



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado



Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Livia Andrade Santos

**SOROPOSITIVIDADE FEMININA E ATENDIMENTO OFERECIDO:
ARTICULANDO SENTIDOS**

**UBERLÂNDIA
2009**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Livia Andrade Santos

**SOROPOSITIVIDADE FEMININA E ATENDIMENTO OFERECIDO:
ARTICULANDO SENTIDOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Emerson F. Rasera

UBERLÂNDIA

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237s Santos, Livia Andrade, 1983-
Soropositividade feminina e atendimento oferecido:

articulando sentidos / Livia Andrade Santos. - 2009.

146 f.

Orientador: Emerson F. Raserá.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. AIDS (Doença) - Teses. 2. Psicologia aplicada - Teses. I.
Raserá, Emerson F. II. Universidade Federal de Uberlândia.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU:

616.98:578.28



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA



Lívia Andrade Santos

**SOROPOSITIVIDADE FEMININA E ATENDIMENTO OFERECIDO:
ARTICULANDO SENTIDOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Emerson F. Rasera

Banca Examinadora:

Uberlândia, 22 de Maio de 2009.

Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera
Orientador (UFU)

Prof. Dra. Carla Guanaes
Examinadora (USP)

Prof. Dra. Cíntia Bragheto Ferreira
Examinadora (UNICERP)

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres
Examinador Suplente (UFU)

À minha mãe Cida e à minha irmã Letícia por caminharem comigo mesmo, por vezes, sem saberem ao certo onde estou indo. Ao Rodrigo por fazer que todos os momentos sejam muito mais felizes. Ao “Grupo do Emerson” por me proporcionarem muito mais que “colaborações” neste trabalho.

Agradecimentos

À minha mãe Cida e à minha irmã Letícia por terem me proporcionado chegar até aqui e fazerem com que os momentos mais solitários da pesquisa fossem muito mais felizes e divertidos.

Ao Rodrigo por me lembrar sempre que não há momentos solitários.

Ao professor Emerson, por toda a ajuda, apoio e compreensão durante este percurso. Estando envolvida por ele me sinto sempre desenvolvendo em todos os aspectos da vida.

Aos amigos do “Grupo de Estudos e Pesquisas em Construcionismo Social” do Instituto de Psicologia da UFU por colaborarem de maneira carinhosa e grandiosa com esta pesquisa, fazendo-a ser mais “nossa” do que “minha”. Em especial, à professora Paula pela atenção, pelas contribuições ousadas e riquíssimas a esta pesquisa e, principalmente, à minha formação como pesquisadora.

À professora Áurea pelas preciosas contribuições para a organização deste trabalho durante a qualificação do projeto de pesquisa.

À Marineide pela paciência, educação e pelas orientações que colaboraram muito nesse período em que nos percebemos, muitas vezes, desorientados.

À Coordenadora do Centro de Apoio Especializado em HIV/aids, por ter acolhido minha pesquisa em meio a tanto trabalho. Pela abertura, pelas conversas, pela sinceridade.

Aos profissionais do Centro de Apoio Especializado em HIV/aids por partilharem comigo seus entendimentos dessa prática e me darem a oportunidade de estar mais perto dela.

À Renata, Denise e Rômulo, por compartilharem comigo as alegrias e os percalços, pessoais e da pesquisa, que vivemos nesses dois anos. De várias maneiras percorremos sempre juntos os desafios deste caminho.

À Letícia Alves, por ser amiga, irmã de coração, colega de pesquisa, de laboratório, de café, de viagem, de almoço, de casa, de festas, de trabalho, entre tantos outros momentos que hoje me fazem ser uma pessoa melhor.

À Paula e Marcela, que no pensamento me fazem recordar que houve “o momento feliz e harmônico”, nem melhor nem maior, mas único, que carrego como “o mais importante destas aprendizagens”, mesmo entendendo que as mudanças e transformações são fundamentais para darmos sentido a tudo isso.

RESUMO

SOROPOSITIVIDADE FEMININA E ATENDIMENTO OFERECIDO: ARTICULANDO SENTIDOS.

Santos, L. A.; Rasera, E. F.

Instituto de Psicologia – Universidade Federal de Uberlândia

2009

Este estudo teve como objetivo compreender o processo de construção de sentidos sobre a soropositividade feminina e sobre o atendimento oferecido a estas mulheres por meio da descrição dos repertórios interpretativos utilizados em situação de entrevista por profissionais de uma equipe de saúde. Foram entrevistados 14 profissionais, de diversas especialidades, que integram esta equipe de saúde em uma cidade do Triângulo Mineiro. Na análise do corpus foram utilizadas as propostas de análise do discurso influenciadas pela perspectiva construcionista social que envolveu a transcrição íntegra das entrevistas e leitura cuidadosa do material, possibilitando a nomeação dos repertórios. Durante a análise observou-se que os sentidos sobre a soropositividade feminina influenciam, significativamente, as descrições de atendimento oferecido, reconhecendo-se uma articulação de sentidos. Por isso, realizou-se a divisão da análise dos repertórios nomeados em dois momentos: (1) em que se conversa sobre a mulher portadora, sua infecção e vivência da doença e (2) em que se conversa sobre o atendimento. Observamos como os profissionais em suas ações cotidianas têm descrito, falado e construído sentidos para soropositividade feminina e seu atendimento a partir dos conceitos teóricos difundidos pela epidemiologia. Estes repertórios foram denominados como: (1) Duas mulheres: vítimas e culpadas, (2) Mulheres irresponsáveis, (3) Mulheres que tem dificuldade de negociar o preservativo e (4) Mulheres que vivem num contexto vulnerável. Podemos dizer que quando estes profissionais conversam sobre a soropositividade feminina, o discurso da epidemiologia ultrapassa as questões de prevenção, indo até a vivência da doença e o atendimento oferecido. Cada discurso retomado para se falar de soropositividade feminina promove estratégias diferentes de assistência a essas mulheres. Ao mesmo tempo, percebe-se que essa prática não acompanha o movimento discursivo da epidemiologia e os debates gerais em saúde. Nota-se a dificuldade de reconhecer a situação de vulnerabilidade dessas mulheres a partir do uso de outros discursos, perpassados pelo conceito amplo de “risco”. Seu uso promove uma omissão da participação do homem quando se fala da soropositividade feminina e do atendimento que é oferecido. Quando há o reconhecimento deste contexto de vulnerabilidade, as falas dos profissionais não incluem o próprio serviço e as políticas de saúde que os orientam. Além disso, reconhecemos que esta é uma prática ainda marcada pelo modelo biomédico e pela especialização profissional. Foi possível uma reflexão crítica de como os conceitos da epidemiologia são incorporados e apropriados pelos profissionais de saúde especializados em HIV/aids e suas implicações para a prática assistencial.

Palavras-chave: Aids, mulheres, análise do discurso, profissionais de saúde.

ABSTRACT**SEROPOSITIVE WOMEN AND CARE OFFERED: ARTICULATING MEANINGS.**

Santos, L. A.; Rasera, E. F.

Instituto de Psicologia – Universidade Federal de Uberlândia

2009

This study aimed to understand the process of constructing meanings on female seropositivity and the care offered to these women through interpretative repertoires. We interviewed 14 professionals of different specialties that comprise a health team in a city within the Triângulo Mineiro. Discourse analysis as proposed by social constructionism was used. A full transcription of interviews and careful reading of the material, which allowed the pointing out of the repertoires were performed. During analysis, it was observed that the meanings of the seropositive women significantly influenced the descriptions of care offered, and so recognizing a conjunction of meanings. Therefore, a division of repertoire analysis was performed in two moments: (1) in which they talk about women bearing the disease, infection and their experience with the disease and (2) in which they talk about the service. We observed how the professionals in their daily actions described, discussed and constructed meanings on seropositive women and their care from theoretical concepts disseminated by epidemiology. These repertoires were named as: (1) Two women, victims and guilty, (2) Irresponsible women, (3) Women who have difficulty in negotiating condoms and (4) Women who live in a vulnerable context. We can say that when these professionals talk about female seropositivity, the discourse of epidemiology goes beyond the issues of prevention, to the experience of the disease and the care offered. Each discourse retaken to talk about female seropositivity promoted different assistance strategies for these women. At the same time, we perceived that this practice does not track the movement of the epidemiology and discursive discussions in general health. There is difficulty in recognizing the situation of vulnerability of these women, from the use of other discourses in which the broad concept of "risk" is involved. The use of this concept promotes the omission of the participation of men when speaking of female seropositivity and the care that is offered. When the vulnerability context is recognized, the discourse of professionals does not include the service and health policies that guide these women. Furthermore, we recognize that this is a practice still marked by the biomedical model and professional expertise. It was possible to reflect on how the concepts of epidemiology are embedded and appropriated by health professionals specialized in HIV/AIDS and their implications for health care assistance.

Keywords: AIDS, women, discourse analysis, health care professionals.

Sumário

RESUMO	7
ABSTRACT	8
APRESENTAÇÃO	11
1. CONTEXTUALIZANDO A EPIDEMIA: CAMINHOS PERCORRIDOS ATÉ A FEMINIZAÇÃO	20
1.1. Os contatos iniciais com o HIV/aids	23
1.2. A saúde da mulher no discurso médico	26
1.3. Aproximando-se da feminização	29
1.4. O conceito de vulnerabilidade	33
1.5. Determinantes estruturais da feminização: aceitando o convite da vulnerabilidade	36
2. PROFISSIONAIS E MULHERES SOROPOSITIVAS: CIRCULANDO ENTRE A SOROPOSITIVIDADE CONSTRUÍDA E O ATENDIMENTO OFERECIDO	41
2.1. O Programa de Assistência Integral à saúde da mulher (PAISM)	42
2.2. Entendendo o atendimento à mulher soropositiva	50
3. REFERENCIAIS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	61
3.1. O construcionismo social no fazer científico	61
3.2. O Discurso e a Análise do Discurso	64
3.3. Os repertórios interpretativos	68
4. OBJETIVO	73
5. MÉTODO	74
5.1. Contexto	74
5.2. Participantes	76
5.3. Procedimentos para construção do corpus	76
5.4. Análise do corpus	79
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO	82
6.1. Repertórios em uso: aproximando-se da mulher e do atendimento descrito	83
6.1.1.. Duas mulheres: vítimas e culpadas	85
6.1.2. Mulheres Irresponsáveis	93

	11
6.1.3. Mulheres que têm dificuldade de negociar o preservativo	100
6.1.4. Mulheres que vivem num contexto vulnerável	108
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
7.1. Considerações sobre o uso de repertórios interpretativos na análise	115
7.2. Soropositividade feminina e atendimento: sentidos que se articulam	119
8. REFERÊNCIAS	125

APÊNDICES

Apêndice 1. Roteiro semi-estruturado de entrevista

Apêndice 2. Características sócio-culturais dos profissionais que compõem a equipe de saúde

Apêndice 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice 4. Transcrição de uma entrevista na íntegra

ANEXOS

Anexo. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Apresentação

Para o leitor que começa esta viagem comigo, gostaria de me apresentar ao mesmo tempo em que apresentarei esta dissertação de Mestrado. A motivação que me atirou nesta pesquisa está entrelaçada ao meu percurso durante a graduação no curso de Psicologia. Meu interesse inicial pelos convites mais sociais da Psicologia envolveu, principalmente, pensar a história da mulher e as questões de gênero. Entretanto, naquele momento, ainda não conseguia compreender como esses convites poderiam colaborar com a minha formação profissional ou como poderia integrá-los à Psicóloga que eu queria ser.

Na verdade, acredito que consegui compreender um pouco melhor como fazer isso somente com a prática, ao percorrer alguns caminhos que, de uma maneira ou de outra, me contagiavam pelo interesse. Esse caminho começou a ser traçado quando tive meu primeiro contato com a perspectiva construcionista social, na disciplina de Teorias e Técnicas de Grupo (T. T. G), ministrada pelo prof. Emerson, o qual veio a ser meu orientador. Foi um encontro rápido que, no entanto, me marcou e causou inquietação. A ênfase na produção do conhecimento como situada histórico-culturalmente me chamava a atenção e me fascinava. A partir deste contato rápido, surgiu a vontade de estar com o construcionismo mais vezes e, por isso, aventurei-me a realizar um estágio em psicoterapia grupal numa perspectiva construcionista social.

Desde então, os encontros com o construcionismo começaram a ser semanais, cheios de encantamento, discussões, reflexões, auto-críticas e, além disso, eram encontros que me faziam sentir muito bem, pensar criticamente e me desenvolver.

Como conseqüência, surgiu a oportunidade de mais um “ponto de encontro” com o construcionismo: o Grupo de Estudos em Construcionismo Social, tornado-se em mais um espaço em que eu me sentia com a “cabeça quente”, cheia de reflexões que me aproximavam cada vez mais de algo que me fazia muito sentido. O Grupo de Estudos me ajudou a compreender um pouco mais sobre os pressupostos construcionistas e suas implicações para a produção do conhecimento. A partir dessas novas compreensões, meu interesse pelo construcionismo começou a ir além das suas aproximações à psicoterapia, embrenhando-se pelas diversas produções nesta perspectiva.

Essa ampliação gerou novas inquietações e curiosidades que me fizeram procurar meu orientador para conversar um pouco sobre essa dissertação, sobre pesquisa e meu interesse por adentrar o campo da pesquisa construcionista. Eu estava no final da graduação e, como costuma acontecer, um pouco ansiosa e amedrontada por estar me tornando uma psicóloga. É interessante como não deixei de sentir isso: o novo sempre me causa esse turbilhão de sentimentos.

Nesta conversa conheci um pouco mais sobre os temas de pesquisa em que ele, então, atuava e seu interesse naquele momento por investigar o processo de mudança terapêutica de uma participante do sexo feminino num grupo de portadores de HIV/aids. Eu não tinha proximidade com campo do HIV/Aids¹, todavia, a atuação na área da saúde sempre despertou meu interesse como estudante e futura profissional de Psicologia.

O início da minha pesquisa e das pesquisas dos outros membros do nosso Grupo de Estudos e, ainda, o nosso envolvimento com outras pesquisas que conhecíamos através de novos colegas que tentavam aproximarem-se do construcionismo social, deram origem a novas relações e necessidades, fazendo com que o nosso grupo se transformasse num Grupo de Estudos e Pesquisas. Todos nós estávamos começando a entrar no campo da pesquisa construcionista e nos

envolvendo pelas discussões cada vez mais convidativas e, conseqüentemente, mais enriquecedoras, tanto teoricamente quanto metodologicamente.

A experiência da realização desse projeto de pesquisa com enfoque nas redescrições de si e o processo grupal com portadores do HIV/aids (Rasera & Santos, 2006) proporcionou-me pensar sobre como um conjunto de sentidos tem sido construído sobre a soropositividade feminina e, ainda, como estes sentidos têm sido compartilhados e usados para descrever a mulher portadora. Nessa pesquisa me chamou a atenção como esta soropositividade apareceu relacionada às questões de gênero que são produzidas e sustentadas nas relações sociais e, também, às outras questões envolvidas na caracterização inicial do HIV/aids, tais como imoralidade, desvio da norma, promiscuidade, morte, “doença do outro”, etc.

Assim, do processo investigativo que envolveu essa pesquisa, além da minha curiosidade pelo estudo sobre questões de gênero, surgiu o interesse por estudar mais sobre as mulheres que são infectadas pelo HIV/aids. Em decorrência desse interesse, que acontecia durante a finalização do curso de Psicologia, pensei em continuar pesquisando a partir de uma perspectiva construcionista social. O Mestrado apareceu como oportunidade não só de corresponder a esse interesse, mas também como sendo um espaço em que eu poderia conhecer e aprender um pouco mais sobre a docência, a qual desde o início do curso me chamava atenção, talvez por ter vários professores na família.

E foi ao percorrer esse caminho que adentrei numa via que me ajudou a conhecer mais o tema de pesquisa pelo qual estava me interessando. Na procura da literatura científica disponível, percebi que são muitos os trabalhos que enfocam a perspectiva das mulheres em relação à soropositividade feminina, o viver com HIV/aids e o mundo dessa mulher soropositiva. Em meio a diversas abordagens, tanto teóricas quanto metodológicas, esses estudos revelam, entre outros, um perfil social e cultural sobre o risco de infecção por HIV/aids em mulheres, como no artigo

realizado por Vermelho, Simões-Barbosa e Nogueira (1999); sua reprodução, sexualidade, problemas ginecológicos freqüentes e dificuldades sexuais, como o trabalho de Freitas, Gir e Rodrigues (2000); as fontes de estresse de mulheres vivendo com HIV/aids, pesquisadas por Tunala (2002); as fontes de depressão, relatadas por Mello e Malbergier (2006); a qualidade de vida avaliada por pesquisa quantitativa realizada por Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004) e outros mais.

A maioria dos estudos com que me deparei no início contemplavam objetivos como o de determinar conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção das mulheres com relação às doenças de transmissão sexual (DST), em especial, em relação ao HIV/aids, e ainda, conhecer sobre os diversos aspectos relacionados à soropositividade feminina. Contudo, apesar da abundância de literatura sobre a descoberta da infecção e a vivência das mulheres portadoras, percebi que menor atenção foi dada à sua inserção no sistema de saúde e as formas de cuidado recebidas.

Assim, a partir da reflexão sobre os trabalhos produzidos no campo da soropositividade feminina, surgiu o interesse por pesquisar sobre como a equipe de saúde que atua no contexto do HIV/aids tem pensado a soropositividade feminina e algumas de suas questões específicas.

Na busca por compreender um pouco mais sobre essa questão em particular me esforcei num resgate teórico por meio da literatura e pude notar, como apresentaremos ao longo deste estudo, que há vários problemas na relação das mulheres com os serviços de saúde e, conseqüentemente, com a equipe de saúde (Arihã, 2002).

Segundo Saldanha (2003), as ações de saúde estão ancoradas no processo histórico, sendo tratadas como fenômenos sociais que se desenvolvem no contexto das ações humanas. Neste sentido, é de grande importância compreender os valores, idéias, imagens e metáforas que envolvem a construção das descrições da mulher soropositiva pela equipe de saúde a partir de seu

próprio contexto de atuação, criando um espaço de reflexão em relação a sua prática profissional e suas construções da soropositividade feminina.

O contato com a literatura que apontava para dificuldades e problemas na relação entre mulheres e a equipe de saúde, fez com que se tornasse cada vez mais necessário pensar sobre essa relação. Tentando imaginar como seria estar no lugar destes profissionais que lidam com essas pacientes, entendendo que como Psicóloga (que eu já havia me tornando naquele momento) também poderia ser eu um dos profissionais responsáveis por um atendimento neste contexto, essas questões começaram a se tornar cada vez mais instigantes. Perguntava-me constantemente, como estes profissionais lidavam com aqueles aspectos da soropositividade feminina que me pareciam tão complexos. Será que numa conversa com eles, eles também me diriam que acham estas questões complexas? Será que diriam que sentem dificuldade? Que dificuldades eles me contariam? Como resolveriam as dificuldades? Será que alguns contariam que sentem facilidade?

Assim, os apontamentos da literatura e as inquietações despertadas por querer entender melhor a saúde e a soropositividade da mulher, fizeram com que, nesse momento, eu me interessasse por realizar uma pesquisa que me ajudasse a compreender como a equipe de saúde de um ambulatório de DST/Aids conversa sobre a soropositividade feminina e como negocia entre ela estas questões que me deixavam curiosa.

Buscando responder a essas indagações, pensei em uma pesquisa que abarcasse duas técnicas metodológicas para a construção do corpus da pesquisa: entrevistas e grupos focais com estes profissionais. Pensei que se queria saber um pouco mais como essa equipe negocia as questões que envolvem a soropositividade feminina, seria preciso realizar grupos em que os colocaria em comunicação, em negociação situacional, por meio da conversa daquele momento e que isso poderia ser muito interessante não só para responder às minhas perguntas, mas também

para alcançar os objetivos desta pesquisa que vinha se desenhando na minha cabeça, influenciada pelos pressupostos construcionistas.

Após iniciar a fase de coleta de dados do trabalho, percebi que algumas perguntas poderiam ser respondidas, mas outras não, ou que, simplesmente, elas não seriam respondidas como eu imaginava. Estas questões começaram a me chamar a atenção quando tive o primeiro percalço entre os muitos que envolvem uma pesquisa.

Depois de chegar para o primeiro Grupo-Focal com parte da equipe do ambulatório de aids em que realizei a pesquisa, esperei quase uma tarde e não consegui realizar o grupo. No dia seguinte, tive o mesmo problema e a Coordenadora do ambulatório veio conversar comigo, explicando que era muito difícil realizar estes grupos no horário de trabalho, já que aconteciam imprevistos e nem todos os profissionais poderiam comparecer aos grupos. Além disso, me afirmou que provavelmente esses profissionais não desejavam se reunir fora do horário de trabalho e que talvez, a contra-gosto dela, o que seria possível realizar naquele momento, com aquelas pessoas, naquele serviço, seriam as entrevistas.

Foi assim, depois dessa negociação, durante o próprio fazer da pesquisa, que comecei a me dar conta de que teria que delimitar melhor a que perguntas eu poderia responder e que passos daria para alcançar isso. Diante disso, comecei a perceber que meu estudo poderia contemplar, então, o processo de construção de sentidos sobre a soropositividade feminina pelos profissionais de uma equipe de saúde, mas que não seria possível criar um contexto situacional em que eles negociassem estes sentidos entre eles, como o Grupo Focal. Seria possível, então, em entrevistas individuais compreender a construção destes sentidos por profissionais de diferentes especialidades que integram uma equipe de saúde.

Assim, fui conseguindo desenhar melhor a pesquisa, inclusive no que se refere ao interesse por pesquisar a equipe de saúde. Meu interesse era não só compreender o processo de

construção de sentidos sobre a soropositividade feminina pela equipe de saúde, mas também responder um pouco mais à minha curiosidade sobre o atendimento que é descrito por estes profissionais.

E entre as apostas perdidas e as acertadas, decidi que procuraria neste trabalho compreender os sentidos produzidos pelos profissionais de uma equipe de saúde sobre a soropositividade feminina e, ainda, entender como estes profissionais descrevem o atendimento oferecido a estas mulheres portadoras.

Assim, numa perspectiva mais ampla, busquei que esta investigação contribuísse para a compreensão das vicissitudes e dificuldades existentes no atendimento destes profissionais às usuárias podendo, inclusive, ajudar a pensar novos caminhos para a prática desses profissionais na ação do serviço de saúde.

Tendo construído meu tema de pesquisa, busco agora apresentar o estudo realizado e suas contribuições. No capítulo 1 deste trabalho, procuramos contextualizar a epidemia da aids no Brasil e no mundo, destacando as respostas iniciais ao HIV/aids, o processo de feminização e a perspectiva da vulnerabilidade que o acompanha. Mesmo que de forma breve, ao fazer esta contextualização mostraremos os valores, idéias, imagens e metáforas que envolvem a construção das descrições da mulher soropositiva e que se tornam muito importantes para as ações de saúde. Procuramos, ainda, fazer uma aproximação às construções biomédicas da saúde da mulher, considerando que elas têm grande importância na construção da saúde da mulher portadora.

No capítulo 2, embrenhamos pela soropositividade feminina que tem sido construída procurando compreender como os profissionais de saúde têm lidado com as questões que a envolvem e, ainda, como elas vêm sendo abordadas ao se falar sobre o atendimento oferecido a essas mulheres.

Neste intuito, iniciamos o capítulo trazendo a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM) como uma das principais referências de políticas públicas da mulher que influenciam diretamente nas construções da saúde da mulher e, conseqüentemente, nas construções da mulher soropositiva e de sua assistência.

Destacamos alguns conceitos que vem atravessando estas construções como integralidade, equidade e universalidade em saúde, além das propostas de humanização da saúde e da inclusão da ótica de gênero e suas repercussões nos modelos de assistência à saúde da mulher.

Por último, procuramos dialogar com a literatura que destaca questões que se aproximam e, ao mesmo tempo, contribuem com a investigação que propomos neste trabalho. Nesse momento, já buscamos discutir sobre os apontamentos destes estudos, as reflexões que provocam e que caminho me convidam a trilhar ao pensar na assistência oferecida a estas mulheres.

Em seguida, no capítulo 3, apresentamos e discutimos os referenciais teórico-metodológicos utilizados neste estudo. Para isso, faremos uma breve apresentação do referencial teórico adotado, o construcionismo social, que, entre outros aspectos, propõe-se a investigar as produções de sentidos no cotidiano, ou seja, a forma com que as pessoas, em suas relações sociais, constroem os termos com os quais irão significar as situações e fenômenos ao seu redor (Spink & Medrado, 2004). Neste sentido, a utilização da perspectiva construcionista implica numa ótica centrada na importância de aspectos sociais, históricos e culturais para a compreensão dos sentidos construídos sobre a soropositividade feminina e seu atendimento pelos profissionais de uma equipe de saúde.

Um das possibilidades disponíveis para o estudo da produção de sentidos é a análise do discurso que considera as conversações faladas ou escritas como práticas sociais e investiga as fontes e recursos utilizados para viabilizar estas práticas (Potter, 1996). Por isso, após a

apresentação do referencial teórico buscaremos explicitar a noção de Discurso e de Análise do Discurso.

A metodologia da análise do discurso é amplamente usada por diversos autores e referenciais teóricos. Nesse estudo optamos por realizar uma análise do discurso fundamentada no conceito de repertórios interpretativos proposto por Potter (1996) e Potter e Wetherell (1987, 1995, 1996, 1999). Para entendermos melhor este conceito, termino o capítulo explicando, de forma sucinta, a análise do discurso proposta por estes autores.

Explicitamos, logo em seguida, no capítulo 4, o objetivo deste processo investigativo em que optou-se por compreender o processo de construção de sentidos sobre a soropositividade feminina e sobre o atendimento dessas mulheres portadoras, a partir da descrição dos repertórios interpretativos utilizados pelos profissionais em situação de entrevista.

No capítulo 5, descreveremos o contexto em que se deu a construção do corpus, os passos para sua realização e as propostas e estratégias utilizadas para a sua análise. Procuramos proporcionar ao leitor que conheça um pouco mais as especificidades deste serviço especializado de saúde em que foi realizada a construção do corpus.

No capítulo 6, apresentamos a análise realizada a partir do material transcrito. Descrevemos os repertórios interpretativos usados pelos profissionais no contexto de entrevista ao mesmo tempo em que procuro discutir as características, funções e implicações de seu uso.

Por último, no capítulo 7, fizemos considerações finais do estudo, buscando dialogar com as questões que me chamaram atenção ao mergulhar na literatura sobre a soropositividade feminina e com as suscitadas pela análise que considero poderem colaborar para pensarmos um serviço de saúde de qualidade à mulher portadora.

1. *Contextualizando a epidemia: caminhos percorridos até a feminização*

A identificação, em 1980, da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida como aids, tornou-se um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da aids representa fenômeno global, dinâmico e instável. Ela se destaca entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, suas características e repercussões têm sido exaustivamente discutidas pela comunidade científica e pela sociedade em geral (Brito, Castilho & Szwaarcwald, 2001).

No Brasil, assim como em outros países, a epidemia da aids passa, atualmente, a ser determinada pelos processos de interiorização, pauperização, heterossexualização e feminização (Brito et al., 2000). O aumento da transmissão por contato heterossexual resulta em crescimento substancial de casos em mulheres, o que vem sendo apontado como o mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia.

Tendência semelhante vem sendo observada nos Estados Unidos, embora com destaque para uma concentração muito pronunciada da epidemia nas populações latinas e afro-americanas. A maioria dos pesquisadores norte-americanos destaca a crescente concentração da epidemia nas minorias –sociais, raciais, geográficas, lingüísticas e de gênero- e a profunda vulnerabilidade dos segmentos populacionais marginalizados dos EUA (Rosenberg, 1995).

Ainda pensando esse processo da epidemia mundial, pode-se destacar uma outra feição da infecção pelo vírus HIV, a da África sub-sahariana, que desde os contatos iniciais com a doença teve as mulheres atingidas em maior número (Bastos, Telles, Castilho & Barcelos, 1995).

Numa investigação dos Boletins Epidemiológicos publicados pela Coordenação Nacional de DST e aids do Ministério da Saúde do Brasil ao longo dos anos, evidencia-se progressiva diminuição da razão de novos casos masculinos, atualmente em torno de 3:1 (três casos na população masculina para um caso na população feminina) no país como um todo, com alguns municípios com razões entre os sexos em torno de 2:1 (dois casos na população masculina para um caso na população feminina). (Ministério da Saúde, 2007).

Ainda segundo dados do Ministério da Saúde, observou-se entre os homens, no período de 1994 a 1999, um percentual de crescimento de 10,2% das notificações, enquanto nas mulheres este crescimento foi de 75,3%. Observou-se também que o crescimento da transmissão heterossexual foi de 113%, contra 8,6% entre homo/bissexual. De 1980 a 2007, foram notificados 474.273 casos de aids- 289.074 no Sudeste, 89.250 no Sul, 53.089 no Nordeste, 26.757 no Centro Oeste e 16.103 no Norte-, sendo 314.294 casos de aids em homens e 159.793 em mulheres. (Ministério da Saúde, 2007).

Do final década de 90, quando este fenômeno epidemiológico começou a ser assinalado, para os dias atuais o número de casos de mulheres infectadas continua crescendo e sendo apontado como aspecto mais importante da epidemia. Além disso, alerta-se para o avanço da infecção em mulheres acima dos 50 anos. Pesquisas realizadas no ano de 2007 apontaram que 55,3% das mulheres nesta faixa etária são sexualmente ativas. Entretanto, o problema na hora de se prevenir é claro: das mulheres entre 15 a 49 anos, 47,5% disseram usar regularmente a camisinha, enquanto que das entrevistadas acima dos 49 anos apenas 28% relataram adotar este tipo de prevenção. Esta mesma pesquisa apontou que foram notificados, no ano de 2007, 1.800 casos de HIV/Aids em mulheres acima dos 50 anos (Ministério da Saúde, 2008).

Esta literatura científica, diversa tanto em aspectos teóricos quanto metodológicos, sugere não só o processo de feminização da aids, mas também os desafios que esta nova faceta da

epidemia impõe tanto aos pacientes quanto aos profissionais de saúde. Ela também nos permite entrar no campo dos vários sentidos que têm sido produzidos sobre o HIV/Aids em mulheres, ou seja, na construção social da soropositividade feminina.

Compreendendo melhor os processos que envolvem a pesquisa sobre a soropositividade feminina, algumas perguntas começaram a fundamentar o enfoque deste estudo, tais como: Quais os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde sobre a soropositividade feminina? Como esses profissionais têm lidado com as questões que envolvem a soropositividade feminina? Quais discursos sociais atravessam o trabalho destes profissionais com mulheres soropositivas? Como esse conjunto de discursos tem configurado o atendimento desses profissionais às mulheres portadoras do HIV /aids?

Neste sentido, é fundamental que retomemos o “pano-de-fundo” ou os “bastidores” que têm permeado a construção social da aids, ou seja, o contexto histórico-cultural das diversas respostas sociais frente à identificação do HIV/aids. Para começarmos a pensar a assistência às mulheres portadoras do HIV/aids é necessário, inicialmente, que entendamos os caminhos percorridos pela epidemia até o atual processo de feminização da doença e os sentidos produzidos sobre a soropositividade feminina nestes vários momentos da epidemia.

