no meio rural na infância e adolescência como um fator que dificultou o acesso a serviços de saúde e educação que possibilitassem, por sua vez, acesso a informações sobre prevenção de DST/aids e ao insumo preservativo.

E3 realizou um comentário que enfatiza a importância de que informações sobre saúde sexual cheguem a lugares de mais difícil acesso, via palestras que enfatizem a informação e o medo da doença, reproduzindo a “pedagogia do terror”:

Começar explicar sobre aids, né, do perigo da doença, o que que a doença faz na pessoa, porque muitos “ah, uma doença qualquer”, eles não sabem as conseqüências da doença, eu acho que teria que chegar e explicar quais são os sintomas, o que a doença provoca. A pessoa não está orientada sobre o que a doença faz, então eu acho a pessoa sabendo ela já vai procurar se cuidar mais, não, tal doença mata, faz isso, passa através disso, contamina outra pessoa através disso, como a doença contamina outra pessoa, o jeito, através de quê, quais são os meios e os métodos que a gente pode evitar, usar para evitar (E3).

O discurso embasado no medo e na ameaça de morte, freqüentemente demandado como um método “correto” de prevenção, que já discuti no capítulo anterior, também pode ser pensado como um componente programático da vulnerabilidade e foi reiterado por E4, à medida que sugeriu que houvesse mais “propaganda do HIV”, “mais reais”,

mostrando o que na realidade está acontecendo com as pessoas, tem gente que não acredita na aids, sabia, que nem eu, também não acreditei na 1ª vez [...] está aí [...] (elas não acreditam) porque eu acho que não viram uma pessoa mesmo que anda morrendo por causa dessa doença [...] eu acho que agora tem que ser mais para os jovens também, acho que tinham que ser mais vivas as propagandas [...] mostrando mais como acontece mesmo, sabe [...] (E4).

E5 demonstrou ter vivenciado falta de acesso à informação ao afirmar: “É que eu achava que a aids a gente pegava e ali 2-3 meses morria, só que não é [...] graças a Deus que não é, senão [...]”. Outra distorção de informação ocorreu em relação à interpretação de resultados de exames anti-HIV, pois ela chegou a pedir que o último companheiro fizesse exame anti-HIV, cujo resultado foi negativo, deduzindo então que ela também teria o mesmo resultado:

eu pensava se ele não tem, eu não tenho, pensava assim, ficava aliviada, porque eu não imaginava, que nem nós, ficamos dois anos junto transando

sem camisinha, né, sempre transando sem camisinha, e ele não tinha, como é que eu ia ter e ele não tem, que eu sempre aprendi que a aids, transando uma vez sem camisinha já pegava, eu sempre achava que era assim e daí [...] (E5).

Percebo que a informação de que um parceiro/a possa ter o HIV e outro não, não costuma ser tão disseminada nas abordagens educativas, podendo levar, como no caso de E5, a interpretações errôneas de supostos resultados a partir de resultados de parceiros/as. Isto pode gerar como efeitos, entre outros, a não-efetivação da prevenção, levando a exposições sucessivas ao risco de se infectar ou infectar o/a parceiro/a, bem como a diagnósticos tardios de infecção pelo HIV/aids. Se os serviços de saúde explorassem mais profundamente a possibilidade de sorodivergência entre parceiros/as, talvez houvesse maiores chances de se evitar que um deles/as não se infectasse. Ao mesmo tempo, disseminar esta informação promove a noção de que nem sempre uma pessoa se infecta ao se relacionar sem preservativo, o que pode gerar um efeito de “relaxamento” da prevenção, indo contra muitas das abordagens educativas atualmente realizadas pelas políticas públicas, nas quais o foco reside na obrigatoriedade do uso do preservativo. Assim, divulgar esta informação pode ter vários efeitos, dependendo do sentido que lhe for atribuído por quem a escute...

E8 comentou o folder “Aids – informação também ajuda a proteger”, enfatizando o papel da informação para auxiliar na redução dos “preconceitos” às pessoas soropositivas e/ou doentes de aids:

esse aqui é interessante, tem todas explicações como se transmite, como se pega também, eu já conheci pessoas que tinham medo de pegar por apertar a mão, por tomar chimarrão, essas coisas assim, aqui está tudo dizendo o jeito que pega, o jeito que não pega [...]. Devia de fazer mais, espalhar pelos lugares, para as pessoas [...] (E8).

E5 também valorizou bastante ações e materiais educativos que abordassem a não discriminação de pessoas soropositivas e doentes de aids: “que nem uma vez eu li um assim que era uma comparação se eu sou amiga de alguém que tenha, né, e eu vou me afastar, que era para pensar na amizade, não na doença, né [...]” (E5).

E5 comentou que aprendeu a colocar preservativo vendo um cartaz no posto de saúde do bairro onde morava, demonstrando que o material instrucional também é importante no processo de aprendizagem do uso do preservativo, mas não considerado de forma exclusiva.

Outro aspecto vinculado ao acesso à informação e orientações de prevenção a DST/aids, refere-se aos meios pelos quais algumas entrevistadas chegaram a conhecer o

preservativo, em espaços diferentes de serviços de saúde; a primeira vez que E3 viu um exemplar foi no seu trabalho, como empregada doméstica:

Quando eu vi um preservativo mesmo foi bem antes de eu conhecer o pai do meu filho, que daí um dia a minha patroa tinha um na bolsa, daí ela me mostrou; eu digo “O que que é isso?” “É um preservativo”, disse ela, eu tinha quase 28 anos, é, 28 anos, por aí, aí eu queria saber como é que coloca, tudo, porque eu não sabia de nada, não sabia, era bem desorientada vamos dizer [...] (E3).

E7 e E6 também conheceram preservativo no trabalho, quando atuaram como profissional do sexo:

E6 – O homem lá, dono da boate [...] ele deu umas camisinhas para eu colocar no meu quarto aí eu sei que eu olhei como eu vou saber [...] se nunca ouvi, nunca vi ninguém usar [...] daí tive que colocar como se usava [...].

A – Houve algumas colegas que te ajudaram para saber colocar?

E6 – Eu fiquei com vergonha de dizer que não conhecia.

A – Aí, como te viraste?

E6 – Daí eu deixava o parceiro colocar, né [...] ele colocava, eu pensei assim “ah, eu também não preciso aprender, quem tem que colocar é ele, não é eu”, né [...].

Novamente o saber sobre prevenção via uso do preservativo masculino é associado aos homens, indo, de certa forma, contra a interpelação do discurso de que cabe à mulher

[...] até que ela (uma das irmãs) usa (preservativo) de vez em quando, diz ela, quando ela não quer tomar comprimido, é que o marido dela não quer filho mesmo, aí ele usa, diz ela que ele usa [...] (E5).

Este depoimento sinaliza para a associação entre uso de preservativo e planejamento familiar, desconectando-o da prevenção de DST/aids, ou seja, a argumentação de adesão ao uso está vinculada à prevenção de gravidez e não de doenças... Janet Holland et al. (1997), após entrevistar jovens, percebeu que quanto maior era a adesão a anticoncepcionais orais, menor era a adesão ao uso de preservativos: “a transição entre o uso de preservativos com parceiros novos até o uso da pílula com parceiros regulares é carregada de significado simbólico”, podendo sinalizar a seriedade da relação e /ou ingresso no mundo adulto (HOLLAND et al., 1997, apud BERER; RAY, 1997, p. 275). Isto remete à discussão sobre amor e confiança já realizada anteriormente. Além disto, no relato de E5, sobre a irmã, predomina a decisão do homem, com a qual a mulher concorda, mas, ao falar de si, também comentou que “eu nem estava aí com camisinha e coisa, eu tomava comprimido para não engravidar, daí ele (companheiro) queria porque queria um filho, daí eu parei de tomar e daí engravidei [...]” (E5).

Silva (2002, p. 47) auxilia a constatar que, “quando o casal já utiliza algum método contraceptivo, a proposta de adotar a camisinha poderia sugerir uma “traição”, gerar desconfiança e “estranhamento”. A autora sugere e defende que,

para valorizar o preservativo como contraceptivo, é absolutamente necessário que se enfatize essa função nos diversos meios disponíveis na sociedade brasileira, como os serviços de saúde, a televisão e as revistas. Indiretamente, a prevenção à Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis seria contemplada sem ser destacada, evitando, portanto, todos (ou talvez ao menos alguns) os estranhamentos e desconfianças implicados na introdução do uso do pr

Ao afirmar que a “camisinha não é bom”, ao mesmo tempo que é “bom para tudo”, E5 reproduz simultaneamente dois discursos: do senso comum, posicionando a camisinha como desagradável e o da saúde, focando o sexo seguro.

E5, ao comentar, no depoimento inicial, com certo tom de dúvida - “diz ela” - se de fato a irmã e o cunhado usam preservativo, talvez caiba pensar o quanto os sujeitos que são alvo das intervenções nos serviços de saúde falam aquilo que os/as profissionais de saúde desejam ouvir. Percebi que, no desenrolar das entrevistas, as mulheres oscilaram entre estes dois discursos - o do senso comum, contra o preservativo, e o da saúde, enaltecendo o seu uso. Não há como desconsiderar a possibilidade de que o fato de eu ser uma profissional de saúde pode ter estimulado este tipo de respostas, ainda mais que elas escutam, na rotina de atendimento, muitas falas associadas à importância do uso, mas também trazem consigo as representações associadas a gênero, sexualidade e preservativo de seus grupos sociais, que muitas vezes não coincidem.

Farmer (1996), Barbosa (1996), Francisco Bastos (2001) e Ana Cintra, Waleska Caiaffa e Sueli Mingoti (2006) abordam, além das dimensões sócio-econômico-culturais, as biológicas na determinação à maior vulnerabilidade de mulheres à infecção pelo HIV/aids. Contudo, Berer e Ray (1997) ponderam que, embora a infecção de uma mulher por um homem seja biologicamente mais provável, não o é de modo determinante, pois podem existir outras condições que os tornam - homens e/ou mulheres - mais vulneráveis. Apesar disto, vale comentar que as características do aparelho genital feminino acarretam maior exposição da superfície vaginal ao sêmen, o qual contém maior concentração de HIV do que o líquido vaginal, bem como é expelido com maior poder de difusão que este último. Embora a presente pesquisa não se centre nesta dimensão biológica, cabe citá-la enquanto um dos fatores que constituem vulnerabilidades à infecção pelo HIV na população feminina. Um outro fator citado por Berer e Ray (1997) e Bastos (2001) refere-se às “regras de pareamento de gênero”, construídas culturalmente, através das quais habitualmente mulheres se relacionam com homens mais velhos, em cujas faixas etárias há maior prevalência de HIV e demais infecções sexualmente transmissíveis, acabando por vivenciarem “riscos ampliados de exposição à infecção pelo HIV” (BASTOS, 2001, p. 11).

