



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**O QUE VEM DEPOIS? PRECISO FALAR DISSO COM ALGUÉM!  
Sexualidade, HIV/Aids e violência interpessoal na vivência de mulheres soropositivas**

**Lilian Conceição Guimarães de Almeida**

**SALVADOR  
2010**

**LILIAN CONCEIÇÃO GUIMARÃES DE ALMEIDA**

**O QUE VEM DEPOIS? PRECISO FALAR DISSO COM ALGUÉM!**  
**Sexualidade, HIV/Aids e violência interpessoal na vivência de mulheres soropositivas**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como parte das exigências para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva na área de Ciências Sociais.**

**Orientadora: Profa. Dra. Ceci Vilar Noronha**

**SALVADOR  
2010**

Ficha Catalográfica  
Elaboração: Maria Creuza Ferreira da Silva

---

A447q Almeida, Lílian Conceição Guimarães de.

O Que vem depois? Preciso falar disso com alguém! Sexualidade, HIV/  
Aids e violência interpessoal na vivencia de mulheres soropositivas /  
Lílian Conceição Guimarães de Almeida. - Salvador: L.C.G. Almeida, 2010.

209f.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ceci Vilar Noronha.

Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal  
da Bahia.

1. Mulher. 2. Vulnerabilidade. 3. HIV/Aids. 4. Sexualidade. 5. Violência  
interpessoal. Título.

CDU 396

---

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**APROVADO EM:** \_\_\_\_\_

### BANCA EXAMINADORA

**Profa. Dra. Ceci Vilar Noronha**

**Instituição: Instituto de Saúde Coletiva -Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA)**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Profa. Dra.Lilia Blima Schraiber**

**Instituição: Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina (USP/FM)**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Mirian Santos Paiva**

**Instituição: Escola de Enfermagem -Universidade Federal da Bahia (EE/UFBA)**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Normélia Maria Freire Diniz**

**Instituição: Escola de Enfermagem -Universidade Federal da Bahia (EE/UFBA)**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Prof. Dr. Jorge Alberto Berstein Iriart**

**Instituição: Instituto de Saúde Coletiva -Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA)**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

*Lembre-se de que você mesmo é o melhor secretário de sua tarefa, o mais eficiente propagandista de seus ideais, a mais clara demonstração de seus princípios, o mais alto padrão do ensino superior que seu espírito abraça e a mensagem viva das elevadas noções que você transmite aos outros. Não se esqueça, igualmente, de que o maior inimigo de suas realizações mais nobres, a completa ou incompleta negação do idealismo sublime que você apregoa, a nota discordante da sinfonia do bem que pretende executar, o arquiteto de suas aflições e o destruidor de suas oportunidades de elevação - é você mesmo.*

**(Psicografada por Chico Xavier)**

## **AGRADECIMENTOS**

**Sem dúvida a realização deste trabalho só foi possível porque tive ao meu lado muitos amigos, o trabalho foi árduo, mas valeu muito apenas, pois além do conhecimento científico adquirido, ao longo desses quase quatro anos, (re) conheci muitas pessoas que junto comigo caminharam e construíram esse projeto. Quero então expressar a minha sincera gratidão à todos vocês:**

**À Deus por guiar a minha vida e permitir a concretização de um sonho;**

**À Ceci, orientadora querida, que viabilizou um processo de aprendizagem prazeroso e tranquilo, que foi uma super parceira na construção desta tese e me ajudou a navegar pelo mundo da subjetividade;**

**À minha família maravilhosa, meu alicerce, minha fonte de energia que me fortalece durante todo o tempo;**

**À meu marido, Bigo, pela compreensão, cumplicidade e apoio logístico;**

**À minha mãe, a minha eterna gratidão por servir como fonte de exemplo e inspiração;**

**À Gu por todas as orações, velas, terços e tudo mais que foi preciso;**

**Às queridas colegas da UFRB, HGE, UNIJORGE e ALIANÇA por todo incentivo, em especial, à duas amigas queridíssimas Ceiza e Taninha companheiras de “fé e irmãs camaradas!”**

**Às Profas. Dras. Nórmélia Diniz e Mirian Paiva por terem sido fundamentais na minha formação acadêmica e profissional;**

**Aos Profs. Drs. Lilia Schraiber, Jorge Iriart e Mirian Paiva pelas contribuições feitas no exame de qualificação, fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa.**

**Às colegas do curso Cida, Anelise e Ritinha pela agradável companhia durante todo esse tempo;**

**Aos funcionários e professores da Pós-Graduação do ISC, em especial, Nunci por ter sido minha salvadora de todas as horas;**