Esse resgate não só contribuirá para compreendermos tal caminho, mas também para reconhecermos os vários sentidos que são construídos sobre a soropositividade pelos profissionais num contexto de entrevista como um conjunto de possibilidades disponíveis socialmente, entendendo que estes sentidos não são produzidos de forma aleatória, ocasional ou acidental.

Assim, procuramos mostrar, num resgate histórico, as construções soropositivas femininas tornadas possíveis a partir das respostas sociais à epidemia e às suas transformações. Para isto,

descrevemos as respostas dadas aos contatos iniciais com a aids e como o corpo e a saúde da mulher vêm sendo tratados no discurso médico científico.

Nesse capítulo, poderemos perceber que as respostas técnicas da epidemiologia, os conhecimentos médico-científicos sobre saúde e sexualidade, a mídia, e, ainda, o contexto econômico-político, assumem papel central na produção de sentidos sobre a aids.

Buscamos explorar, então, as implicações e conseqüências destas produções para as formas de entender a soropositividade feminina e, ainda, como estes e outros discursos disponíveis socialmente estiveram envolvidos na configuração da feminização da epidemia de aids.

1.1. Os contatos iniciais com o HIV/aids

Os contatos iniciais com a nova doença ocorreram no início da década de 80 e estiveram ligados a uma grande atenção dos serviços de assistência e dos centros de investigação epidemiológica, que buscaram identificar “fatores de risco” associados à infecção por HIV/aids. Entendido como uma categoria analítica abstrata, ou seja, extremamente ligada aos conhecimentos teóricos, o conceito de “fator de risco” utilizado nos primeiros estudos epidemiológicos acabou tendo implicações práticas extremamente relevantes, sendo substituído pelo conceito de “grupo de risco” (Ayres, Júnior, Calazams & Salleti-Filho, 1999). Isso quer dizer que foi a partir da identificação no plano teórico dos fatores de risco que se pôde pensar em estratégias práticas que, conseqüentemente, implicaram na identificação de grupos de risco.

Pela sua grande difusão, principalmente pela mídia, estando associado a identidades reais, concretas, o conceito de “grupos de risco” tornou-se base das poucas e inadequadas estratégias de

prevenção que suscitaram implicações morais adversas, como estigmatização, preconceito, culpabilização do indivíduo e insucesso.

Segundo Mann e Tarantola (1996), a identificação de grupos que estariam mais expostos ao risco contribuiu para a construção do portador como um outro distante, separado e perigoso. Isso se deveu, principalmente, pelas abordagens preventivas que pretendiam a partir desse conceito: abstinência e isolamento. Estes últimos implicavam em não ter relações sexuais, não doar sangue, não usar drogas injetáveis, etc (Ayres et al., 1999).

Pelas críticas dos grupos mais estigmatizados (como os gays, usuários de drogas, etc.) e por sua inadequação à dinâmica da epidemia, que ia muito além desses grupos, o conceito de “grupo de risco” sofreu duras críticas na segunda metade da década de 80. Em acordo com o discurso epidemiológico, tal conceito foi substituído por “comportamento de risco”. As primeiras respostas após a difusão deste último conceito envolveram uma abordagem em que se destacava a existência de uma doença com causa identificada, que seria o comportamento das pessoas, e uma prescrição a ser feita: a mudança de comportamento destas pessoas.

Esta abordagem apontava para alguns limites, como a excessiva culpabilização individual, evidenciada, principalmente, pela substituição das estratégias de abstinência e isolamento pelas estratégias de redução de risco que, por sua vez, envolveram o estímulo a práticas de sexo mais seguras e o uso do condom, testagem e aconselhamento e estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis (Ayres et al., 1999).

A abordagem proposta de responsabilizar individualmente a pessoa portadora pela infecção, a partir da hipótese de que ela voluntária e conscientemente comportou-se de modo errado, em grande medida esteve subordinada à própria terminologia empregada para caracterização inicial do HIV/aids: o risco. Este, para o discurso médico-epidemiológico teve um

sentido estrito de mensuração da probabilidade de ocorrência de um fenômeno em uma população dada (Villela, 1999).

Pensando-se, então, nos caminhos da epidemia de HIV/aids após sua identificação podemos compreender até aqui que o surgimento de contraposições entre a disseminação do vírus e a visão difundida pelo discurso médico e epidemiológico, favorecia um processo de introdução de novas abordagens, tanto teóricas quanto práticas, frente ao HIV/aids pela própria comunidade científica.

Entretanto, podemos afirmar que as abordagens simples e reducionistas do problema acabaram sendo substituídas por uma formulação de propostas também simples e reducionistas para a sua solução. Segundo Villela (1999), a opção pela descrição de hábitos facilitadores da infecção entre as pessoas acometidas favoreceu uma abordagem embasada na perspectiva causal, higienista e prescritiva que caracterizava o pensamento médico moderno: pessoas de hábitos pouco saudáveis, errados e, neste sentido, doentes “em si” adquirem doenças em consequência desses hábitos.

Ressalta-se, assim, como esses discursos médicos estiveram envolvidos nos sentidos atribuídos ao HIV/aids. Entendido como um discurso científico, racional e legítimo, entre tanto outros discursos presentes no contexto social, o discurso médico assume centralidade na compreensão dos processos de saúde e doença, inclusive no que se refere à infecção por HIV/aids.

A medicina assumiu, ao longo da história, importância fundamental na constituição de modos específicos de pensar o indivíduo e, especificamente, na conceituação dos corpos masculino e feminino. É a partir desta conceituação que esse discurso se organiza para uma descrição do doente e do saudável no corpo feminino.

Torna-se relevante, então, desenvolvermos uma análise social da medicina. Dessa forma, antes de continuarmos esse resgate dos sentidos construídos sobre a soropositividade feminina, apresento, a seguir, de forma sucinta, algumas das respostas, conhecimentos e sentidos dados pela medicina moderna, enfatizando, especificamente, as respostas dadas ao corpo e à saúde da mulher, entendendo que nos ajudarão a compreender o contexto sócio-histórico da construção da soropositividade feminina.

1.2. A saúde da mulher e o discurso médico

Ajudando-nos a refletir sobre o doente e o saudável no sexo feminino, Villela (1999) aponta que as mulheres têm sido tomadas pela medicina e nos discursos sanitários a partir de seu papel na reprodução de bens e riquezas materiais. Sobre isso, Laqueur (1994) esclarece que, a partir de uma perspectiva multicausal, se descobre que o sexo também é situacional, contextual e só pode ser entendido no campo das relações entre poder e gênero.

Ainda segundo Laqueur (1994), as mudanças e transformações que convidam a novas abordagens de entendimento do corpo e, compreendemos aqui também a saúde da mulher, estão diretamente relacionadas não só às mudanças tecnológicas, mas ao contexto social e às demandas sociais particulares em cada momento.

Buscando entender melhor este processo, iremos retomar o processo de “medicalização”, que se refere à redefinição da prática médica na emergência do capitalismo e à ampliação quantitativa dos serviços médicos (Donnangelo, 1979), que transformou o corpo feminino em objeto de saber e prática.

É a partir do século XVIII que se inaugura uma estruturação no campo da medicina que enfatiza esse projeto de higienização da sociedade como forma de disciplinarização dos corpos. É

nesta época que as diferenças biológicas descritas pelos cientistas passam a oferecer a base para se diagnosticar as diferenças inatas entre homens e mulheres e a conseqüente necessidade de diferenciações sociais. Segundo Laqueur (1994), o corpo é agora convocado por diferentes visões a expressar novas demandas surgidas em novos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais.

Segundo Foucault (1980), ao final do século XVII e no início do século XVIII surgem na sociedade ocidental os dispositivos que tratarão a sexualidade e a reprodução de uma forma política na emergência da sociedade capitalista e dos estados nacionais. O controle social desempenhado pela Higiene durante a urbanização constitui-se em um marco dessa penetração.

Também no Brasil, este processo ocorre a partir da revolução industrial, que passa a exigir trabalhadores que sejam dotados de atributos necessários para se adaptarem ao mundo fabril. É nesse novo contexto social que a atividade e a força passam a ser admitidas como naturais e constitutivas do corpo masculino. Em contrapartida, no que se refere às mulheres, há neste momento a construção da feminilidade como maternagem e maternidade e sua associação a comportamentos dóceis, passivos e assexuados como um produto significativo do discurso médico, quando, em função das altas taxas de mortalidade infantil, era importante que as mulheres tivessem muitos filhos e pudessem se dedicar exclusivamente aos cuidados deles (Villela, 1999).

Ainda segundo Villela (1999), no discurso médico que se constitui ao longo do século XIX toda a manifestação sexual com fins não-procriativos é entendida como patologia e as mulheres são tidas como reprodutoras naturais, enquanto os homens, ao contrário, serão considerados “poços de desejo”. É, portanto, o ângulo da reprodução da espécie que direciona o olhar médico sobre os corpos femininos e masculinos.

É possível perceber como o fato da diferença sexual e suas implicações passam a ser fundamentais neste discurso. As diferenças são, neste momento, evidenciadas pelo sexo, pela biologia. E aqui, o papel da ciência torna-se cada vez mais fundamental: os médicos não só fornecem dados para o debate ideológico, como também emprestam o seu prestígio, em ascensão naquele momento, para tornar autênticas e difundidas suas concepções (Laqueur, 1994).

Nesta discussão, Giffin (1999) vai mais longe e coloca que o corpo feminino passa a ser não só um corpo diferente do masculino, mas o corpo reprodutor e, conseqüentemente, passa a ser alvo de diversas estratégias para controlar a sexualidade desse corpo, em alguns momentos incentivando-a e, em outros, reprimindo-a.

Emerge, assim, uma nova visão da prática médica diretamente relacionada à questão da reprodução focada na mulher e na necessidade da sociedade de controlar suas populações, que por sua vez, articula-se profundamente à medicalização do corpo feminino.

Segundo Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978), a transformação do objeto da Medicina significa fundamentalmente um deslocamento da doença para a saúde, nascendo assim o controle da periculosidade e, principalmente, da prevenção. A doença passa a ser vista como causa de desorganização e de mau funcionamento social. O fundamento positivista que relaciona determinações biológicas e sociais está em vigor no século XIX, e a biologia passa a ser considerada portadora de leis que deverão reger a sociedade.

Compreendemos, então, a centralidade da Medicina não só na produção de sentidos sobre saúde e doença da mulher, mas também como objeto teórico e prático e, ainda, apoio científico indispensável ao exercício de poder social geral.

Ao analisar a natureza política da medicina na sociedade capitalista, Foucault (1982) a apresenta como estratégia de um controle social que começa no corpo, com o corpo. Segundo ele,

“foi no biológico, no somático, no corporal que antes de tudo investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica.” (pág. 80).

Refletindo sobre o que foi exposto até aqui, é essencial destacar o caráter construído, não-intencional e mutável que o discurso da medicina tem e de que um conjunto de possíveis sintomas e a sua conceituação também podem ser variáveis no tempo. Como vimos, isso ocorreu na caracterização do HIV/aids e também no processo de medicalização do corpo da mulher. Sobre isto, Martin (1992) sugere que a ciência médica é ligada a uma forma particular de hierarquia e controle, portanto, a uma construção social.

Continuaremos, a seguir, a apresentar a partir da literatura científica, o envolvimento desse discurso médico moderno e, ainda, de outros discursos disponíveis e atuantes, na feminização da epidemia de aids e nos sentidos construídos sobre a soropositividade feminina.

1.3. A feminização da epidemia

A feminização da aids esteve intimamente relacionada à caracterização inicial do HIV/aids, apresentada no início deste capítulo. Conforme Paulilo (1999, citado por Saldanha, 2003), tal caracterização foi apresentada pela ciência médica e reforçada pela mídia, configurada pela morte, pelo contágio e pelo sexo. Estes domínios comportam componentes emocionais profundamente enraizados pela cultura e que causam enorme impacto no plano simbólico, ou seja, nos sentidos construídos sobre a soropositividade. A incerteza da ciência médica, os mecanismos de transmissão, as representações ligadas às catástrofes e pestes foram (re)construídas e difundidas na sociedade.

Para Gonçalves e Varandas (2005), a maneira de a mídia focalizar as mulheres em relação à epidemia esteve direcionada às mulheres do chamado “grupo de risco”, ou seja, as profissionais

do sexo ou prostitutas que sempre estiveram ligadas ao estigma de que espalhavam doenças. Tais autores, colocam, ainda, que há no imaginário social a estreita relação entre prostituição, doenças e imoralidade e dão destaque ao fato de que a delimitação da doença a “grupos de risco” encobriu um novo quadro traçado pela epidemia: alcançava os heterossexuais e, por conseguinte, as mulheres. Esse encobrimento está bastante relacionado ao fato da imagem feminina encontrar-se, hoje, fragilizada e estigmatizada pela mídia no contexto da doença.

Assim, o HIV/aids trouxe consigo um valor moral de desregramento, promiscuidade e imoralidade, em que as mulheres, no caso as profissionais do sexo, não só contrairiam a doença, mas seriam, ainda, fontes de contágio. Implicitamente, está a pressuposição de que essas mulheres são desviantes da norma socialmente estabelecida, afinal, elas são mulheres imorais, sendo denominadas como mulheres da vida. Nessa caracterização do HIV/aids, Gonçalves e Varandas (2005) colocam que “a mídia e os gestores de políticas públicas em saúde, negligenciaram o fato de que os usuários (os homens) pudessem disseminar a doença em suas casas, com suas companheiras (no caso, com suas esposas e namoradas)” (p. 232).

A Medicina não foi capaz de reconhecer a magnitude e a transcendência da epidemia de HIV no seu início, culminando na heterossexualização, nem de identificá-la entre as mulheres, fato que, como vimos, esteve relacionado ao seu discurso fortemente atrelado a uma lógica causal e tendo como objeto a doença, “os doentes” ou “os que espalhavam doenças”, desconexo de uma interface entre coletivo e individual. Os profissionais de saúde demoraram a reconhecer a implicação deste discurso e, conseqüentemente, o fato de que a epidemia não estava circunscrita aos gays, aos usuários de drogas e, no contexto das mulheres, às prostitutas (Villela, 1999).

Ao contrário do que se podia imaginar na década de 80, essas mulheres não pertencem, em sua maioria, aos tradicionais “grupos de risco”, mas estão sendo infectadas por um parceiro fixo. Estes, segundo Knauth (1998), apresentam o que denominou-se de “comportamentos de

risco”: uso de drogas injetáveis, promiscuidade, bissexualidade. Ainda segundo tal autora, a caracterização inicial da aids promove, ainda hoje, o seu entendimento como “doença do outro”, como algo distante das pessoas ditas “normais” e reservada a determinados segmentos da população.

Nesse contexto, a autora considera a criação de uma posição ambígua para as mulheres que, assim como os membros de seu grupo social, viam a aids como “doença do outro” e em função de um diagnóstico para o HIV, vêem esse “outro” bem mais próximo do que o imaginado.

Bastos (2001) ressalta como ponto central da questão da feminização da epidemia de HIV/aids, a questão de gênero que, como podemos perceber, esteve envolvida nos contatos iniciais com a aids, nas conceituações de corpo e saúde do homem e da mulher e, conseqüentemente, na caracterização do HIV/aids em mulheres. Segundo ele, o tratamento desigual dado aos gêneros, em termos políticos, culturais, e sócio-econômicos tem uma dimensão macro e micro-social, que abraçam a negligência no que se refere aos direitos fundamentais, relações desiguais de poder, acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos, sendo organizado em crenças e valores sociais.

Nesta sociedade que reforça a desigualdade nas relações sociais de gênero, continua havendo uma distinção moral quanto ao comportamento sexual de homens e mulheres em que o homem é retratado como um sujeito de sexualidade ativa, não relacionada com afetividade ou reprodução, e a mulher como a sexualidade passiva da relação, voltada para a reprodução, identificada com os papéis de esposa e mãe, tal como configurado pelo modelo biomédico (Giffin, 1999).

O que chama atenção nesse processo é o não-reconhecimento por parte dos médicos e outros profissionais de saúde, da sua participação na construção desse imaginário social sobre a sexualidade, da influência da abordagem epidemiológica e do discurso médico sobre os sentidos

dados para o feminino e o masculino, o que acaba por expor as pessoas ao HIV. E, ainda, o seu não-comprometimento com a desconstrução desse imaginário, de modo a possibilitar que as pessoas possam se proteger melhor (Villela, 1999).

Nessa discussão sobre como todos esses discursos estão envolvidos na caracterização do HIV/aids é necessário considerar as diferenças no impacto efetivo destes em grupos sociais. Eles constituem um esquema ideológico abrangente e dominante, a partir do qual mulheres brasileiras de várias origens sociais e culturais têm criado suas próprias leituras da aids. Como fonte de valores, idéias, imagens e metáforas, os médicos, os profissionais de saúde, a imprensa, os agentes governamentais e mesmo os ativistas da aids constroem e reconstróem formas de descrever o mundo da soropositividade para as mulheres que, por seu lado, seguem no papel de agentes ao construir e reconstruir esse mesmo mundo (Valle, 2002).

A partir dessas considerações, assume-se como essencial nesse processo uma especificidade cultural, histórica e social dos efeitos gerados por indivíduos, grupos e organizações na emergência e reprodução de certas formas de (re) descrição da mulher soropositiva.

Ainda sobre isso, Valle (2002) coloca que um conjunto de sentidos em relação ao HIV/aids tem sido estabelecido social e culturalmente por meio de todo esse processo, que tem ajudado a criar uma extensão muito limitada de sentidos possíveis acerca da epidemia. Além disso, esse conjunto de sentidos tem papel importante para o processo de construção de si, de formação de grupos e para os modos nos quais saúde e doença têm sido experimentados.

Continuando a refletir sobre os processos envolvidos no fenômeno da feminização do HIV/aids, apresentaremos, a seguir, como este fenômeno resultou em novos entendimentos das respostas frente ao vírus e, conseqüentemente, no reconhecimento de uma nova abordagem epidemiológica neste contexto: o conceito de vulnerabilidade.

1.4. O conceito de vulnerabilidade

Como vimos até aqui, o conceito de risco, seja associado a fator, grupo ou comportamento teve recorrente contribuição na caracterização do HIV/aids, incluindo a soropositividade feminina, e apresentou implicações individuais, sociais e políticas que superavam consideravelmente seus benefícios.

Ayres (1996) destaca que o preconceito contra os então denominados “grupos de risco” e a banalização decorrente da despreocupação de quem não tinha “comportamento de risco” são os principais exemplos de “efeitos colaterais” do uso do conceito de risco.

Podemos compreender, também, como as descobertas sobre a infecção pelo HIV/aids culminavam na formulação de novos discursos e abordagens epidemiológicas e, ainda, como a evidência de novos contextos sociais, políticos e econômicos esteve entrelaçada ao surgimento de formas de lidar e conceituar corpos e saúde masculinos e femininos.

É então, nesse mesmo sentido, a partir de um novo contexto, no final da década de 80, que o movimento pelos direitos das mulheres, numa representação do movimento social organizado, traz uma perspectiva crítica para os modelos comportamentalistas, enfatizando a mudança de comportamento como algo relacionado a aspectos culturais, econômicos, políticos, jurídicos, etc., desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias (Ayres et al., 1999).

Além das constantes críticas e do insucesso demonstrado pelos programas de prevenção de base comportamental, a nova dinâmica da epidemia que, além do processo de heterossexualização já discutido, envolveu a expansão do HIV/aids em segmentos populacionais mais socialmente desempoderados e/ou vulneráveis como os mais pobres, mulheres,

marginalizados, negros e jovens, também apontou para a necessidade de novas respostas à epidemia no final dos anos 80 (Ayres et al., 1999).

Alguns trabalhos negligenciados na segunda metade da década de 80 já apontavam para a relação entre redes sociais e difusão da aids, destacando que a epidemia progredia ao longo dessas redes sociais de maior “vulnerabilidade” e que esta vulnerabilidade teria uma dimensão não comportamental, mas sim social (Bastos, 2001).

Diante de todo esse processo, abriu-se espaço, tanto teórico quanto prático, para explorar a noção de vulnerabilidade nas respostas à epidemia, principalmente nas respostas preventivas. É no início da década de 90 que o conceito de vulnerabilidade surge para responder aos limites do uso dos conceitos de fator, grupo e comportamento de risco, fazendo-o complexo. Como uma alternativa concreta, buscaremos esclarecer o conceito.

De acordo com Ayres (1996) a noção de “vulnerabilidade”: “busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos e até mesmo nações à infecção pelo HIV e as suas conseqüências indesejáveis (doença e morte)” (p.5). Ela não visa a distinguir individualmente aqueles que têm alguma probabilidade de se expor à aids, mas fornece elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, a partir da maior exposição ou menor chance de proteção (Ayres, 1996).

O conceito de vulnerabilidade nos reafirma os limites do uso do conceito de risco para o conhecimento objetivo da epidemia de HIV/aids. Entende-se o conceito como um convite potencial em considerar a particularidade de cada situação que envolve aspectos sociais, culturais e individuais na suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV (Ayres et al., 1999).

O discurso da vulnerabilidade, desde as suas realizações primeiras, tem convidado a novas potencialidades (Ayres, 1999). Entende-se que dentre as principais diferenças deste conceito para as concepções anteriores, a nova direção de privilegiar o nível coletivo como categoria analítica, como fonte de propostas de ações teóricas e práticas, em detrimento do individual, é a diferença fundamental que exemplifica essa ampliação que o conceito traz às investigações e intervenções no campo do HIV/aids.

Segundo este mesmo autor, a noção de vulnerabilidade procura particularizar as diferentes situações dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) diante da epidemia de aids em três planos analíticos básicos: o individual, o programático ou institucional e o social. Desenvolvimentos mais recentes têm procurado estender o uso da noção de vulnerabilidade para outros aspectos ligados à saúde de populações e estratégias preventivas, como a questão de relações de gênero.

O plano individual está relacionado a comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer nas diversas situações e não devem ser entendidos como uma decorrência imediata da ação voluntária dos indivíduos, mas sim relacionados ao meio social em que se dão. O plano programático refere-se ao desenvolvimento de ações institucionais voltadas para o problema da aids como ações propostas pelo Estado, planejamento de ações, capacidade de resposta das instituições de saúde especializadas envolvidas, tipo de financiamento previsto para os programas propostos, continuidade dos programas, etc. A vulnerabilidade social deve ser avaliada através de aspectos como o acesso à informação do grupo social, acesso a serviços de saúde, aspectos sócio-políticos e culturais (como a situação da mulher), grau de liberdade de pensamento e expressão dos diversos sujeitos, condições de bem-estar social, etc (Ayres, 1996).

No item anterior, ao tentarmos uma aproximação inicial ao processo de feminização do HIV/aids, exploramos algumas questões envolvidas na caracterização do HIV/aids em mulheres. Agora, aceitando o convite do conceito de vulnerabilidade em considerar os aspectos sociais,

culturais e individuais na suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção pelo HIV/aids, buscaremos entender essas questões e outras envolvidas como determinantes estruturais da vulnerabilidade das mulheres (Bastos, 2001).

1.5. Vulnerabilidade e determinantes estruturais da feminização

Ao descrever os fatores considerados determinantes na feminização da epidemia, a literatura aponta que estão associados os riscos biológicos, os fatores socioculturais, as questões de gênero e poder e da medicalização do corpo feminino a partir da emergência de nova visão da medicina em acordo com o funcionamento da sociedade.

Numa descrição biológica, Lowndes (1999) coloca que as mulheres são mais suscetíveis à infecção pelas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e responsáveis pelo maior risco de transmissão por ato sexual das DSTs, inclusive do HIV, do homem para a mulher. Outro aspecto importante é que a infecção pelo HIV tem como um de seus facilitadores principais, do ponto de vista biológico, as doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo Bastos (2001), essas DSTs são freqüentemente mais assintomáticas na mulher do que no homem e o fato de não terem dimensão clínica evidente não significa que não determinem uma fragilização das barreiras naturais à infecção pelo HIV, que ocorre através de inflamação local e micro-lesões.

Além disso, sendo as DSTs na mulher em grande medida assintomáticas, ela tem menor probabilidade de procurar assistência médica e de ter uma infecção diagnosticada. Isso faz com que corram mais riscos de sofrer conseqüências biológicas de DSTs, inclusive o aumento de chance de infecção pelo HIV/aids, igualmente mais graves nas mulheres.

Ainda do ponto de vista biológico, o risco de infecção durante relações sexuais desprotegidas para as meninas é maior ainda, pois seus órgãos sexuais, ainda em fase de amadurecimento, estão mais sujeitos a ferimentos, facilitando a infecção (Villela e Sanematsu, 2003).

Bastos (2001) destaca, ainda, o fato de que mulheres mais jovens têm estado sob risco ampliado de se infectarem pelo HIV, além de outras DSTs, ao fazerem sexo desprotegido com homens mais velhos, onde os níveis de prevalência para o HIV e demais “Infecções Sexualmente Transmissíveis” (ISTs) são mais elevados. Segundo ele, tal fato está relacionado a uma determinação sócio-econômica e cultural das “regras” de pareamento entre os gêneros, vigentes na ampla maioria das sociedades, que fazem com que as mulheres mais jovens mantenham habitualmente relações sexuais e estabeleçam parcerias com homens mais velhos.

Sobre isso, Villela (1999) coloca que, no que se refere às questões de trabalho e sexualidade, nos últimos 50 anos, muitas mudanças ocorreram: o trabalho fora de casa deixa de ser um privilégio masculino, existe uma pressão para a redução do tamanho das famílias e o advento da contracepção possibilita que as mulheres tenham sexo sem engravidar. Como podemos perceber, esta descrição tem, em muito, diferenças com aquela realizada por nós no início desse capítulo. Porém, apesar dessas mudanças em relação aos lugares sociais ocupados por mulheres e homens, muitas das representações referentes ao masculino e ao feminino que informaram a constituição das práticas de saúde nos períodos anteriores persistem no imaginário social e, mais importante, seguem permeando as ações e concepções de saúde.

Sobre isso, Bastos (2001) destaca que as representações sociais que nutrem a desigualdade de gênero permeiam não só o imaginário leigo, mas também os profissionais de saúde que na implementação de seu trabalho deveriam, entre outros, identificar, notificar e aconselhar parceiros que são identificados como infectados e/ou doentes, demandando assistência

médica; orientar tratamento para as DSTs, que, freqüentemente, precisam ser realizados conjuntamente por homens e mulheres; e, de uma forma mais abrangente, aconselhar indivíduos e casais a adotarem, de forma consistente, práticas sexuais mais seguras.

Mas, em contraposição, o que ocorre segundo Villela (1999) é que quando voltamos a pensar a saúde e a sexualidade de homens e mulheres, constata-se ainda a centralidade da função reprodutiva na constituição dos modos femininos de amar e se relacionar sexualmente e, ainda, uma priorização das ações voltadas ao ciclo gravídico puerperal no conjunto das ofertas de saúde dirigidas às mulheres no âmbito dos serviços.

Além destas representações de gênero que persistem no imaginário social, Bastos (2001) aponta que uma questão suplementar, que também contribui para o aumento da vulnerabilidade feminina, diz respeito à pequena disponibilidade de métodos de prevenção controlados (ou ao menos “iniciados”) pelas mulheres. Soma-se a isso, as questões socioculturais que envolvem o feminino, já discutidas, e que, ainda hoje, implicam em valores como submissão e repressão da sexualidade, para as mulheres e impulsividade sexual, para os homens, que por sua vez, criam barreiras como a pouca familiaridade da mulher com seu próprio corpo, a sensação de vergonha ao tocar seus órgãos genitais e o preservativo, as concepções religiosas que condenam a utilização de tais métodos, etc.

Ainda sobre isso, Lowndes (1999) destaca que além dessas mulheres raramente terem como recorrer a métodos preventivos de infecção sobre os quais tenham controle, a sua subordinação econômica, sociocultural, física e sexual, produto de um conjunto de respostas dadas à sua sexualidade e saúde, criam um contexto em que elas dispõem de poucos recursos para controlar sua exposição às DST/aids, devido à falta de poder de barganha nas relações sexuais e à conseqüente dificuldade de exigir um comportamento sexual responsável e seguro de seu parceiro.

Bastos (2001) contribui com essa denúncia da situação a que as mulheres têm sido submetidas destacando que a combinação da subordinação e violência, tanto material quanto simbólica, da diferenciação moral do comportamento sexual de homens e mulheres no âmbito da família e da sociedade, da diferenciação na capacidade de tomar decisões e efetivá-las, e ausência de canais para diálogo (inclusive legais) onde possam manifestar queixas e resolver pendências, faz com que seja mais difícil para as mulheres ter acesso a informações adequadas e atualizadas, uma vez dispondo delas modificar seus comportamentos e, uma vez alterados estes comportamentos, manter estas mudanças nas interações cotidianas.

A literatura entende, dessa maneira, que a mulher se torna mais vulnerável do que o homem quanto à possibilidade de contrair DSTs e aids a partir da influência de fatores biológicos, socioculturais e assistenciais e, ainda, do efeito combinado destes.

Como vimos, a literatura vem destacando cada vez mais a pauperização, feminização e heterossexualização do HIV/aids ou a difusão do HIV/aids pelas redes sociais de maior vulnerabilidade. Algumas perguntas sobre isso perpassaram a leitura desses estudos como: de que forma estes novos conceitos que lançam novas formas de entender a soropositividade são utilizados pelos os profissionais de saúde na elaboração de estratégias de assistência?

Entendemos que as propostas iniciais e a do conceito de vulnerabilidade se traduzem como diretrizes teórico-filosóficas – campo discursivo, então – que se consolidam em ação institucionalizada. Por consequência, demandam uma análise de sua incorporação, leituras e apropriações no cotidiano dos serviços de saúde especializados em HIV/aids.

Assim, outras questões que surgem são: Como as propostas de vulnerabilidade se transformam em ação prática e como são renegociadas pelos sujeitos - profissionais nesta ação prática? Que potencial de transformação esta proposta contém e como afeta seus agentes, especificamente os profissionais de saúde?

Estas questões trazem o debate à tona, convidando a um olhar crítico que se redimensiona na ação dos discursos e na prática de atenção produzida pelos serviços de saúde responsáveis pelo atendimento de portadores do HIV/aids. Analisar dificuldades, implicações e potencialidades a partir de como estes profissionais descrevem a prática torna-se fundamentalmente necessário. A prática é um terreno fecundo de reflexão, ou seja, de experimentação do novo, de sair da reprodução indefinida de um modelo.

Refletir, pensar, discutir sobre estas implicações nos ajudam a colaborar com estratégias de prevenção e de assistência mais adequadas e eficazes. Como numa perspectiva mais ampla isto é objetivo do trabalho, consideramos que incitar essa discussão, após navegar pela literatura, é imprescindível.

Foi possível compreendermos, até aqui, os discursos que estiveram envolvidos na feminização da aids e nas descrições da soropositividade em mulheres. Compreendemos também como o reconhecimento de algumas limitações que esses discursos ofereciam apontou para a necessidade de outras abordagens teóricas e para novos convites a entender a soropositividade feminina, pensando, principalmente, em ações de prevenção.