Paiva (1999) reforça a importância de se conhecer as normas culturais que estão envolvidas nas construções de gêneros masculinos e femininos, visto que afetam a vivência da sexualidade, bem como a necessidade de integração de orientações sobre DSTs, além do HIV/aids, com ações de promoção da saúde reprodutiva. Já Barbosa e Tania Di Giacomo do Lago (1997), bem como Barbosa e Villela (1996) e Pimenta e Souto (2003) destacam a

importância da integração entre as ações de DST/aids e do PAISM (Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher), especialmente no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva. Elas argumentam que o estímulo ao uso de métodos de alta eficácia para a prevenção da gravidez e sob o controle feminino, como os anticoncepcionais orais, os quais não exigem tanto a “negociação sexual”, acaba por dificultar a introdução de métodos de barreira como os preservativos, nas relações entre homens e mulheres. As pesquisadoras também relacionam a esterilização cirúrgica com a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, ao citar que este método é freqüente entre mulheres casadas e com níveis de escolaridade muito baixos, coincidindo

com os grupos populacionais mais atingidos pela epidemia do HIV/AIDS, o que fortalece a idéia de que as mulheres que se esterilizam – pela falta de uma política adequada de serviços na área da saúde reprodutiva e pela dificuldade em compartilhar com o parceiro a contracepção e a criação dos filhos – são as mesmas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade ao HIV e, fundamentalmente, pelas mesmas razões (BARBOSA; LAGO, 1997, p. 172-173).

Parker (1997), ao abordar as vulnerabilidades de mulheres, também enfatiza que

apesar de sérias desigualdades estruturais que parecem impedir soluções de curto prazo para a questão das mulheres e da AIDS, tem-se observado que mudanças importantes nos programas de planejamento familiar e nos programas de HIV/AIDS e saúde reprodutiva das mulheres poderiam contribuir de modo decisivo. A ênfase em métodos anticoncepcionais que evitam a necessidade de negociação entre parceiros deveria ser reavaliada, e a total separação vertical de programas de AIDS e de saúde das mulheres dentro do sistema público de saúde deveria ser descartada (PARKER, 1997, p. 179).

5.2.4.3 Foco predominante na responsabilização individual pela prevenção

Solicitei às entrevistadas que escolhessem uma frase/mensagem para substituir o slogan “Mulher: sua história é você quem faz”, constante em um folder por elas comentado, derivando a partir disto produções tais como:

E2 – Mulher, está na hora de se cuidar, de aprender mais.

E3 – Se você me ama e quiser ter uma vida longa, use preservativo.

E4 - Acho que eu ia escrever para ter proteção, sabe, sair prevenida, sempre com uma camisinha junto, né, não usar seringas um do outro, também, né [...] acho que isso aí ia ser bom; que nem os jovens hoje em dia, eles usam muitas drogas, né, aí mistura tudo [...] (silêncio) e a bebida também [...] a bebida é uma coisa que te leva [...] o sossego [...].

E5 – Use camisinha eu acho – usar sempre, né [...].

E6 – Se pudesse colocar dentro da cabeça das mulheres que tinha que usar camisinha, né, se pudesse colocar lá dentro da cabeça delas que tem que usar camisinha, mas não tem, cada um tem a sua cabeça, né [...] que nem eu tive a minha [...].

E7 –A aids está no meio do povo, vamos parar e pensar, vamos usar preservativo [...] senão [...] quem está com o vírus vai se cuidar para não se infectar cada vez mais e as pessoas que não estão têm que usar preservativo! Que você nunca sabe se tem o vírus, só fazendo o exame [...].

E8 – Para elas ter mais amor à vida.

O discurso oficial de prevenção, que enfatiza a auto-estima e a responsabilização individual pela prevenção e pela infecção, bem como o imperativo de usar sempre o preservativo, predominaram nos “slogans” criados, remetendo à força de sua reprodução via depoimentos das entrevistadas, ainda mais falando perante uma profissional de saúde que trabalha com a temática aids, como comentado anteriormente. Contudo, gostaria de ressaltar alguns indícios de resistência na fala de E6, ao afirmar que “se pudesse colocar na cabeça das mulheres”, ou seja, mesmo que haja este tom imperativo em muitas ações de prevenção descontextualizadas, o objetivo de adesão ao uso do preservativo parece ser raramente alcançado; apesar disto, este discurso costuma ser o mais insistentemente repetido em muitas ações de prevenção à aids. A própria E6 reiterou este discurso ao afirmar que “use camisinha, sempre, (a mulher) esteja há tempo ou não (com um parceiro), tem que usar sempre, vá saber o que ele faz, né, o que se passa na cabeça dele quando vocês não estão juntos [...] usar sempre camisinha” (E6).

Uma das entrevistadas também fez referência a um cartaz repassado por mim ao SAE há alguns anos, direcionado a mulheres, comentando “use batom e não esqueça a camisinha” (E7); tal cartaz possui a imagem de um batom vermelho utilizado para desenhar o contorno de um coração e nele está escrito o seguinte:

Eu trabalho muito
 Eu também cozinho
 lavo roupas
 lavo a louça
 Eu cuido dos filhos
 cuido do marido
 tomo conta da casa
 Eu curto minhas amigas
 pinto as minhas unhas
 arrumo meu cabelo
 Eu uso batom
 e só transo de camisinha
 Porque eu gosto de mim!
 Em caso de dúvida, venha ao Posto de Saúde mais próximo, nós entendemos vocês.

(Prefeitura Municipal de Porto Alegre – Administração Popular- Secretaria Municipal de Saúde – DST e AIDS).

Ao reler este cartaz depois de alguns anos e associando o texto com os estudos realizados no mestrado e com os depoimentos das entrevistadas, atravessados por vários discursos, reitero que o exercício da auto-estima que o cartaz valoriza não deveria ser descolado de todo um contexto maior de vida e cultura experienciado por cada mulher. Exemplificando, em caso de violência a possibilidade de se prevenir fica reduzida; cabe citar novamente que 3 mulheres acompanhadas pelo SAE vivenciaram e/ou vivenciam violência doméstica por parte de seus companheiros, fato que, atrelado a outros, dificulta a adoção do uso do preservativo. Outro aspecto enfatizado neste cartaz refere-se à posição de mulher enquanto cuidadora dos outros e também de si, focando na responsabilização individual pela prevenção.

Cabe resgatar uma das origens deste discurso individualizante e “universal”, que pode ser associada ao conceito de comportamento de risco, especialmente vigente de 1985 a 1988, mas que deixou rastros até hoje nas práticas de saúde desenvolvidas (AYRES et al., 2003). Estes autores argumentam na direção de que este conceito apresentou alguns avanços, reduzindo o peso do estigma associado aos “grupos nos quais a epidemia foi inicialmente detectada”, disseminando a preocupação com a prevenção para a população em geral e promovendo “um ativo envolvimento individual com a prevenção” (AYRES et al., 2003, p. 121). Contudo, um dos limites do conceito de comportamento de risco enquanto referência para “estratégias de conhecimento e intervenção na Aids” reside em sua tendência à culpabilização individual: “quando o comportamento do indivíduo é trazido para o centro da cena, a consequência inevitável é que se atribua à displicência pessoal, para dizer o mínimo, a eventual falha na prevenção” (AYRES et al., 2003, p. 121), como citado por E6:

Eu não sei, mas eu acho assim que tudo que tinha que ser dito para se proteger já foi dito, já foi ensinado e quem não aprendeu e não fez nada, é porque não quer [...] porque olha, o que tem de cartaz por aí ensinando como se cuida, e agente de saúde, todo mundo, até camisinha eles distribuem, quem pega é porque é bobo mesmo [...] depois não adianta chorar [...].

O conceito de vulnerabilidade, por sua vez, rejeita a noção de que as pessoas “decidem pegar HIV”, questionando as estratégias impositivas de prevenção utilizadas para convencê-las a agirem de modo diferente, bem como a culpabilização individual pela infecção (AYRES et al., 2003, p. 126). Ao comentar o folder cujo slogan era “Camisinha – ponha essa idéia na

cabeça”, E8 expressa um julgamento que reitera o discurso individualizante: “então esse aqui está certo, ó, tem que botar essa idéia na cabeça, se não botar essa idéia na cabeça, leva na cabeça [...]”. Já ao se referir a como o sexo deve ser considerado, esta entrevistada remete a vivência sexual ao racional ao afirmar que “tem que ter cabeça, pensar muito antes de fazer as coisas, né, tem que fazer hoje em dia do sexo uma coisa séria, não sexo só para brincadeira, sem camisinha [...]” e argumenta “depois que acostumar usar camisinha o prazer é o mesmo [...] até melhor, que daí tu estás pensando ‘não, é um sexo seguro’, né, não precisa se preocupar, saiu dali é um sexo seguro [...]” (E8). Estas falas estão tão atravessadas pelo discurso oficial de prevenção que se pode confundir quem as enuncia, reproduzindo falas dos/das próprios/as profissionais de saúde, também impregnadas por este discurso. Isto confere visibilidade aos efeitos de poder deste discurso na vida das pessoas, mesmo que nem sempre o que é dito seja feito, pois movimentos de resistência também ocorrem.

Ganhei uma camiseta do SAE com a estampa de uma borboleta azul voando e o escrito: “Liberdade com consciência...”, cujo tom imperativo também visa responsabilizar cada um pela sua prevenção e pelo cuidado do outro, reproduzindo uma ótica de trabalho que corre o risco de centrar-se na dimensão individual, não articulada ao contextual. O autocuidado funciona, sob esta perspectiva, como uma “modelagem objetiva de si mesmo”, valorizando “prescrições nos ‘estilos de (levar) a vida’”, como as relacionadas ao exercício da sexualidade (DUMIT, 1997, apud CASTIEL, 2003, p. 92). As políticas de saúde que focam a autonomia como um de seus pressupostos enxergam os sujeitos como “entregues a si próprios e à preocupação com o desempenho baseado em (suas) condições individuais [...]” (CASTIEL, 2003, p. 92). Santos (2002), inspirado em Foucault (1999, p. 136-7), argumenta que os investimentos direcionados ao indivíduo para frear a rede de transmissão do HIV envolvem uma forma de governo, no qual a vida individual é situada como vital à vida coletiva:

Ao atuar sobre o sexo, (esta forma de governo) atinge, ao mesmo tempo a vida do corpo (do indivíduo) e a vida da espécie (população). Dessa forma, na medida em que cada indivíduo assume para si a tarefa de “se prevenir”, “se cuidar” e “se amar” como um projeto individual (de sua “livre escolha” entre as possibilidades que lhe são oferecidas), como uma forma de se auto-conduzir frente ao risco do HIV/AIDS, garante-se, assim, também que o governo se exerça sobre a população como um todo (SANTOS, 2002, p. 262).

Assim, o foco predominante de responsabilização individual pode ser pensado a partir da noção de cuidado de si desenvolvida por Foucault, mas o autogoverno poderia ser melhor estudado via investigações sobre “como os indivíduos [...] assumem, refutam ou negociam

com os significados que lhes são endereçados” tanto via mídia (anúncios televisivos, revistas, debates...) quanto nos serviços de saúde (intervenções, materiais informativos...), “de modo a tornarem-nos ou não como seus” (SANTOS, 2002, p. 266). Este governo opera de modo contínuo e sob cerrada - embora, por vezes, sutil - vigilância, interpelando sujeitos, mas nem sempre atinge seu objetivo, ou seja, não garante a adoção de práticas preventivas (SANTOS, 2002). Isto foi especialmente percebido no desenrolar das falas das entrevistadas que, embora reproduzissem o discurso oficial de prevenção, freqüentemente, em momentos passados e/ou atuais, não aderiram ao uso de preservativos em suas relações afetivo-sexuais.