**À todas as mulheres soropositivas que confiaram em mim e dividiram comigo um pouquinho de suas histórias de vida.**

**À todos vocês meu muito obrigada!**

## RESUMO

Este estudo buscou compreender as dimensões da vulnerabilidade à violência interpessoal contra mulheres vivendo com HIV/Aids, atendidas em serviços de referência para pessoas soropositivas da Bahia. A investigação foi orientada pela abordagem qualitativa, a qual se revelou fundamental para compreensão do objeto de estudo, centrada no paradigma interpretativo, hermenêutico. As técnicas de coleta de dados foram a observação, que registrada em um diário de campo, a análise documental e a entrevista semi-estruturada gravada eletronicamente e transcrita na íntegra. Foram entrevistadas 32 mulheres que viviam com HIV/Aids e que estavam sendo atendidas em dois serviços de referência dos municípios de Salvador e Santo Antônio de Jesus. A coleta de dados foi realizada no período de dezembro/2008 a setembro/2009. O corpus do estudo foi organizado e tratado com o auxílio da técnica de análise de conteúdo e interpretados com o uso de referências que abordavam a temática. A partir da análise do conteúdo das entrevistas emergiram três sub-temas: (Des) cobrindo a condição sorológica; práticas sexuais e reprodutivas de mulheres antes e após a soropositividade e; vulnerabilidade à violência interpessoal na dinâmica das relações sociais vivenciadas por mulheres. Os resultados revelaram que a história de vida das mulheres soropositivas é dividida, por uma linha imaginária, em um momento antes e outro depois do diagnóstico. As características sócio-demográficas e as relações desiguais de gênero que as mulheres mantinham com seus parceiros afetivo-sexuais foram identificadas como condições que interferiram na vulnerabilidade delas à infecção. As agressões fizeram parte do cotidiano das mulheres e puderam ser consideradas como uma causa e uma consequência da infecção pelo HIV/Aids, contudo, nem sempre as violências sofridas foram percebidas como tal pelas mulheres, que estavam envolvidas em um contexto relacional afetivo-sexual. Após o diagnóstico, além da violência física, psicológica, sexual e verbal as mulheres também vivenciaram medos, culpas, estigmas, auto-agressões e rupturas nos seus relacionamentos. A sorologia interferiu na maneira como as mulheres lidavam com a sexualidade, pois após a infecção algumas apresentaram diminuição da libido e se recusaram a manter práticas sexuais, tais condutas contribuíram para a ocorrência de violência entre os parceiros afetivo-sexuais. Neste contexto, o empoderamento das mulheres é fundamental para que elas interrompam os ciclos de violência e construam outro panorama social, no qual, a violência e as desigualdades cedem o lugar à paz e à cidadania plena. Além disso, para a melhoria da assistência a saúde das mulheres vivendo com HIV/Aids é preponderante ouvi-las, para que de acordo com as necessidades delas, mudanças possam ser implementadas na reorganização das práticas de saúde.

Palavras- chave: Mulher; Vulnerabilidade; HIV/Aids; Sexualidade; Violência interpessoal



## ABSTRACT

This study searched to understand the vulnerability dimensions to the interpersonal violence against HIV/Aids women living, taken care of in reference services for HIV/Aids people of the Bahia. The inquiry was guided by the qualitative boarding, which if disclosed basic for understand the study object, centered in the interpretative hermeneutic paradigm. The data had been collected by the technique of observation, that resulted in a field diary, the documentary analysis and the half-structuralized interviews were electronically recorded and transcribing them in complete. Had been interviewed 32 soropositive women that were taken care of in two reference services of Salvador e Santo Antonio de Jesus cities. The collection of data was carried through in the period of december/2008 to september/2009. The data had been organized and treated with the aid to the technique of Content Analysis and interpreted with the use of references that approached the thematic. From the content analysis of the interviews three dimensions had emerged: (Des) covering the sorologic condition; Women's Sexual practice and reproductive before and after be soropositive and; Violence vulnerability in the social relations dynamics by women 's lived deeply. The results had disclosed that the life history of the soropositives women is divided, for an imaginary line, at a moment before and another one after the diagnosis. The socio-demographic characteristics and inequalities relations of gender that the women kept of them affective-sexual partners had been identified as conditions that had intervened in their vulnerability to the infection. The violence had been part of the women's daily and could have been considered cause and a consequence for the HIV/Aids infection for the, however, nor the suffered violence had been perceived by the women, who were involved in relationary affective-sexual context. After the diagnosis, beyond physical, psychological, sexual and verbal violence, the women had also lived deeply fears, blame, stigma, auto-aggressions and ruptures. The infection intervened in the woman's way and how they dealt with the sexuality, therefore after the infection some had presented sexual desire reduced and had refused to make sex, such behaviors had contributed for the occurrence of violence between the affective-sexual partners. In this context, the women empowerment is basic to they interrupt the violence cycles and construct another social panorama, in which, the violence and the inequalities yields the place to the peace and the full citizenship. Moreover, for the improvement of the women soropositive health assistance is preponderant to listen them, so that in accordance with them real necessities, changes can be implemented in the reorganization of the health practice.