Buscaremos descrever no próximo capítulo, como essa soropositividade feminina tem sido entendida, no campo da assistência às portadoras. Para isso, explanaremos sobre as políticas de saúde da mulher que têm sido referência para a assistência à soropositividade feminina e retomaremos alguns estudos que buscam discutir o entendimento dos profissionais de saúde acerca da soropositividade feminina e como tem se configurado o atendimento prestado por eles a essas mulheres.

2. Profissionais e mulheres soropositivas: entre a soropositividade construída e o atendimento oferecido

No capítulo anterior, compreendemos os caminhos da epidemia de HIV/aids e as implicações das respostas dadas as suas transformações, acompanhando o processo de feminização da doença e destacando o seu contexto atual. Tendo em vista este contexto descrito, torna-se relevante entender como os profissionais de saúde têm lidado com as questões que envolvem a soropositividade feminina.

Entretanto, é importante tentarmos compreender, primeiramente, as referências teóricas, conceitos, políticas de saúde da mulher e organização dos serviços de saúde pelas quais estes profissionais têm sido guiados. Por isso, no início deste capítulo buscaremos explicar, de forma resumida, alguns destes referenciais que envolvem o trabalho dos profissionais de saúde.

Posteriormente, procuramos entrar em diálogo com a literatura científica no intuito de compreender estas questões no contexto do atendimento, ou seja, entender um pouco mais sobre como os profissionais lidam com a soropositividade feminina. Nesse diálogo, podemos perceber que a maioria dos estudos se propõe a investigar questões do atendimento as mulheres soropositivas, principalmente, a partir da perspectiva dessas mulheres. Foi possível conhecer alguns autores que também enfocam a perspectiva dos profissionais sobre esse atendimento. Não conseguimos encontrar, neste momento, estudos que enfatizem tanto as construções sobre o atendimento quanto as descrições de soropositividade feminina na perspectiva dos profissionais de saúde. Entretanto, a partir desses estudos é possível perceber como a fala dos profissionais

sobre esse atendimento é marcada, implicitamente, por suas construções acerca do ser soropositivo para essas mulheres.

2.1. O Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM)

Reconhecendo que não é possível, neste momento, resgatar integralmente as políticas públicas de saúde da mulher, a organização dos serviços de saúde, os referenciais teóricos importantes para compreender o processo de saúde e doença na mulher, buscaremos explicitar aqui algumas questões que consideramos importantes para compreender melhor este contexto de assistência à mulher e que trazem algumas reflexões relevantes sobre o atendimento que é oferecido à mulher soropositiva.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM) é uma das principais formulações teórico-práticas que vêm direcionando as políticas de saúde da mulher nos últimos anos. Sua formulação advém das críticas do movimento sanitário, organizado por sanitaristas, feministas, profissionais de saúde, sindicalistas, moradores e outros grupos sociais, em relação ao modelo de saúde vigente e, conseqüentemente, a abordagem da saúde da mulher que tradicionalmente foi entendida como aquela que atende às necessidades relacionadas à reprodução humana- atendimento pré-natal, ao parto e puerpério, anticoncepção, etc (Boretto, 2000).

Esse movimento buscava denunciar a fragmentação no atendimento à mulher que esta abordagem propiciava, destacando, ainda, que nela não se nota uma sensibilidade para a problemática do HIV/aids em mulheres (Silver, 1999).

Assim, o PAISM tornou-se a base de formulação das propostas da reforma sanitária brasileira, que tinha como princípios básicos a universalidade, a equidade e a integralidade da

atenção (Boretto, 2000). O Programa adotou uma atitude revolucionária ao focar a saúde da mulher de forma integral, fugindo da tradicional abordagem limitada à saúde reprodutiva.

Segundo Costa (1999), esta abordagem tradicional está ligada à falta de integralidade do sistema público de saúde que atinge tanto mulheres quanto homens, estabelecendo-se estruturas e mecanismos específicos de parcialização do cuidado. Esta segmentação dos programas de saúde, ao mesmo tempo em que consagra uma tendência cada vez maior no campo dos saberes médicos para uma especialização e fragmentação de seus profissionais, também é reveladora da concomitante ausência de uma visão integral do indivíduo, no que se refere à saúde.

Os princípios básicos do PAISM estão diretamente relacionados às formulações do Sistema Único de Saúde (SUS). A universalidade proposta enfatiza a igualdade, em que todos temos direitos à saúde, um direito de cidadania e um dever do estado. Já a equidade postula diferenças: todo cidadão é igual perante o serviço de saúde e será atendido segundo suas necessidades, que são singulares e específicas a cada um. A integralidade da assistência é entendida como o conjunto articulado de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso. Compõe-se de ações de promoção, proteção e recuperação de agravos à saúde, realizadas por pessoas de diferentes especialidades e capacitações com o objetivo de dar respostas a demandas e necessidades, tomando-se da ordem da multidisciplinaridade (Spink, 2007).

O PAISM traz uma proposta inovadora de educação na área de saúde, que busca fortalecer a auto-estima das usuárias e dar-lhes a possibilidade de se tornarem sujeitos ativos no cuidado com seu corpo e na relação com o serviço de saúde (Giffin, 1999).

A Psicologia também tem buscado responder aos desafios da atenção aos portadores do HIV/aids. No último dia 1º de dezembro, em que é celebrado o Dia Mundial de Combate à aids, o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) lançou o documento

de Referências Técnicas para atuação do(a) Psicólogo(a) nos Programas de DST e aids. Trata-se de um documento produzido com o objetivo de informar diretrizes de orientação da prática, a partir de análises sobre as demandas e características do campo e das experiências e contribuições produzidas pela Psicologia (Jornal do Federal, 2008).

O documento anunciado (Jornal do Federal, 2008) relata que o texto apresenta subsídios para a prática do Profissional de Psicologia que atua em serviços que atendem pessoas com HIV e aids e destaca que

“o psicólogo presente nos serviços de HIV/aids deve dispor de instrumento para a promoção da saúde, a fim de construir uma atenção à saúde integral, em que pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas e em que a racionalidade do modelo biomédico dominante seja transformada em uma concepção mais ampla, envolvendo outras dimensões”.

(pág. 12).

A formulação deste documento evidencia como a prática do profissional de Psicologia tem sido orientada por essas novas concepções de saúde, destacando a substituição do tradicional modelo biomédico por formas mais integrais de atenção à saúde.

No entanto, tem se enfrentado enormes dificuldades para implantar, efetivamente, a integralidade dentro de um sistema de saúde que ainda tende a seguir um modelo de especialização na clínica e de verticalidade dos programas. Além disso, sua organização e financiamento precários não têm permitido um desempenho satisfatório no atendimento aos diversos problemas de saúde. Portanto, o primeiro desafio para a avaliação dos serviços de saúde prestados à mulher consiste em apreciar se estão atendendo, nas ações de promoção, prevenção e recuperação, todo o elenco de problemas de saúde que afetam a mulher (Silver, 1999).

Além dessas questões, Giffin (1995) aponta para o fato que as experiências mostram a dificuldade e a resistência dos médicos em se envolverem neste processo a que se propõe o Programa, insistindo na reprodução do modelo hierarquizado e unilateral de comunicação.

Segundo Costa (1999), para a implementação e execução do PAISM é necessária uma articulação de estratégias entre distintas áreas e setores das instituições do SUS. E, embora este seja um programa vitorioso sob a ótica das relações públicas de saúde, a sua implementação se dá num cenário macropolítico e setorial perturbado com a permanente ameaça à consolidação do SUS, o que faz com que mesmo após duas décadas da formulação do Programa ainda se veja um quadro preocupante de saúde da população feminina e do atendimento dispensado às mesmas.

Nesse processo de articulação de novos entendimentos teórico-práticos, não só da saúde da mulher, mas do processo saúde-doença em geral, deve-se destacar a inclusão da ótica de gênero. A expectativa é de que a incorporação das questões de gênero em saúde consiga implementar formas distintas e mais “humanas” de assistência à saúde de homens e mulheres.

Essas formas mais “humanas” de assistência à saúde assentam-se sob o amplo e polissêmico termo de “humanização”, em que se potencializam novas propostas de atenção à saúde da criança, da mulher, da população. São propostas que põe em destaque o respeito à diferença, a valorização do protagonismo dos sujeitos, profissionais e pacientes, e a centralidade do diálogo.

Assim como o princípio da integralidade, a humanização da saúde tem encontrado dificuldades para se fazer acontecer no contexto dos serviços de saúde. Além disso, alguns autores têm discutido o idealismo desses princípios quando se fala em serviços de saúde, estando envolvidos por receitas, modelos e modismos. Sem negar a fertilidade das propostas, estes autores vêm destacando a importância de avaliar ou re-significar certos chavões e

naturalizações advindas do uso simplista, acrítico, abusivo e abstrato no campo da saúde (Pinheiro & Mattos, 2003; Campos, 2005; Spink, 2007; Souza & Moreira, 2008).

Prosseguindo com a inclusão de outro princípio, o da ótica de gênero, é importante destacar que o debate sobre gênero e suas repercussões nos modelos de assistência à saúde foram inicialmente trazidos pelo movimento feminista, tendo se ampliado com as questões trazidas por grupos sociais com interesses diretos neste campo, como os (as) profissionais do sexo, homossexuais masculinos e femininos, e tem ganhado cada vez mais amplitude na sociedade com a epidemia de aids.

Os estudos sobre gênero têm sido influenciados por importantes autores (as). Nesse trabalho, optamos por fazer uma aproximação da questão de gênero aos debates de saúde, destacando outros autores (as) que podem colaborar, dessa maneira, mais especificamente com os objetivos e preocupações deste estudo.

Nos serviços de saúde, as repercussões desse debate ocorrem das mais diferentes formas, seja por meio dos profissionais nele inseridos, mulheres feministas influenciando nos programas de assistência à mulher, grupos organizados exigindo melhores serviços de atenção à aids, seja na necessidade de adequação a políticas instituídas a partir dessas demandas internas e externas, exigindo dos serviços que incorporem na sua prática cotidiana a noção de direitos (Boretto, 2000).

Boretto (2000) destaca que a noção de gênero na atenção à saúde remete a uma relação com o outro, a um sujeito construído social e historicamente. Assim, enfatiza-se a necessidade de direitos e denuncia-se as inúmeras negações destes, situação vivida pelas mulheres em decorrência das desigualdades experimentadas nas suas relações sociais. Além disso, destaca-se também a necessidade dos serviços refletirem sobre suas práticas, muitas vezes normativas e autoritárias.

No campo do HIV/aids, o olhar para as questões de gênero tem o intuito de se afastar do enfoque restrito do risco epidemiológico para enxergar os fenômenos na perspectiva de condições e situações de vulnerabilidade, conferindo maior integralidade e contextualização.

Ao buscar reafirmar a diferença, não só entre os gêneros, mas entre os indivíduos, a atividade de saúde estará trabalhando para recuperar o sujeito / usuário, com sua identidade, sua história e sua subjetividade. Entretanto, como Boretto (2000) aponta, a desconstrução e/ou reconstrução dos significados de sexo, gênero, natureza e cultura não é tarefa fácil de ser empreendida pelos serviços de saúde.

Dessa maneira, podemos perceber que pensar as questões de gênero no contexto da saúde contribui para uma ampliação da compreensão do processo saúde-doença para além do modelo biológico fragmentado das especialidades e um grande salto qualitativo na discussão da equidade nas políticas públicas, em especial na saúde (Medeiros, 2000).

A questão do gênero impõe atenções especiais no plano dos sistemas e políticas de saúde. Segundo Medeiros (2000), por um lado, deve-se exigir políticas de saúde da mulher adequadas e que tenham realmente a condição feminina, e não outros interesses, no seu centro, sem ações protecionistas, submissoras e criadoras de dependências. Por outro lado, há de se trabalhar o gênero – que é parte – não perdendo de vista o todo. A autora destaca que não se pode fazer com que a atenção ao gênero produza o esquecimento da generalidade, entendendo que ações pontuais e adequadas que atendam apenas o gênero não são suficientes para a produção de políticas de saúde mais eficazes.

Os apontamentos da autora fazem com que surjam algumas reflexões pensando no atendimento que é oferecido a essas mulheres. Como será que essas questões são tomadas no discurso dos profissionais dos serviços de saúde em HIV/aids? Será que as questões de gênero

são consideradas? Se são, será que o seu emprego promove desatenção em relação a outras questões? Quais as implicações do seu emprego para o atendimento oferecido a estas mulheres?

É indiscutível que as transformações que promovem essas novas formulações teóricas a respeito da saúde são importantes para despertarem novas compreensões da soropositividade. Mas, como essas novas propostas de entender saúde e doença e, conseqüentemente, a soropositividade têm produzido novas descrições do atendimento que é oferecido? Parece-nos que a pergunta despertada a partir destas reflexões é: como as ações no campo da assistência se relacionam com as transformações no campo da produção do conhecimento?

É voltando para a especificidade deste estudo, a soropositividade feminina e seu atendimento, que surgem tais reflexões que, por sua vez, proporcionam pensar na postura profissional como uma questão a ser discutida.

Entendendo a atenção especial que tem sido dada às mulheres portadoras no que se refere às novas formas de entendimento da saúde e, conseqüentemente, da soropositividade, pensar em uma postura profissional “cuidadora” remete a considerar uma atenção especial às necessidades destas mulheres, ou seja, ao que elas consideram importantes para que sejam bem assistidas, promovendo diálogo, comunicação que, por sua vez, gere uma relação profissional-paciente próxima. Como estas questões têm sido negociadas no contexto da descrição da prática por estes profissionais?

Ainda pensando na pergunta despertada por essas reflexões, sobre como as ações no campo da assistência têm se relacionado com as novas formulações teóricas, outra questão nos parece ser importante. Será que a formação dos profissionais de saúde tem abrangido estas novas propostas de atenção à saúde, substituindo o processo de especialização enfatizado nos últimos

anos, baseado em um modelo biomédico fortemente marcado pelas tradicionais concepções de saúde e doença e, conseqüentemente, pelas habituais abordagens de assistência à saúde?

Infelizmente, a literatura aponta que a resposta para essa pergunta é negativa. A relação médico-paciente ainda se constitui um tema marginal na formação médica frente à hegemonia do modelo biológico organicista. Sucupira (2007) destaca o campo da Medicina, revelando que as tentativas (sem êxito) de inserir esse tema no currículo de algumas faculdades ocorreram no interior de disciplinas optativas ou consideradas de menor importância, como na Psicologia, Sociologia médica ou Antropologia médica. Segundo a autora, nos serviços de saúde ainda se destaca um modelo centrado na doença, calcado na díade queixa-conduta, em que o atendimento resume-se a dar uma resposta imediata. O foco é a doença, e não o indivíduo.

Explorando todas essas questões que estão envolvidas no serviço de saúde responsável pelo atendimento a mulher soropositiva, é importante ressaltar que entendemos que os profissionais de saúde são sujeitos situados histórico-socialmente que estão inseridos e envolvidos no processo de construção / caracterização do HIV/aids e, conseqüentemente, da soropositividade feminina. Considera-se que estes profissionais não são atores sociais (re) produtores de um determinado modelo ou representação, mas que podem apresentar formas específicas e contextuais de lidar com essas questões.

A seguir, exploramos a assistência a mulheres portadoras. Tentaremos explicar as questões do atendimento a essas mulheres que a literatura tem destacado, procurando refletir sobre alguns aspectos.

2.2. Entendendo o atendimento às mulheres soropositivas

Atualmente, o tratamento clínico da aids tem alcançado avanços significativos, como os progressos e impactos positivos dos medicamentos anti-retrovirais, no que se refere tanto à qualidade de vida dos portadores do HIV/aids quanto na sobrevivência. Entretanto, segundo dados da Vigilância Epidemiológica, a diminuição da mortalidade atribuída ao HIV/aids em decorrência dos medicamentos vem ocorrendo bem mais entre os homens do que entre as mulheres (Vilela & Sanematsu, 2003).

Podemos destacar, em princípio, que a nova dinâmica da epidemia de HIV/aids, assinalada no capítulo anterior, e o recrudescimento das DTSSs, não podem ser amparados pelo modo restrito e restritivo pelo qual as práticas de saúde vêm tomando os corpos e o sexo de mulheres e homens. Essa nova dinâmica da epidemia difere em muito das reações iniciais. Abordar esse modelo no contexto atual da disseminação do HIV/aids na população, torna-se especialmente problemático.

Entretanto, estudos apontam que mesmo com a evidência do processo de feminização pelos estudos epidemiológicos, as mulheres soropositivas parecem ter menor visibilidade social por parte das organizações não-governamentais (ONG) de aids, e, mesmo nos serviços públicos de saúde, o diagnóstico e o acesso ao tratamento ocorrem em estágios mais avançados da doença quando se compara à população masculina que chega aos serviços (Saldanha, 2003).

A literatura (Saldanha, Figueiredo e Coutinho, 2004; Lowndes, 1999; Aguiar e Giffin, 2004; Arilha, 2002; Saldanha 2003) chama a atenção para que ainda há várias dificuldades na relação das mulheres com os serviços de saúde e com os profissionais de saúde.

Como discutimos anteriormente, uma série de fatores biológicos, socioculturais e assistenciais influenciam na infecção por HIV/aids em mulheres. Além disso, chama-nos a

atenção uma série de outros fatores que diminuem a probabilidade da mulher procurar tratamento para as DST em geral e principalmente para a aids, incluindo a consideração de sintomas de DST (corrimento vaginal, dor no baixo ventre etc.) como normais à condição feminina; o estigma social que associa as DSTs e a aids à promiscuidade e à prostituição na mulher; e a prática comum de automedicação das DSTs pelo homem (Lowndes, 1999).

Nos serviços de saúde, as demoras para consultas e obtenção de resultados de testagem laboratorial, combinadas à falta de medicamentos, dificultam a obtenção de atendimento e tratamento adequados para as DSTs. A falta de métodos diagnósticos apropriados para as DSTs, principalmente para aquelas assintomáticas, associada à falta de consciência quanto à alta prevalência e ao risco de efeitos secundários das DSTs, reduz ainda mais a possibilidade de a mulher ser diagnosticada e tratada adequadamente (Lowndes, 1999).

Ainda de acordo com esta autora, quando conseguem atendimento, as mulheres freqüentemente recebem poucas informações claras e também pouco apoio prático ou emocional por parte dos profissionais da saúde. Isto parece estar relacionado à situação sensível em que o profissional de Medicina se encontra perante as normas sociais quanto à sexualidade e à infidelidade masculina no Brasil. Isto gera uma dificuldade para o profissional da saúde em dizer abertamente à mulher que ela tem uma infecção transmitida sexualmente. O uso comum de termos como 'inflamação' e 'ferida no útero' permite que os profissionais e a mulher possam falar da sua condição clínica sem mencionar as palavras: "Doenças Sexualmente Transmissíveis". Na tentativa de proteger tanto a mulher quanto a eles mesmos de situações emocionais e sociais difíceis, os profissionais acabam por não explicar claramente à paciente que ela possa ter uma DST. Isso torna a situação ainda mais confusa para a mulher.

Ao mesmo tempo, nos casos em que há medicamentos disponíveis nos serviços, e quando este tratamento é oferecido, a conduta mais freqüente parece ser mandar um remédio para o

parceiro pela mulher. A falta de apoio médico deixa a mulher vulnerável à possibilidade de se sentir culpada pela infecção e, conseqüentemente, enfrentar rejeição, vergonha e culpa. Mesmo que a mulher desconfie da infidelidade do parceiro e da sua infecção por ele, ela sai da consulta médica sem elementos que a apoiem. E mais importante, nesta situação, a probabilidade de o parceiro realizar o tratamento é reduzida (Lowndes, 1999).

Além disso, o papel de "cuidadoras", diretamente relacionado à ênfase na função reprodutora da mulher pelo discurso médico, que as mulheres desempenham na sociedade faz com que, para a maioria delas, a primeira responsabilidade seja com a saúde de suas crianças e de outras pessoas da família, e, por isso, muitas vezes não se percebem sob risco (Santos, Buchala, Fillipe, Bugamelli, Garcia & Paiva, 2002).

Essa discussão demonstra as dificuldades com que a mulher se depara em termos de se proteger contra a exposição ao HIV/aids. Frequentemente, ela não pode reduzir o número de parceiros sexuais, porque sua exposição depende, de fato, do número de parceiros sexuais do seu parceiro. Além disso, como já discutimos no capítulo anterior, ela tem dificuldade em negociar o uso do preservativo masculino, nem o acesso a métodos de prevenção de infecção controlados por ela. Ela se torna, simultaneamente, vulnerável à infecção e impedida de se proteger. Somando-se a isso, nos serviços de saúde, ela não recebe manejo adequado das DSTs, nem apoio prático ou emocional quanto à informação e ao tratamento de seu parceiro ou à proteção contra futuras infecções, o que aumenta o risco de contrair uma infecção por HIV, tanto em termos do comportamento sexual de seu parceiro, quanto da associação biológica das DST com a infecção pelo HIV (Lowndes, 1999).

É importante apontar que compreendemos que ao abordar estas situações situando as mulheres num contexto de vulnerabilidade a autora tem como objetivo denunciar um contexto, dando destaque às implicações do discurso da natureza feminina. Entretanto, é necessário

atentarm-nos que este discurso da vulnerabilidade pode se configurar como uma “via de mão dupla”, já que aponta para questões que podem, em determinados momentos e contextos, causar uma vitimização das mulheres, desempoderando-as, podendo, assim, promover um processo de naturalização da situação das mulheres como vítimas passivas de um contexto sócio-histórico.

Neste sentido, é importante compreendermos em que sentido os profissionais de saúde tem usado esses discurso em suas práticas, ou seja, situar essas mulheres num quadro de vulnerabilidade tem sido usado para denunciar situações ou para vitimizar as portadoras?

Na busca de tentar responder estas questões e dialogar com outras que envolvem a soropositividade feminina e seu atendimento, continuaremos, a seguir, retomando a literatura da área.

Tentando compreender as questões envolvidas na prevenção e no tratamento das mulheres diante do HIV/aids para uma proposta de reajustamento das políticas públicas, Arilha (2002) coloca que há vários problemas na relação das mulheres com os serviços públicos de saúde. Segundo a autora, muitas vezes, elas nem chegam a eles por não se sentirem em situação de vulnerabilidade às DST/aids; em outros momentos, ao chegarem aos serviços, recebem um diagnóstico tardio de soropositividade ou são atendidas com atrasos, uma vez que os/as próprios/as profissionais de saúde também não as situam num quadro de vulnerabilidade. Há baixa notificação de casos e identificação tardia de infecções oportunistas, como vimos no caso de DST, pela dificuldade de associá-las a diagnósticos de aids, gerando quadros de morbidade e mortalidade que poderiam ser evitados ou retardados.

O aspecto mais importante apontado pela autora se refere ao fato dos os serviços públicos operarem com relativo desprezo às queixas das mulheres em função de ainda permanecer no imaginário coletivo destes profissionais de saúde a concepção de “grupos de risco”. Isso significa que no campo da prevenção as maiores preocupações ainda se situam em torno da pouca

percepção dos profissionais de saúde para a vulnerabilidade das mulheres diante das DST/aids. Também se encontra dificuldade em trazer os profissionais ginecologistas para estratégias de treinamento e de elaborar planos integrados entre coordenadores de saúde da mulher e os coordenadores de DST/aids das diversas regiões do país. Ainda é nítida e muito presente a dificuldade das várias áreas do Ministério da Saúde de trabalhar de maneira integrada.

Atualmente, não se pode considerar que cresceu a sensibilidade para a problemática mulheres e DST/aids, quer seja nas coordenações ou áreas técnicas de DST/aids, quer no âmbito das áreas técnicas de saúde da mulher. Há, entre as coordenações do Programa Nacional de DST/aids, a certeza de que a transmissão atinge mulheres de uma maneira geral, e de maneira diretamente proporcional a seu grau de vulnerabilidade. Mas o mais importante, como já destacamos, é a dificuldade dos profissionais de saúde em admitir essa situação de vulnerabilidade (Arihã, 2002).

Além disso, ainda temos um contexto de problemáticas institucionais. As atividades do Programa Nacional de DST/aids, criado na década de 80, tem hoje em todos os espaços do Ministério da Saúde preocupação com a continuidade das ações de prevenção e assistência num cenário de escassez de recursos. Há pouca informação disponível sobre os gastos dos Estados e dos Municípios, menos ainda é possível afirmar sobre os gastos com a população feminina.

Aguiar e Giffin (2004), em estudo que busca compreender interfaces entre a soropositividade feminina e o serviço de saúde com o objetivo de contribuir para uma prática assistencial mais dialética e integral, realizaram entrevistas com mulheres HIV + e com os integrantes do serviço de saúde que as assiste, tentando visualizar como se constrói a relação entre ambos. Entendo que, apesar de alguns limites, algumas questões que guiam o presente estudo se aproximam deste trabalho. Por isso, procuro elucidar, a seguir, algumas questões importantes assinaladas pelas autoras.

A partir das entrevistas, as autoras revelam que, para as mulheres portadoras, a identificação com o feminino se dá principalmente pela capacidade de dar conta de mais coisas do que o homem; elas se identificam com uma imagem de “guerreiras”. Entretanto, nas falas dos profissionais, permanece uma imagem de “vítima” em relação a essas mulheres. Para eles, as mulheres HIV + que são assistidas por eles são vítimas de uma série de fatores como a traição do parceiro, a pobreza, o baixo nível de escolaridade, etc.

Parece-me que os profissionais que Aguiar e Giffin (2004) entrevistaram tendem a considerar os aspectos sociais, econômicos, de gênero, para colocarem essas mulheres numa posição de vítima, o que difere muito da imagem com que essas mulheres se identificam. Percebemos assim um claro distanciamento entre as descrições de soropositividade das mulheres e dos profissionais que as assistem.

Segundo as autoras, isto sugere a permanência, em algum grau, da dicotomia mãe/esposa/dona de casa versus prostituta no imaginário coletivo dos profissionais. Além disso, em suas falas, estes profissionais evidenciam os efeitos, nas suas práticas, das questões de gênero envolvidas e da ideologia da mulher moderna. Segundo tal estudo, tem-se um processo de configuração de uma imposição de estereótipos de gênero que buscam ditar normas de comportamento a serem seguidas por homens e mulheres tanto no processo saúde-doença, enquanto pacientes portadores, quanto na relação profissional-paciente, na qual os profissionais acabam por criar explicações para a soropositividade feminina a partir de seus papéis definidos socialmente.

Entende-se, a partir das colocações das autoras, que os profissionais entrevistados fazem uma associação da subordinação da mulher, no que se refere aos aspectos econômicos, sociais, físicos e sexuais, à uma posição de vítima. Entendemos, ainda, que a concepção dessa posição de vítima pode estar arrolada à permanência do discurso médico dos papéis femininos tradicionais.

Assim, se a mulher infectada não é associada à imagem estigmatizada de prostituta enfatizada nas caracterizações iniciais do HIV/aids, ela passa a ser vinculada à imagem de mulher-esposa-dona-se-casa, que é vítima da infecção.

É inegável que os sentidos trazidos pelas mulheres HIV+ para o âmbito do seu tratamento clínico são construídos a partir do lugar que ocupam na sociedade como mulheres. Da mesma forma, a equipe de profissionais de saúde utiliza seus próprios sentidos, muitas vezes pautados nas ideologias médicas e de gênero, para (re) significar o que é trazido pelas pacientes.

O estudo mostra, ainda, que além dessas questões, prevalece no serviço um esforço cotidiano por parte de toda a equipe para remediar as dificuldades da instituição e das pacientes. Há um consenso geral entre os profissionais que, diante das precárias condições sócio-econômicas destas mulheres, deve haver um tratamento adequado à realidade de cada uma delas (Aguar & Giffin, 2004).

Na investigação sobre o tratamento para a aids em mulheres, tais autoras encontraram que profissionais e pacientes concordam que, diante de um diagnóstico de HIV/aids, a principal preocupação da mulher é com os seus filhos, com os que têm ou com os que pode vir a ter. A maternidade aparece como elemento fundamental da identidade feminina para as pacientes e para os profissionais entrevistados.

A aids é percebida, tanto pelos profissionais quanto pelas pacientes, como um marco na vida e em seus corpos, diferenciando-as das outras mulheres e da mulher que eram antes de contrair o vírus. Para alguns profissionais, a questão que mais chama a atenção é a da sexualidade, ou do seu abandono, por grande parte das mulheres HIV+. Entretanto, esta questão surge com pouca relevância para as mulheres HIV+ entrevistadas, diante da dependência permanente e irreversível de medicação.

Sobre a medicação, as entrevistas de Aguiar e Giffin (2004) mostram que para essas mulheres estar tomando remédios confirma constantemente a identidade de “doente” mesmo quando elas se sentem bem fisicamente. Está é uma imagem que lhes causa profundo constrangimento social e não é, portanto, do lugar de doentes que estas mulheres buscam ser vistas socialmente. Ao mesmo tempo, é pela doença que são reconhecidas pelos profissionais.

O distanciamento entre mulheres e profissionais de saúde no que se refere às questões de ser soropositiva deve ser destacado diante dos apontamentos do estudo discutido acima. As questões relevantes para os profissionais quando se pensa em saúde da mulher soropositiva nem sempre são as importantes para as mulheres que vivem a soropositividade. Isto pode significar um descompasso entre o que o atendimento promove e o que estas mulheres precisam.

Continuando a discorrer sobre o atendimento a essas mulheres, podemos destacar o estudo realizado por Teixeira, Paiva e Shimma (2000) num Centro de Referência e Treinamento DST/aids em São Paulo, no qual foram realizadas entrevistas e grupos psicoeducativos, que duraram cerca de 2h, com 150 mulheres entre 19 e 63 anos de idade, infectadas, principalmente, pela via sexual e pelo parceiro fixo, e em que procurou-se descrever fatores associados à adesão à terapia anti-retroviral, especialmente o uso do AZT. Porém, a partir dos grupos psicoeducativos foi possível perceber outras questões como a centralidade da relação equipe/cuidadores – paciente na disposição e atitude em relação à saúde.

O estudo mostra que na falta de compreensão ou de confiança em relação à equipe muitas mulheres desistem do tratamento, inclusive, de tomar a medicação ou a tomam de forma incorreta. As participantes disseram durante os grupos que ficam com suas crenças anteriores negativas sobre os profissionais de saúde e que consideram que devem ser respeitadas, “bem assistidas” e “convencidas da importância da medicação”. Segundo essas mulheres, a equipe, principalmente, os médicos, além de construir com cada paciente o melhor regime de tratamento

em seu esquema de vida, precisam ter “carisma”, “confiança” e “dar atenção” (Teixeira et al., 2000).

Mostrar este estudo que traz a perspectiva das mulheres em relação aos profissionais de saúde e o atendimento oferecido por eles, nos ajuda a dar voz às descrições dessas mulheres quando se fala em assistência a portadoras do HIV/aids e, ainda, a lembrar a importância de conhecer o que estas mulheres precisam, como elas esperam ser ajudadas por estes profissionais diante de um diagnóstico de soropositividade. Trazer suas vozes para este estudo nos ajudará a refletir sobre como tem se dado o encontro destes diversos sentidos quando estes dois atores, profissionais e mulheres, estão juntos no contexto do atendimento.