Parece-me produtivo pensar o quanto os discursos de risco sobre a aids, ao promoverem um governo baseado na moral e na culpa, desvalorizam sujeitos que não usam preservativos, por exemplo, situando-os como ineficazes na execução das tarefas de “se cuidar”, “se prevenir”, “se amar” (SANTOS, 2002, p. 267). Em termos da construção de subjetividades contemporâneas, Lupton (1999) refere que “as pessoas passam a ser vistas como mais responsáveis pelos resultados de suas vidas, e por essa razão os acontecimentos ‘negativos’ são vistos como ‘faltas’ delas próprias” (LUPTON, 1999, p. 67). As entrevistadas vivenciam isto ao serem posicionadas como negligentes por não usarem preservativos; elas muitas vezes falam aquilo que o/a profissional de saúde quer ouvir, para não serem “repreendidas”, podendo-se pensar esta situação como um movimento simultâneo de aceitação deste discurso e de resistência a ele. Articulado a estas argumentações, Santos (2002) enfatiza que

O comportamento de evitar do risco, e.g., seguindo as prescrições tanto de um governo que se dá à distância (e.g., através de campanhas de prevenção de massa via mídia televisiva) quanto de uma intervenção face-a-face (e.g., através da relação médico-paciente em uma consulta), passa a ser visto como um empreendimento moral ligado ao autocontrole, autoconhecimento e automelhoria, em que o engajar-se nesses discursos significa engajar-se em uma forma de governo que envolve, segundo Lupton (1999) a aceitação e a “internalização” dos objetivos do governo institucional (SANTOS, 2002, p. 267-268).

Conforme apontado por Meyer (2002), indivíduos passam a ser concebidos como sujeitos autônomos, capazes “de se autogovernar mais e melhor na medida em que se capacita(m) (ou são capacitados) para fazer escolhas e responsabilizar(em)-se por elas” (MEYER, 2002, p. 36). Como ficou evidente, a auto-responsabilização pela infecção, tão presente em muitos discursos de prevenção, predominou na maioria das falas, bem como nos materiais informativos apresentados, “denunciando” um discurso individualizante que perpassou o processo de suas produções. Sob o enfoque comportamental, “as intervenções

tornaram-se muito genéricas, com mensagens e estratégias pouco sensíveis às particularidades culturais, morais, políticas e econômicas envolvidas na construção de práticas seguras” (AYRES et al., 2003, p. 131). Seguindo a mesma linha de argumentação, Monteiro (2003, p. 254) comenta que “a perspectiva generalizante e uníssona do discurso preventivista não contempla a polifonia dos sentidos das práticas dos grupos sociais”.

Knauth (1998, p. 461), ao comentar o livro “Mulheres e HIV/AIDS” (BERER; RAY, 1997) enfatiza que no mesmo o

problema da infecção pelo HIV/AIDS em mulheres é percebido através da ótica de direitos reprodutivos e contextualizado num universo cultural que lhe confere significado. É nesta perspectiva que as autoras evidenciam os limites das mensagens educativas que enfocam o “sexo seguro”, visto que essas se fundamentam numa mudança individual de comportamento enquanto que “práticas sexuais são parte das normas sociais e indivíduos não podem alterá-las por conta própria”. A partir daí compreende-se a dificuldade que as mulheres têm em “negociar” com seus parceiros o uso do preservativo, dizer não ao sexo, falar com o parceiro sobre as relações extraconjugais, propor alternativas à penetração, etc. E embora a mudança de comportamento possa ser justificada em função do risco da AIDS, não podemos nos esquecer, como nos lembram Berer e Ray, de refletir a partir de quais valores e necessidades estão sendo propostas estas mudanças e com quais poder e recursos as mulheres contam para aderirem às mudanças propostas.

Parker (2000, p. 37) destaca que, devido ao fato de diferentes culturas sexuais organizarem a desigualdade de modos específicos, regras e códigos culturais acabam por estabelecer limitações “para o potencial de negociação em interações sexuais e condicionam as possibilidades de redução do risco e os tipos de intervenção que podem ser apropriados”. Dimensões como poder e gênero, embora atravessem a vida e as falas das entrevistadas, foram em vários momentos da entrevista “abafadas” pelo discurso individualizante: ao comentar que “a mulher, ela deve exigir mais também do parceiro, se quiser ter uma relação ela tem que se impor ali - ou com preservativo senão não se tem nada - é um meio dela estar se protegendo também, né [...]”, E3 novamente reproduz a noção de que basta a mulher querer que irá conseguir que o parceiro use preservativo. Ela, possivelmente, escutou este discurso descontextualizado ao longo de sua trajetória de assistência, bem como em campanhas de prevenção via mídia, entre outros.

Nesta mesma direção, E6 concordou com a frase que constava em um dos folders: “Mulher, sua história é você quem faz”, tomando-a como “verdade” (expressão por ela utilizada): “A gente que faz [...] que nem a minha história, não precisava ser esta, eu podia ter mudado ela”. Ao ser questionada sobre como ela poderia ter mudado a sua história, E6 disse “de eu ter me cuidado quando eu era negativa, né, podia ter me cuidado, mas eu achando que

não ia pegar [...] acabei pegando e mudou a história [...]”. Ao mesmo tempo, E1, E4 e E6, ao serem questionadas sobre os motivos que levam mulheres a se infectarem pelo HIV que estavam listados neste mesmo folder, direcionado para mulheres, concordaram com uma visão mais contextual: “Não, isso aqui é mesmo, acho que sim, dificuldade de acesso à educação, ao emprego, à informação, a violência, isso aqui é [...] dificuldade de negociação do uso do preservativo [...]” (E1). É interessante observar que no mesmo folder dois enfoques distintos se articulam, um individualizante, ao qual é conferido maior destaque, na capa (poder de realizar a sua história) e outro, contextual, mais conectado com o conceito de vulnerabilidade, o qual situa a exposição ao risco de se infectar com HIV como resultado de um conjunto amplo e complexo de determinantes, “que extrapolam a decisão e o comportamento individual” (VILLELA; ARILHA, 2003, p. 133).

Parece-me pertinente a argumentação de Monteiro (2003, p. 264) ao afirmar que “a reprodução e a modificação dos comportamentos são dependentes [...] da interação entre as condições sociais e simbólicas de existência”. Esta autora reconhece “a dificuldade de se compatibilizar o intuito do discurso preventivo de alterar, em um curto período de tempo, práticas sociais internalizadas, reproduzidas e naturalizadas e que nem sempre são percebidas pelo sujeito como uma ameaça à saúde” (MONTEIRO, 2003, p. 265).

Reitero a necessidade de articular diferentes componentes da vulnerabilidade; posso afirmar que o componente social da vulnerabilidade impactou-me enquanto pesquisadora e profissional de saúde, remetendo a muitas reflexões sobre a importância da estruturação, implantação e implementação de políticas e ações que visem melhorar as condições de vida dos grupos sociais envolvidos (MONTEIRO, 2003). Concordo com Magalhães, Vellozo e Durovn (2004, p. 3), quando afirmam que a vulnerabilidade diferencial verificada em mulheres e grupos de menor escolaridade expõem “a necessidade de romper com a perspectiva individualizante sobre o processo saúde e doença” e de substituir intervenções isoladas por outras articuladas a estratégias de redução das desigualdades sociais.

5.2.4.4 Foco na prevenção da transmissão vertical do HIV

O discurso da transmissão vertical atravessa as falas de profissionais de saúde e das entrevistadas e, inclusive, materiais educativos utilizados no serviço; na sala onde são realizadas coletas de sangue para exame anti-HIV, está afixado um cartaz alusivo à prevenção da transmissão vertical, confeccionado pelo próprio SAE, com os dizeres: “Viva por quem você ama. Use o preservativo”, cuja imagem era uma foto de uma mulher mãe, loira, com o

seu bebê, acarinhando-o, não aparecendo a imagem de homem no mesmo.

humano que vai nascer [...] é nesse termo aí que eu penso, é diferente, mas vale a pena se sujeitar [...] (E3).

O apelo à proteção da criança foi novamente reiterado em outro momento da entrevista, ao contar como ela e o primeiro companheiro reagiram à orientação de usar preservativo, mesclando resistência e adesão: “a gente não usava, foi uma coisa meio estranha, mas sendo por um bom motivo a gente usava [...]” (E3). Neste contexto, “bom motivo” foi associado ao cuidado com a criança, noção que se encontra presente em vários discursos (senso comum, saúde, religioso...) e que acaba sendo enunciada em vários espaços e por vários sujeitos, convergindo na mesma direção, aumentando a sua força de repetição. Tal direcionamento deste enunciado provoca efeitos como o de hierarquização de abordagens de prevenção e assistência, priorizando o olhar e as ações para gestantes e bebês, em detrimento de outras populações. Acrescento que até a própria gestante por vezes é abordada apenas como reprodutora, deixando-se de lado suas inserções em outros componentes de vulnerabilidade (abuso de drogas, relações de poder e gênero...).

E4 também trilhou este mesmo raciocínio: “Ah, eu olhei por causa do meu neném, meu nenezinho, que mostrou que tu tens que se prevenir, nem se tu tens o HIV, se previne por, ao menos cuidando da criança, tomando remédio que eles te dão certinho, e protege a criança mesmo [...]”. Percebi em E4 uma certa culpabilização por não ter se tratado na 1ª gestação e cuidado do filho, bem como um certo desejo por mais filhos/as. E5 também demonstrou culpabilização caso seu filho tivesse ficado com HIV: “Meu Deus! Eu pensava ele é inocente, ele não merece, porque eu ainda sou, a culpada fui eu, porque eu não me cuidei, não usei camisinha, ele não tinha culpa [...]”. E6 está aguardando para saber se sua filha ficará sem os anticorpos maternos do HIV, falando que “não sei o que faço [...] (chorando)” caso ela fique com o vírus; destacou a presença de um cartaz de prevenção da transmissão vertical do HIV, alertando: “pelo menos se a gente tem, mas a criança pode se defender ainda, né [...]”.

A culpabilização, nesta situação de possibilidade de passar o HIV para o/a filho/a, passa a ter um peso duplo se considerarmos o discurso de responsabilidade e culpabilização individual pela infecção (própria e do bebê). Gênero, neste contexto, atravessa esta leitura de culpabilização; na maioria das culturas a representação hegemônica de uma mulher que se torne mãe está vinculada a cuidadora da prole, protetora; o fato de existir a possibilidade do HIV passar da mãe ao bebê abala esta representação e esta posição de sujeito delegada às mulheres-mães. Assim, as gestantes costumam ceder com mais facilidade às intervenções

propostas que venham a reduzir a probabilidade de transmitir o HIV aos/às filhos/as, pois do

tinha 1 ano e 6 meses aí fiz exame nele e ele não tinha mais (os anticorpos – HIV maternos) (E5).