Estes (as) e outros autores (as) continuam se dedicando a pensar alternativas de cuidados às portadoras a partir da assistência oferecida pelos serviços de saúde. Amaro (2005) promove um debate que procura considerar quais as ações em termos de prevenção e assistência tem sido possíveis diante do feminino e suas demandas. A autora destaca a importância da democratização dos serviços de saúde, da recriação do modelo de atenção à saúde no país, da expansão de uma cultura de prevenção e educação em saúde no país, mas alerta para o baixo ou nulo impacto que estas atividades tem tido, enquanto discussões científicas, no plano prático diante do avanço da epidemia de aids.

Ferreira e Nichiata (2008) destacam as questões éticas envolvidas na relação entre mulheres soropositivas e atenção básica, em específico os profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). Segundo as autoras, em termos da assistência à mulher vivendo com HIV/aids, no âmbito da atenção básica, a prioridade é a identificação de grupos vulneráveis, oferecimento de testagem sorológica para detecção do vírus e realização de ações de promoção da saúde e prevenção da doença. Elas destacam a importância da colaboração entre os serviços de saúde (os especializados em HIV/aids, os de atenção básica e o PSF) como forma de ajudar a assegurar

uma assistência contínua, em que os indivíduos são acompanhados em todos os estágios, da prevenção ao tratamento. Para Ferreira (2007), é necessário que os serviços de saúde que operam com o modelo de Programa Saúde da Família (PSF) promovam ações relacionadas à discussão de questões pertinentes ao viver com HIV/Aids, a fim de diminuir os preconceitos existentes na comunidade. Neste mesmo sentido, Silva e Damalso (2002) destacam que uma boa assistência melhorara, em muito, a qualidade de vida das pessoas com HIV

O debate proposto por Paiva (2002) aponta que nos centros especializados em atendimento aos portadores do HIV, raramente se tem incorporado a compreensão que já se acumulou na análise dos aspectos sócio-culturais que ampliam a vulnerabilidade ao HIV e ao adoecimento. Os serviços continuam basicamente organizados para dar conta dos *fatos biomédicos* e da educação centrada nas vias de transmissão e na promoção dos instrumentos de proteção (preservativos, abstinência, seringas descartáveis etc), ou no controle clínico da infecção e da adesão. Em relação ao conceito de gênero, a autora aponta que este continua sendo pensado no singular, no feminino, como sinônimo de opressão feminina, não se aprofundando nas ações de prevenção, no lidar com o impacto das relações de gênero no aumento da vulnerabilidade dos homens. Ao mesmo tempo, as necessidades das mulheres portadoras não têm sido efetivamente consideradas na organização de seu cuidado e do seu acesso ao atendimento.

Tal autora aponta, entre outros, a necessidade de buscar a "des-naturalização" das definições sobre os gêneros, que mantém os programas de DST desarticulados dos programas de saúde da mulher e os homens, quase invisíveis nos programas de saúde da mulher, desassistidos para lidarem com seus dilemas. Ela propõe, por último, uma politização dos espaços psicoeducativos e a noção de "emancipação psicossocial" como forma de aprofundar a operacionalização da noção de vulnerabilidade no campo da prevenção de novas infecções pelo HIV e da organização do cuidado dos portadores.

São diversos, interligados e complexos os apontamentos dos estudos apresentados até aqui. Entretanto, todos eles apresentam os desafios da nova dinâmica da epidemia de aids e, ainda, ajudam a pensar alternativas de cuidado às mulheres portadoras diante das dificuldades e problemas apresentados.

3. Referenciais teóricos e metodológicos

A seguir, descrevemos e apresentamos o referencial construcionista social, explicitando os princípios que norteiam tal abordagem epistemológica, bem como suas implicações para a pesquisa científica.

Os pressupostos construcionistas sociais estão pautados nos princípios da pós-modernidade, nos fornecendo novas maneiras de compreender e refletir sobre a construção de sentidos nas inter-relações humanas, enfatizando uma visão de ciência enquanto produção sócio-histórica.

Uma das formas de estudar a produção de sentidos é através da análise do discurso, que considera as conversações faladas ou escritas como práticas sociais e investiga as fontes e recursos utilizados para viabilizar estas práticas (Potter, 1996). Entretanto, são várias as referências teórico-metodológicas da análise do discurso utilizadas por diferentes autores e abordagens no contexto da pesquisa científica. Por isso, neste capítulo também descrevemos algumas considerações sobre o processo de análise do discurso e, ainda, explicamos os princípios teóricos que norteiam a análise do discurso que será utilizada neste estudo, proposta por Potter (1996) e Potter e Wetherell (1987,1995, 1996, 1999).

3.1. O Construcionismo Social no fazer científico

As abordagens construcionistas são aquelas desenvolvidas nas margens das disciplinas, como a etnometodologia, a história e sociologia do conhecimento, a antropologia e a crítica literária, onde uma se mistura com a outra, e que comungam de alguns aspectos comuns como: a

oposição aos posicionamentos da ciência social tradicional, a ênfase no modo como a mente e a ação são contingentes a formas sócio-culturais específicas e a concepção do discurso como princípio organizador da construção (Potter, 1996).

Um dos principais autores que têm contribuído para esse movimento em Psicologia e para a construção do conhecimento nessa perspectiva é Kenneth Gergen, que coloca que o construcionismo sugere uma alternativa à concepção individual de conhecimento, redefinindo-o como algo que reside na esfera da relação social. É a partir de suas críticas ideológicas, literário-retóricas e sociais, que o construcionismo nos convida a novas formas de investigação, expandindo o alcance e a significação das ciências humanas. Ao falar dos diálogos emergentes e das implicações de um enfoque construcionista social, o autor dá destaque à crítica às crenças tradicionais de representação verdadeira e objetiva do mundo (Gergen, 1996a).

O construcionismo social assume-se como uma nova perspectiva teórica baseada em uma concepção não empiricista de investigação e funcionamento da ciência, redimensionando as concepções sobre a produção do conhecimento, enfatizando a especificidade cultural e histórica das formas de conhecermos o mundo, e considerando que as nossas formas de descrevê-lo não correspondem a uma realidade essencial, sendo formas de construção a partir de determinadas condições sócio-históricas (Rasera & Japur, 2001).

Os pressupostos da perspectiva construcionista enfatizam a relação humana como produtora do conhecimento, o que implica em diferentes formas de descrever o mundo, de produzir explicações e de agir socialmente, demonstrando a interligação entre conhecimento e ação. Por último, há uma valorização de uma postura crítica e reflexiva, já que o conhecimento está associado a determinadas condições sociais de produção.

Podemos compreender, então, que os pressupostos da perspectiva construcionista do conhecimento trazem várias implicações para o fazer científico. Esta concepção de conhecimento

traz uma crítica às ciências empiricista e idealista, marcadas por uma dualidade sujeito-objeto, promovendo a desconstrução desta relação dual como essencial e conseqüentemente, um questionamento sobre a natureza do real, conferindo uma nova reflexão sobre o que vem a ser verdade e objetividade.

A concepção de conhecimento como produzido na relação entre as pessoas e não na mente individual demarca não só a desconstrução de noções profundamente enraizadas em nossa cultura e na produção do conhecimento científico, mas também a ênfase no estudo da linguagem como atividade compartilhada. Segundo Gergen (1996), é "através da coordenação relacional, [que] nasce a linguagem, e através da linguagem nós adquirimos nossa capacidade de nos fazermos inteligíveis. O relacionamento substitui então o indivíduo como unidade fundamental da vida social" (Gergen, 1996b, p. 253).

Sobre isso, Rasera (2000) coloca que há um redimensionamento dos pressupostos sobre a produção do conhecimento, em que os processos relacionais que ocorrem por meio da linguagem passam a ocupar posição de destaque.

Assim, a produção do conhecimento nessa perspectiva privilegia o estudo da linguagem enquanto constituinte de práticas sociais. Ao pensarmos a importância da linguagem na produção dos sentidos que damos ao mundo, podemos fazer referência a Spink e Medrado (2004), que colocam que o sentido é uma construção social e um empreendimento coletivo interativo em que as pessoas através das relações sócio-históricas constroem termos que utilizam para compreender e lidar com as situações e fenômenos a sua volta. O dar sentido ao mundo faz parte de nossa condição humana cotidiana, que é atravessada por práticas discursivas situadas.

Ainda pensando nas várias implicações do construcionismo social para a produção do conhecimento em Psicologia, principalmente a importância da linguagem, podemos destacar a definição de Gergen sobre o que vem a ser a investigação construcionista "(...) ela preocupa-se

principalmente em explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão sentido ao mundo (incluindo elas mesmas) no qual elas vivem” (1985, p. 266).

As regras e prescrições lingüísticas orientam as práticas cotidianas das pessoas. Nesse contexto, para entender os sentidos que uma doença assume no cotidiano das pessoas é necessário focalizar a linguagem em uso, atentando-se para a não-regularidade e para a diversidade das práticas discursivas. (Spink & Menegon, 2004a).

Entendendo que essa perspectiva propõe-se a investigar as produções de sentidos no cotidiano, ou seja, como as pessoas descrevem, explicam ou dão sentido ao mundo e a si mesmas e, considerando que este processo ocorre em suas práticas discursivas, a análise do discurso se apresenta como uma das formas de se estudar o processo de produção de sentidos. Nesse estudo, optaremos por essa forma de estudar o processo de produção de sentidos e, por isso, buscamos, a seguir, descrever melhor o conceito de discurso e análise do discurso, bem como os princípios teóricos envolvidos.

3.2. O Discurso e a Análise do Discurso

O discurso, como novo campo do saber, tem tido atenção especial nas ciências sociais em decorrência de dois movimentos no último quarto do século XX: o giro lingüístico e o aumento da reflexividade social. O primeiro, giro lingüístico, é um processo pelo qual a linguagem passa ser entendida como aquela que orienta a ação e o segundo, a reflexividade social, é um movimento que busca entender as práticas discursivas; isto é, compreender as implicações sociais do uso de determinados discursos (Ibáñez, 2004, Iñiguez, 2004; Potter & Wetherell, 1987, 1995).

Segundo Iñiguez (2004), uma das razões para que o discurso tenha se convertido em um objeto de análise é a relevância que os meios de comunicação adquiriram no nosso tempo e, em particular, as novas tecnologias de comunicação, que colocam em evidência a centralidade desses processos na constituição, manutenção e desenvolvimento de nossas sociedades.

Os discursos exercem grande influência sobre a nossa linguagem cotidiana, uma vez que construímos nosso entendimento sobre os acontecimentos, que também podem ser considerados nossos posicionamentos, a partir dos discursos socialmente disponíveis (Rojo, 2004).

Ainda segundo Rojo (2004), podemos falar em dois tipos de discursos: um como prática discursiva (contextual) e outro como prática social (dimensão macroscópica). No primeiro, a autora nos chama a atenção para que todo discurso é situado, em um tempo e espaço determinados, podendo-se denominar discurso toda produção discursiva que permita a realização de outras práticas (julgar, classificar, informar).

A autora destaca a mobilidade deste discurso como prática discursiva, mostrando a sua adaptação à regulamentação social de um contexto, ao mesmo tempo que dá significado a este. Nesse entendimento de discurso como prática discursiva, busca-se analisar os elementos lingüísticos e a negociação conversacional que são usados numa situação comunicativa, no sentido de compreender como podem produzir, reproduzir ou modificar o contexto em que estão sendo usados.

No segundo tipo de discurso, como prática social, Rojo (2004) enfatiza que o discurso encontra-se configurado e configura situações, estruturas e relações sociais, pela ordem e pela estrutura social. Dessa maneira, o discurso é uma prática social, com origem e efeitos sociais.

Como podemos perceber, a noção de Discurso e o giro lingüístico a ela relacionado, opõem-se à redução da linguagem a uma mera função de descrição e de representação do mundo. Segundo Ibáñez (2004), a linguagem se diversifica em uma enorme variedade de usos e de

funções, já que é um instrumento para “fazer coisas”. A linguagem não só “faz pensamento” como também “faz realidades”, ela tem propriedades “performativas”.

Iñiguez (2004) se refere a esta questão parafraseando Austin, que sugere a fala como ação, destacando sua função performática – e afirma que “quando eu digo certas coisas, a ação está exatamente naquilo que digo” (pág. 58). Assim, o giro lingüístico por um lado e a própria “Teoria dos atos da fala”, por outro, nos abrem a possibilidade de pensar que a linguagem não é uma janela para saber o que ocorre na cabeça do sujeito e sim uma ação em seu próprio direito (Iñiguez, 2004).

Neste sentido, a linguagem deixa de ser representativa da realidade e passa a ser produtora dessa realidade. Sobre isto, Ibáñez (2004) afirma que a linguagem não só nos diz como é o mundo, mas também o institui, e não se limita a refletir as coisas do mundo, mas atua sobre elas, participando de sua constituição.

Sobre isto, Potter e Wetherell (1999) colocam que ao invés de entendermos o que as pessoas dizem como expressões de um estado interno, nós deveríamos olhar para *o que* as pessoas estão fazendo com o que falam, *quais objetivos* elas querem alcançar. Sendo assim, o que esses autores propõem é que o que as pessoas dizem tem relação com um comportamento intencional, direcionado socialmente, tendo certas funções em determinados momentos. Isso quer dizer que nossos diálogos têm funções e objetivos específicos que queremos realizar em nossas interações. Nessa perspectiva, a principal função da linguagem deixa de ser descrever estados ou aspectos da realidade e passa a ser sua funcionalidade.

Estes mesmos autores destacam que, a partir desta visão performática da linguagem, algumas questões passam a ser fundamentais para entendermos os instrumentos lingüísticos que as pessoas usam na construção de seus relatos sobre os eventos. Estas questões seriam: 1) qual

função pode existir no que a pessoa diz?, 2) quais os objetivos que elas tentam alcançar? e 3) quais recursos lingüísticos elas empregam para realizar os seus desejos?

Conseguir responder a estas questões não parece uma tarefa simples e fácil. Neste sentido, o processo da análise do discurso se faz complexo, envolvendo diversas etapas. Potter e Wetherell (1987) colocam que não existe uma fórmula pronta e definida para a realização da análise do discurso, mas destacam cinco etapas importantes para realizá-la:

- 1) A elaboração de perguntas diferentes: se falamos em uma linguagem que deixa de ter a função de descrever estados de realidade e passamos a enfatizar sua funcionalidade, necessitamos mudar as perguntas que serão feitas diante do material de pesquisa, tentando buscar questões que investiguem os recursos lingüísticos que fazem as coisas acontecerem.
- 2) Transcrição do material: o foco da análise não é no texto puramente, mas sim na conversação implicitamente registrada naquele texto. Dessa maneira, é preciso realizar um registro bastante detalhado do material. A transcrição das falas deve ser realizada de maneira íntegra.
- 3) Leitura cética: a leitura do material deve ser cuidadosa, em busca de novas questões além daquelas dadas. Exige-se do pesquisador uma postura diferente em que ele se esforce para questionar as próprias formas e maneiras que habitualmente usa para dar sentido às coisas.
- 4) Codificação: Depois de ler e reler o material, o pesquisador deve procurar descrever categorias, ou seja, destacar temas de interesse de forma mais abrangente possível, de maneira que mesmo os temas que não se encaixam perfeitamente sejam incluídos ao invés de serem deixados de fora. O interesse não está na frequência da categoria e sim no detalhamento que ela pode proporcionar à análise.

- 5) Análise: Esta fase envolve tanto uma busca por um padrão nos dados, que se mostra na variabilidade – na diferença entre as narrações – e na consistência, quanto uma preocupação com a função, com o criar hipóteses sobre as funções do discurso. Assim, a tarefa do pesquisador é considerar as formas como as coisas são ditas, ou seja, a maneira como a linguagem é empregada, com qual função e em que momento.

Especificamente em relação à quarta etapa da análise do discurso, que se refere à codificação do material, Iñiguez (2004) destaca várias formas de realizar este procedimento durante o processo da análise como os Atos de fala, a Pragmática, a Retórica, os Repertórios Interpretativos e as Polaridades e Desconstruções.

Nesse estudo, optamos por realizar uma análise do discurso que utilize os repertórios interpretativos para realizar a codificação (categorização), em específico a proposta de Potter e Wetherell (1987) de repertórios interpretativos. Para entendermos melhor o conceito introduzido por estes autores, a seguir faremos uma explanação dos princípios teóricos que norteiam este conceito e a análise do discurso proposta por Potter (1996) e Potter e Wetherell (1987, 1995, 1996, 1999).

3.3. Os Repertórios Interpretativos

Como pudemos perceber ao final do último tópico desse capítulo, ao falarmos de repertórios interpretativos estamos falando de codificação de dados, de categorização. Mas o que seria categorização? Segundo Potter e Wetherell (1987) categorização é uma parte importante e influente do discurso das pessoas, isso porque cotidianamente as pessoas costumam conversar

divulgando sua vida com amigos, médicos, imigrantes, americanos e outras tantas categorias de pessoas. Assim, as pessoas estão interessadas em como as outras pessoas são descritas, avaliadas e / ou entendidas não em termos de características únicas, originais ou singulares, mas sim em termos da sua adesão a um grupo (categoria).

Isto significa que as pessoas se tomam membros de categorias sociais relativamente duradouras ou permanentes e, em virtude disso, a partir de atributos dos indivíduos torna-se possível fazer inferências aos atributos do restante do grupo (categoria). Neste sentido, categorias sociais são, de uma maneira ou de outra, os principais blocos de construção em muitas áreas da investigação social (Potter & Wetherell, 1987).

Potter e Wetherell (1987) destacam que os pesquisadores em tradições lingüisticamente orientadas pela etnometodologia e pela análise do discurso estão interessados em entender como as categorias são constituídas no discurso cotidiano e as várias funções que elas satisfazem, entendendo que elas são realizadas de forma complexa e sutil. Estes pesquisadores procuram responder à pergunta de como as categorias são articuladas flexivelmente no curso de certas conversas e escritas para executar objetivos particulares, tais como reprovações, censuras ou justificações.

Tentando compreender como os repertórios interpretativos podem colaborar nesta categorização podemos nos referir a Spink (2004) e Spink e Medrado (2004), autores que também utilizam o conceito de repertórios interpretativos. Tais autores definem-no como o conjunto de termos, conceitos, lugares-comuns e figuras de linguagem utilizados para falar de um fenômeno específico. Sendo produções culturais e estando inscritos nos textos, imagens e lugares de memória que constituem o imaginário social, os repertórios são mais bem compreendidos quando abordados no tempo longo da história. A familiarização com essas produções implica a realização de uma arqueologia dos usos dos repertórios em diferentes épocas históricas,

constituindo, assim, um reservatório de sentidos disponíveis e passíveis de serem reativados nos processos de compreensão do mundo, que denominamos de produção de sentidos.

Os repertórios, então, não pertencem a uma esfera em particular, nem estão localizados dentro de nossa mente. Eles existem como um recurso social, disponível para todos os que compartilham de uma dada linguagem e cultura, e podem ser considerados como um kit de ferramentas, com o qual as pessoas podem construir suas próprias narrativas. Assim, os repertórios interpretativos podem ser considerados como tijolos, usados para as pessoas construírem suas versões sobre suas ações (Potter & Wetherell, 1999).

O leitor pode estar, neste momento, fazendo uma aproximação entre o conceito de discurso e o de repertórios interpretativos. A aproximação tem limitações. Potter e Wetherell (1987) preferem utilizar o termo repertório interpretativo ao invés de *discurso*, como fazem outros teóricos. Essa preferência está relacionada a uma distinção que fizemos anteriormente neste capítulo, sobre dois tipos de discurso: um como prática discursiva contextual, situacional, temporal; e outro como prática social, que estrutura relações sociais.

Quando falamos em prática social consideramos estes discursos como conjuntos mais estáveis, independentes da ação do indivíduo. Entretanto, ao utilizar o conceito de repertórios interpretativos, os autores tentam se aproximar de uma prática discursiva, entendendo que os sujeitos usam discursos disponíveis e como passíveis de serem usados, ou seja, escolhidos, estes discursos assumem um caráter presente, contextual e, ainda, esta prática discursiva abre espaço para a criação de outros discursos.

Dessa maneira, podemos considerar que a utilização dos repertórios interpretativos implica na utilização de uma abordagem de análise discursiva que, segundo Spink e Menegon (2004b), trabalha de forma concomitante aos microprocessos de produção de sentidos, ou seja, o

aqui e agora das interações sociais e a circulação de repertórios lingüísticos em geral, ambos tomados como práticas discursivas que sustentam determinadas estratégias.

Além disso, nossa maneira de falar, a seleção dos recursos e estratégias discursivas utilizadas refletem os jogos, as negociações e posicionamentos sociais. Sobre isto, Potter e Wetherell (1999) sugerem que os repertórios são usados pelas pessoas para criar em seus relatos uma desobrigação com a responsabilidade moral das ações. Segundo os autores, é muito comum observar, em pesquisas que envolvem repertórios interpretativos, que os respondentes preocupam-se com a aceitação de seu posicionamento. A pessoa é, assim, tida como um ator em uma moral, uma pessoa que o objetivo principal é a construção de suas narrativas e justificar moralmente as suas ações.

Segundo os autores, isto tem duas implicações: 1) a pessoa como capaz de se autogerenciar na construção de seus relatos e 2) as pessoas são percebidas como inseridas em uma ordem moral. Apesar desta ênfase na função social do repertório para as pessoas, os autores consideram que, em alguns momentos, as conseqüências e as implicações dos repertórios utilizados são não-intencionadas.

É importante destacarmos algumas questões fundamentais no processo de análise com os repertórios interpretativos. Neste processo, o mais importante não é descrever os repertórios, mas sim descrever em que momentos são usados, em que contexto, por quem é usado, quem usa mais, em que relações é mais usado, como usa em um determinado momento e em outro não. Neste sentido, o importante é destacar as implicações do uso de determinado repertório interpretativo.

Isto significa que a preocupação no processo de análise é com a *linguagem em uso*, isto é, com a forma com que se constrói os relatos e suas diferentes funções dentro de um determinado contexto de conversação, produzindo realidades contextuais e relacionais.

Outra questão que Potter e Wetherell (1987) destacam é que a construção dos repertórios não se dá de forma intrinsecamente ligada a grupos sociais e neste sentido não é adequado adotarmos o pressuposto de que todas as pessoas são membros de um mesmo grupo social e sujeitos a um único modelo de respostas às situações cotidianas. É mais coerente pressupormos que os repertórios estão disponíveis às pessoas e são empregados em diferentes contextos e situações, a partir das muitas e diversas filiações. Entretanto, também é necessário admitirmos que numa sociedade de distribuição hierárquica e desigual como a nossa, alguns repertórios vão possuir uma força maior que outros, o que não significa que outras formas não estejam disponíveis e que não podem vir a se tomar hegemônicas.

Assim como os grupos não são identificados como caracterizados por um único tipo de discurso, os indivíduos também não. Como já destacamos, os autores do conceito de repertórios, Potter e Wetherell (1987, 1995, 1996), destacam que eles são usados para realizar diferentes tipos de descrição de atividades em diferentes momentos e isto implica que não ocorra na análise uma tentativa de encontrar consenso no uso dos repertórios por parte de uma pessoa, pressupondo que ela usaria sempre um mesmo repertório. Na verdade, segundo estes autores, nesta perspectiva o que se espera é, ao contrário, a variabilidade do uso destes repertórios.

4. *Objetivo*

Este estudo tem como objetivo compreender o processo de construção de sentidos sobre a soropositividade feminina e sobre o atendimento oferecido a estas mulheres portadoras do HIV/aids por meio da descrição dos repertórios interpretativos utilizados em situação de entrevista por profissionais de uma equipe de saúde.

5. Método

No capítulo 4, denominado “Referenciais teóricos e metodológicos”, procuramos explicitar aspectos da perspectiva Construcionista Social destacando, inclusive, algumas implicações metodológicas de seu uso. Neste momento, procuraremos descrever os passos metodológicos desta pesquisa em específico: o contexto de realização, os participantes da pesquisa, a construção do corpus e a análise.

5.1. Contexto da Pesquisa

Para a realização da investigação o primeiro passo realizado foi uma visita ao serviço em que pudesse encontrar profissionais de uma equipe de saúde responsáveis pelo atendimento especializado a portadores do HIV/aids e que, dessa maneira, também atendessem mulheres portadoras colaborando com a proposta aqui apresentada.

Nessa visita, foi possível um primeiro contato com a Coordenadora do serviço de saúde, momento em que foram colocados os objetivos do trabalho, garantido o sigilo das informações e das identidades dos participantes, os riscos e benefícios da participação dos envolvidos.

Nesta conversa, a Coordenadora informou a necessidade da autorização do Secretário de Saúde da cidade para realização de qualquer estudo investigativo na instituição. Após elaborar um ofício com esta solicitação e ser atendida pelo Secretário Municipal de Saúde, a Coordenadora apresentou aos profissionais de saúde, em reunião administrativa, os objetivos do trabalho e informou sobre a autorização para realização do mesmo, deixando claro que a participação dos profissionais ocorreria de acordo com o interesse de cada um. Assim, esta

pesquisa foi desenvolvida num Centro de Apoio Especializado a portadores do HIV/aids de uma cidade do Triângulo Mineiro, conforme autorização do Secretário de Saúde do Município e da Coordenadora desta Unidade de Saúde. A instituição conta com um total de 16 funcionários sendo: dois (2) Médicos, uma (1) Assistente Social, uma (1) Psicóloga, um (1) Enfermeiro, um (1) Técnico de Enfermagem, um (1) dentista, um (1) Auxiliar de Dentista, um (1) Redutor de danos, um (1) Dispensador de Medicação, um (1) Auxiliar de Informática, um (1) Auxiliar de Coordenação, um (1) Auxiliar de Serviços Gerais, um (1) Auxiliar de Secretaria, um (1) Recepcionista e um (1) Coordenador.

Através das informações da Coordenadora da instituição, podemos compreender melhor como os processos de interiorização, pauperização, heterossexualização e feminização da aids também são destacados quando se fala da epidemia de aids na cidade em que está localizado este Centro de Apoio. Estima-se que haja 600 pessoas vivendo com HIV/aids na cidade (casos notificados pela instituição). No ano de 1997, foram notificados apenas 5 casos de mulheres portadoras enquanto 2004 foram 19 e em 2006, 17 casos. O número de casos entre homens diminui significativamente nos últimos anos: foram 42 casos notificados em 2003 e 28 no ano de 2006. Das notificações entre mulheres nos últimos 10 anos, 58.59% estão relacionados à categoria de exposição heterossexual com parceiro estável, 22.09% à categoria heterossexual/drogas, 13.28% a heterossexual com parceiro de risco, 5.47% a uso de drogas, 0.78% a homossexual/drogas e também 0.78% à categoria ignorado. No que se refere à escolaridade, 45% das notificações dos últimos des anos são de pessoas que tem de 4 a 7 anos de escolaridade e 23.05%, de 1 a 3 anos de escolaridade. Em relação às gestantes HIV+, temos 59.09% delas na faixa etária de 20 a 34 anos e com escolaridade de 4 a 7 anos. No ano de 2007, foram notificados 7 óbitos de paciente soropositivos, sendo 4 mulheres.

5.2. Participantes

Participaram da pesquisa profissionais de diversas especialidades que integram a equipe de saúde responsável pelo atendimento a mulheres portadoras do HIV/aids. A participação destes diversos profissionais ocorreu de acordo com o interesse e disponibilidade dos mesmos. Dos 16 funcionários, 14 declararam ter interesse em participar. Não participaram das entrevistas o (a) Técnico em Enfermagem e o (a) Auxiliar de Serviços Gerais (ver APÊNDICE 2).

5.3. Construção do corpus

Tentando compreender o processo de construção de sentidos destes profissionais de saúde acerca da soropositividade feminina, encontrou-se na metodologia de entrevistas o caminho para esse processo investigativo. Tal procedimento foi realizado pela pesquisadora e pareceu ser mais coerente com a proposta do trabalho, uma vez que a mesma se propõe a compreender os sentidos construídos pelo sujeitos, através da linguagem, no contexto da interação.

O momento da entrevista é um contexto de interação imediata que proporciona que, por meio da conversa, o entrevistado tenha oportunidade de se permitir uma expressão dos sentidos que constrói sobre a soropositividade feminina. É importante compreender, então, que esses sentidos construídos estão relacionados a um encontro entre pesquisadora e participante e a todas implicações que esse encontro produz, como expectativas geradas em torno da entrevista.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (consulte o APÊNDICE 1 para informação completa) em que se fez uso de algumas perguntas que auxiliaram entrevistador e entrevistado a

prosseguir com a conversa, sendo que também havia liberdade para ir além das perguntas já elaboradas, dando espaço para perguntas que considerava colaborativas aos objetivos da pesquisa e, também, para os interesses dos entrevistados em outras questões que consideram importantes. Neste sentido, ao final das entrevistas criou-se um espaço para que os entrevistados pudessem abordar outras questões que julgassem relevantes.

As entrevistas realizadas ajudaram a identificar e explorar os repertórios interpretativos, ou seja, os vocabulários e imagens utilizados pelos participantes em suas explicações sobre os assuntos em questão e, ainda, criar espaço para que ocorresse um resgate da história pessoal de cada profissional da equipe e das suas justificativas pessoais para as questões. Tais entrevistas foram realizadas na própria instituição, sendo que foi entregue aos participantes o termo de consentimento livre e esclarecido para que os profissionais ficassem cientes das implicações de sua participação e expressassem seu interesse e consentimento. Ressalta-se que houve a aprovação do projeto desta pesquisada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade federal de Uberlândia sob o parecer nº 266/07 (ANEXO 1).

Entendendo a relação humana como produtora do conhecimento, a perspectiva aqui enfocada considera que os atores sociais envolvidos na pesquisa, entrevistador e entrevistado, estão sempre ativamente comprometidos com o processo de produção de sentidos.

Segundo Silverman (2001), a entrevista não deve ser tratada como uma mera ferramenta de registro dos fatos ou experiências, sendo que a forma como os sentidos são construídos se torna o foco principal do pesquisador e da pesquisa, ou seja, o que se pretende analisar é a maneira como os entrevistados constroem suas narrativas dos eventos e das pessoas presentes em suas práticas discursivas, ao responder às questões do entrevistador. Assim, considera-se que no

contexto da entrevista o que há são duas narrativas que se interpenetram, se complementam e se constroem.

Como método ou forma de operacionalizar a construção do corpus, a entrevista pode ser considerada uma prática discursiva, na medida em que ela está sendo entendida como ação / interação situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade (Pinheiro, 2004).

Além disso, foi produzido um diário de campo pela pesquisadora durante o tempo que permaneceu na instituição enquanto aguardava para realizar as entrevistas. Na maioria das vezes esses momentos de espera eram vividos na própria sala de espera do serviço de saúde.