Houve, por parte do profissional de saúde, uma passagem abrupta de uma fala que acusa para outra que aprova, mas ambas em tom de julgamento e posicionando a entrevistada em lugares completamente distintos, conforme correspondesse ou não à interpelação de cuidados hegemônicos.

Lupton (1999) argumenta que são dadas muitas orientações para gestantes – e pode-se estender este raciocínio para as /os cuidadoras/es, após o nascimento – a partir da lógica de risco, focando naqueles riscos que ameaçam o bem-estar da criança. Especialmente as mulheres-mães são interpeladas e responsabilizadas individualmente pela geração de filhos/as saudáveis. Elas são social, cultural e assistencialmente conduzidas a perceberem-se exclusivamente como responsáveis pelo desenvolvimento de um bebê saudável, podendo “vivenciar uma ‘plenitude maravilhosa’ (grifos meus; este significado de maternidade também é construído na cultura) e o terror do vazio, da perda e do medo de falhar” (PARKER, 1997, p. 132). Ao relacionar isto ao aleitamento e à soropositividade, pode-se pensar que “discursos que produzem o aleitamento materno como um imperativo têm pouco espaço reservado à consideração de condições sociais, culturais ou psicológicas (e eu incluiria, biológicas) que possam impedir ou dificultar a amamentação” (MEYER, 2003, p. 48). Conforme as mães amamentem ou não seus/as filhos/as passam a ser posicionadas de formas diversas, elogiando as que amamentam em detrimento daquelas que não o fazem. A frase “Amamentar é um ato de amor” constava em um cartaz de incentivo ao aleitamento materno, distribuído na década de 90; como mães soropositivas são orientadas para não amamentar, pode-se pensar o quanto esta representação de amor atrelado ao aleitamento repercute na vida delas (aumentando a culpabilização), além de correrem o risco de dar visibilidade ao seu diagnóstico a partir do ato de não amamentar. Existe um movimento duplo: se não amamentar, a mãe soropositiva será posicionada como boa cuidadora por quem saiba seu diagnóstico enquanto que, se amamentar, como “boa” para quem não saiba seu diagnóstico. As duas situações podem vir a gerar culpa nas mulheres-mães soropositivas, à medida em que são subjetivadas nos discursos que as interpelam no âmbito da cultura em que vivem, inclusive incluindo-se aí as intervenções dos serviços de saúde.

Os depoimentos de E5 podem auxiliar a pensar como são significadas as intervenções em saúde das quais elas (entrevistadas) foram e são alvo, que cuidados éticos constituem o

trabalho, de que forma os profissionais envolvidos na prevenção e assistência são preparados para atuar: limitam-se a cobrar atos definidos como os mais saudáveis?

E5 – Eu não contei para ela (agente comunitária de saúde) ainda [...] ela deve saber, por causa do nenê, né, por causa da carteirinha, né (confirma que a agente olha o cartão da criança) [...] que nem lá na vila (onde ela morava antes) quando a minha agente ia lá daí ela olhou, aí ela ficou meio assim, né [...] querendo perguntar, só que ela não perguntou nada, eu não falei [...] até que um dia quando eu estava grávida ainda eu tinha que tomar comprimidos (antiretroviral), aí eu estava tirando os comprimidos de dentro da sacola quando vi ela na porta, foi uma correria, eu escondendo os remédios, né, para ela, tinha o xarope do nenê, também, que eles deram, aí de todos eu tirava os rótulos, para ninguém saber [...]. A agente do bairro onde moro agora também deve saber, ela sempre pergunta se eu estou me sentindo bem [...].

A – E tu gostas de receber agente de saúde?

E5 – Não [...] eu não sei, às vezes eu quero me abrir com as pessoas, só que eu não tenho coragem, é que agora para mim é mais normal, eu até converso sobre isso, mas uma vez eu não conversava nada [...].

Este depoimento provoca pensar que nem sempre as intervenções das equipes de saúde são bem-vindas aos sujeitos assistidos, ultrapassando um certo limite de direito à privacidade, ao sigilo de sua condição. Contudo, reforça uma vigilância exercida pelo serviço de saúde, via agente comunitária, no sentido de buscar assegurar que os cuidados – especialmente com a criança – sejam realizados.

Finalizando, ao mesmo tempo que valorizo a prevenção da transmissão vertical, como citado anteriormente, parece-me que restringir-se a esta abordagem pode colocar em maior vulnerabilidade um conjunto de homens e mulheres que não estejam tão incluídos nos discursos e práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, no caso, aids, dando visibilidade a como gênero perpassa formações vivenciadas e ações desenvolvidas pelos/as profissionais de saúde. Poder parar e pensar sobre isto enquanto uma vulnerabilidade programática talvez repercuta em outros direcionamentos, mais inclusivos, abordando diferentes populações vulneráveis à infecção pelo HIV, nos cotidianos de trabalho...

5.2.5 Vulnerabilidade: limites e possibilidades

A partir dos temas abordados nesta unidade analítica, destacarei algumas questões sobre limites e possibilidades do emprego do conceito de vulnerabilidade no cotidiano dos serviços que trabalham com prevenção e assistência a DST/aids.

O componente programático da vulnerabilidade, por exemplo, ao envolver também os processos de formação dos/as profissionais de saúde acabam por afetar os modos de circulação de saber e poder. Parece-me produtivo pensar sobre como os conhecimentos circulam nos serviços de saúde, especialmente entre profissionais e usuários/as; conforme argumentado por Meyer et al. (2005, p. 6), “o conhecimento científico [...] passa pela vida das pessoas através de uma espécie de filtro de seus próprios saberes gerando um conhecimento diferente”, reconstruindo muitas das “prescrições” ao conferir-lhes sentidos muitas vezes diversos daqueles esperados pelos programas e políticas de saúde. Contudo, não ensejo reduzir a importância de ações de promoção da saúde em geral e prevenção de DST/aids em particular, mas sim repensar limites que determinadas formações e metodologias de trabalho delas decorrentes acarretam às intervenções junto aos grupos sociais. Exemplificando, como sugerido por Meyer et al. (2004b, p. 66), a pressuposição da “existência de uma mulher universal a quem cabe a iniciativa e a responsabilidade pela negociação (de uso do preservativo), que os discursos da saúde, entre outros, produzem, reforçam e/ou colocam em circulação”, acaba por não visibilizar que homens e mulheres se constituem no âmbito das culturas em que se encontram inseridos e que esta construção, que é relacional, repercute na maior ou menor possibilidade de se prevenir da infecção pelo HIV. A partir desta perspectiva de generificação de vulnerabilidades, os riscos são construídos nos contextos dos discursos que nos subjetivam, visto que “ser é ter se tornado” mais ou menos vulnerável. Vale destacar que a vulnerabilidade não é estável, podendo modificar-se ao longo da trajetória de vida de sujeitos e instituições.

Nos processos de educação em saúde que ocorrem na interação entre população e serviços de saúde, o encontro entre conhecimentos, vivências e saberes do/a profissional de saúde e do/a usuário/a, aqui situados enquanto porta-vozes de seus grupos sociais, poderá produzir uma reformulação de suas formas de compreenderem determinado tema – como os relativos à aids – desde que suportem desacomodar-se, transformando-se na interação construída, reconstruindo-se. Isto implicará em mudanças no exercício do poder, gerando outros posicionamentos para ambos, profissionais de saúde e população assistida.

Sob esta perspectiva de construção relacional de saberes e experiências, o imperativo “use camisinha” e ponto final não se aplica, exigindo leituras mais contextuais de compreensão e intervenção sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

A partir destas argumentações, estariam os/as profissionais de saúde e os serviços nos quais estão inseridos vulneráveis a seus processos de formação e de estruturação? Talvez a resposta a esta questão seja sim e não, dependendo dos contextos onde ocorrem os processos

de trabalho, mas apesar disto, visto tantas falas das entrevistadas, parece-me que ainda predomina uma abordagem que isola indivíduos ao invés de enxergá-los incluídos em seus meios sócio-econômico-culturais, que afirma ao invés de questionar, determinando a priori estilos de vida considerados como saudáveis e que limita ao invés de ampliar possibilidades de lidar com o conhecimento produzido na interação profissional-usuário/a. Portanto, quando a palavra do/a profissional de saúde (aqui situado enquanto porta-voz de sua formação) é

la integralmente, talvez seja possível usar produtivamente o caráter complexo e abrangente das análises de vulnerabilidade” (AYRES et al., 2003, p. 132). Um dos desafios desencadeados pelo conceito de vulnerabilidade reside na construção de ações intersetoriais (saúde, educação, bem-estar social, jurídico, cultura...); conforme citado por Ayres et al. (2003), “intervenção estrutural, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação jurídica, direitos humanos, tudo isso passa a ser entendido como parte indissociável das ações de prevenção e cuidado” (AYRES et al., 2003, p. 129). Esta perspectiva vem sendo adotada explicitamente na estruturação de ações de prevenção a DST/aids do Estado de São Paulo, tendo como norte de atuação a busca por respostas sociais e não apenas trabalhar com a noção de mudança de comportamento (SÃO PAULO, 2005).

Pretendo, a partir deste suporte teórico, indagar: como se pode reconhecer e enfrentar, de forma mais efetiva, os componentes programáticos da vulnerabilidade? Não almejo obter respostas definitivas para esta questão, mas talvez, no que se refere à formação de recursos humanos, além de conhecimentos biológicos, buscar compreender como sujeitos aprendem e estruturam suas visões de mundo, elaboram sentidos e significados sobre sexualidade, saúde, doença, possa contribuir para esta redução. No estudo empreendido por Figueiredo e Ayres (2002) relacionado a uma intervenção comunitária visando avaliar ações de prevenção de DST/aids direcionadas para mulheres de baixa renda de uma favela de São Paulo, ocorreu um espaço de qualificação para os/as profissionais de saúde que lá atuavam, ou seja, a própria investigação serviu como uma oportunidade de repensar saberes e fazeres. Um dos pontos abordados referiu-se à participação de gênero na constituição da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, tema da presente dissertação, situado como importante aspecto a ser discutido, “ainda que tenha resultados pouco visíveis em curto prazo” (FIGUEIREDO; AYRES, 2002, p. 106). Outro ponto abordado neste trabalho foi a confirmação de que mulheres circulam mais em unidades de saúde do que homens, situação também citada por Meyer (2002), remetendo à necessidade de acessá-los de outras formas, em outros espaços, fato ao qual é importante se atentar.

Apropriando-me da metáfora apresentada por Andrade (2006), sobre processos de aprendizagem, e remetendo-a à possibilidade de “reciclagem” de formação de alguns profissionais de saúde que trabalhem com prevenção e assistência relacionadas a DST/aids, parece oportuno compreender que

cada evento é assimilado ou apropriado em termos do que foi antes. Então o processo não é como a adição de um tijolo em uma construção – onde o tijolo aparece tão evidente e autocontido como na mão do construtor. Ao contrário, é um

pouco como a adição de uma cor a outra cor em uma pintura, onde a cor adicionada se torna inseparavelmente uma parte da cor que lá está antes e ambas são transformadas no processo. Dessa forma, o que é aprendido nunca pode ser julgado somente em termos do que é ensinado (BROWN; DUGUID, 1999, apud ANDRADE, 2006, p. 87).