O diário de campo construído ajuda a compreender como era receber no serviço de saúde uma estranha que lhes provocava a falar sobre as questões vividas naquele contexto. Duarte (2002) coloca que os diários de campo permitem que sejam explorados os momentos que vão além das verbalizações, como descrições do momento em que os sujeitos são abordados, a forma de como o entrevistador é recebido e ainda o contexto no qual a entrevista foi desenvolvida e demais aspectos que são relevantes para o processo investigativo e sua compreensão.

Em seu trabalho, Giglio-Jacquemot (2005) fala da importância da participação do pesquisador no cotidiano dos locais onde se é realizado o processo investigativo e como esses dados colaboram na construção do corpus da pesquisa. Pensando a importância das considerações sobre o trabalho de campo desta autora para o trabalho aqui realizado, podemos compreender que demandas e atendimentos a essas mulheres confluem e manifestam-se nesse lugar, sala-de-espera, sendo este espaço privilegiado de acesso a observações e discursos significativos para a pesquisa relativos tanto ao atendimento prestado às mulheres pelos profissionais quanto às interações entre esses profissionais da equipe de saúde.

Ainda segundo a autora, apreender os dados não só a partir do contexto da entrevista, que como foi anteriormente afirmado envolve um encontro entre pesquisador e participante e suas implicações, mas também a partir do movimento e da dinâmica da instituição, possibilita refletir como nele se combinam práticas e construções diversas do atendimento à mulher soropositiva.

Mesmo não sendo analisadas sistematicamente, dados os objetivos e método da análise escolhida, as anotações propiciadas pela utilização dos diários ajudam a compreender questões fora do contexto da entrevista e, mais importante, a proposta dos diários implica numa construção ativa de sentidos pelo pesquisador já no momento de construção dos dados.

Pensando nas considerações que já fizemos no capítulo 4 deste trabalho sobre as implicações da perspectiva construcionista para o fazer científico e considerando que as pessoas constroem o mundo e a si mesmas nas suas práticas discursivas, torna-se pertinente destacar neste estudo questões relativas a negociações lingüísticas que ocorrem no plano relacional, considerando aspectos sócio-históricos e culturais, que possibilitam que se (re) construa determinados sentidos sobre a soropositividade feminina e sua assistência.

5.4. Análise do corpus

Na análise do corpus, foram utilizadas as propostas de análise do discurso influenciadas pela perspectiva construcionista social (Potter, 1996 e Potter & Wetherell, 1987, 1995, 1996, 1999). Como já discutimos anteriormente, esta proposta metodológica enfatiza o processo relacional de produção de sentidos, tentando compreender as características das linguagens que foram engendradas para que fosse possível estabelecer um diálogo (conversaço).

O primeiro passo da análise foi a *transcrição de todas as entrevistas realizadas*, que constituiu o texto a ser utilizado como material do processo de análise. Mas do que um simples texto, o momento da transcrição envolve uma produção de sentidos do próprio pesquisador em relação ao corpus construído, já que neste momento os sons captados são traduzidos em palavras e marcadores lingüísticos.

O segundo passo referiu-se à *leitura flutuante, curiosa e reflexiva das transcrições*, que permitiu a identificação de impressões e sentidos acerca das transcrições, além de ser um momento de reflexão crítica e criativa que colabora na construção de categorias que nortearão o processo de análise.

O terceiro passo constituiu inteiramente o processo de *codificação ou categorização*, momento em que se realça os temas de interesse procurando com que não só as categorias consensuais sejam incluídas, mas também as instâncias limítrofes e variáveis.

O último passo consistiu na análise propriamente dita, no qual ocorreu o processo de *descrição dos repertórios interpretativos*. Como destacamos, os repertórios são formas de compreender os usos lingüísticos realizados pelas pessoas na interação.

Segundo Spink e Medrado (2004), é por meio dos repertórios que podemos entender tanto a estabilidade quanto a dinâmica e a variabilidade das produções lingüísticas humanas, quando repertórios próprios de diferentes discursos são combinados de diferentes maneiras, ora obedecendo uma linha de argumentação, ora gerando também algumas contradições. Para estes autores, os repertórios interpretativos são basicamente um registro dos termos e metáforas utilizados para caracterizar e avaliar ações e eventos.

Nosso objetivo nesta pesquisa é procurar reconhecer como os profissionais falam da soropositividade feminina e do atendimento, como os descrevem, a maneira com que a linguagem

é empregada para realizar estas descrições, por quem é empregada e em que momentos, mostrando sempre as implicações do seu uso.

Sobre este último passo em que se descreve os repertórios interpretativos utilizados pelos profissionais através da transcrição exata de trechos das entrevistas na análise, destaco que não houve a identificação das especialidades profissionais ao mostrar estes trechos por considerar que a) poderia ocorrer a identificação dos entrevistados, dado que a cidade do Triângulo Mineiro em que foi realizada a pesquisa conta apenas com um serviço especializado em HIV/aids e, que b) as especialidades profissionais não se mostraram como um aspecto distintivo e explicativo dos resultados da pesquisa.

6. *Análise dos dados e Discussão*

O processo de realização da pesquisa apontou para que neste trabalho a análise poderia, além de compreender o processo de construção de sentidos sobre a soropositividade feminina e seu atendimento, evidenciar como esses sentidos estão articulados uns aos outros na fala dos profissionais. Podemos afirmar que as descrições da soropositividade produzem, ao mesmo tempo que sustentam, determinadas descrições de atendimento. Desta forma, os sentidos se articulam e se conectam.

Envolvida nesse processo e buscando alcançar os objetivos deste estudo, realizei um outro passo no processo analítico ao dividir a análise de cada um dos quatro (4) repertórios descritos em dois momentos: Momento 1) conversas sobre a soropositividade feminina (infecção e viver com HIV/aids) e Momento 2) conversas sobre o atendimento a essas mulheres. Neste segundo momento, apresentamos trechos que evidenciam como o repertório que foi usado para falar da infecção e do viver também é usado para se descrever o atendimento oferecido.

Dessa maneira, explicitaremos o processo de construção de sentidos sobre a soropositividade feminina por esses profissionais de saúde – quem são essas mulheres descritas na fala desses profissionais, que posições são criadas para elas e para os profissionais, quais implicações destas descrições – e, ainda, forneceremos trechos das entrevistas que nos permitem visualizar como o uso destes repertórios aparece em conversas em que os profissionais descrevem o atendimento oferecido a essas mulheres.

Durante todo o processo da análise buscaremos, após a descrição de repertórios, explicitar suas características, com quais objetivos são usados, mostrando a sua função em cada momento do contexto conversacional da entrevista e evidenciando as articulações possíveis.

6.1. Repertórios em uso: sobre a mulher portadora do HIV/aids e o atendimento em saúde

As entrevistas transcritas possibilitaram a identificação de quatro repertórios interpretativos compartilhados pelos profissionais da equipe de saúde que são utilizados para explicar quem são essas mulheres portadoras. Tais repertórios apareceram especialmente em momentos das entrevistas em que se conversa sobre a infecção e em que se falava sobre o viver com HIV/aids.

A análise de cada um desses repertórios contempla além da descrição do conjunto de termos, imagens e metáforas usados para falar da soropositividade feminina, os modos pelos quais eles se articulam e justificam o atendimento oferecido às mulheres portadoras.

Ao longo da leitura da análise uma aproximação entre os quatro repertórios construídos e os conceitos teóricos da epidemiologia poderá ser reconhecida. É importante destacar que não havia, a priori, a intenção de tal aproximação, entretanto isso ocorreu durante o processo de análise. Neste sentido, mais importante ainda é explicitar que condições favoreceram esse processo. Considero que isto esteja relacionado a dois fatores: um de fora da pesquisa (externo) e um de dentro da pesquisa (interno). As implicações externas da pesquisa correspondem ao próprio uso cotidiano destes dispositivos retóricos pelos profissionais da área da saúde para falarem sobre a soropositividade, inclusive, a feminina. As implicações internas se referem à própria pesquisadora, ou seja, às descrições que passam a ser ressaltadas, diante das várias possíveis, por uma pesquisadora envolvida, mergulhada em uma literatura que, na maioria das vezes, contempla questões mais prescritivas e biomédicas da soropositividade feminina.

Os repertórios identificados foram: “Duas mulheres: vítimas e culpadas”, “Mulheres irresponsáveis”, “Mulheres que têm dificuldade de negociar o preservativo” e “Mulheres que vivem num contexto vulnerável”.

O primeiro repertório é constituído por uma descrição que destaca a infecção e o viver com HIV/aids em mulheres a partir da sua forma de ocorrência. Ele é marcado por uma descrição que revela “duas soropositividades”: uma relacionada ao contágio por parceiro estável e uma outra que se infectou por relação com vários parceiros ou por uso de drogas. Sua função é fazer uma distinção entre as mulheres, destacando uma relação entre soropositividade e “grupos de risco”.

O segundo trata-se de um repertório utilizado pelos profissionais para falarem da soropositividade feminina a partir de um “comportamento de risco” da mulher, o do não uso do preservativo. Nele, há uma distinção entre mulheres e homens que se infectam e não entre mulheres entre si, como ocorre no primeiro repertório. Sua função é mostrar que a mulher é responsável por viver com a doença porque não se preveniu.

O terceiro repertório constitui uma descrição que destaca as dificuldades envolvidas na negociação do preservativo com o parceiro. Diferentemente do segundo repertório, neste as mulheres não são portadoras porque não se cuidaram, não se preveniram ou porque não pensaram que isto poderia acontecer com elas, mas porque há um contexto de negociação que é bastante difícil. Sua função é mostrar que a mulher não é a única responsável pela infecção e que esta ocorre a partir de um complexo contexto de negociação.

No quarto e último repertório, há uma descrição da soropositividade a partir de um contexto de vulnerabilidade no qual a mulher está envolvida, para além da dificuldade de negociar o preservativo com o parceiro. Sua função é mostrar que esta mulher está inserida neste contexto que favorece a infecção.

6.1.1. Duas mulheres: vítimas e culpadas

Neste repertório, procurei mostrar trechos das entrevistas em que foi possível identificar o uso de um repertório em que, para falar da soropositividade feminina, os profissionais destacam a infecção e a forma com que ela ocorreu. Além disto, este repertório também é marcado por uma descrição da infecção que revela a construção de duas “soropositividades” na mulher: uma que está relacionada ao contágio por parceiro estável e outra que se infectou por uso de drogas ou em decorrência de vários parceiros.

As expressões que caracterizam esse repertório são: “*ela procurou*”, “*procurou com as próprias mãos*”, “*ficou com qualquer um*” e “*foi muito azar*”. Assim, sua função é fazer uma distinção entre as mulheres soropositivas, mostrando a relação da soropositividade com “os grupos de risco” aos quais essas mulheres fariam parte.

Ele foi identificado em enunciados dos entrevistados nos momentos em que lhes foi perguntado sobre o que pensam da infecção por HIV/aids em mulheres, sobre como pensam que é para elas viver com a doença e também quando perguntamos sobre as especificidades do atendimento a mulher portadora do HIV/aids. A seguir, apresento o seu uso no momento em que se conversa sobre a infecção.

1) A MULHER PORTADORA

Trecho 1

E: Ainda pensando nas mulheres, o que você pensa do contágio e da soropositividade nelas?

*A: Eu acho **que depende muito**. Tem aquela que se **contaminou pelo marido**, pelo namorado, por um parceiro que faz parte da vida dela. Aí é diferente. Agora tem aquela **usuária de droga** e aquela que pode **ficar com qualquer um**. Então aí eu acho que é completamente diferente. Eu acho que aí parece que **ela procura se contaminar**. Porque eu penso que com essa revolução de sexo, que a mulher fica querendo equipara ao homem, que ela perdeu a noção*

feminilidade....de ser mulher mesmo. Ela acha que pode ficar igual ao homem sabe? Ela não tem...não tem medo. (Profissional 4)

Trecho 2

E: Uhum. E o que você pensa sobre o contágio e a soropositividade feminina?

*M: O que eu penso....**Depende do caso.** Em alguns casos eu acho que foi **muito azar.** Por exemplo, tem mãe de família, **mulher casada**, que ta ali vivendo a sua vida direitim e o marido vai e leva a aids pra dentro de casa. Causa cada coisa pra essa mulher, traz muita infelicidade. Agora também tem umas que a gente vê que **procura com as próprias mãos sabe?** Então aí eu acho que **não é azar não.**(Profissional 12)*

Trecho 3

*L: **Olha ,eu acho que depende muito da forma com que ela se contamina.** Eu acho que a mulher precisa receber educação, a gente precisa cuidar disso porque hoje nós vemos que a mulher se contamina muitas vezes porque acha que está encontrando o amor num parceiro. **Isso não é amor. Ela começa a ter intimidade com qualquer homem, basta encontrar um parceiro, mas não é assim. Ela precisa é encontrar o amor, ter intimidade com esse amor. O sexo precisa ser valorizado e cultivado porque gera vida, mas é preciso ter cultura, saber dessas diferenças. Então eu acho que a educação é fundamental.***

E: Então você considera que a educação está diretamente relacionada ao contágio?

*L: Sim, eu acho que tem tudo a ver com a educação. **As mulheres precisam saber sobre valores, sobre outras coisas.**(Profissional 2)*

Os trechos nos ajudam a compreender a construção de “duas soropositividades”. Quando a infecção esteve relacionada a um parceiro fixo, estável, vemos que há um sentido de fatalidade, de vítima, expresso por palavras como “azar” e “infelicidade”. Entretanto, se a forma de infecção não é por parceiro estável e acontece pelo uso de drogas ou pelo comportamento sexual de estar com vários parceiros, há um sentido de culpabilização individual, expresso por palavras como “*ela procurou se contaminar*”, “*procurou com as próprias mãos*”, “*não é azar não*” e “*ficou com qualquer um*”.

Parece haver um entendimento que a mulher casada tem um comportamento adequado, esperado socialmente, como o enunciado do trecho 2 nos revela: “*ela ta vivendo ali direitim*”. Já

as outras mulheres parecem ser entendidas como promíscuas, desviantes da norma socialmente estabelecida, é como se elas não estivessem vivendo a vida “direitim”.

Este repertório nos ajuda a compreender os posicionamentos que são criados para essas mulheres em relação à sua infecção. Nas descrições da mulher que se infecta por um parceiro estável, podemos perceber como ela é posicionada como passiva diante desta infecção. Ela “*contaminou pelo marido*”. Ela não imaginava que poderia se contaminar. Já nas descrições da mulher que se infectou pelo uso de drogas ou por estar com vários parceiros vemos a ênfase num papel ativo, destacando que ela “*procurou se contaminar*”, ou que ela “*procurou com as próprias mãos*”. O repertório é usado para fazer uma distinção entre a mulher que foi infectada e a mulher que se infectou.

Acerca disso, pode-se apontar o estudo de Sadala e Matias (2000) sobre a visão de profissionais de saúde, atuando em enfermarias de doenças transmissíveis, da sua experiência de cuidar dos pacientes com aids isolados. Ao explorarem em seu estudo o preconceito e o medo desse cuidar, as autoras apontam estes como relacionados com a forma de contágio. Segundo elas, essa ligação entre preconceito e contágio relaciona-se aos valores morais negativos atribuídos às pessoas portadoras da doença, já que a aids foi caracterizada por “grupos de risco” considerados à margem da sociedade ou por atividades consideradas “imorais” ou “condenáveis”.

A partir dos argumentos apresentados nestes diálogos, os profissionais se posicionam sobre a infecção em acordo com um discurso epidemiológico de grupo de risco que não consegue contemplar as transformações e a dinâmica do atual contexto. Também em acordo com esse discurso, há um posicionamento de que as mulheres que se contaminam por um parceiro fixo são legitimadas em sua soropositividade porque não se imaginava que elas pudessem se contaminar.

Em contrapartida, as mulheres que se contaminaram pelo uso de drogas ou por estar com vários parceiros são criticadas, porque são pessoas que fazem parte de um “grupo de risco”, que

apresentam “comportamento de risco” e que deviam saber a priori que esses comportamentos poderiam levar à infecção por HIV/aids.

Assim, como também revelam alguns trabalhos como o de Gonçalves e Varandas (2005), de Villela (1999) e de Knauth (1998), podemos considerar esse repertório como uma forma discursiva que enfoca os “grupos de risco” e que abre espaço para criação de duas posições para essas mulheres, uma de culpada e outra de vítima.

Podemos encontrar essa distinção também quando conversamos com esses profissionais sobre o viver com a soropositividade. Ao perguntarmos o que eles pensam sobre como é para essas mulheres viverem com HIV/aids, a distinção também é feita, como vemos nos trechos abaixo:

Trecho 4

E: E o que você pensa sobre o viver com HIV/aids pra essas mulheres?

*M: **Eu penso que assim... depende sabe? No sentido de que para aquelas que tem parceiro fixo é mais tranquilo, desde que ele não tenha preconceito. Ah, é no sentido que as que têm parceiro fixo não tem tantos problemas, elas permanecem no relacionamento, fingem que nada aconteceu e continuam com os maridos Agora já as que ficam “daqui pra ali” eu acho que tem que tomar mais cuidado, são vidas né? Então, eu acho mais difícil, tem que tomar mais cuidado.*** (Profissional 12)

Trecho 5

E: entendi sim...e sobre o viver com o HIV/aids pra essa mulheres? O que você pensa, o que você tem visto na sua prática?

*S: **Depende! É como eu te falei, por exemplo pra aquelas que tem parceiro estável, o que elas entendem é que elas tem que continuar vivendo com o parceiro, continuar cuidando dos filhos, dos netos e também continuar...continuar fingindo que usam preservativo aqui pra gente sabe.. a gente nunca atende elas, atende o que elas contam que são. Essas são as que chegam aqui com o sentimento de que perderam tudo, como eu tinha te falado. Já a soropositiva que é usuária é diferente....ela continua mentindo pra si mesma que pode tudo, que é forte, que continua potente e tem até...até aquela coisa de que contaminando outras pessoas ela vai tá fazendo bem para ela. Então viver com a aids é diferente pra essas mulheres.*** (Profissional 4)

No trecho 4 fica explícita essa diferenciação, evidenciando uma qualificação positiva do viver com HIV/aids para as mulheres que tem parceiro estável, descrito como algo “tranquilo”. É como se as mulheres que têm parceiro estável fossem tão legitimadas na sua soropositividade que o profissional passa a entender que elas não enfrentam problemas para viver com o HIV/aids.

Já em relação às mulheres que têm vários parceiros, a sua identificação na fala do profissional é como aquelas que “*ficam daqui pra ali*” e que “*metem para si mesmas*”, havendo uma desqualificação do seu viver com HIV/aids. No segundo trecho, vemos ainda que cria-se um posicionamento para essas mulheres de “as que espalham doenças”, estigma já citado anteriormente neste trabalho ao entrarmos em diálogo com Gonçalves e Varandas (2005).

Knauth (1999) nos ajuda a compreender a construção dessa distinção colocando que há o surgimento de termos como “vítimas inocentes” para se referir às mulheres que são mães e donas de casa e que foram infectadas pelos próprios maridos, dentro de suas casas e por isso mesmo se julgavam protegidas da doença, por serem “diferentes” das outras mulheres, “as da rua”.

É importante ressaltar ainda, que além da construção de “duas soropositividades femininas”, o uso deste repertório sobre a infecção e o viver com HIV/aids em mulheres destaca aspectos das relações sociais de gênero a partir de uma dicotomia moral quanto ao comportamento sexual adequado de mulheres.

No trecho 1 podemos perceber o primeiro momento em que esta questão é apresentada quando o profissional, ao descrever a soropositividade feminina, fala que “*a mulher fica querendo equipara ao homem*” e “*ela perdeu a noção de feminilidade...de ser mulher mesmo*”. Podemos observar que a questão da dicotomia surge a partir do reconhecimento de um novo contexto destas relações de gênero no que se refere ao comportamento sexual que equipara homens e mulheres em alguns aspectos. O (a) profissional destaca negativamente esse contexto atual, utilizando-o para justificar a ocorrência da infecção em algumas mulheres.

No terceiro trecho, em que se conversa sobre a infecção, o (a) profissional coloca que “*ela precisa é encontrar o amor, ter intimidade com esse amor*” e que “*o sexo precisa ser valorizado porque gera vida*”, deixando claro que o comportamento sexual adequado relaciona-se com uma sexualidade afetiva, voltada para a reprodução, identificada como aponta Giffin (1999) com os papéis de esposa e mãe.

Além da exaltação de um sexo ligado ao amor e à reprodução, pode-se entender que a argumentação usada indica, implicitamente, a não-aceitação de um sexo relacionado ao prazer, e ainda, nos chama atenção para a necessidade dessas mulheres serem esclarecidas a partir de uma educação moral, que reafirme o comportamento sexual adequado, como também é ilustrado pelo trecho 3.

Isso nos permite compreender, ainda, como esses sentidos socialmente construídos sobre comportamento sexual adequado de homens e mulheres também são compartilhados pelos profissionais da equipe de saúde enquanto mulheres e homens que fazem parte desse contexto sócio-cultural.

Esta questão já era assinalada anteriormente neste estudo ao trazer as contribuições do estudo de Aguiar e Giffin (2004) que aponta para um processo de imposição de estereótipos de gênero que buscam ditar normas de comportamento a serem seguidas por homens e mulheres tanto no processo saúde-doença, enquanto pacientes portadores, quanto na relação profissional-paciente, na qual os profissionais acabam por criar explicações para a soropositividade feminina a partir de seus papéis definidos socialmente.

Sobre isso, podemos ir além, entendendo que essa é uma questão importante para as contribuições que este estudo pretende, ao apontar que os profissionais destes cinco trechos destacados são mulheres. Este apontamento se faz relevante, já que podemos concluir que essas mulheres, ao usar este repertório, tentam se mostrar como mulheres que valorizam o

relacionamento estável com um único parceiro, entendendo tal como um comportamento sexual “adequado”. Ao usar este repertório, essas mulheres buscam prevenir-se da possibilidade de serem descritas como culpadas diante de uma eventual infecção.

Além disso, é importante realçar a coerência em usar este repertório diante de uma pesquisadora, mulher, que está interessada em estudar questões da soropositividade feminina diante do processo de feminização da epidemia.

Após esta última consideração acerca do uso deste repertório, destaco que, até aqui, podemos perceber como nas conversas, através da linguagem, estes profissionais vão construindo uma soropositividade que distingue as mulheres. Entretanto, essa descrição aparece não só quando conversamos sobre a infecção e sobre o viver com HIV/aids, mas também quando falamos sobre o atendimento que é oferecido a essas mulheres. A seguir, apresento trechos que ilustram o uso desse repertório neste outro momento conversacional da entrevista.

2) O ATENDIMENTO DAS MULHERES PORTADORAS

Trecho 1

E: e assim, sobre essas diferenças que você apontou, você vê que também são coisas que eles apontam quando vocês conversam?

*F: ah sim...(...) **todas as questões que envolvem hoje a soropositividade de cada uma acaba tendo relação com aquelas mesmas coisas que estiveram envolvidas na contaminação....***

E: eu não entendi isso direito...pode me explicar melhor?

*F: (...) a gente tem visto que as experiências anteriores dessas mulheres que também estiveram ligadas à contaminação também aparecem agora quando....quando da testagem elas estão diagnosticadas como portadoras. Então assim, é mesmo aquela questão que eu tava falando da história dessas mulheres, que **cada uma tem suas questões específicas a partir de suas histórias, da sua situação de vida, de como foi a contaminação entende?** Parece um ciclo, um pontim lá de cima que tem a ver com o daqui de baixo, e as coisas vão acontecendo em função dessas questões que estão sempre envolvidas na vida e depois na soropositividade dessas mulheres. **Isso tudo tem um peso diferente pra elas e pro atendimento também. Elas encaram diferente e aí lá fora também é encarado diferente...eu acho que é isso sobre essa relação. Então você vê que é diferente lidar com a que pegou do parceiro, com a que usa drogas, com a que tem um monte de parceiro e a gente sabe disso. Isso é bem complicado no lidar com as questões da soropositividade feminina. (Profissional 3)***

Trecho 2

E: alguma que te chame a atenção, que você note...se no atendimento às mulheres você percebe alguma diferença...

L: Porque no caso da mulher tem aquelas que pegaram do marido ou do namorado e tem aquelas que nem sabem de quem pegaram ou que usam droga. Aí tem as complicações né? Porque a gente entende melhor essa mulher que pegou do parceiro, porque a gente sabe que ela não tem culpa né? Quem imagina que o marido vai trazer essas coisas pra dentro de casa? Elas não imaginam... então o atendimento delas é mais ... Como que eu vou dizer? A gente escuta mais, conversa, cuida dessa mulher que está sofrendo muito com a situação. Então eu vejo essas diferenças...

E: e você disse que é diferente né, em relação as mulheres que se contaminam por ter relação sexual com vários parceiros ou pelo uso de drogas. E como é que é lidar com essas outras?

L: É. Aí é diferente né? Porque às vezes não tem muito o que conversar. Porque você sabe que elas têm um monte de parceiros, que não se cuidam. E a usuária é mais complicada ainda. Porque ela tem um vício e ela precisa tratar isso também e a maioria não trata. É isso que eu vejo de diferente sabe...(Profissional 7)

Trecho 3

E: E S., você percebe diferenças o atendimento aos diversos pacientes que vocês atendem aqui?

S: Muita! (tom enfático). Deixa eu te dar um exemplo disso...assim, as usuárias de drogas têm sempre a questão de esconder que usam droga, de falar que tão tomando a medicação certim, elas mentem muito, acho que se enganam e tentam enganar a nós. Agora as mulheres que tem parceiro fixo, essa querem atenção, elas procuram disfarçar a tristeza de além de terem sido traídas também foram contaminadas. É como se elas perdessem tudo, então elas buscam a nossa atenção mesmo (Profissional 4).

A descrição que cria uma distinção entre as mulheres soropositivas sustenta uma descrição de dois tipos diferentes de atendimento às estas mulheres que utilizam o serviço de saúde.

No caso das vítimas, há uma argumentação de compreensão da sua soropositividade e isso implica num acolhimento da portadora e de suas queixas durante o atendimento, um reconhecimento de seu sofrimento numa busca ativa de cuidado desta mulher portadora. Elas são posicionadas como mulheres que “querem atenção” como coloca o (a) profissional no trecho 3.

Já em relação às culpadas, há uma argumentação crítica quanto à sua forma de infecção que dificulta a compreensão da sua soropositividade e, conseqüentemente, o atendimento que é

oferecido. Entendê-las como mulheres que não se cuidam impossibilita descrever um atendimento que haja “*conversa*”, “*escuta*”, “*atenção*”. Há dificuldade para compreender essas mulheres e reconhecer os seus sofrimentos. Neste sentido, essas mulheres podem não ser acolhidas em suas queixas no contexto do atendimento.

Observamos, através dos trechos ilustrados, que este repertório promove uma naturalização dessa distinção das mulheres pela forma de infecção e também cria uma conexão causal entre a forma de infecção e o atendimento oferecido.

Como vimos até aqui, a relação entre a descrição da soropositividade e a do atendimento fica explícita nos trechos apresentados, mostrando como se dá a sua articulação. Além dessa argumentação, foi possível perceber durante o processo de análise que alguns profissionais descrevem essa infecção utilizando o discurso de comportamento de risco, criando apenas uma posição para essas mulheres, a de culpada, como veremos a seguir.

6.1.2. Mulheres irresponsáveis

Este outro repertório sobre a mulher soropositiva, diferentemente do repertório anterior, não faz uma distinção das mulheres portadoras entre si, mas sim uma diferenciação entre mulheres e homens portadores. Neste repertório, procuramos selecionar trechos de conversas em que os profissionais de saúde entrevistados falam da soropositividade a partir de um “comportamento de risco” da mulher, o do não uso do preservativo.

Expressões como “*não achar que vai acontecer com ela*” e “*achar que não precisa usar preservativo*” são utilizadas para realçar esta idéia. Trata-se, então, de um repertório utilizado

para justificar a ocorrência da soropositividade na mulher e que tem a função de mostrar que a mulher é responsável pela infecção porque não se preveniu.

Este repertório interpretativo é utilizado pelos profissionais nos relatos em relação ao que eles pensam sobre a infecção e o viver com HIV/aids em mulheres e também nas conversas com os profissionais sobre as especificidades do atendimento às mulheres portadoras.

1) A MULHER PORTADORA

Trecho 1

E: Estou entendendo o que você tá contando sim. E o que você pensa sobre o contágio e a soropositividade feminina?

*F: hummm...olha Livia sobre o contágio eu penso que tem muito a ver com o que eu tava te falando éee...porque ainda há aquela questão da **mulher não achar que vai acontecer com ela, aquela coisa de que acontece com o vizinho mas comigo não, porque se ela ta com alguém ela não precisa se preocupar, que não precisa usar preservativo com o namorado ou marido e a gente vê muito isso no foco da epidemia de hoje atendendo a maioria das mulheres soropositivas com parceiro fixo, que contraíram a doença a partir do marido ou namorado. Ela tem comportamento de risco. Então aquela questão de achar que não precisa usar preservativo.** (Profissional 3)*

Trecho 2

E: E o que você pensa sobre o contágio e a soropositividade feminina?

*C: O mínimo que elas têm que fazer é prevenção. Igual a gente sempre comenta, elas parecem que preocupam mais em relação à relação sexual mais em relação a gravidez, o uso do preservativo, do que em relação a própria doença sabe? **Parece que eles não pensam que podem ficar doentes, aí não ... começa a ter intimidade... aí pega começa a tomar remédio, não agora eu tô tomando remédio então não uso preservativo. E a doença? Nem aí! (...)** Aí na hora que fala: vamos fazer o exame de HIV. Nossa! **Quase ...tem umas que chega aqui tremendo né, gestantes né, e vem buscar o exame nervosa e aquela coisa, mas assim ... aí não pensa né? Na hora num pensa, mas na hora que tem que vir...nossa, mas vou ter que fazer esse exame né? Vem com aquele nervoso assim, então eu não sei o que passa na cabeça delas pra elas num ... não ainda não ter essa consciência de prevenção.** (Profissional 8)*

Trecho 3

E: Entendi... e o que você pensa sobre o contágio e a soropositividade feminina?

J: o que eu penso a respeito disso?

E: Isso

*J: **Eu penso que uma pessoa deve tentar se prevenir e eu acho que cresce ... cada dia mais cresce o número de mulheres infectadas, então eu acho que ta tendo aí uma relutância com o preservativo né? Por parte da mulher... (...). Eu acho que a mulher tem se preservado menos nesse ponto porque a maioria das pessoas que vêm pegar preservativo aqui são homens. Pelo***

menos que eu entrego, que eu tenho contato, posso dizer que mais de 80% que vem pegar preservativos são homens e várias vezes mulher que faz o tratamento aqui, que são HIV positivo, não levam preservativo pra casa. E a gente sabe que tem relação sexual e não leva. (Profissional 9)

Na fala destes profissionais, a infecção por HIV/aids em mulheres é entendida como algo que se dá por estas não se prevenirem, não se cuidarem, não acharem que poderiam ser infectadas. Mais do que isso, quando se fala em infecção pela via sexual, há uma concepção de que está havendo relutância da mulher em usar preservativo, como observamos na fala do profissional no trecho 3.