A partir disto, parece-me que a tendência será a co-existência de diferentes discursos e práticas em educação e saúde, mas que, conforme o conceito de vulnerabilidade for sendo implementado, aparecerá mais a sua cor, mesclada com outras cores anteriores, atuais e futuras... De qualquer modo, o conceito de vulnerabilidade provoca a realização de problematizações, podendo constituir-se como um meio de compreender melhor as diferenças e os processos de diferenciação que atravessam os processos de saúde e doença.

6 AFINAL, “SÓ PEGA ESSA DOENÇA QUEM QUER”? : ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação, estando inscrita nos campos de estudos sobre aids, sociologia da saúde e inspirada em estudos pós-estruturalistas, permitiu-me responder a esta indagação, gerada a partir de uma afirmação de E8. O fato de transformar uma afirmação em uma indagação por si só já expressa um importante efeito do processo de investigação, tornando estranho o que até bem recentemente, em minha trajetória profissional, era-me tão familiar: o foco na responsabilização individual pela prevenção de DST/aids. A valorização das inserções sócio-econômica-culturais dos sujeitos fez-me reiterar as palavras de Oliveira (2005, p. 429): “as escolhas não ocorrem no vácuo, mas são feitas com referência ao contexto material e social em que são determinadas”. Portanto, concordo com Figueiredo e Ayres (2002) ao argumentarem que

É necessário trabalhar as pré-disposições culturais e os limites materiais para práticas protegidas (vulnerabilidade sócio-econômica), assim como incrementar serviços e programas capazes de dar acesso a essas discussões e aos meios preventivos disponíveis (vulnerabilidade programática), para que, no plano de suas atitudes e práticas pessoais (vulnerabilidade individual), [...] mulheres (e homens) possam, de fato, prevenir-se da infecção pelo HIV (FIGUEIREDO; AYRES, 2002, p. 99).

Parece-me produtivo valorizar a noção de circularidade das vulnerabilidades de homens e mulheres, como proposta por Corrêa (2002): os componentes envolvidos na construção das vulnerabilidades de mulheres heterossexuais irão comprometer as

vulnerabilidades de homens heterossexuais e vice-versa, ou seja, merece destaque o caráter relacional da construção destas vulnerabilidades, entre as quais gênero se inclui. Como sugerido por Miguel Almeida (1996), “é ao nível da negociação cotidiana, das interações carregadas de poder, das reformulações das narrativas de vida, que o gênero como processo e prática pode ser apreendido” (ALMEIDA, 1996). Foi interessante observar como o “ato de narrar-se”, via entrevista, gerou algumas falas que expressaram o repensar sobre as posições que algumas entrevistadas ocuparam no passado e ocupam no presente em suas interações afetivo-sexuais e outras posições, que desejariam ocupar se pudessem retornar a um período no qual ainda não estivessem infectadas. E3, por exemplo, relatou que, caso iniciasse um relacionamento com um homem:

Se fosse para voltar a ter aquela vida ‘normal’ de antes hoje em dia eu ia fazer bem diferente [...] eu acho que primeiro de ter uma relação com uma pessoa, claro, usar preservativo, mas primeiro eu ia querer exigir um teste de HIV tanto meu como da pessoa que eu fosse casar ou morar junto, eu ia querer um teste de HIV se fosse voltar a viver antes de ter o vírus, ah, eu ia estar mais segura daí [...] (E3).

Parker (2000, p. 19) situa que um fator limitante presente em algumas pesquisas sobre comportamento sexual em relação ao HIV/aids refere-se à naturalização do desejo sexual, não considerando os fatores sociais e culturais que a ele se articulam. Nas palavras do autor,

a construção social do tesão e do desejo sexual, as maneiras pelas quais as identidades sexuais são formadas e transformadas, as relações de poder e dominação que podem moldar e estruturar as interações sexuais, e as redes sociais/sexuais que canalizam e condicionam a seleção de potenciais parceiros sexuais, todos esses itens são valiosos e devem ser levados em consideração no desenvolvimento de estratégias mais eficazes para a prevenção da AIDS (PARKER, 2000, p. 21).

Parker (2000, p. 52) confere especial importância ao processo de socialização sexual, através do qual “noções culturalmente específicas de masculinidade e feminilidade são modeladas ao longo da vida”, aprendendo “desejos, sentimentos, papéis e práticas sexuais típicos de seus grupos de idade ou de status dentro da sociedade, bem como as alternativas sexuais que suas culturas lhes possibilitam”. Assim, concordo com este autor quando afirma que “com quem se pode fazer sexo, de que maneiras, em que circunstâncias e com que resultados nunca são questões simplesmente aleatórias. Tais possibilidades são definidas por regras e códigos implícitos e explícitos impostos pela cultura sexual de uma comunidade específica” (PARKER, 2000, p. 37). Villela (1996, p. 183), também argumenta nesta direção

ao afirmar que “embora a sexualidade se apóie em uma matriz biológica, sua configuração está diretamente relacionada ao conjunto de significados que cada cultura atribui a diferentes práticas e comportamentos, criando as dimensões de erotismo e de sensualidade”.

Assim, atentar sobre onde, quando, como, em quem e porque as vulnerabilidades à infecção pelo HIV encontram-se mais presentes em diferentes grupos sociais, variando também no interior de cada um deles, pode abrir perspectivas no sentido de apontar prioridades de ação e reformulação de políticas de atenção. Remeto esta afirmação ao que foi ponderado por Alfredo Veiga- Neto (2003):

[...] sabendo – mesmo que minimamente – como chegamos a um determinado estado de coisas, fica muito mais fácil desconstruir aquilo que nos desagrade nesse estado de coisas. A desnaturalização dos fenômenos sociais – ou seja, tomá-los não como algo desde sempre dado, mas como algo historicamente construído – é um primeiro e necessário passo para intervir nesses fenômenos. Saber como chegamos a ser o que somos é condição absolutamente necessária, ainda que insuficiente, para resistir, para desarmar, reverter, subverter o que somos e o que fazemos (VEIGA-NETO, 2003, p. 7).

Concordo com Seffner (1998, p. 399) quando afirma que “só há sentido na pesquisa se esses conhecimentos, de alguma forma, refletem-se numa intervenção de qualidade junto aos problemas do mundo”. Assim, um objetivo que vislumbro com a pesquisa reside em seu retorno ao próprio SAE no sentido de fornecer subsídios para que se possam reavaliar trabalhos educativos desenvolvidos na rotina da assistência prestada à população. Pensando mais amplamente, creio que a pesquisa poderá tornar-se uma ferramenta de trabalho no gerenciamento regional de prevenção e assistência a DST/HIV/aids em que estou inserida, desestabilizando posições e remetendo à construção de sucessivas indagações, bem como desnaturalizando processos educativos que perpassam políticas governamentais e situando-os em contextos sócio-econômico-culturais. De algum modo, o trabalho de campo por mim realizado teve efeitos nessa direção. Cada entrevistada situou a experiência de participar da pesquisa de forma diferente; E1 desejou utilizar os sentimentos expressados na entrevista como recurso terapêutico, como possibilidade de se fazer mais escutada e olhada em sua história de vida, entregando a entrevista transcrita à equipe do SAE; esta comentou que nem sempre dispõe do tempo que gostaria para conversar com cada paciente, podendo a entrevista auxiliar no conhecimento da história de E1. Esta experiência faz-me pensar que a pesquisa não só não é neutra, mas também imprime marcas em todas as pessoas que por ela, de várias maneiras, sejam afetadas. A interação não se deu apenas entre entrevistada e entrevistadora, mas entre equipe e entrevistada também, fortalecendo vínculos de acolhimento e cuidado.

Observei que, desde o início da realização das entrevistas, ocorreram alguns movimentos interessantes na equipe do SAE, levando à reestruturação de alguns trabalhos, tais como:

- a) devido à percepção quanto à necessidade de um espaço para pacientes soropositivos e doentes de aids expressarem suas dúvidas, suas ansiedades, seus medos, suas esperanças, a enfermeira e a assistente social organizaram encontros mensais abertos a todos/as interessados/as em participar. Contudo, um cuidado que acredito que seja importante consiste em não substituir o momento individual pelo grupal, mas sim abordar estas diferentes estratégias de formas complementares. Afirmando isto porque percebi que a equipe dispõe de pouco tempo para escutar cada pessoa, além de não contar com um/a psicólogo/a na sua constituição, podendo-se pensar que isto seja um aspecto do componente programático da vulnerabilidade do próprio SAE;
- b) continuidade e reforço do trabalho com a população de profissionais do sexo. A equipe convidou-me para participar como coordenadora de dois encontros do grupo com profissionais do sexo; senti necessidade de delimitar quais os espaços que eu estava ocupando nesta convivência mais próxima proporcionada pela própria pesquisa, esclarecendo que compete à própria equipe um acompanhamento continuado do trabalho, mas aceitei realizar estas intervenções. A dinâmica que utilizei no primeiro encontro serviu de inspiração para a equipe do SAE, que a reproduziu no encontro do grupo de pacientes; gratificou-me saber que auxiliiei para promover trocas entre os/as presentes, mesmo sem eu estar presente neste encontro de pacientes.

Embasando-se em Foucault, Fischer (1997, p. 7) argumenta que o conhecimento será sempre parcial, a realidade é uma construção e a identidade é sempre um estado em processo, ou seja, os conhecimentos desenvolvidos na presente dissertação são provisórios, abertos para questionamentos e possíveis reconstruções.

A única certeza que tenho ao finalizar a presente dissertação, que exigiu a realização de várias desconstruções, é que não sou mais a mesma pessoa. Algo processou-se no sentido de alargar o espectro de possibilidades de leitura de uma realidade, permitindo que novas construções sejam iniciadas. Nesse sentido, penso que vivenciei um pouco o desafio proposto por Foucault (1984):

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que não conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (FOUCAULT, 1984, p. 13).

Desconstruir gera conflito, mas também uma sensação de descoberta de outras possibilidades de interação com o saber e, quem sabe, também com o fazer... Isso talvez se efetive ao se considerar a própria pesquisa como uma forma de intervenção.

íque.405jul(-M.046206-4(1)044(06-405-114)9515(6540)TJ(V)6439283(i)10.63864(s)6.-4.616a)5032 511(n)-2.31915(.).5

_____. Práticas Educativas e Prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11-24, ago. 2002.

_____. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.

_____. Norma e Formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-591, jul./set. 2004.

_____ et al. O Conceito de Vulnerabilidade. In: PADOIN, Stela M. de M. et. al. (Orgs.). **Experiências Interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia**. Santa Maria: UFSM, 2006. p. 43- 62.

BARBOSA, Regina Maria; VILLELA, Wilza Vieira. A Trajetória Feminina da AIDS. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Orgs.). **Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS/UERJ, 1996. p. 17-32.