Este repertório constitui a mulher portadora como aquela que apresenta “comportamentos de risco”. Há uma única posição para a mulher soropositiva: a de irresponsável. Seu uso também abre espaço para a ênfase do papel ativo da mulher na infecção, ocultando a participação do homem nessa relação que propiciou a infecção.

Tal descrição aponta para a permanência no vocabulário desses profissionais de saúde do modelo comportamentalista e individualista, em que há um comportamento identificável na infecção por HIV/aids e que implica numa culpabilização do sujeito portador. Dessa maneira, podemos ressaltar, novamente, como estas descrições são fortemente marcadas pelo discurso epidemiológico que perpassou os sentidos produzidos sobre a infecção por HIV/aids.

Assim, ao usar este repertório interpretativo, os profissionais se posicionam como especialistas capazes de identificar as causas da doença destas mulheres. Eles se apresentam, diante de um outro profissional da área da saúde – a pesquisadora, como profissionais conhecedores das questões relacionadas à infecção por HIV/aids.

Em relação às mulheres, ao descrevê-las como responsáveis pela infecção, os profissionais as posicionam como pessoas que não se cuidam, ou, como vemos no trecho 4, essa mulher “*não pensa nela*”. A partir da fala do trecho 3, vemos que essas mulheres continuam sendo posicionadas desta maneira mesmo após a infecção, quando o profissional relata que essas

mulheres “*não levam preservativo para a casa e continuam tendo relação sexual*”. A mulher é descrita como única e exclusivamente responsável pela prevenção e, conseqüentemente, pela infecção e/ ou re-infecção.

Destaco a seguir o uso deste repertório quando se conversa com o profissional sobre como é o viver com HIV/aids para essas mulheres.

Trecho 5

E: e o que você pensa de como é viver com HIV/aids para essas mulheres?

*L: Essa questão do viver é difícil, **mas eu acho que tem muita mulher irresponsável** sabe? Porque como eu estava te falando tem gente que até melhora a qualidade de vida quando passa a fazer o tratamento, porque as condições que viviam eram tão ruins que melhora muito quando começa a receber o auxílio médico daqui, o dentário, o psicológico, o auxílio transporte e alimentação que elas também têm. **Mas vejo que além delas não terem avaliado o risco que corriam, de não terem pensado, elas continuam vivendo como se nada tivesse acontecido, não cuidam, não se preocupam** (Profissional 7).*

No trecho acima, além de identificarmos o uso do repertório em que há uma responsabilização da mulher pela infecção por ter se comportado de maneira arriscada, não avaliando e pensando o risco que corria, vemos uma responsabilização total da mulher pela forma com que se dará o viver com HIV/aids. Aqui ocorre o uso da própria palavra “*irresponsável*” para destacar o comportamento desta mulher após saber-se infectada. O (a) profissional as descrevem como mulheres que não se cuidam e não se preocupam.

Neste repertório interpretativo a responsabilização da mulher é tão integral que não há espaço para se considerar nesta conversa a importância do serviço de saúde e dos profissionais no viver com HIV/aids. A atribuição de sucesso ou fracasso em viver com HIV/aids recai completamente sobre a mulher.

Ao fazermos este último apontamento sobre o uso deste repertório considero que já iniciamos uma análise sobre como esta descrição da mulher portadora sustenta algumas

descrições de atendimento. Neste sentido, considero que já podemos, a seguir, mostrar como este repertório é empregado nas conversas sobre o atendimento.

2) O ATENDIMENTO DAS MULHERES PORTADORAS

Trecho 1

E: uhum...eu sei sim, mas eu gostaria de saber se você percebe alguma diferença no trabalho com as mulheres que vocês atendem aqui...

N: (...) E tem aquela coisa né? Por ser mulher, às vezes por ter marido, ou um namorado de muito tempo, então ela acha que não precisa se prevenir, não precisa se cuidar. Então elas não buscam usar o preservativo. Elas acham que não precisam se preocupar com isso e acabam não usando preservativo nas relações que têm. Aí depois, que se descobrem portadoras, aí elas procuram o tratamento. Mas a gente vê que não há consciência, que elas não são responsáveis quando se fala de prevenção. Isso é uma questão que a gente vê no atendimento dessas mulheres e a gente sabe que é assim que acontece. É complicado porque a gente atende essas mulheres sabendo que elas não se cuidam, mesmo procurando fazer o tratamento, vindo aqui. Então o atendimento é difícil né? Porque a gente atende e nem fica falando as coisas, de que é para elas se prevenirem, porque a gente já sabe que não adianta. E tem umas que só vem, pega o remédio e já vai embora e a gente nem pergunta mais se o CD4 melhorou, se ela tá tomando direitinho. Então essas, a gente já vê que entram no serviço, ficam lá na recepção e a própria recepcionista mesmo já passa o que tem que passar pra ela (Profissional 5).

Trecho 2

E: E, assim, ainda nesse sentido das diferenças, você vê alguma diferença no atendimento às mulheres soropositivas?

C: (...) Mas é claro que num é com todas que a gente tem esse vínculo bom. Porque elas são muito diferentes né? Depende mais é da pessoa mesmo, se ela é aberta ou não. Porque eu vejo que assim, essas mulheres não pensaram na hora né? Não pensaram que podiam se contaminar. Não usaram o preservativo, mesmo tendo informação na televisão, nos jornais, nas palestras que a gente faz. Então eu atendo todas iguais, porque eu sei dessas coisas. Quando elas querem falar dessas histórias da vida delas eu encaminho pra Psicóloga ou pra Assistente Social porque elas vão contar, falar, explicar, se justificar, mas o que eu posso dizer é: por isso tem que se prevenir! Então não resolve muito. Tem essa questão né? Então depende mais é da pessoa mesmo, se ela for mais aberta, escutar as recomendações que a gente passa, aí a conversa anda éee, eu consigo explicar pra ela. Agora se for entrar nessas outras questões, eu prefiro passar pra Psicóloga. (Profissional 13)

A descrição de que essas mulheres estão infectadas e/ou doentes por culpa delas aponta para uma argumentação de que elas não se previnem e não se cuidam e que, sendo assim, torna-se incoerente e difícil pensar em promover um atendimento que envolva cuidado, acolhimento, além da preocupação para com as queixas dessas mulheres, as suas vivências sociais, culturais,

psicológicas e emocionais após serem diagnosticadas como portadoras, que na fala do profissional podem ser identificadas como as “*histórias da vida delas*”.

Por meio do uso do repertório “Mulheres irresponsáveis”, o atendimento deixa de envolver cuidado e acolhimento, podendo se resumir apenas à sala de recepção, como nos é apontado no trecho 5, ou então a um encaminhamento da paciente à Psicóloga ou à Assistente Social do serviço, que são entendidas neste tipo de descrição como quem deve acolher estas queixas das mulheres, como vemos no trecho 2.

Entende-se que há determinadas especialidades voltadas à escuta das queixas dessas pacientes, apontando para uma fragmentação do trabalho em equipe, o que é muito diferente do que atualmente se tem pensado e proposto em relação ao acolhimento e ao trabalho em equipe de saúde. Além disso, ao falar do atendimento às mulheres soropositivas dessa maneira esses profissionais não contemplam a integralidade, questão importante no contexto de saúde atual, como já revelado neste estudo.

Para entendermos melhor o impacto deste posicionamento quando se fala do atendimento podemos destacar Saldanha, Figueiredo e Coutinho (2004) que afirmam que o médico se torna muitas vezes o único recurso para o qual os pacientes conseguem ou podem dirigir suas queixas. Ampliamos essa referência à equipe de saúde, entendendo que o contexto do nosso estudo é um centro especializado em HIV/aids e que há diversas especialidades profissionais que estão envolvidas diretamente no atendimento dessas portadoras. Segundo estes autores, ainda que o profissional não apresente solução para o problema apresentado, seja sobre outros aspectos da doença ou para a própria doença, o principal causador de sofrimento às mulheres ocorre quando o médico desvaloriza sua queixa e não se interessa em compreendê-la, ignorando sua dor.

Como já mencionei anteriormente neste trabalho, a literatura aponta também que a falta de apoio médico deixa a mulher vulnerável à possibilidade de se sentir culpada pela infecção e, conseqüentemente, enfrentar rejeição, vergonha e culpa (Lowndes, 1999).

Compreendemos, então, que o acolhimento e a escuta dos profissionais em relação à queixa dessas pacientes é muito importante para a qualidade do atendimento oferecido e, ainda, para a maneira que essas mulheres se sentem ao serem atendidas por estes profissionais e a conseqüente adesão ou não ao tratamento.

O impacto aqui pode se apresentar como contraproducente, já que nessa descrição do atendimento vemos que adesão ao tratamento parece estar mais relacionada à postura dessa mulher diante do atendimento - de ser aberta, de ouvir as recomendações do profissional - do que à postura do profissional da equipe, como indica a fala do profissional no trecho 2.

A utilização desse repertório interpretativo dificulta uma reflexão sobre que postura profissional precisa se ter ou se promover para que estas mulheres se envolvam e participem ativamente do atendimento. Não há um sentido de co-responsabilidade nesse atendimento descrito, ao contrário, a paciente aparece como única responsável pela qualidade do atendimento ou sua falta no contexto do serviço oferecido.

O uso desse repertório refere-se a uma descrição bastante relacionada a uma concepção biomédica de saúde e doença destes profissionais e, conseqüentemente, de atendimento e tratamento. Trata-se de um modelo prescritivo de atendimento, em que o paciente deve aderir e seguir orientações médicas para que haja sucesso no tratamento. A partir deste tipo de descrição de atendimento torna-se difícil para o profissional acolher essas mulheres, ou seja, a sua prática profissional torna-se difícil diante de uma mulher que nem sempre atenderá todas as orientações médicas.

Assim, essa descrição de atendimento prejudica as mulheres que são atendidas e também os profissionais que se vêem diante de uma situação prática distante e incoerente do modelo teórico difundido durante sua formação profissional. Há a difusão de um modelo de atendimento a ser seguido no contexto de saúde, mas este contexto envolve questões outras que fazem com que tal modelo não seja possível.

Além desse repertório da responsabilização da mulher pela infecção a partir de um “comportamento de risco”, há diferentes descrições sobre essa infecção que tentam mostrar algumas das inadequações e outras questões que vão além do comportamento individual.

6.1.3. Mulheres que têm dificuldade de negociar o preservativo

Alguns dos profissionais entrevistados, ao falarem sobre a soropositividade nas mulheres, vão além da perspectiva causal implicada na culpabilização individual e utilizam o repertório da dificuldade de negociar o preservativo com o parceiro.

Palavras e expressões como “mulheres não têm autoridade para pedir preservativo”, “situação de dependência”, “submissas a esse parceiro” e “a negociação com esse parceiro” foram usadas nas conversas em que este repertório esteve presente.

O uso deste repertório pelos profissionais tem a função de mostrar que essa mulher não é única e exclusivamente a responsável pela infecção e que esta ocorre a partir de um complexo contexto de negociação. Constitui um posicionamento de profissionais que compreendem as questões difíceis que estão relacionadas à negociação do preservativo e, conseqüentemente, à infecção por HIV/aids.

Podemos observar o uso deste repertório nos trechos abaixo, em que se conversa sobre a infecção e o viver com HIV/aids:

1) A MULHER PORTADORA

Trecho 1

E: Tá bom. Eu gostaria que você me falasse então, o que você pensa sobre o contágio e a soropositividade feminina.

*L: (...) É a questão que elas têm dificuldade de se prevenir, por que? **Porque essas mulheres não têm autoridade para pedir preservativo, elas não têm como pedir o uso dele pra seus parceiros. Então elas confiam nestes parceiros, que são parceiros fixos, então não tem a ver com promiscuidade, com nada disso, tem a ver com a dificuldade que elas tem de cobrar a camisinha desse parceiro.(...) Então, eu vejo que elas ainda estão nesta situação de dependência, de serem submissas a esses parceiros e isso ta diretamente relacionado ao fato da maioria delas permanecerem no relacionamento mesmo depois de descobrirem que foram traídas e que o marido passou a doença para elas. Então, eu acho que é assim que vem acontecendo hoje em dia o contágio nessas mulheres. A situação é que a mulher não acredita que o marido a traía e este fato a deixa vulnerável.** (Profissional 11)*

Trecho 2

E: E o que você pensa sobre o contágio e a soropositividade feminina?

L: Bom, sobre o contágio...éeee, não sei como eu vou expressar ...você quer saber meu ponto de vista em relação ao contágio hoje nas mulheres?

E: isso...e a soropositividade nas mulheres hoje...

*L: O contágio assim...é um fator complicado da parte feminina porque a gente que tem a experiência de lidar com elas no dia-a-dia nós temos o conhecimento que **a negociação com o parceiro, éee isso dificulta muito a prevenção** e onde éee ... acaba que a cada dia mais o contágio está aumentando. Então assim, pra mulher é muito difícil que no momento que ela começa a se relacionar com uma pessoa éeee, durante um tempo, às vezes num é uma questão nem de tempo né? Isso vai mesmo da afinidade ali do relacionamento da pessoa, mas **pra ela determinar que haja uma prevenção é muito difícil**, então...o meu ponto de vista em relação ao contágio, que às vezes a gente vê que aumenta a cada dia mais, essa questão também do relacionamento com o parceiro...eu acho muito dificultoso.(Profissional 7)*

Trecho 3

E: E sobre a soropositividade feminina, a vivência da soropositividade na mulher?

C: Ahh tá..

E: O que você pensa sobre isso?

*C: (...) Com relação a mulheres soropositiva, por exemplo, algumas delas nos relatam que há dificuldade de firmar relacionamento certo? (...) e aí chega um certo momento do relacionamento que o parceiro começa a cobrar o sexo sem proteção, sem camisinha, por achar que o negócio é melhor. **Pra uma mulher que não tem a doença já seria difícil negociar com esse parceiro para eles continuarem usando camisinha, aí você imagina pra essa mulher que tem que contar que é soropositiva e ainda negociar pra eles usarem camisinha sempre. (...)**E mesmo as que têm parceiro fixo, seja marido ou namorado, elas têm dificuldade de negociar com eles pra continuarem usando camisinha, pra prevenir que não haja re-infecção. A*

maioria não concorda com isso não. Então tem todas essas questões nesta prevenção, não é só dar a camisinha e falar: “fala com seu marido que é pra usar” e achar que pronto (...) (Profissional 13).

A utilização deste repertório aponta que a questão da prevenção envolve um outro aspecto além do “comportamento individual”: o da dificuldade de negociar essa prevenção com o parceiro. Para explicar isso, como vemos no primeiro trecho, o profissional se refere ao contexto de subordinação, física e sexual, dessa mulher.

Diferente dos repertórios anteriores, em que para se falar de soropositividade feminina, dá-se destaque exclusivamente à mulher, à sua forma de infecção e a seu comportamento sexual, neste abre-se espaço para a existência de um contexto de infecção que permite que se envolva o homem.

Além disso, como vemos no trecho 3, nas conversas sobre o viver com HIV/aids para as mulheres também há uma descrição marcada por este contexto de dificuldade em negociar, destacando-se a re-infecção. Assim, a soropositividade feminina é construída como algo que envolve outros aspectos circunstanciais, mostrando que a infecção e/ou reinfecção não é controlada pela mulher.

Tentando compreender a importância de pensar esses outros aspectos ao falar sobre a soropositividade feminina, podemos citar Vermelho, Simões-Barbosa e Nogueira (1999), cujo estudo procurou conhecer o perfil social e cultural relacionado ao risco de infecção pelo HIV em mulheres, encontraram, quando perguntaram a essas mulheres sobre a negociação sexual, que apenas 10% se referem ao uso do condom e, mesmo assim, após o conhecimento da doença.

Villela e Sanematsu (2003) colocam que esta questão também está relacionada ao fato de no Brasil as mulheres evitarem filhos através da pílula ou da esterilização, o que pode, segundo

as autoras, diminuir a capacidade da mulher negociar o preservativo, além de não prevenirem a ocorrência de outras DSTs e, eventualmente, a (re) infecção pelo HIV.

Ainda sobre isso, O'Leary e Cheney (1993) colocam que a vulnerabilidade feminina ao HIV e as possibilidades que as mulheres têm, hoje, de se protegerem, remetem, necessariamente, para a compreensão dos papéis de gênero, que determinam os papéis sociais de homens e mulheres.

O uso predominante é do preservativo masculino e depende da concordância dos homens para sua adoção. Ainda segundo as autoras, além deste não fazer parte da cultura contraceptiva brasileira, os homens, via de regra, não gostam de métodos de barreira, por acreditarem que estes atrapalham seu prazer sexual (Villela & Sanematsu, 2003).

Outra questão importante é que a sugestão do uso de preservativo, especialmente em parcerias estáveis, pode significar, implícita ou explicitamente, um questionamento da fidelidade e da confiança. As dificuldades aumentam se o casal é pobre e possui filhos, o que determina uma maior dependência econômica e social da mulher, inversamente proporcional ao seu poder de negociar suas decisões sexuais e outras (O'Leary & Cheney, 1993).

O uso desse repertório chama atenção para estas questões e, principalmente, para um conjunto de subordinações criando um contexto em que essas mulheres começam a ter dificuldades para controlar sua exposição ao HIV/aids, devido à falta de poder de negociação do preservativo nas relações sexuais e, conseqüentemente, a dificuldade de exigir um comportamento sexual seguro desse parceiro.

Podemos perceber como esta descrição é uma forma de aproximação inicial à ênfase da vulnerabilidade na infecção feminina, já que se refere ao seu aspecto cultural, em específico às relações sociais de gênero.

Ao mesmo tempo, ao usar este repertório, os profissionais criam uma posição para a mulher de responsável por negociar o preservativo. Nas falas dos profissionais, esta mulher é quem sempre aparece como responsável por “*pedir o uso dele para seus parceiros*”, por “*determinar que haja uma prevenção*”.

Nesse sentido, podemos concluir que mesmo abrindo espaço para envolver o homem na soropositividade, nesta descrição os profissionais destacam a mulher como protagonista da negociação, não questionando ou não discutindo a importância do homem também passar a ser responsável por exigir ou negociar o uso do preservativo, a partir do pressuposto de que, da mesma maneira, ele também está exposto à infecção e deve se prevenir. Assim, a posição dessas mulheres a partir do uso deste repertório é de não ser a única responsável pela infecção, mas de ser a responsável por negociar a prevenção.

Podemos concluir, ainda, que ao usar este repertório os profissionais promovem um distanciamento deste contexto de dificuldade de negociar e, conseqüentemente, destas mulheres portadoras. Há uma referência direta a essas mulheres quando se conversa sobre este contexto como observamos nas falas dos profissionais: “*elas tem dificuldade de cobrar a camisinha*”, “*ela é vulnerável*”, “*pra ela determinar que haja uma prevenção é muito difícil*”.

Continuando a avaliar as implicações desta descrição da soropositividade, a seguir, busco mostrar como se dá o uso deste repertório pelos profissionais para falar do atendimento oferecido às mulheres portadoras.

2) O ATENDIMENTO DAS MULHERES PORTADORAS.

Trecho 1

E: E você percebe alguma diferença especificamente no atendimento às mulheres que são portadoras?

C: (...) eu acho que é muito difícil também você virar para um namorado que às vezes quer começar uma relação sem preservativo, sem prevenção, alguma coisa assim e nessa relação,

talvez um usuário de droga, alguma coisa assim e falar ... como que assim... deve ser difícil né? Eu imagino assim, pra pessoa chegar e falar...olha eu tenho o vírus, vamos usar preservativo. Ou mesmo assim, falar: olha vamos usar preservativo. Fica parecendo que a pessoa aquela coisa meio assim né? Então eu acho importante a gente conversar sobre essas coisas com elas né? Porque imagina por exemplo a mulher que é casada e tem que negociar isso com o marido. É complicado, porque às vezes esse homem nem aceita falar que ela tem aids, que ela pegou dele, essas coisas. Imagina então falar de preservativo. São coisas que elas conversam com a gente aqui e a gente tem que ta atento pra essas coisas que estão envolvidas. (Profissional 8)

Trecho 2

E: E com relação às mulheres? Você percebe alguma diferença no atendimento das mulheres soropositivas?

F: Olha, eu percebo sim...

E: Me fala um pouquinho dessas diferenças...

F: (...) o que eu percebo bastante no atendimento dessas mulheres é a dificuldade de negociar com o parceiro o uso do preservativo, da camisinha tanto masculina quanto feminina. A gente passa a informação, explica, orienta direitinho, faz tudo como manda o figurino, mas é difícil pra elas isso sabe? Você vê que isso ainda acontece muito porque elas vêm muito...sempre pedindo pra que a gente fale com eles, converse. É assim...elas sempre falam: “doutora explica isso aí pra ele pra mim?”. O medo de falar com o parceiro é muito grande. Várias delas, várias mesmo já me pediram pra conversar com o parceiro, falar sobre isso e isso vem acontecendo cada vez mais porque a maioria das mulheres soropositivas que a gente atende aqui tem parceiro fixo, namorado ou marido e isso vêm crescendo cada vez mais. Aí a gente começa a notar isso quando conversa com elas...(...) Você vê como ainda envolve essas questões de machismo mesmo. E assim né, aquela questão...aquele problema de tomar a postura de ter a camisinha, de pedir ao parceiro pra que use... ainda está muito presente nessas mulheres aqueles pensamento assim né: o que ele vai pensar de mim?Vai achar que não tenho só um parceiro? Essas coisas que a gente já conhece e que eu fico imaginando que devem ser muito difíceis para elas. Então são coisas importantes, que a gente tem que ta consciente pra ir pro atendimento. A história de vida delas, em que contexto elas vivem que acabou favorecendo a infecção, tudo isso são coisas que precisamos ficar de olho e ajudá-las mesmo nestas situações. (Profissional 3)

Um aspecto importante ao destacarmos esses dois momentos – “a mulher portadora” e “o atendimento das mulheres portadoras” – em que ocorre o uso desse repertório é que no primeiro vemos que a dificuldade em negociar é destacada como algo que acontece no contexto da infecção e, no segundo, ela é enfatizada no contexto do atendimento da mulher já infectada, na negociação dessa mulher com o parceiro para evitar a re-infecção.

O uso desse repertório redimensiona a descrição de atendimento, já que não culpabiliza a mulher pela infecção ou re-infecção, e, ainda, cria um contexto em que a mulher possa conseguir recursos e apoio para lidar com as dificuldades que enfrenta na negociação sexual. Uma descrição de infecção que se atenta para o envolvimento de outras questões, além da perspectiva do risco, articula-se com uma descrição de atendimento que é perpassada por cuidado, por uma postura de escutá-las e por um espaço aberto para oferecer ajuda a essas mulheres no lidar com estas questões.

Entretanto, é importante destacar que a utilização desse repertório interpretativo abrange as mulheres que foram infectadas pela via sexual, sendo que as mulheres infectadas por meio do uso de drogas injetáveis não aparecem nessa descrição de dificuldade de negociar a prevenção.

Na conversa sobre o atendimento reconhecemos, novamente, a posição que estes profissionais criam para estas mulheres de responsáveis por negociarem o preservativo quando no trecho 2 o profissional destaca a importância da mulher “*tomar a postura de ter a camisinha, de pedir ao parceiro pra que use*”. Nessa argumentação percebemos a dificuldade apontada sendo justificada por questões de gênero como: “*envolve machismo mesmo*”, “*o que ele vai pensar dela*”, “*vai achar que ela não tem só um parceiro*” e “*ele nem aceita ela falar que tem aids e que pegou dele*”.

Mesmo descrevendo as dificultosas implicações das relações de gênero que perpassam a negociação do preservativo, estes profissionais continuam destacando a importância da mulher ser responsável por assumir uma postura de negociar o preservativo e, ainda, consideram que seu trabalho é ajudá-las nesta situação.

Nesse tipo de descrição, não se tem espaço para pensar a importância fundamental, diante deste contexto, de um trabalho com os homens, em conscientizá-los da importância de eles também terem a postura de negociar o preservativo para se prevenirem. Como observamos a

partir da fala do (a) profissional no trecho 2, é necessário que as próprias mulheres solicitem ajuda aos profissionais em relação a esta conversa sobre a negociação. Pode-se concluir que esse aspecto do atendimento tem sido negligenciado por estes profissionais.

Ao mesmo tempo em que evidenciamos um processo de legitimação da dificuldade de negociação, pode-se destacar, novamente, o distanciamento dos profissionais enquanto homens e mulheres que podem estar incluídos nesse contexto de vulnerabilidade social e de gênero. Essa questão me parece apropriada ao reconhecer que apesar dos profissionais do trecho 1 e 2 serem mulheres, podendo, eventualmente, enfrentar essa mesma dificuldade ao negociar o preservativo em suas relações, há um distanciamento em suas falas promovido pelo uso, em suas argumentações, de expressões como *“eu imagino”*, *“porque imagina”* e *“imagina então falar de preservativo”*, observados no trecho 1 ou, *“que eu fico imaginando que deve ser muito difícil pra elas”*, como vemos no trecho 2. Elas falam sobre a soropositividade a partir da posição como profissionais.

Esse distanciamento cria uma posição menos ameaçadora em relação à infecção por HIV/aids para estes profissionais, ao mesmo tempo em que os coloca no patamar de especialistas da infecção por HIV/aids em detrimento à uma posição de mulheres que vivem num contexto sexual vulnerável. Convidando o leitor a uma reflexão sobre as implicações práticas deste tipo de descrição, deve-se considerar a possibilidade de que esse distanciamento apareça implícito ou explicitamente na relação profissional-paciente durante o atendimento destas mulheres, o que pode sugerir, novamente, sentimentos que envolvem estigma, descriminalização e vergonha para as mesmas.

Por último, é importante considerar que o uso desta estratégia discursiva de distanciamento para falar do atendimento às mulheres portadoras, com uma psicóloga-pesquisadora que pode ser entendida como alguém que está ali para avaliar, também tem uma

função situacional no contexto da entrevista, entendida como uma busca por qualificar a si mesmos, posicionarem-se como bons profissionais, sendo responsáveis por promover um atendimento que abrange a dificuldade de negociar. Nesse contexto de entrevista, é perfeitamente coerente que os entrevistados falem do lugar de profissionais e não de sujeitos, homens e mulheres, que vivem essa situação em suas relações.

Além de uma descrição que destaca a complexidade da negociação sexual, também é possível apresentar a soropositividade a partir de um contexto mais amplo, trazendo outros aspectos além da negociação do preservativo, aproximando-se de uma descrição que possa incluir todas as mulheres, destacando um contexto que favorece a infecção.

6.1.4. Mulheres que vivem num contexto vulnerável

Este repertório é constituído por uma descrição da soropositividade que aponta o amplo contexto vulnerável em que a mulher está inserida, envolvendo, também, questões econômicas, sociais, sexuais, de gênero, além da subordinação física e sexual destacada no repertório anterior.

Expressões como “*drama social*”, “*pobreza*”, “*coletivo muito maior*” e “*essas mulheres se tornam vulneráveis*” são utilizadas neste repertório e buscam enfatizar que não há apenas um determinante envolvido no contexto da infecção. O uso desse repertório tem a função de mostrar que essa mulher vive em um contexto favorável à infecção por HIV/aids.

Assim como nos anteriores, esse repertório interpretativo é utilizado pelos profissionais em enunciados sobre a infecção, o viver com HIV em mulheres e sobre o atendimento a essas mulheres portadoras. Nos trechos seguintes mostrarei o uso deste repertório quando se fala sobre a infecção e viver.

1) A MULHER PORTADORA

Trecho 1

E: Ok, entendi. E o que você pensa sobre o contágio e a soropositividade feminina?

M: O que eu penso do contágio??

E: Isso. Do contágio e da soropositividade.

*M: Bom, é como eu te falei. **Pra mim não interessa como elas se tornaram soropositivas. Mas eu sei que essa mulher está envolvida num contexto, num drama social ... são pobres, não tem instrução, tiveram uma vida muito difícil, então tem tudo a ver com a vida delas. E é muito difícil lidar com isso. Então no meio disso tudo ainda tem a questão de acabarem se contaminando. É isso que eu penso, nesse drama social que envolve isso, num coletivo muito maior que faz com que essas mulheres se tornem vulneráveis.*** (Profissional 1)

Trecho 2

E: E o que você pensa sobre o contágio e a soropositividade feminina?

*M: **Pessoalmente eu sou contra sobre o que o ministério fala de feminização da aids. Se a mulher pega, ela pega de quem? Do homem! Então a gente não ta falando de feminização da aids, a gente ta falando da heterossexualização da aids. E mesmo assim, não sei se é correto pensarmos em heterossexualização né? (...)**A gente não pode pensar em tipo de contaminação, a soropositividade é igual pra todo mundo. A gente não pode trabalhar só com as mulheres, pensar em prevenção, em tratamento só para as mulheres. (...) Então eu acho que tem que se pensar nisso quando se fala de assistência, de soropositividade feminina. **Tem que se pensar sim que essa mulher se torna vulnerável a partir de algumas questões que a gente sabe que tem a ver com sexualidade, com as diferenças de homem e mulher que foram impostas pela sociedade, com a questão de gênero mesmo. Além da pobreza, das dificuldades econômicas. Mas não podemos pensar em mulheres que se contaminam porque tem comportamentos de risco, são promíscuas, nem em homens que se contaminam porque são homossexuais. É preciso que as pessoas entendam isso e os profissionais também.*** (Profissional 6)

Trecho 3

E: e como você tem visto o viver com o HIV/aids nessas mulheres?

*F: uéee, é como eu te falei...eu vejo que é muito sofrido, que envolve tantas questões...**não é uma coisa assim, como as pessoas costumam pensar sobre a pessoa que teve aids. Ah é...é aconteceu por isso ou por aquilo, porque fez isso ou aquilo. É a mesma coisa quando se pensa em viver com a doença. Aquela coisa de que todo mundo que tem aids é assim ou assado. Não é só isso. Tem muita coisa envolvida e também envolve muito sofrimento, muitas questões da sociedade que a gente vive, por isso que eu falo a questão do contexto dessas coisas. É muito complicado essas coisas, eu penso que a sociedade ainda tem muito o que aprender sobre o que é a aids, sobre como é viver com a aids...***(Profissional 3)

O uso deste repertório promove a inserção dessa mulher em um contexto social mais amplo como forma de entender a infecção, ocorrendo uma ampliação do individual para o coletivo.

Retomando o apontamento de que a análise realizada até aqui está muito relacionada aos conceitos teóricos da epidemiologia, o uso deste repertório, além de buscar uma inserção da mulher num contexto que propicia a infecção, também é uma aproximação ao conceito de vulnerabilidade.

No seu uso, os profissionais referem-se à perspectiva da vulnerabilidade, que pode ser evidenciada no primeiro trecho, em que é destacado o plano social do conceito, mostrando as dificuldades sociais e econômicas desta mulher. Neste mesmo trecho, o plano individual aparece quando se fala das histórias de vida dessas mulheres, mostrando como algumas características particulares favoreceram a infecção desta mulher.

No segundo trecho, podemos observar como ao falar da infecção já se dá destaque ao envolvimento destas questões no atendimento oferecido a essas mulheres, denunciando uma situação de vulnerabilidade e, ainda, realçando a importância do reconhecimento deste contexto pelos profissionais de saúde. Implicitamente, há um entendimento de que esses profissionais são uma das ferramentas de promoção de ações que englobam essas novas propostas de pensar o HIV/aids em mulheres.