BARBOSA, Regina Maria. Feminismo e AIDS. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Orgs.). **Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABI; IMS/UERJ, 1996. p. 153-168.

_____; LAGO, Tânia Di Giacomo do. Aids e Direitos Reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: PARKER, Richard (Org.). **Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; ABIA, 1997. p. 163-175.

_____. Negociação Sexual ou Sexo Negociado? poder, gênero e sexualidade em tempos de aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Orgs.). **Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 73-88.

BASTOS, Francisco Inácio. **A Feminização da Epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

BENACH, Joan; MUNTANER, Carles. **Aprender a Mirar la Salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud**. Madrid: El Viejo Topo, 2005.

BENOIST, Jean; DESCLAUX, Alice. **Anthropologie et Sida: bilan et perspectives**. Paris: Éditions KARTHALA, 1996.

BERER, Marge; RAY, Sunanda. **Mulheres e HIV/AIDS: um livro sobre recursos internacionais: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais**. Tradução por Anita Natividade e Miriam Botassi. São Paulo: Brasiliense, 1997.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: AIDS e DST. Brasília, v. 18, n. 1, jan./jun. 2004.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: AIDS e DST. Brasília, v. 2, n. 1, jan./jun. 2005.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: AIDS e DST. Brasília, v. 3, n. 1, jan./jun. 2006.

BONZON, Michel. Sexualidade e Conjugalidade: as reformulações nas relações de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 20, p. 131-156, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos**. Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde.

CASTIEL, Luis David. Força e Vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção de HIV/AIDS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, p. 91-100, 1996.

_____. Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, Dina (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 79-95.

CINTRA, Ana Maria de Oliveira et al. Características de Homens e Mulheres Usuários de Drogas Injetáveis do Projeto AJUDE – Brasil II. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 791-802, abr. 2006.

CORAZZA, Sandra. Labirintos da Pesquisa, diante dos ferrolhos. In: _____. **Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação**. Porto Alegre: Mediação, 1996. p. 105-131.

COSTA, Jurandir F. O Homoerotismo Diante da AIDS. In: PARKER, Richard et al. (Orgs.). **A AIDS no Brasil: 1982-1992**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 151-215.

CORDIOLI, Aristides Volpato (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

CORNWALL, Andréa; WELBOURN, Alice. **Direitos Sexuais e Reprodutivos: experiências com abordagens participativas**. Tradução por Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2006.

CORRÊA, Sonia. Saúde Reprodutiva, Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 39-49.

_____. Gênero e Saúde: campo em transição. In: BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra G. **Gênero, Democracia e Sociedade Brasileira**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; Editora 34, 2002. p. 358-388.

CZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a Diferença Entre Prevenção e Promoção. In: _____. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DAY, Sophie; WARD, Helen. Trabalho Sexual e Vida Pessoal. In: BERER, Marge; RAY, Sunanda. **Mulheres e HIV/AIDS: um livro sobre recursos internacionais: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais**. Tradução por Anita Natividade e Miriam Botassi. São Paulo: Brasiliense, 1997. p. 296-298.

DAZZI, Mirian D. B. **Prevenir é Sempre Melhor: representações de HIV/AIDS nos vídeos produzidos pelo Ministério da Saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2002. 225 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

DELOR, François; HUBERT, Michel. Revisiting the Concept of 'Vulnerability'. **Social Science & Medicine**, Brussels, v. 50, p. 1557-1570, 2000.

FARMER, Paul. Women, Poverty, and AIDS. In: FARMER, Paul; CONNORS, Margaret; SIMMONS, Janie. **Women, Poverty, and AIDS: sex, drugs and structural violence**. Monroe; Maine: Common Courage Press, 1996. p. 3-38.

_____; SIMMONS, Janie; SCHOEPF, Brooke G. A Global Perspective. In: FARMER, Paul; CONNORS, Margaret; SIMMONS, Janie. **Women, Poverty, and AIDS: sex, drugs and structural violence**. Monroe; Maine: Common Courage Press, 1996. p. 39-57.

FIGUEIREDO, Regina; AYRES, José R. C. M. Intervenção Comunitária e Redução da Vulnerabilidade de Mulheres às DST/Aids em São Paulo. **Revista de Saúde Pública/Journal of Public Health**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 96-107, 2002.

FIGUEROA, Juan Guillermo. Elementos Para Analizar Algunos Dilemas Éticos en la Investigación Cualitativa Sobre Salud Reproductiva. In: MERCADO, Francisco J.; GASTALDO, Denise; CALDERÓN, Carlos (Comps.). **Investigación Cualitativa en Salud en Iberoamérica: métodos, análisis y ética**. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; Universidad Autónoma de San Luis Potosí; Universidad Autónoma de Nuevo León, 2002. p. 481-503.

FISCHER, Beatriz Daudt. Foucault e Histórias de Vida: aproximações e que tais. In: ASPHE. **História da Educação**. Pelotas: UFPel, 1997. p. 5-20.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Mídia e Produção do Sujeito: o privado em praça pública. In: FONSECA, Tânia G.; FRANCISCO, Deise J. (Orgs.). **Formas de Ser e Habitar a Contemporaneidade**. Porto Alegre: UFRGS, 2000. p. 109-120.

_____. Foucault e Análise de Discurso em Educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, nov. 2001.

_____. **Televisão & Educação: fruir e pensar a TV**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

FONSECA, Juarez Iberê Camargo. Como um vagalume no meio da noite. **UFRGS – Jornal da Universidade**, Porto Alegre, p. 10, nov./dez. 2003.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Tradução por Maria T. da C. Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FRAGA, Alex. **Corpo, Identidade e Bom-mocismo: cotidiano de uma adolescência bem-comportada**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud v. 14**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

FURLANI, Jimena. **O bicho Vai Pegar! um olhar pós-estruturalista à educação sexual a partir de livros paradidáticos infantis**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 272 f. Tese (Doutorado

em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

GASTALDO, Denise. É a Educação em Saúde “Saudável”? repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 147-168, jan./jun. 1997.

_____; MCKEEVER, Patrícia. Investigación Cualitativa? intrinsecamente ética? In: MERCADO, Francisco J.; GASTALDO, Denise; CALDERÓN, Carlos (Comps.). **Investigación Cualitativa en Salud en Iberoamérica: métodos, análisis y ética**. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; Universidad Autónoma de San Luis Potosí; Universidad Autónoma de Nuevo León, 2002. p. 475-479.

GOGNA, Mônica; RAMOS, Silvina. Crenças Leigas, Estereótipos de Gênero e Prevenção de DSTs. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Orgs.). **Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 229-248.

GOLDSTEIN, Donna. O Lugar da Mulher no Discurso Sobre AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Orgs.). **Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS/UERJ, 1996. p. 137- 152.

GUIMARÃES, Carmen Dora. “Mas Eu Conheço Ele!”: um método de prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Orgs.). **Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS/UERJ, 1996. p. 169-179.

_____. **AIDS no Feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil?** Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

GUIMARÃES, Kátia. Nas Raízes do Silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Orgs.). **Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS/UERJ, 1996. p. 89-113.

GUIZZO, Bianca. **Propagandas Televisivas Ensinando Modos de Ser Menino e Menina**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. 77f. Projeto de Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

HALL, Stuart. **Identidades Culturais na Pós-modernidade**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. Rio de Janeiro: DP&A, 1997.

HEILBORN, Maria Luiza; GOUVEIA, Patrícia Fernanda. “Marido é Tudo Igual”: mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Orgs.). **Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 175-198.

HEILBORN, Maria Luiza. Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina M. G.; GOMES, Mara H. de A. (Orgs.). **O**

Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 197-208.

HERNÁNDEZ, Fernando; SANCHO, Juana Maria. A multiplicidade de sujeitos participantes na investigação. In: SEMINÁRIO DE INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 2., 2006, Porto Alegre.

HOLLAND, Janet et al. Não Morra de Ignorância: quase morri de vergonha - os preservativos em contexto. In: BERER, Marge; RAY, Sunanda. **Mulheres e HIV/AIDS:** um livro sobre recursos internacionais: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais. Tradução por Anita Natividade e Miriam Botassi. São Paulo: Brasiliense, 1997. p. 270-277.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Banco de dados:** cidades, população estimada 2006. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 10 abr. 2007.

JIMÉNEZ, Ana Luisa et al. Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 55-62, jan./fev. 2001.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa Com Texto, Imagem e Som:** um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90-113.

KNAUTH, Daniela Riva. O Que Pensam as Mulheres Sobre a Infecção Pelo HIV: uma abordagem antropológica. **Saúde: Revista do NIPESC**, Porto Alegre, v. 2, p. 7-18, 1997a.

_____. O Vírus Procurado e o Vírus Adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 291-301, 1997b.

_____. A Banalização da AIDS. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 9, n. 4, p. 171-202, 1998a.

_____. A Vulnerabilidade Feminina ao HIV/AIDS. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 459-461, 1998b.

_____. Subjetividade Feminina e Soropositividade. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Orgs.). **Sexualidades pelo Avesso:** direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 121-136.

LAÇOS. **Ações em educação e saúde:** prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Maternidade. Porto Alegre, 2004.

LARROSA, Jorge. Tecnologias do Eu e Educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **O Sujeito da Educação:** estudos foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 35-86.

LEAL, Andréa Fachel; KNAUTH, Daniela Riva. A Relação Sexual Como Uma Técnica Corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1375-1384, jul. 2006.

LEAL, Ondina F.; BOFF, Adriane de M. Insultos, Queixas, Sedução e Sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina M. (Orgs.). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS/UERJ, 1996. p. 119-135.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, Sexualidade e Educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. Segredos e Mentiras do Currículo: sexualidade e gênero nas práticas escolares. In: SILVA, Luiz Heron da (Org.). **A Escola Cidadã no Contexto da Globalização**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 33-47.

_____. Gênero: questões para a educação. In: BRUSCHINI, Maria Cristina; UNBEHAUM, Sandra G. (Orgs.). **Gênero, Democracia e Sociedade Brasileira**. São Paulo: Ed. 34, 2002. p. 225-242.

_____. Currículo, Gênero e Sexualidade: o “normal”, o “diferente” e o “excêntrico”. In: _____; NECKEL, Jane Felipe; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpo, Gênero e Sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 41-52.

_____. **Um Corpo Estranho**: ensaios sobre sexualidade e teoria Queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

_____. Sexualidades Contemporâneas: políticas de identidade e de pós-identidade. In: UZIEL, Anna P.; RIOS, Luís F.; PARKER, Richard (Orgs.). **Construções da Sexualidade**: gênero, identidade e comportamento em tempos de AIDS. Rio de Janeiro: Pallas; IMS/UERJ; ABIA, 2004. p. 203-212.

LUPTON, Deborah. **The Imperative of Health**: public health and the regulated body. London; Thousand Oaks; New Delhi: Sage, 1995.

_____. **Risk**. London; New York: Routledge, 1999.

_____. Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment. In: _____ (Edited by). **Risk and Sociocultural Theory**: new directions and perspectives, Cambridge: University Press, 1999. p. 59-85.

MACHADO, Katia. Feminização e Pauperização: os desafios da prevenção. **RADIS – Comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 53, p. 22-25, jan. 2007.

MAGALHÃES, Rosana; VELLOZO, Vitória; DUROVN, Betina. Pobreza, Desigualdades sociais e AIDS: tendências e perspectivas de intervenção pública. **Boletim ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS)**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 2-3, ago. 2004.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. **A História de uma Epidemia Moderna**: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. São Carlos: RiMa; Maringá: EDUEM, 2003.

MEYER, Dagmar Estermann. Alguns São Mais Iguais Que os Outros: etnia, raça e nação em ação no currículo escolar. In: SILVA, Luiz Heron da (Org.). **A Escola Cidadã no Contexto da Globalização**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 369-380.

_____. Educação em Saúde e Prescrição de “Formas de Ser e de Habitar”: uma relação a ser ressignificada na contemporaneidade. In: FONSECA, Tânia M.G.; FRANCISCO, Deise Juliana (Orgs.). **Formas de Ser e Habitar a Contemporaneidade**. Porto Alegre: UFRGS, 2000. p. 71-86.

_____. Educação, Saúde e Modos de Inscrever uma Forma de Maternidade nos Corpos Femininos. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 33-58, set./dez. 2003a.

_____. Gênero e Educação: teoria e política. In: LOURO, Guacira Lopes, NECKEL, Jane Felipe e GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpo, Gênero e Sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003b. p. 9-27.

_____. **A educação da família como estratégia governamental de inclusão social: um estudo situado na interface dos estudos culturais, de gênero e de vulnerabilidade**. Projeto de Pesquisa. Porto Alegre: UFRGS, 2004a.

_____ et al. “Mulher Sem-vergonha” e “Traidor Responsável”: problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 51-76, maio/ago. 2004b.

_____. **Encontro de estudos sobre vulnerabilidade**. Porto Alegre, Faculdade de Educação, 26/jan./2006a (informação verbal).

_____ et al. “Você Aprende. A Gente Ensina”? interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva de vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006b.

MONTEIRO, Simone. Prevenção ao HIV/AIDS: lições e dilemas. In: GOLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina M. G.; GOMES, Mara H. de A. (Orgs.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 251-269.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o Gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 9-42, jul./dez. 2000.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. Debate Sobre o Artigo de Mary Jane Spink. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1308, nov./dez. 2001.

_____ et al. Negociar o Sexo... Seguro Para Quem? com a palavra agentes comunitárias de saúde do programa de saúde da família de Porto Alegre/RS. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Educação, Saúde, Gênero e Mídia: um estudo sobre HIV/AIDS-DSTs com agentes comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre/RS**. Faculdade de Educação, Porto Alegre, 2003. Anexo 8.

_____. A ‘Nova’ Saúde Pública e a Promoção da Saúde via Educação: entre a tradição e a inovação. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos; VALENTE, Camila L. M. Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre o Consumo de Drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 473-481, jun. 2006.

PAIVA, Vera. Cenas Sexuais, Roteiros de Gênero e Sujeito Sexual. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Orgs.). **Sexualidades pelo Averso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 249-269.

PAIVA, Vera. **Fazendo Arte com Camisinha**: sexualidades jovens em tempos de AIDS. São Paulo: Summus, 2000.

_____; LATORRE, Maria do Rosário; GRAVATO, Neide et al. Sexualidade de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1609-1619, nov./dez. 2002.

PARKER, Richard Guy. **A Construção da Solidariedade**: AIDS, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS/UERJ, 1994.

_____. **Torn in Two**: the experience of maternal ambivalence. London: Virago, 1995.

_____. **Políticas, Instituições e AIDS**: enfrentando a AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1997.

_____. **Na Contramão da AIDS**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000.

_____; CAMARGO JR., Kenneth R. de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 89-102, 2000.

PECHANESKY, Flavio et al. Fatores de Risco Para Transmissão do HIV em Usuários de Drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1651-1660, nov./dez. 2004.

PIMENTA, Maria Cristina et al. As pesquisas sociais sobre sexualidade e AIDS no Brasil: entre a demografia e a cultura sexual (1980-2000). In: PARKER, Richard. & TERTO JR., Veriano (Orgs.) **Aprimorando o debate**: respostas sociais frente à AIDS: anais do seminário pesquisa em DST/AIDS: determinantes sócio-demográficos e cenários futuros: anais. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

PINTO, Celi Regina Jardim. **Com a Palavra o Senhor Presidente José Sarney**: o discurso no plano cruzado. São Paulo: Hucitec, 1989.

PRATES, Ceres A.; NOGUEIRA, Maria Beatriz B. **Pobreza e Gênero**. Santiago do Chile: CEPAL, 2005.

RAGO, Margareth. Os Mistérios do Corpo Feminino, ou as Muitas Descobertas do “Amor Venéris”. **Projeto História**, São Paulo, v. 25, p. 181-195, dez. 2002.

RAO GUPTA, Geeta. **Gender, Sexuality and HIV/AIDS:** the what, the why and the how 2000. Trabalho apresentado à 13ª Conferência Internacional de Aids, Durban, 2000.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Estimativa da população do Rio Grande do Sul - 2004.** Porto Alegre, RS, 2005.

SABAT, Ruth. Pedagogia Cultural, Gênero e Sexualidade. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 9-21, 2. sem. 2001.

SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos. **Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil:** uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção; 1986-2000. Porto Alegre: UFRGS, 2002. 258 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação,

_____. Prevenção à Aids: uma ação político pedagógica. In: SEMINÁRIO PREVENÇÃO À AIDS: LIMITES E POSSIBILIDADES NA TERCEIRA DÉCADA, 2002, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABIA, 2002b. p. 28-35.

SILVA, Cristiane G. M. O Significado da Fidelidade e as Estratégias Para Prevenção da AIDS Entre Homens Casados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 40-49, 2002.

SILVA, Jacqueline O. **Educação e Saúde**: palavras e atos. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2001. (Série Pesquisa em Saúde, 14).

SILVA, Rosimeri Aquino da. **A AIDS na Escola e a Construção Discursiva da Doença nas Décadas de 80 e 90**. Porto Alegre: UFRGS, 1998. 40 f. Projeto de Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

SILVEIRA, Mariângela et al. Autopercepção de Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS em Mulheres. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 670-677, 2002.

SOARES, Rosângela de F. R. **Namoro MTV**: juventude e pedagogias amorosas/sexuais no Fica Comigo. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 174 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SONTAG, Susan. **A Aids Como Metáfora**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SOUTO, Kátia. Mulheres em Tempos de AIDS: o desafio da prevenção. **Revista Promoção da Saúde**, n. 6, p. 66, out. 2002.

THOMSON, Rachel; HOLLAND, Janet. Las Mujeres Jóvenes y el Sexo (heterossexual) Seguro: contexto, restricciones y estrategias. In: WILKINSON, Sue; KITZINGER, Célia (Org.). **Mujer y Salud**: una perspectiva feminista. Barcelona; Buenos Aires; México: Paidós, 1996. p. 21-40.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na Escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. São Paulo: USP, 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VEIGA-NETO, Alfredo. Cultura, Culturas e Educação. **Revista Brasileira de Educação**, Belo Horizonte, n. 23, p. 5-15, maio/ago. 2003.

VICTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela Riva. Trajetórias e Vulnerabilidade Masculina. **Antropolítica: revista contemporânea de Antropologia e Ciência Política**. Niterói, UFF, n. 6, p. 23-38, 1º sem. 1999.

VILLELA, Wilza Vieira. Refletindo Sobre a Negociação Sexual Como Estratégia de Prevenção da AIDS Entre as Mulheres. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Orgs.). **Quebrando o Silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS/UERJ, 1996. p. 181-189.

_____. “Homem Que é Homem Também Pega AIDS?”. In: ARILHA, M. et al. (Org.). **Homens e Masculinidades:** outras palavras. São Paulo: Editora 34, 1998. p. 129-134.

_____. Prevenção do HIV/AIDS, Gênero e Sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Orgs.). **Sexualidades pelo avesso:** direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 199-213.

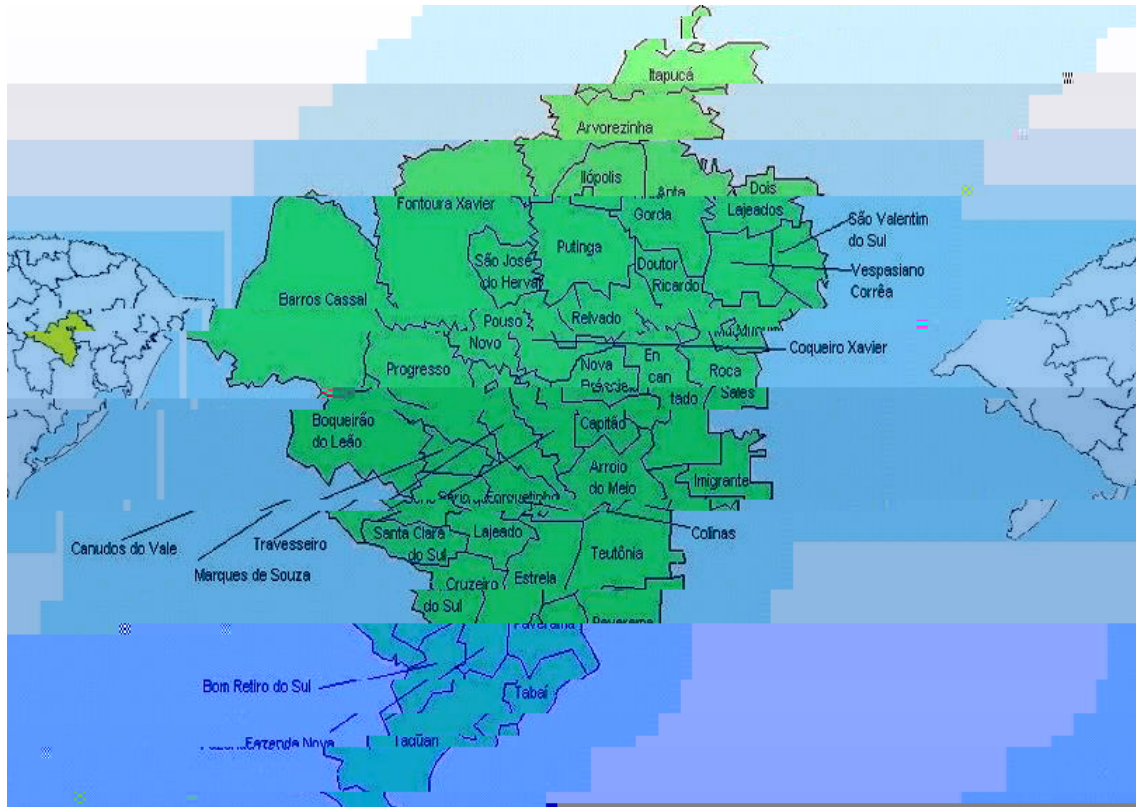
_____; ARILHA, Margareth. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: BERQUÓ, Elza (Org.). **Sexo & Vida:** panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: UNICAMP, 2003. p. 95-150.