Ainda no segundo trecho podemos perceber que esse repertório é utilizado pelo profissional para mostrar que essa infecção não está relacionada a “comportamentos individuais de risco” ou a “grupos de risco”, mas sim à coletividade, a um amplo contexto de vulnerabilidade. Como a fala do profissional destacada no trecho 1 ilustra, “*não interessa como essas mulheres se tornaram soropositivas*”, isso não é importante na compreensão de sua soropositividade. Nessa descrição não ocorre nenhum tipo de distinção entre as mulheres portadoras.

No terceiro trecho em que se conversa sobre o viver com HIV/aids, vemos esse mesmo posicionamento quando o (a) profissional coloca que não se deve pensar como costumeiramente

se faz em relação à essas questões, utilizando a expressão *“aconteceu por isso ou por aquilo”* e *“porque fez isso ou aquilo”* para destacar que a infecção não envolve apenas um aspecto ou outro, promovendo, assim, um distanciamento da concepção de “comportamento de risco”.

Para falar especificamente do viver com HIV/aids, o (a) profissional continua enfatizando a não rotulação do paciente soropositivo, dizendo que não se deve recorrer a concepção de que *“todo mundo que tem aids é assim ou assado”*, afirmando que viver a soropositividade envolve a *“questão do contexto”*.

Essa não-rotulação é enfatizada também para falar de como tem se entendido a soropositividade, inclusive no discurso epidemiológico utilizado pelo Ministério da Saúde na implementação de políticas de saúde do HIV/aids, através da formulação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST (Brasil, 2007), como vemos no trecho 2. O profissional se coloca contra as conceitualizações, enfatizando que o processo é muito mais complexo e destacando que *“a gente não pode pensar em tipo de contaminação, a soropositividade é igual pra todo mundo”*.

Esse aspecto enfatizado pelo profissional no segundo trecho é muito importante porque pode ser percebido como um espaço que se abre para pensar em um trabalho de prevenção e tratamento do homem, já que não há um entendimento da feminização que desconsidere o homem nas políticas de HIV/aids e, conseqüentemente, na assistência a saúde de portados.

O uso deste repertório pelos profissionais ao falar da infecção também tem a função, no contexto da entrevista, de se apresentarem diante do psicólogo-pesquisador como profissionais que estão atentos e atualizados em relação à nova dinâmica da epidemia e que procuram incluir as novas propostas teóricas e de compreensão da soropositividade aos seus entendimentos da mesma.

Apesar destas descrições compreenderem uma aproximação ao conceito de vulnerabilidade, inclusive destacando a importância dos profissionais neste novo entendimento, a fala dos profissionais não inclui o próprio serviço e as políticas de saúde que os orientam neste contexto de vulnerabilidade. Novamente, a mulher é protagonista da soropositividade, sendo agora destacada por um contexto geral de suscetibilidade. A vulnerabilidade do serviço de saúde, que se refere ao plano programático do conceito, não é pensada nem falada, promovendo um distanciamento do serviço desse contexto que está sendo descrito.

Esta descrição que enfatiza mais os planos individuais e sociais da vulnerabilidade do que o plano programático ajuda a minimizar, ou até mesmo excluir, o possível envolvimento das políticas do serviço de saúde e do atendimento oferecido na evolução da epidemia. Para continuar pensando essas questões apresento em seguida trechos em que há o uso deste repertório nas conversas sobre o atendimento oferecido a essas mulheres.

2) O ATENDIMENTO DAS MULHERES PORTADORAS

Trecho 1

E: tá bom...e você percebe alguma diferença no atendimento as mulheres portadoras do HIV/aids?

L: das mulheres?

E: é..no caso específico do atendimento delas..

(...)

*L: (...) Por causa da pobreza que está envolvida. Essas mulheres não tem transporte, não recebem vale-transporte e tem muita dificuldade de vir até aqui, sair com criança. Muitas moram lá naquele bairro da periferia, é muito longe! Então tem a questão da dificuldade financeira mesmo. Tudo bem, aqui elas tem tudo, tem acompanhamento, tem dentista, tem ginecologista, tem psicóloga, tem enfermeiro, mas não tem facilidade de acesso. **E isso é uma questão que eu penso também sobre como elas se contaminam né? A questão da vulnerabilidade. Então não só assim, se contaminou por causa disso e daquilo, porque elas são assim e assado, tem muito mais coisas envolvidas e a gente percebe isso no atendimento. Isso faz com que a gente pense melhor sobre quem são essas mulheres e como ajudá-las aqui e aí eu acho que a questão principal é ter abertura mesmo. Ouvi-las, entendê-las, a questão do tempo. Tempo é fundamental. Ter tempo pra elas. (Profissional 11)***

Trecho 2

E: Sim, entendi. E tem alguma outra diferença que você percebe no atendimento delas?

M: (...) Mas por essa mulher ter vivido e viver num contexto que favorece à contaminação. Vivem numa situação econômica, social, sexual e até mesmo de acesso à saúde muito precária. E a gente vê essas questões quando atende uma mulher. As especificidades do atendimento a uma mulher que vive uma situação determinada na nossa sociedade. Então pra mim o atendimento delas significa entrar em relacionamento com essas questões delas, saber que todas estão envolvidas nisso. Não é tratá-las como coitadinhas, mas também não falar que elas procuraram isso. É saber que tem uma história ali, de contaminação, de medicação, de família, que não é pior nem melhor, mas que é importante entrar em contato com essa história, que significa que elas vivem num contexto de vulnerabilidade. (Profissional 1)

Tentando compreender como essa descrição constrói e, ao mesmo tempo, sustenta uma outra descrição referente ao atendimento oferecido a essas mulheres, a análise desse repertório nos permite dizer que esta argumentação abre espaço para uma compreensão em que não existe a dicotomia das “duas soropositividades”, em que mulheres são posicionadas como vítimas ou culpadas - na fala do profissional no trecho 2 ‘coitadinhas’ e ‘procuraram isso’-, ao contrário existe apenas uma soropositividade que não é a da culpada pela infecção, mas sim uma soropositividade que se dá por um contexto de vulnerabilidade.

A partir desse repertório, além da infecção, as questões psicossociais tornam-se válidas no entendimento de como é para essas mulheres fazer esse acompanhamento. Nesta descrição, essas mulheres podem ser legitimadas e compreendidas nas diversas questões que envolvem a realização deste tratamento.

Na argumentação dos profissionais, a importância de entrar em contato com esse contexto é destacada, sendo usadas expressões como “ouvi-la”, “entendê-las” e “ter tempo pra elas” como formas de alcançar esse contato. Isso implica uma descrição em que mulheres, independente da forma de infecção, podem ser acolhidas e legitimadas nas suas queixas em relação à doença, ao tratamento, à medicação e, também, nas suas questões psicossociais, culturais, etc.

A fala do profissional no trecho 1 ilustra essa compreensão ao destacar que *“isso faz com que a gente pense melhor sobre quem são essas mulheres e como ajudá-las aqui no atendimento”*.

Essa construção da soropositividade promove uma nova descrição de atendimento assentada em termos prescritivos e ideais como 1) a forma com que esse atendimento deve ocorrer, como ilustrado no trecho 1 por deve envolver *“abertura do profissional”*, 2) a postura ideal do profissional no atendimento, ilustrado no trecho 1 por expressões como *“ouvi-las”* e *“entendê-las”* e 3) o que deve ser priorizado, ilustrado no primeiro trecho por *“ter tempo para elas”* e no segundo trecho por *“entrar em contato com a história delas”* e *“entrar em relacionamento com essas questões”*.

Essa descrição dos atendimentos está relacionada, principalmente, ao contexto clínico, à relação profissional-paciente. Não há uma descrição do serviço de saúde como uma instituição e um conjunto de práticas em saúde. Ao não se reconhecerem como o plano institucional deste contexto de vulnerabilidade que destacam, os profissionais prescrevem ao mesmo tempo em que simplificam a postura profissional e a relação profissional-portadora diante da epidemia, restringindo, assim, a necessária multiplicidade de ações neste campo.

7. Considerações Finais

Para finalizar este estudo, procuraremos destacar as principais contribuições que a análise nos proporcionou ao pensar em soropositividade feminina e sua assistência, diante das inquietações e curiosidades que a atuação no contexto da soropositividade feminina provocavam-me.

Nesse intuito, num primeiro momento retomaremos a metodologia de análise utilizada, o uso do conceito de repertórios interpretativos, tentando mostrar como esta contribui para a análise do discurso realizada e com os objetivos deste estudo.

Percorreremos, em seguida, um caminho em busca de respostas às indagações que fundamentam este estudo, a partir de uma análise crítica de como os conceitos da epidemiologia são apropriados pelos profissionais de saúde especializados em HIV/aids e utilizados no contexto interacional.

8.1. Considerações sobre o uso de repertórios interpretativos na análise

A partir da análise do corpus foi possível descrever alguns repertórios interpretativos usados por profissionais de saúde para falarem da soropositividade feminina e do atendimento oferecido a estas mulheres. Observamos que estes profissionais usaram quatro repertórios para

dar sustentação aos seus posicionamentos profissionais assumidos no contexto da entrevista, buscando muitas vezes a legitimidade do discurso epidemiológico para alcançar esse objetivo.

Apresento, na página seguinte, um quadro-síntese (Figura 1) destes repertórios que proporciona uma melhor visibilidade da análise realizada e mostra, de forma resumida, os repertórios construídos, suas funções no contexto conversacional, as implicações de seus usos e as articulações possibilitadas.

Potter e Wetherell (1996) destacam que é por meio dos repertórios interpretativos que podemos entender a dinâmica e a variabilidade das produções lingüísticas humanas, ou seja, a variabilidade freqüentemente encontrada nas comunicações cotidianas, quando repertórios são misturados de maneiras pouco usuais, obedecendo a uma linha de argumentação.

A análise realizada também permitiu entendermos essa dinâmica, evidenciando como estes repertórios não pertencem a uma classe social definida, estando disponíveis socialmente e, portanto, podendo ser utilizados de diferentes maneiras por vários profissionais, dependendo da intencionalidade envolvida no contexto dialógico.

Desse modo, em seus relatos, os profissionais mesclam o uso de repertórios, usando-os em determinados momentos para justificar determinado assunto ou, ainda, recorrendo a mais de um repertório combinando seus usos.

Evidenciar tal dinâmica é importante para que possamos compreender a complexidade que envolve a construção de sentidos pelos profissionais de saúde sobre a soropositividade feminina e sua assistência.

Os trechos retomados na Figura 2 permitem vislumbrarmos, inicialmente, como ocorre tal processo no uso dos repertórios pelos diferentes profissionais. Dependendo do momento da entrevista, o profissional 7 usou três diferentes repertórios para sustentar sua argumentação.

Figura 1 – Síntese dos repertórios interpretativos, suas funções, implicações e articulações

Repertórios	Função	Implicação	Articulação entre descrição portadora e atendimento
Duas mulheres: vítimas e culpadas	Fazer uma distinção entre as mulheres que se infectam, mostrando a relação da infecção com os “grupos de risco” aos quais essas mulheres fazem parte.	Dicotomia: - mulheres que se infectam por uso de drogas injetáveis ou por ter vários parceiros são culpadas - mulheres que se infectam por um parceiro estável são vítimas.	Dicotomia: -para as vítimas há compreensão e acolhimento -para as culpadas há pouco espaço para conversa e dificuldade de compreensão da soropositividade.
Mulheres irresponsáveis	Mostrar que a mulher é responsável pela infecção porque teve um “comportamento de risco” que é o não uso do preservativo.	Mulheres culpadas, irresponsáveis, que não se cuidam.	Atendimento em que há pouco espaço para as queixas dessas mulheres, as suas vivências sociais, culturais, psicológicas e emocionais após o diagnóstico.
Mulheres que têm dificuldade de negociar o preservativo	Mostrar que a mulher não é única e exclusivamente a responsável pela infecção e que esta ocorre a partir de um complexo contexto de negociação.	- Mulheres situadas num contexto de subordinação social, econômica e sexual. - Mulheres responsáveis pela negociação do uso do preservativo.	Atendimento - envolve questões complexas e abre espaço para oferecer ajuda a essas mulheres no lidar com estas questões. - ajudar as mulheres na negociação do preservativo.
Mulheres que vivem num contexto vulnerável	Denunciar que esta mulher está inserida em um contexto social e cultural que favorece a infecção.	Mulher que não é nem vítima nem culpada, mas que está inserida em um amplo contexto de vulnerabilidade.	Atendimento que abre espaço para legitimar e compreender as questões psicossociais envolvidas na soropositividade feminina.

Figura 2 – Trechos que ilustram a dinamicidade do uso de repertórios

PROFISSIONAL 7	
REPERTÓRIO USADO	TRECHO ILUSTRATIVO
Duas Mulheres: vítimas e culpadas	<p><i>L: Porque no caso da mulher tem aquelas que pegaram do marido ou do namorado e tem aquelas que nem sabem de quem pegaram ou que usam droga. Aí tem as complicações né? Porque a gente entende melhor essa mulher que pegou do parceiro, porque a gente sabe que ela não tem culpa né? Quem imagina que o marido vai trazer essas coisas pra dentro de casa? Elas não imaginam... então o atendimento delas é mais ... Como que eu vou dizer? A gente escuta mais, conversa, cuida dessa mulher que está sofrendo muito com a situação. Então eu vejo essas diferenças...</i></p> <p><i>E: e você disse que é diferente né, em relação as mulheres que se contaminam por ter relação sexual com vários parceiros ou pelo uso de drogas. E como é que é lidar com essas outras?</i></p> <p><i>L: É. Aí é diferente né? Porque às vezes não tem muito o que conversar. Porque você sabe que elas têm um monte de parceiros, que não se cuidam. E a usuária é mais complicada ainda. Porque ela tem um vício e ela precisa tratar isso também e a maioria não trata. É isso que eu vejo de diferente sabe...</i></p>
Mulheres irresponsáveis	<p><i>L: Essa questão do viver é difícil, mas eu acho que tem muita mulher irresponsável sabe? Porque como eu estava te falando tem gente que até melhora a qualidade de vida quando passa a fazer o tratamento, porque as condições que viviam eram tão ruins que melhora muito quando começa a receber o auxílio médico daqui, o dentário, o psicológico, o auxílio transporte e alimentação que elas também têm. Mas vejo que além delas não terem avaliado o risco que corriam, de não terem pensado, elas continuam vivendo como se nada tivesse acontecido, não cuidam, não se preocupam.</i></p>
Mulheres que tem dificuldade de negociar o preservativo	<p><i>L: O contágio assim...é um fator complicado da parte feminina porque a gente que tem a experiência de lidar com elas no dia-a-dia nós temos o conhecimento que a negociação com o parceiro, éee isso dificulta muito a prevenção e onde éee ... acaba que a cada dia mais o contágio está aumentando. Então assim, pra mulher é muito difícil que no momento que ela começa a se relacionar com uma pessoa éeee, durante um tempo, às vezes num é uma questão nem de tempo né? Isso vai mesmo da afinidade ali do relacionamento da pessoa, mas pra ela determinar que haja uma prevenção é muito difícil, então...o meu ponto de vista em relação ao contágio, que às vezes a gente vê que aumenta a cada dia mais, essa questão também do relacionamento com o parceiro...eu acho muito dificultoso.</i></p>

A construção dos quatro repertórios proporcionou que realizássemos uma análise crítica, demonstrando o caráter constitutivo dos discursos, por meio de um processo que apresenta como as descrições da soropositividade feminina produzem e, ao mesmo tempo, sustentam certas descrições do atendimento às mulheres. Diante da primazia do reconhecimento deste processo de articulação de sentidos, a dinamicidade dos repertórios não foi sistematicamente mostrada na análise realizada, mesmo sendo possível visualizá-la durante o processo analítico.

Ao nomear repertórios, mostrar suas características, suas funções e implicações, reconheceu-se tal processo de articulação de sentidos que evidencia o discurso como prática social. O uso de tais repertórios interpretativos apontou para a necessidade de se pensar em como a mulher portadora tem sido descrita, ou seja, qual é a visão que os profissionais têm da mulher portadora, quando se discute a assistência à sua saúde.

Neste sentido, pode-se destacar como o uso do conceito de repertórios interpretativos contribui não só com os objetivos da pesquisa, como também para os estudos no campo do HIV/aids, mostrando a necessidade de se refletir sobre os saberes que são empregados no entendimento do HIV/aids, já que estes têm função constitutiva e reguladora na forma com que se descreve a vivência da doença e seu tratamento.

8.2. Soropositividade feminina e atendimento: sentidos que se articulam

Ao iniciar esta pesquisa não imaginávamos que os sentidos sobre a soropositividade feminina pudessem influenciar de maneira tão significativa as descrições do atendimento oferecido. Ao reconhecermos essa articulação, alguns temas específicos chamaram a atenção no processo de ir um pouco mais adiante nas reflexões propostas no início deste trabalho.

Não nos propomos, aqui, a sugerir soluções mágicas e definitivas para um contexto complexo. Isso abre caminho para explicações simplistas. Entretanto, consideramos relevante discutirmos as questões elucidadas pela análise das conversas com os profissionais em contexto de entrevista, entendendo que elas abarcam o cotidiano deste serviço especializado em HIV/aids que, por sua vez, é um construtor de práticas.

A análise dos quatro repertórios nos permite concluir que os profissionais que atuam no contexto do HIV/aids vêm construindo e vivenciando uma prática profissional muito relacionada aos conceitos teóricos difundidos pela epidemiologia. Eles tentam tornar seus discursos coerentes com as vozes da epidemiologia na construção do HIV/aids.

Podemos dizer que quando estes profissionais conversam sobre a soropositividade feminina, o discurso da epidemiologia ultrapassa as questões de prevenção, indo até a vivência da doença e o atendimento oferecido. Neste sentido, é necessário refletir sobre como abordá-los no contexto da saúde para que as implicações do seu uso cotidiano sejam mais positivas, eficazes e benéficas.

Sendo assim, propomos então uma discussão a partir de uma breve retomada das indagações que fundamentam este estudo, partindo de uma análise crítica de como os conceitos da epidemiologia são incorporados e apropriados pelos profissionais de saúde especializados em HIV/aids.

A apresentação do repertório “Duas mulheres: vítimas e culpadas” mostra uma descrição marcada pelo conceito de “grupo de risco” que relaciona nitidamente o tipo de infecção ao atendimento que é oferecido. Esta evidencia como a ótica de gênero é incluída nestes relatos. Mostramos como os entendimentos sobre o corpo feminino pautado pelo discurso médico, embora tenham se transformado, em alguns sentidos permanecem inalterados. Tal é o caso da redução do sexo a um comportamento adequado à procriação e não relacionado ao prazer. Os

profissionais acabam por criar explicações para a soropositividade feminina a partir de seus papéis definidos socialmente, explicitando como os estereótipos de gênero aparecem também na relação profissional-paciente.

Os relatos marcados pelo conceito de “comportamento de risco” implicam num posicionamento da mulher como alguém irresponsável e que não se cuida, sustentando uma descrição de mulher que não pode ser cuidada. A análise nos permite concluir que, muitas vezes, as questões psicossociais dessas mulheres não têm sido entendidas como um aspecto do atendimento a ser abordado pelos diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde. Tipicamente, são entendidas como questões a serem abordadas por uma especialidade profissional, a Psicologia ou a Assistência Social.

Tal fato aponta para a dificuldade dos profissionais em atenderem, nas suas ações de promoção e recuperação, todo o elenco de problemas de saúde que afetam a mulher, o que se torna especialmente problemático diante do entendimento atual de que esta é uma questão fundamental para se avaliar a qualidade do serviço de saúde prestado à mulher.

Ainda por meio da apresentação do repertório “Mulheres irresponsáveis” mostramos a dificuldade presente em alguns momentos das entrevistas em situar o atendimento a partir de uma perspectiva de co-responsabilidade. O que ocorre é que a paciente aparece como única responsável pela qualidade ou sua falta no contexto do serviço. Isso aponta para um outro desafio, já que nos debates do cuidado à saúde tem se entendido que pensar em uma postura profissional “cuidadora” remete a considerar uma atenção especial às necessidades destas mulheres, ou seja, ao que elas consideram importante para que sejam bem atendidas, que, por sua vez, promove diálogo, comunicação e, ainda, sugere uma relação profissional-paciente próxima.

Percebemos que a avaliação do atendimento oferecido é, na maioria das vezes, realizada a partir das expectativas dos próprios profissionais em relação às pacientes, do que elas consideram

necessário e importante para que o atendimento ocorra de forma positiva, sendo que não se fala destas questões em termos das necessidades das mulheres. Isso pode, em algumas situações, levar a um descompasso entre o que o atendimento promove e o que essas mulheres precisam.

Nesse caso, há um foco na doença que essas mulheres carregam, seu diagnóstico e o tratamento a ser seguido, em detrimento de um foco na paciente e nas suas necessidades a partir do diagnóstico de HIV/aids. Instaura-se um processo que pode levar à insatisfação tanto dos profissionais quanto das usuárias.

Cada vocabulário do discurso da epidemiologia retomado para se falar de soropositividade feminina promove estratégias diferentes de assistência a essas mulheres. Ao mesmo tempo, percebemos que essa prática não acompanha o movimento discursivo da epidemiologia e os debates gerais em saúde.

Notamos o predomínio do uso do vocabulário do risco nas descrições sobre a mulher portadora e seu atendimento, em detrimento de conceitos e imagens relativas à vulnerabilidade. Apesar de seu questionamento no discurso epidemiológico da epidemia de aids, esse conceito ainda permanece no vocabulário destes profissionais. Seu uso promove uma omissão da participação do homem quando se fala do contexto de infecção e também do atendimento que é oferecido.

Na apresentação do repertório “Mulheres que têm dificuldade de negociar o preservativo” também mostramos o lugar peculiar reservado aos homens. Apesar de não recorrerem ao conceito de “risco” e de apontarem os homens ao descreverem um contexto de infecção, os profissionais posicionam as mulheres como plenamente responsáveis pela negociação e, ainda, “esquecem” deles ao relatarem os cuidados da saúde da mulher. Nesta descrição, não se tem espaço para pensar a importância do trabalho com eles, em conscientizá-los de também serem responsáveis

por pedir o uso do preservativo. Mesmo os profissionais reconhecendo a dificuldade que envolve a negociação, as mulheres precisam pedir a eles (os profissionais) que as ajudem nesse processo.

Dessa maneira, pode-se entender que a dinâmica da feminização tem provocado um foco na mulher como sujeito isolado. Isso pode tornar-se uma dificuldade quando se tem por consequência um processo de descuido no trabalho de prevenção e tratamento do homem, do parceiro desta mulher, seja ele portador ou não do HIV/aids. Destacamos esse processo, porque a feminização da epidemia e a mulher portadora não existem independentemente dos homens.

No uso do repertório “Mulheres que vivem num contexto vulnerável”, uma questão que chama atenção é o protagonismo da mulher e de suas questões psicossociais nesse contexto de vulnerabilidade. Apesar desse reconhecimento da inserção social da mulher e os desafios para seu cuidado, o emprego do conceito de vulnerabilidade não implica num reconhecimento da vulnerabilidade do serviço, nem de como este serviço e suas ações de prevenção e tratamento também fazem parte deste contexto de vulnerabilidade em que a mulher está inserida.

A partir da análise dos quatro repertórios reconhecemos que a prática em saúde ainda é marcada pelo modelo biomédico e pela especialização profissional. Como pudemos perceber, as novas demandas trazidas para o serviço de saúde, envolvendo aspectos sociais, como a relação familiar, a relação com o marido, as dificuldades na vida escolar, entre outros, exigem dos profissionais outras habilidades, como a escuta e a comunicação, que vão além dos conhecimentos estritamente biomédicos. Diante disso, a formação destes profissionais requer outros atributos que ampliem a sua atuação.

Destaca-se, como já colocava Grosseman e Patrício (2004), a necessidade de se ampliar o ensino, incorporando conhecimentos das áreas humanas, além da teoria biomédica. Neste sentido, é relevante considerar a importância de uma prática reflexiva em oposição a uma prática automatizada.

Sobre isso também podemos mencionar que poucas referências aos outros profissionais da equipe são feitas nessas conversas. A única que ocorre é em relação aos encaminhamentos feitos para as profissionais de Psicologia e Assistência Social. Isso pode estar relacionado ao modelo de especialização profissional que destacamos anteriormente. Tal modelo sugere uma relação na equipe em que cada um elabora suas próprias regras cotidianas, podendo haver o risco de desencontros entre as várias linhas de trabalho.

Apesar desses entendimentos serem possíveis, consideramos essencial destacar suas limitações, já que neste estudo não realizamos uma análise específica e profunda sobre como se dá a relação na equipe de saúde.

A compreensão dos sentidos produzidos por estes profissionais sobre a soropositividade feminina e o atendimento oferecido favoreceu uma reflexão sobre as implicações do uso atual destes conceitos nos cuidados à saúde da mulher portadora. Além disso, aprofundamos na compreensão da qualidade dessa assistência a partir dos saberes empregados no contexto do cuidado à saúde das portadoras.

Após fazermos estas considerações, devemos explicitar que o objetivo não é desresponsabilizar as mulheres ou culpabilizar os profissionais, mas, sim, discutir as implicações práticas das construções de soropositividade que fazemos e que acabam por produzir e sustentar as práticas de atendimento à mulher portadora. O interesse está em refletir sobre essas construções para que consigamos ajudar essas mulheres de uma maneira cada vez mais eficaz, proporcionando a tão buscada qualidade do serviço de saúde.

8. Referências.

Aguiar, J. M. de & Giffin, K. M. (2004). **Mulheres, AIDS e o Serviço de Saúde: Interfaces**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Amaro, S. T. A. (2005) A questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Saude soc.**, (14) 2. Recuperado em 19 de abril, 2009, de www.scielo.br

Arihla, M. (2002). Políticas Públicas de Saúde, Mulheres e DST/aids: reajustando o olhar. **Coleção Abia, Saúde Sexual e Reprodutiva**, (4). Recuperado em 09 de setembro, 2007, da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS): www.abiaids.org.br

Ayres, J. R. C. M., Júnior, I. F., Calazams, G. J. & Salleti-Filho, H. C. (1999). Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de Aids. In: R. M. Barbosa e R. Parker (Org.), **Sexualidades pelo Avesso** (pp. 49-72). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

Ayres, J. R. C. M. (1996). **HIV/Aids e Abuso de Drogas entre Adolescentes: Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas**. São Paulo: Casa de Edição, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Bastos, F. I. (2001). A feminização da epidemia de aids no Brasil: Determinantes Estruturais e alternativas de enfrentamento. **Saúde Sexual e Reprodutiva** (3). Recuperado em 11 de fevereiro, 2008, de ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de aids): www.abiaids.org.br

Bastos, F. I., Telles, P. R., Castilho, E. A. & Barcelos, C. (1995) A epidemia de aids no Brasil. In: M. C. S. Minayo (Org), **Os muitos brasis: Saúde e população na década de 80**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec & ABRASCO.

Brasil, Ministério da Saúde. (2004) **Boletim Epidemiológico – Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 54p. Recuperado em 10 de fevereiro, 2008, de Ministério da Saúde: www.aids.gov.br.

Brasil. Ministério da Saúde. (2007) Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST**. Brasília, DF, 2007.

Boretto, M. C. (2000). Gênero e modelo de gestão em saúde: a experiência do Rio de Janeiro. In: A. M. Costa, E. Merchán-Hamann & D. Tajer (Org.), **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas** (pp. 50-62). Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Brito, A. M. , Castilho, E. A. de & Szwarcwald, C. L. (2001) AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, (34) 2. Recuperado em 13 de agosto, 2006, de www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf

Burr, M. (1999) What does it mean to be a person? The person as discourse-user. In: V. BURR, **An Introduction to Social Constructionism** (pp. 113-124). USA and CANADA: Routledge

Campos, G.W.S. (2005). Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** (9) 17. Recuperado em 02 de fevereiro, 2009, de www.scielo.br

Campos, G. W. S. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: E. E. MERHY & R. ONOCKO (Org.), **Agir em saúde: um desafio para o público** (pp. 229-266). São Paulo: Hucitec.

Costa, A. M. (1999). Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: K. Giffin. & S. H. Costa (Org.), **Questões da saúde reprodutiva** (pp. 25-33). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Crevelim, M. A. & Peduzzi, M. (2005). Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Revista Ciência e saúde coletiva**, (10) 2. Recuperado em 08 de setembro, 2007, de www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a10v10n2.pdf

Deslandes, S. & Ayres, J. R. C. M. (2005, julho/setembro). Humanização e cuidado em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, (10) 3. Recuperado em 02 de fevereiro, 2009, de www.scielo.br.

Donnangelo, M. C. & Pereira, L. (1979). **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades.

Duarte, R. (2002). Pesquisa Qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, 115, 139-157.

Ferreira, J. (2005, setembro/dezembro). O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade** (14) 3. Recuperado em 02 de fevereiro, 2009, de www.scielo.br.

Ferreira, F. C. (2007) **As condições que levam as mulheres soropositivas ao HIV/Aids a abrir sua privacidade de suas informações às equipes do Programa Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Ferreira, F. C.; & Nichiata, L. Y. I. (2008) Mulheres vivendo com aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. **Rev. esc. enferm.**, (42) 3. Recuperado em 19 de abril, 2009, de www.scielo.br

Foucault, M. (1980). **História da Sexualidade I – a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal.

- Foucault, M. (1982). **Microfísica do Poder** (5ª ed). Rio de Janeiro: Graal.
- Freitas, M.R.I.de; Gir, E. & Rodrigues, A.R.F. (2000). Dificuldade sexual vivenciada por mulheres em crise de HIV-1. **Revista latino-americana de Enfermagem**, (8) 3. Recuperado em 08 de fevereiro, 2008, de www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12402.pdf.
- Galvão, M. T. G.; Cerqueira, A. & Marcondes-Machado, J. (2004). Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/aids através do HAT-Qol. **Cadernos de Saúde Pública**, (20) 2. Recuperado em 08 de fevereiro, 2008, de www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a03.pdf.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. **American Psychologist**, 40, 266-275.
- Gergen, K. J. (1996a). La Crisis de La Representación Y La emergencia de la construcción Social. In: K. J. Gergen, **Realidades y Relaciones – aproximaciones a la construcción social** (pp. 51-88) . Barcelona: PAIDÓS.
- Gergen, K. J. (1996b). El Construccinismo em tela de juicio. In: K. J. Gergen, **Realidades y Relaciones – aproximaciones a la construcción social** (pp.89-123). Barcelona: PAIDÓS.
- Giffin, K. (1995). Estudos de Gênero e saúde coletiva: Teoria e Prática. **Saúde em Debate**, (46), 29-33.
- Giffin, K. (1999). Corpo e conhecimento na saúde sexual: uma visão sociológica. In: K. Giffin. & S. H. Costa (Org.), **Questões da saúde reprodutiva**, (pp. 34-47). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gonçalves, E.H. & Varandas, R. (2005). O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. **Ciência e saúde coletiva**, (10) 1. Recuperado em 09 de agosto, 2006, de www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a23v10n1.pdf
- Grossemann, S. & Patrício, Z. M. (2004). A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a formação da educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, (28) 2, 99-105.
- Ibáñez, T. (2004). O giro lingüístico. In: L. Iñiguez (Org). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais** (pp. 19-49). Petrópolis: Vozes.
- Iñiguez, L. (2004). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis: Vozes.
- Iñiguez, L. (2004). Prática da Análise do Discurso. In: L. Iñiguez (Org). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais** (pp. 5-104). Petrópolis: Vozes.
- Knauth, D. R. (1999). Subjetividade Feminina e Soropositividade. In: R. M. Barbosa & R. Parker (Org.), **Sexualidades pelo Averso** (pp. 121-136). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Laqueur, T. (1994). **Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud**. Cambridge: Harvard University Press.