WACHHOLZ, Neiva; STELLA, Isete Maria; CUNHA, Juarez. Transmissão Materno-infantil do HIV em Porto Alegre: avaliação do período 2001-2005 e reflexão sobre o papel dos atores envolvidos no controle deste agravo. **Boletim Epidemiológico**, Porto Alegre, n. 30, p. 4-6, maio 2006.

WORDEN, J. William. **Terapia do Luto:** um manual para o profissional de saúde mental. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ANEXOS

ANEXO A – Mapa da região de abrangência da 16ª CRS



ANEXO C – Ficha de notificação/investigação de aids (pacientes com 13 anos ou mais)

5

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **AIDS** (Pacientes com 13 anos ou mais)

Definição de caso: Paciente com serologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou com diagnóstico de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), conforme definido pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde em www.saude.gov.br

1. Tipo de Notificação

2. Características

3. Município de Notificação

4. Código (CID10)

5. Data da Notificação

6. Código (IBGE)

7. Nome do Paciente

8. Data de Nascimento

9. Raça/Cor

10. Sexo

11. Gestante

12. Idade

13. Raça/Cor

14. Escolaridade

15. Estado Civil

16. Situação de Trabalho

17. Estado de Saúde

18. Data de Última Consulta

19. Data de Última Medicação

20. Data de Última Exatidão

21. Data de Última Exatidão

22. Data de Última Exatidão

23. Data de Última Exatidão

24. Data de Última Exatidão

25. Data de Última Exatidão

26. Data de Última Exatidão

27. Data de Última Exatidão

28. Data de Última Exatidão

29. Data de Última Exatidão

30. Data de Última Exatidão

31. Data de Última Exatidão

32. Data de Última Exatidão

33. Data de Última Exatidão

34. Data de Última Exatidão

35. Data de Última Exatidão

36. Data de Última Exatidão

37. Data de Última Exatidão

38. Data de Última Exatidão

39. Data de Última Exatidão

40. Data de Última Exatidão

41. Data de Última Exatidão

42. Data de Última Exatidão

43. Data de Última Exatidão

44. Data de Última Exatidão

45. Data de Última Exatidão

46. Data de Última Exatidão

47. Data de Última Exatidão

48. Data de Última Exatidão

49. Data de Última Exatidão

50. Data de Última Exatidão

51. Data de Última Exatidão

52. Data de Última Exatidão

53. Data de Última Exatidão

54. Data de Última Exatidão

55. Data de Última Exatidão

56. Data de Última Exatidão

57. Data de Última Exatidão

58. Data de Última Exatidão

59. Data de Última Exatidão

60. Data de Última Exatidão

61. Data de Última Exatidão

62. Data de Última Exatidão

63. Data de Última Exatidão

64. Data de Última Exatidão

65. Data de Última Exatidão

66. Data de Última Exatidão

67. Data de Última Exatidão

68. Data de Última Exatidão

69. Data de Última Exatidão

70. Data de Última Exatidão

71. Data de Última Exatidão

72. Data de Última Exatidão

73. Data de Última Exatidão

74. Data de Última Exatidão

75. Data de Última Exatidão

76. Data de Última Exatidão

77. Data de Última Exatidão

78. Data de Última Exatidão

79. Data de Última Exatidão

80. Data de Última Exatidão

81. Data de Última Exatidão

82. Data de Última Exatidão

83. Data de Última Exatidão

84. Data de Última Exatidão

85. Data de Última Exatidão

86. Data de Última Exatidão

87. Data de Última Exatidão

88. Data de Última Exatidão

89. Data de Última Exatidão

90. Data de Última Exatidão

91. Data de Última Exatidão

92. Data de Última Exatidão

93. Data de Última Exatidão

94. Data de Última Exatidão

95. Data de Última Exatidão

96. Data de Última Exatidão

97. Data de Última Exatidão

98. Data de Última Exatidão

99. Data de Última Exatidão

100. Data de Última Exatidão

ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Esta pesquisa tem como objetivo estudar algumas atividades que envolvem promoção da saúde relativas a HIV/aids. Para isto, serão realizadas algumas entrevistas com mulheres que estejam sendo acompanhadas pelo SAE de Lajeado.

Os relatos pessoais serão registrados através de gravação em fitas K-7, as quais serão inutilizadas após a pesquisa.

As informações e resultados desta pesquisa estarão sempre sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes das participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado.

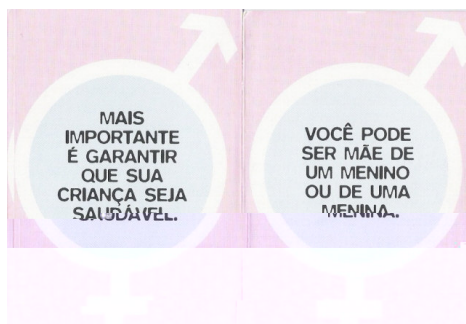
A pesquisadora responsável por esta pesquisa é Aline Marie Dabdab Abichequer (telefone 0xx51 99952379) e sua orientadora de Mestrado é a Prof^a Dr^a Dagmar Estermann Meyer, da Faculdade de Educação da UFRGS (fone profissional: 0xx51 3316-3267).

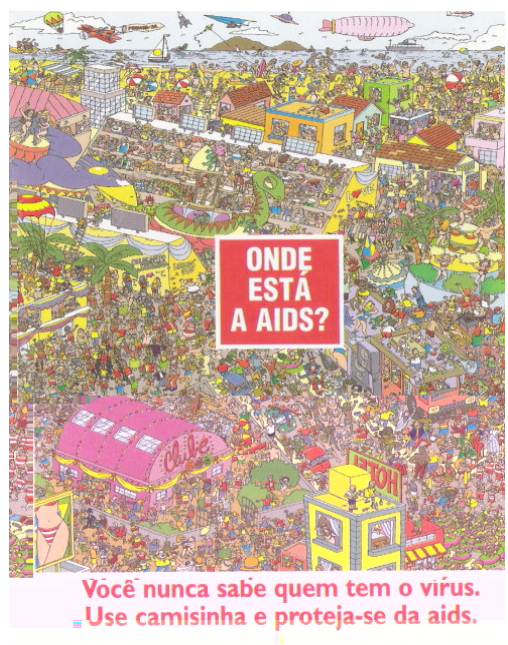
Pelo presente Termo de Consentimento, declaro que fui informada dos objetivos e da justificativa para a realização dessa pesquisa, bem como dos procedimentos nos quais estarei envolvida. Declaro, ainda, estar ciente de que a participação nesse estudo não trará nenhum risco físico ou de qualquer natureza para minha pessoa e que posso desistir dele a qualquer momento, se isto for de minha vontade.

Assinatura da participante:

Assinatura da pesquisadora:

ANEXO E – Folders utilizados no trabalho de campo







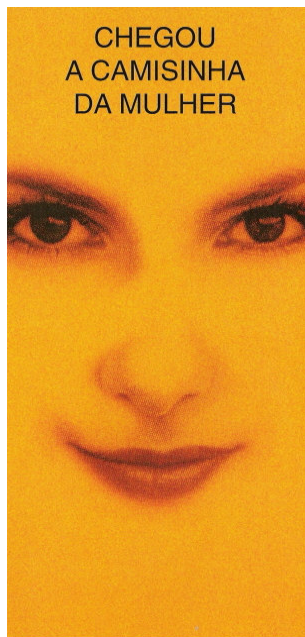
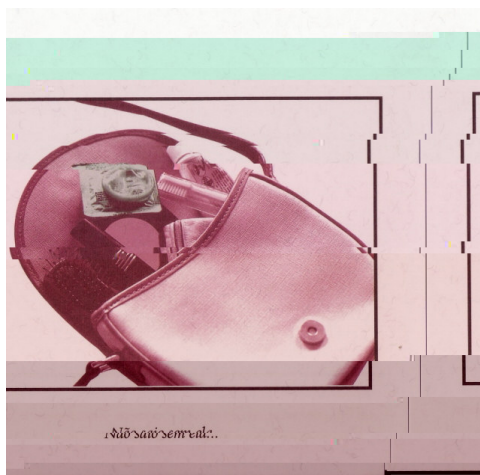
Não leve a aids para casa.

O grande desafio no combate à aids é deter o avanço da doença nas mulheres. Entre elas, esse crescimento é nove vezes maior que entre os homens. E a maioria é infectada por parceiros ou maridos que não usam o preservativo. Se você ama sua família e quer preservá-la da aids, use camisinha em todas as relações sexuais. Se utiliza drogas injetáveis, não compartilhe seringas e use a camisinha sempre. Os homens precisam saber que eles também podem fazer a diferença na prevenção da aids.

Como se cuidar

- Use camisinha nas transas sempre, desde o início da relação sexual.
- Feridas, verrugas e corrimentos no ânus, na vagina ou no pênis podem ser sinais de Doença Sexualmente Transmissível (DST). Se você tiver algum desses sintomas, procure imediatamente o serviço de saúde mais próximo.
- Se você usa drogas injetáveis, não compartilhe agulhas, seringas e equipamentos de diluição (colher etc.). Use sempre agulhas e seringas descartáveis.
- Faça o exame de HIV. É um direito seu.

Como usar o preservativo



Porque amar envolve proteção.

Agora as mulheres têm mais uma opção para se proteger contra a gravidez indesejada, as doenças sexualmente transmissíveis e a aids: a camisinha feminina.

Em geral, as mulheres não conseguem conversar sobre sexo, desejo, medos e inseguranças com seus parceiros, e ainda têm dificuldade de negociar o uso da camisinha masculina.

A camisinha feminina, criada como alternativa de prevenção, além de proteger, facilita o diálogo com seu parceiro, porque dá maior autonomia à mulher sobre seu corpo e sua vida sexual. Ao contrário da camisinha masculina que só pode ser colocada com o pênis duro, a camisinha feminina pode ser colocada até 8 (oito) horas antes da relação sexual.

Agora, no jogo do amor e do prazer, você, mulher, pode dar as cartas. Você vai se sentir mais segura e protegida. Conheça e experimente a camisinha feminina!



**Quase metade
das pessoas
que têm aids
no mundo
são mulheres.
Não é esse tipo
de igualdade
que nós queremos.**

1º de dezembro.
Dia Mundial de Luta Contra a Aids.

Mulher: sua história é você quem faz.



A situação das mulheres.

Quase metade das pessoas que vivem com HIV no mundo são mulheres. E, no Brasil, essa tendência mundial se confirma. O número de casos de aids entre os homens ainda é maior, mas, nos últimos anos, a epidemia vem crescendo muito mais entre as mulheres.

Vários fatores tornam as mulheres mais vulneráveis ao HIV: a **dificuldade de acesso à educação, ao emprego e à informação; a violência; a pobreza; a dificuldade na negociação do uso do preservativo.**

Chegou a hora de mudar essa história. Andar com camisinha na bolsa, fazer o exame de aids (mesmo sendo casada) e usar o preservativo feminino são atitudes de uma mulher preocupada com o seu bem-estar. Atitudes que a sociedade – homens e mulheres – precisa aprender a respeitar e a valorizar.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)