Lowndes, C. M. (1999). Doenças sexualmente transmissíveis na mulher. In: K. Giffin. & S. H. Costa (Org.), **Questões da saúde reprodutiva** (pp. 67-79). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Machado, R.; Loureiro, A.; Luz, R. & Muricy, K. (1978). **A danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal.

Martin, E. (1992). **The Woman in the Body. A Cultural Analysis on Reproduction**. Boston: Beacon Press.

Mann, J. & Tarantola, D. J. M. (1996). **Aids in the world II**. New York: Oxford University Express.

Medeiros, H. J. (2000). Saúde: equidade, controle social e gênero. In: A. M. Costa, E. Merchán-Hamann & D. Tajer (Org.), **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas pública** (pp. 23-39). Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Mello, V. A. de & Malbergier, A. (2006). Depressão em mulheres infectadas pelo HIV. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. (28) 1. Recuperado em 08 de fevereiro, 2008, de www.scielo.br/pdf/rbp/v23n3/a09v23n3.pdf

O'Leary, S. & Cheney, B. (1993). **A Tripla Ameaça: Mulheres e Aids: Dossiê Panos**. Rio de Janeiro: ABIA/Recife

Paiva, V. (202) Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface**, (6)11. Recuperado em 19 de abril, 2009, de www.scielo.br

Peduzzi, M., Schraiber, L. B. , Sala, A. , Nemes, M. I. B. , Castanhera, E. R. L., & Kon, R. (1999) Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e saúde coletiva**, (4) 2. Recuperado em 10 de setembro, 2007, de www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf

Pinheiro, O. G. (2004). Entrevista: uma prática discursiva. In: M. J. Spink (Org). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. (pp. 183-214). São Paulo: Cortez.

Pinheiro, R.; Mattos, R. (2003). **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO.

Potter, J. (1996). Discourse Analyses and Constructionist Approaches: Theoretical Background. In: J. T. E. Richardson (Org.), **Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences** (pp. 125-140). Leicester: BPS Books.

Potter, J. & Wetherell, M. (1987). **Discourse and social psychology**. London: Sage Publications.

Potter, J. & Wetherell, M. (1995). Discourse Analysis. In: J. A. Smith, R. Harré & L. V. Langenhove (Org.), **Rethinking Methods in Psychology** (pp.80-93). London: SAGE.

Rasera, E. F. (2000). **Grupo de Apoio Aberto para pessoas portadoras do HIV: negociando diferenças**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Rasera, E. F., & Japur, M. (2001). Contribuições do pensamento construcionista para o estudo da prática grupal. **Psicol. Reflex. Crit.**, (14)1, 201-209.

Rasera, E. F., & Santos, L. A. (2006). **A construção social da mudança em grupos de apoio para pessoas portadoras do HIV**. Relatório não publicado, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil.

Rojo, L. M. (2004) A fronteira interior – análise crítica do discurso: um exemplo sobre “racismo”. In: L. Iñiguez (Org.). **Manual de análise do discurso em ciências sociais** (pp. 206-257). Petrópolis: Vozes.

Rosenberg, P.S. (1995). **Scope of the aids epidemic in the United States**. *Science* (82), 1473-1478.

Saldanha, A. A. W. (2003) **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. Tese de Doutorado em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Saldanha, A. A. W, Figueiredo, M. A. C., Coutinho, M. da P. (2004). **Atendimento Psicossocial à aids: a busca pelas questões subjetivas**. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16 (3). Recuperado em 12 de março, 2008, de <http://www.uff.br/dst/revista16-3-2004/11.pdf>

Santos, N. J. S., Buchalla, C. M., Fillipe, E. V., Bugamelli, L., Garcia, S., & Paiva, V. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública**, (36) 4. Recuperado em 15 de agosto, 2006, de www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11159.pdf

Silva, J. A. & Damalso, A. S. W. (2002) O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos em saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, (6) 10. Recuperado em 19 de abril, 2009, de www.scielo.br

Silver, L. D. (1999). Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: K. Giffin. & S. H. Costa (Org.), **Questões da saúde reprodutiva** (pp. 59-71). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Silverman, D. (2001). **Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text and interaction** (2º ed.). London: Sage.

Souza, W. S. & Moreira, M. C. N. (2008, abril/junho). A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, (12) 25. Recuperado em 02 de fevereiro, 2009, de www.scielo.br

Spink, M. J. P. (1999). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. P. (2004). **Linguagem e produção de Sentidos no Cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Spink, M. J., & Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: M. J. Spink (Org.), **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano** (pp. 41-61). São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. & Menegon, V. M. (2004a). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: M. J. Spink (Org.), **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano** (pp. 63-92.). São Paulo: Cortez.

Spink, M. J., & Menegon, V. M. (2004b). Práticas Discursivas. In: L. Iñiguez (Org). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais** (pp. 258-311). Petrópolis: Vozes.

Spink, M. J. (2007, janeiro/abril). Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacafonia da demanda. **Saúde e Sociedade**, (16), 1. Recuperado em 02 de fevereiro, 2009, de www.scielo.br.

Sucupira, A. C. (2007, setembro/dezembro). A importância do ensino na relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, (11) 23. Recuperado em 02 de fevereiro, 2009, de www.scielo.br.

Szwarcwald, C. L, Bastos, F. I., Esteves, M. Â. P., & Andrade, C. L. T. de (2000). A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, (16). Recuperado em 15 de agosto, 2006, de www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2209.pdf

Tunala, L. (2002). Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Revista de Saúde Pública**, (36) 4. Recuperado em 08 de fevereiro, 2008, de www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11160.pdf.

Tunala, L., Paiva, V., Ventura-Filipe, E., Santos, T. L. L., Santos, N., & Hearts, N. (2000). Fatores Psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos Cuidados de Saúde. In: P. R. Teixeira, V. Paiva & E. Shimma (Org.), **Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo** (pp. 83-113). São Paulo: Nepaids.

Valle, C. G. (2002). Identidades, doença e organização social: um estudo das "Pessoas Vivendo com HIV e AIDS". **Horizontes antropológicos**, (8) 17. Recuperado em 09 de agosto, 2006, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br

Vermelho, L.L; Simões-Barbosa, R. H. S. & Nogueira, S. A. (1999). Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, (15) 2. Recuperado em 08 de fevereiro, 2008, de www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000200021&script=sci_pdf.

Villela, W. V. (1999) Prevenção do HIV/AIDS, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: R. M. Barbosa & R. Parker (Org.), **Sexualidades pelo Averso** (pp. 199-214). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

Villela, W. V. & Sanematsu, M . (2003). Mulheres com HIV/aids: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. **Dossiê Instituto Patrícia Galvão**. Recuperado em 29 de fevereiro de 2008, de http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie_mulheres_com_hiv aids.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Roteiro de Entrevista semi-estruturada

Nome:

- 1) Qual seu percurso no trabalho com HIV/aids?
- 2) Você percebe diferenças ao lidar com os diversos pacientes? Quais seriam?
- 3) Você percebe alguma diferença no atendimento a mulheres portadoras do HIV/aids?
 - Quais?
 - Como você se comporta nestas situações?
 - Quais as facilidades / dificuldades no trabalho / cuidado com elas?
 - O que faz para lidar com as dificuldades?
- 4) Você acha que seus colegas de trabalho também percebem essas diferenças?
- 5) O que você pensa sobre o contágio e a soropositividade feminina?
- 6) Se você fosse mudar algo no atendimento a essas mulheres, o que seria?
- 7) Tem alguma coisa sobre este assunto que eu não perguntei e que você gostaria de relatar?

Data de Nascimento:

Sexo:

Ocupação na Instituição:

Formação Profissional:

Tempo de trabalho na instituição:

APÊNDICE 2. Características sócio-culturais dos profissionais que compõem a equipe de saúde.

Profissional	1	2	3	4	5
Idade	52 anos	57 anos	29 anos	44 anos	39 anos
Gênero	masculino	feminino	feminino	feminino	feminino
Escolaridade	Pós-graduado	Especialista	Superior Completo	Superior Completo	Superior Completo
Tempo de trabalho na Instituição	6 anos	4 anos	3 anos	4 anos	1 ano

Profissional	6	7	8	9	10
Idade	52 anos	28 anos	24 anos	28 anos	58 anos
Gênero	feminino	feminino	feminino	masculino	feminino
Escolaridade	Superior Completo	Superior Completo	Superior Incompleto	Superior Incompleto	1º grau completo
Tempo de trabalho na Instituição	5 anos e 3 meses	6 anos	3 anos e 6 meses	4 anos	4 anos

Profissional	11	12	13	14
Idade	47 anos	32 anos	33 anos	36 anos
Gênero	masculino	feminino	masculino	feminino
Escolaridade	Mestre em Saúde Coletiva	2º grau completo	Superior Completo	2º grau completo
Tempo de trabalho na Instituição	2 anos e 6 meses	1 ano	1 ano e 7 meses	2 anos

APÊNDICE 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA



Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado
Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Eu, _____, aceito participar do estudo intitulado “Os sentidos construídos pela equipe de saúde sobre a soropositividade feminina” realizado por Lívia Andrade Santos sob a orientação do Prof. Emerson F. Rasera.

Declaro estar ciente que este estudo tem a finalidade de compreender os sentidos do HIV/aids em mulheres e sua vivência para uma equipe de profissionais de saúde, objetivo da pesquisa.

Minha aceitação significa que concordo em participar de um grupo e uma entrevista que abordará questões sobre mulheres soropositivas e equipe de saúde.

Fui assegurado de que esse estudo não oferece risco à minha saúde e que poderei me beneficiar dele com a oportunidade de ter um espaço onde possa conversar sobre minhas experiências sobre o tema desse estudo. Declaro também que:

- a) Estou aceitando voluntariamente, e sem remuneração, a participação nesse estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso;
- b) Posso deixar de participar do estudo, a qualquer momento, se eu desejar, sem que isso me cause qualquer prejuízo;
- c) Fui assegurado que minhas informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa, cujos resultados serão sempre divulgados de forma a não me identificar;
- d) As fitas resultantes da gravação dos grupos e das entrevistas serão destruídas ao final desta pesquisa, sendo que as transcrições resultantes das gravações constituirão um banco de dados que será utilizado em futuras análises com outros enfoques, sempre garantindo a não-identificação dos participantes.
- e) Poderei entrar em contato com a pesquisadora Lívia Andrade Santos (*) e com PROF. EMERSON F. RASERA (*) para tratar de qualquer situação relacionada à minha participação nesse estudo, caso eu julgue necessário.

Pesquisador: _____ Assinatura: _____

Participante: _____ Assinatura: _____

Cidade, ___ de _____ de 2007.

* Pesquisadora: Lívia Andrade Santos- Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará, 1720, bloco 2C, Fone: 32182701.

*Prof. Emerson Rasera – Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará, 1720, bloco 2C, Fone: 32182235.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia – Fone: 32394131

APÊNDICE 4. Transcrição de uma entrevista.

E: posso começar F.?

E: então vamos lá, já está gravando. Bom a primeira coisa que eu gostaria de saber pra começarmos essa conversa é sobre o seu percurso no trabalho com HIV/ aids. Me fale um pouquinho de quando começou, em que contexto, etc.

F: Tá bom. Então...eu comecei a trabalhar aqui há quase 3 anos. Na verdade eles tinham uma outra (profissional) e eu entrei substituindo ela. No início foi um pouco complicado porque fiquei um pouco receosa de trabalhar aqui sabe...com esta população que eu nunca tinha trabalhado antes né, é...um contexto novo pra mim né? E também foi um pouco difícil porque eu senti um pouco de resistência da equipe quando entrei, assim...claro que hoje não tem isso, já ta todo mundo acostumado, mas no início foi um pouco mais complicado. Mas isso nem existe mais. Na verdade eles já estavam acostumados a trabalhar com a outra (profissional), eu era uma substituta e também eles ficaram um bom tempo sem uma (profissional)no serviço porque a (profissional) anterior saiu em setembro e eu só fui tomar posse e assumir o cargo aqui na instituição em março. Então assim, foi algo novo pra mim. Agora sobre o meu trabalho aqui na instituição...o que eu faço, essa coisas é...é quer dizer, te interessa saber sobre como é o meu trabalho aqui?

F: então, meu trabalho aqui na instituição eu costumo dizer que é o “apaga fogo” né? “Apaga fogo” porque? Porque muitos dos pacientes não se envolvem num trabalho (...), então é difícil propor um acompanhamento (...). Claro que tem alguns que sempre vem é...vem toda semana estão aqui e estão em acompanhamento (...), em tratamento mesmo. E aí eu acho até bom falar que aí eu acho que tem haver com o seu trabalho né? Porque eu posso dizer que a maioria são mulheres, olha...deixa eu pensar...to pensando aqui que na verdade todos os que estão em acompanhamento agora são mulheres. É, é isso mesmo. É não tem nenhum homem não! Então assim, quando elas não estão bem elas vem e procuram ajuda, vem pro serviço, (...). Funciona como um depósito mesmo. Então nosso trabalho é mais (...). E também tem a questão específica que sempre que um paciente chega até você, ele já passou por alguém da equipe, você já sabe algumas coisas dele, troca informação com as outras pessoas da equipe...eu sei que tem pessoas

aqui no serviço que trabalham mais (...), mas meu trabalho é bem pontual (...). No início do meu trabalho aqui eu tinha mais dificuldade em abordar esses pacientes, em saber como deixá-los mais à vontade para que aderissem ao tratamento (...). Agora consigo me sentir mais à vontade, até neste contexto de HIV/aids.

E: E você percebe diferenças ao lidar com os diversos pacientes que você atende aqui?

F: Ahhh sim, percebo sim...pra começar cada um é cada um, cada paciente é cada paciente. Cada um vai ter uma atitude diferente após a realização da testagem e um diagnóstico de soropositividade. O enfrentamento da doença, o lidar com o HIV/aids, como cada um vê essa questão sabe? A vivência mesmo da doença é diferente em cada um. Uma questão que também envolve isso, isso que a gente tá falando e que é muito importante no atendimento desses pacientes é o fato de que a pessoa da equipe que dá o resultado do exame, um resultado que deu positivo, ela costuma passar a ser a referência do portador, é com ele que a pessoa vai ter mais abertura, conversar sobre as angústias, as dificuldades. A (profissional) pode falar muito disso pra você e também a (outra profissional), elas estão aqui há muito tempo e conhecem muito os pacientes, porque já deram muito resultados, então os pacientes conhecem muito elas. Eles estabelecem um vínculo com a pessoa que dá o resultado, e esta pessoa é sempre procurada, independente da sua função aqui no serviço. Então, me perdi um pouco...o que você tinha perguntado mesmo?

E: eu estava te perguntando sobre diferenças que você percebe nos diversos pacientes que você atendem aqui...

F: Ah sim, lembrei. Mas eu falei isso tudo pra falar que cada um vai ter uma atitude diferente diante da doença assim...assim, eu não trabalho com a singularidade mas fico atenta para as questões de cada um. Por exemplo, tem pacientes que vem aqui que ninguém da família sabe, eles não contam pra ninguém que são soropositivos, não contam pra ninguém da doença, que ...que entram aqui olhando pro lado, pra fora, cada passo que dão pra entrar aqui ficam olhando pra ver se não tem ninguém passando, se algum conhecido ou parente tá vindo entrar aqui. Essas pessoas não aceitam vir com nenhum acompanhante, mesmo se só uma ou duas pessoas da família tiverem sabendo, esse tipo de paciente não aceita de jeito nenhum um acompanhante quando ele tem que vir na instituição pra fazer algum exame ou ver o médico, pegar algum remédio, qualquer coisa que precise do serviço....e ainda tem aqueles que vem, como eu te falei,

no caso do meu atendimento (...). Claro que a gente acolhe do mesmo jeito, mas tem alguns que é difícil porque a gente precisa falar da importância do tratamento, de estar em acompanhamento mesmo, de fazer regularmente os exames, tomar os remédios sabe? Já tem outros que sempre vem né? Que... que acompanham, que seguem o tratamento, que conversam com a gente e...e isso também envolve a questão social, todos tem uma história diferente e apesar de estarmos bem localizados, essas pessoas são de uma classe muito baixa, pobre mesmo, que tem dificuldade pra vir aqui (...), pra estar em acompanhamento, a maioria mora muito longe, não tem dinheiro para pagar uma condução...então são essas as diferenças que estou me lembrando agora...

E: é...essas diferenças são significativas? Quer dizer...eu queria saber a forma com que elas interferem no seu atendimento a esses pacientes...

F: assim, se tem diferença pra mim, na hora de atender?

E: isso, de que forma isso interfere no atendimento que você realiza aqui no serviço.

F: bom...eu acho que assim, claro que eu tenho cuidado na hora de falar sobre certas questões dependendo de cada paciente, mas acho que não tem muita diferença no meu atendimento mesmo sabe? O que eu quero dizer é que tento adaptar meu atendimento pensando nas questões de cada um...então não é que interfere, eu acho que é uma coisa do atendimento mesmo sabe? Lidar com essas questões, com essas diferenças de cada um...essas coisas fazem parte do atendimento...

E: E com relação às mulheres? Você percebe alguma diferença no atendimento das mulheres soropositivas?

F: Olha, eu percebo sim...

E: Me fala um pouquinho dessas diferenças....

F: Anhã...olha é como eu te falei, as atitudes em relação à doença são diferentes mas o que eu tenho percebido...o que eu percebo bastante no atendimento dessas mulheres é a dificuldade de negociar com o parceiro o uso do preservativo, da camisinha tanto masculina quanto feminina. A gente passa a informação, explica, orienta direitinho, faz tudo como manda o figurino, mas é difícil pra elas isso sabe? Você vê que isso ainda acontece muito porque elas vêm muito...sempre pedindo pra que a gente fale com eles, converse. É assim...elas sempre falam: “doutora explica isso aí pra ele pra mim?”. O medo de falar com o parceiro é muito grande. Várias delas, várias mesmo já me pediram pra conversar com o parceiro, falar sobre isso e isso vem acontecendo cada

vez mais porque a maioria das mulheres soropositivas que a gente atende aqui tem parceiro fixo, namorado ou marido e isso vêm crescendo cada vez mais. Aí a gente começa a notar isso quando conversa com elas...e outra coisa também que a gente vê a diferença é que na maioria desses casos, quando a transmissão envolve uma relação extra-conjugal, a gente vê é que as mulheres tendem a ficarem com os seus parceiros, se manterem no relacionamento sabe? E elas falam que usam camisinha aqui no atendimento, mas a gente sabe que não usa nada, sabe como elas levam esse atendimento aqui. Aham que precisam se manter ali, que é melhor se manter ali. Enquanto os homens tendem a abandonar a parceira, não costumam ficar com a esposa ou com a namorada. Você vê como ainda envolve essas questões de machismo mesmo. E assim né, aquela questão...aquele problema de tomar a postura de ter a camisinha, de pedir ao parceiro pra que use... ainda está muito presente nessas mulheres aqueles pensamento assim né: o que ele vai pensar de mim? Vai achar que não tenho só um parceiro? Essas coisas que a gente já conhece e que eu fico imaginado que devem ser muito difíceis para elas. Então são coisas importantes, que a gente tem que tá consciente pra ir pro atendimento. A história de vida delas, em que contexto elas vivem que acabou favorecendo a infecção, tudo isso são coisas que precisamos ficar de olho e ajudá-las mesmo nestas situações. E quando essas mulheres também abandonam seus parceiros é muito difícil também...a gente vê e elas sempre nos contam da dificuldade de ter um novo relacionamento, de contar aos parceiros sobre a sua condição sorológica né...é isso sabe?

E: então você tá me contando um pouquinho de algumas questões importantes que envolvem o atendimento específico das mulheres né? E como você tem lidado com isso? Quer saber um pouco sobre as facilidades e as dificuldades você que envolve esse seu trabalho com elas...

F: Claro...eu sempre falo que uma coisa muito boa é deixar a porta da sala aberta, pra elas verem que você tá aqui, que elas podem chegar, entrar, conversar...parece que ficam mais à vontade, isso me ajudou muito a me envolver mais no trabalho com elas e elas também. Agora sobre dificuldade né que você falou?

E: isso, você sente alguma dificuldade no cuidado com essas mulheres?

F: Olha....ééé...a maioria das dificuldades estão relacionadas à adesão delas ao acompanhamento (...)... principalmente porque como eu já havia falado com você tem uma grande parte das mulheres que prefere não assumir sua condição sorológica e lidam com isso de uma forma bem...bem específica, de cada uma mesmo sabe? Eu sempre penso que a gente não pode descontextualizar essas mulheres, quer dizer, não pode pensar nelas sem pensar na vida

delas, tudo que elas passaram até chegar aqui no serviço, é...em como ela chegou até aqui entende?

E: uhum...

F: Éeee...é tudo o que acontece aqui tem muito haver com o social, com a história dessas mulheres. Às vezes você vê que até melhora estar aqui, porque às vezes tem uma história de prostituição, de abuso de drogas, cada história de vida... Então elas têm toda uma história, todo um caminho até aqui e você precisa levar isso em consideração, entender essas questões, até pra elas se sentirem mais à vontade, mais acolhidas. E isso tem tudo haver com o acompanhamento delas, pra...pra, assim, fazer seu trabalho mesmo...

E: E como você lida com estas questões que você ta me contando??

F: Bom, eu acho que tem haver com o que eu te falei, de estar sempre com a porta da sala aberta...quer dizer, estar sempre aberta mesmo pra recebê-las, cada uma do seu jeito e tentar ajudar dentro da realidade de cada uma, da história de cada uma...é assim que eu tenho pensado esse atendimento que eu faço aqui...e eu acho que isso me ajudou bastante, hoje eu tenho uma relação muito melhor até com meu trabalho mesmo...tá bom, entende?

E: Ahã, entendi sim...

F: é isso...

E: E você acha que seus colegas aqui dessa equipe também percebem essas diferenças que você ta me contando?

F: Acho que sim, a gente sempre conversa nas reuniões. Apesar de ser difícil nós nos reunirmos porque você deve ter visto que cada um aqui trabalha num horário diferente, e tenta ajudar um ao outro no que precisa, as vezes é muito tumultuado, não dá pra parar e conversar, ta sempre cheio o serviço, muito trabalho, mas quando nos reunimos para discutir algum caso sempre falamos sobre isso e eu acho que eles também vêem essas questões.

E: e assim, sobre essas diferenças que você apontou, você vê que também são coisas que eles apontam quando vocês conversam?

F: ah sim...até dessa questão da abertura sabe, é uma coisa que agora todo mundo ta tendo mais facilidade de por em prática e isso anda ajudando muito nas dificuldades que todos tínhamos, nas angústias também de às vezes não saber como ajudar....e nas questões das mulheres a gente sempre vê como o que elas tão vivendo hoje tá ligado aquele pontinho lá de cima que tem haver com a vida que elas tiveram até aqui e é assim sempre, todas as questões que envolvem hoje a

soropositividade de cada uma acaba tendo relação com aquelas mesmas coisas que estiveram envolvidas na contaminação....

E: eu não entendi isso direito...pode me explicar melhor?

F: posso, é que assim, a gente tem visto e éee....e sobre isto eu e a (outra profissional) aqui do serviço temos conversado mais, principalmente porque ela tem muito contato com os pacientes e ela está aqui há muito tempo e a maioria conhece ela...a gente tem visto que as experiências anteriores dessas mulheres que também estiveram ligadas à contaminação também aparecem agora quando....quando da testagem elas estão diagnosticadas como portadoras. Então assim, é mesmo aquela questão que eu tava falando da história dessas mulheres, que cada uma tem suas questões específicas a partir de suas histórias, da sua situação de vida, de como foi a contaminação entende? Parece um ciclo, um pontim lá de cima que tem haver com o daqui de baixo, e as coisas vão acontecendo em função dessas questões que estão sempre envolvidas na vida e depois na soropositividade dessas mulheres. Isso tudo tem um peso diferente pra elas e pro atendimento também. Elas encaram diferente e aí lá fora também é encarado diferente...eu acho que é isso sobre essa relação. Então você vê que é diferente lidar com a que pegou do parceiro, com a que usa drogas, com a que tem um monte de parceiro e a gente sabe disso. Isso é bem complicado no lidar com as questões da soropositividade feminina. Mas ah! Disso da equipe que a gente tava falando né? Tem uma coisa que a gente sempre conversa muito também que é da dificuldade dessas mulheres em fazer o acompanhamento, assim muitas não vêm no atendimento, desmarcam, não tomam medicação, sobre isso a equipe conversa bastante.

E: Ok, agora eu entendi. Você disse que conversam sobre isso...e o que você e sua equipe pensam sobre isso?

F: Então, eu acho que tem haver com o que eu tava te falando das mulheres não contarem, de ter muito a questão de esconder pelo que isso representa para elas e também pra nossa sociedade, principalmente pra sociedade né? As pessoas não vão aceitando isso assim...assim na boa. E aí essas mulheres também não aceitam a soropositividade e depois o tratamento também numa boa. Tem muitas, mais muitas questões envolvidas. Mas assim, é o que eu falo, tem que ta atento pra isso. Mas não é fácil pra equipe também, porque fazer, explicar, conversar tudo direitinho é o que todo mundo tenta fazer, mas nem sempre sai como a gente planeja, não é toda vez que funciona, é difícil isso também sabe? Ta vendo...é complicado...

E: Estou entendendo o que você tá contando sim. E o que você pensa sobre o contágio e a soropositividade feminina?

F: hummm...olha L. sobre o contágio eu penso que tem muito haver com o que eu tava te falando éee...porque ainda há aquela questão da mulher não achar que vai acontecer com ela, aquela coisa de que acontece com o vizinho mas comigo não, porque se ela ta com alguém ela não precisa se preocupar, que não precisa usar preservativo com o namorado ou marido e a gente vê muito isso no foco da epidemia de hoje, atendendo a maioria das mulheres soropositivas com parceiro fixo, que contraíram a doença a partir do marido ou namorado. Ela tem comportamento de risco. Então aquela questão de achar que não precisa usar preservativo e também, muito importante, a dificuldade de negociar esse preservativo como eu já te falei. Nós ainda temos uma sociedade machista. E tem um outro lado também, uma forma diferente aquelas....as que não tem só um parceiro sexual e não cobram a camisinha e tem muitas ainda. E tem mesmo essa questão de algumas que não tão nem aí se vão passar pros outros e nem se preocupam e...e até falam isso pra gente. Mas o que a gente vê também é que seja por uso de drogas ou por contato sexual a gente vê a vivência da aids como fonte de muito sofrimento para essas mulheres porque também envolve a questão de ser mãe...

E: e essa questão de ser mãe? Porque você acha que tem haver com fonte de sofrimento?

F: isso você sabe que hoje é uma questão que aparece bastante né? Principalmente por causa do aumento do número de mulheres com aids, da transmissão nas mulheres ta aumentando e aí também tem aumentado a transmissão vertical. E o sofrimento aparece sim porque nossa.... assim, elas passam por um acompanhamento rigoroso, ficam muito frágeis, tem muito medo da criança não nascer saudável, se sentem inseguras, se sentem culpadas, entende? Aquele sentimento de mãe né? Então é uma fase difícil pra portadora e muitas têm o sonho de ser mãe.

E: e como você tem visto o viver com o HIV/aids nessas mulheres?

F: uéee, é como eu te falei...eu vejo que é muito sofrido, que envolve tantas questões...não é uma coisa assim, como as pessoas costumam pensar sobre a pessoa que teve aids. Ah é....é aconteceu por isso ou por aquilo, porque fez isso ou aquilo. É a mesma coisa quando se pensa em viver com a doença. Aquela coisa de que todo mundo que tem aids é assim ou assado. Não é só isso. Tem muita coisa envolvida e também envolve muito sofrimento, muitas questões da sociedade que a gente vive, por isso que eu falo a questão do contexto dessas coisas. É muito complicado essas

coisas, eu penso que a sociedade ainda tem muito o que aprender sobre o que é a aids, sobre como é viver com a aids...

E: uhum...e deixa eu te perguntar. Se você fosse mudar alguma coisa no atendimento dessas mulheres, o que você mudaria? Teria algo que você mudaria?

F: bom eu sempre penso nisso...e a gente sempre quer, eu gostaria de realizar (atividade profissional) com essas mulheres (...). Eu fiz um monte de projetos, tenho vários projetos... conversei com a (outra profissional), tão tudo lá na minha sala., mas éee...é eu vejo que temos vários projetos aqui no serviço que ainda não foram colocados em prática por causa dessa questão. A gente tem visto que isso tem dado certo em outros contextos e seria muito bom, interessante se conseguíssemos colocar isso em prática. E tem aquela outra questão né? As pessoas querem o sigilo, preferem se esconder...às vezes pra você marcar um atendimento com a médica, com o dentista já é muito difícil porque as pessoas não contam pra sua família, tem paciente que ninguém da família sabe, aí não tem um telefone pra você fazer contato...às vezes tem uma pessoa só no trabalho que você pode dar recado. Eles não dão telefone de casa, fica muito difícil entende?

E: entendi...e F: éee...por último eu queria saber se tem alguma coisa sobre o que a gente conversou que eu não te perguntei, que você gostaria de falar...alguma coisa que você acha importante ou que te chama a atenção no seu dia-a-dia aqui no serviço...

F: não, eu acho que não, mas gostaria de falar que é uma questão bem interessante essa do seu trabalho e que eu acho que a (outra profissional) vai poder te ajudar bastante, ela é a que ta aqui no serviço há mais tempo, (...) conversa com ela, ela vai adorar falar sobre isso com você, tenho certeza que ela vai poder contribuir muito...não sei se eu contribui com o que você queria, não sei se era bem isso...

E: nossa, contribuiu muito, era isso sim...

F: ah, que bom... então eu posso ir?

E: pode sim...obrigado pela entrevista viu?

F: é eu tenho que ir, deve ter um monte de paciente ali me esperando, você viu a correria que é aqui né..

E: vi sim, até tava conversando com a (outra profissional) sobre isso...

F: é, mas que bom que ajudou...

E: ajudou muito, já vou desligar aqui, tá?

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal de Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4531

**ANÁLISE FINAL Nº 405/07 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO
 REGISTRO CEP/UFU: 266/07**

Projeto Pesquisa: “OS SENTIDOS CONSTRÍDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A SOROPOSITIVIDADE FEMININA”.

Pesquisador Responsável: EMERSON FERNANDO RASERA

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data para entrega do Relatório Final: fevereiro/2008

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO.

Uberlândia, 19 de Outubro de 2007.

Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:

(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

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](#)