Key words: Woman; Vulnerability; HIV/Aids; Sexuality; Interpersonal violence

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 .....	73
QUADRO 2 .....	81
QUADRO 3 .....	105
QUADRO 4 .....	134
QUADRO 5 .....	150
QUADRO 6 .....	175

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	11
1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO: REVISÃO DE LITERATURA .....	18
1.2 CONTEXTUALIZANDO A INFECÇÃO PELO HIV/AIDS .....	18
1.2.1 Feminização da infecção pelo HIV/Aids e suas repercussões .....	20
1.2.2 Diagnosticando o HIV/Aids em mulheres .....	30
1.2.3 Revelando o diagnóstico de HIV/Aids à terceiros .....	35
1.3 A violência contra mulheres com HIV/Aids .....	38
1.3.1 Revelando a violência praticada por parceiros íntimos .....	38
1.3.2 Desigualdades de gênero como palco da violência entre parceiros íntimos .....	43
2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....	49
2.1 A ESCOLHA DO TEMA .....	49
2.2 A HERMENÊUTICA COMO MÉTODO .....	50
2.3 CONSTRUINDO A INVESTIGAÇÃO: ESTRATÉGIAS DE APROXIMAÇÃO DOS SUJEITOS .....	53
2.3.1 Contexto de investigação: os cenários .....	55
2.3.2 Contextualizando a Aids em Salvador e SAJ .....	66
2.4 CONSTRUÇÃO DOS DADOS .....	67
2.4.1 Transcrição literal dos discursos .....	69
2.5 ORGANIZAÇÃO PARA ANÁLISE DOS DADOS .....	71
2.6 QUESTÕES ÉTICAS .....	74
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	75
3.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS .....	75
3.1.1 Apresentação das entrevistadas e apreensões obtidas a partir da relação face a face .....	82
3.2 (DES)COBRINDO A CONDIÇÃO SOROLÓGICA .....	97
3.2.1 (Re)conhecendo o diagnóstico .....	97
3.2.2 Vivenciando o diagnóstico .....	106

3.3 PRÁTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS DE MULHERES ANTES E APÓS A SOROPOSITIVIDADE .....	123
3.3.1 O exercício da sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV/Aids .....	123
3.3.2 O exercício da sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids .....	134
3.4 VULNERABILIDADE Á VIOLÊNCIA INTERPESSOAL NA DINÂMICA DAS RELAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES .....	151
3.4.1 A violência no cotidiano de mulheres .....	151
3.4.2 A vulnerabilidade à violência interpessoal contra mulheres vivendo com HIV/Aids .....	167
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	178
REFERÊNCIAS .....	184
APÊNDICES .....	205
APÊNDICE A INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	206
APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO .....	208
APÊNDICE C - CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO .....	210
APÊNDICE D – INFORMAÇÕES SOBRE O PROJETO DE PESQUISA .....	211

## INTRODUÇÃO

O escopo desta investigação visa a encontrar respostas para a seguinte pergunta: quais as dimensões da vulnerabilidade à violência interpessoal contra mulheres vivendo com HIV/Aids, atendidas em serviços de referência para pessoas soropositivas da Bahia? Neste sentido, foram incluídas, nesta pesquisa, abordagens sobre infecção pelo HIV/Aids, sexualidade, violência, vulnerabilidade, gênero, entre outras, consideradas pertinentes para compreensão do objeto de estudo.

A população feminina requer destaque quando se trata da epidemia da Aids, visto que esta doença já se apresenta como uma das principais causas de morte em mulheres conforme os padrões sócio-econômico-culturais. Nesse sentido, o processo de feminização da Aids sugere a necessidade de reorganização das estratégias de controle e prevenção do HIV, a carência de insumos de prevenção que sejam de domínio feminino, por exemplo, tem sido uma condição preponderante para o aumento da infecção entre as mulheres.

Hoje, a epidemia da Aids produz e é produzida a partir de desigualdades e iniquidades que configuram a vulnerabilidade feminina à infecção. Deste modo, condições sociais como classe, escolaridade, a raça/cor, o gênero, a cultura e a história são algumas das dimensões estruturantes da epidemia. Deste modo, as situações de vulnerabilidade individual, social e programática favoreceram a infecção entre as pessoas.

O termo vulnerabilidade foi, inicialmente, usado na área dos direitos humanos e posteriormente, acolhido, com bastante pertinência, pela área da saúde para caracterizar a infecção pelo HIV. Enquanto para a advocacia internacional, a vulnerabilidade é designada a grupos ou indivíduos fragilizados jurídica ou politicamente na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (ALVES, 1994). Para a saúde pública, o conceito de vulnerabilidade se desenvolve e pode ser considerado como:

o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES et al., 2003, p.122).

De acordo com Ayres et al (2003), a análise de vulnerabilidade envolve três eixos interligados: o componente individual, o componente social e o componente programático. A vulnerabilidade se refere à susceptibilidade populacional à determinado evento.

Ainda de acordo com os autores acima, a adequação do termo vulnerabilidade à pandemia da Aids é produto das ações reflexivas em torno da temática ao longo dos anos. Na década de 80, diante do surgimento da doença, os cientistas buscaram identificar grupos de risco à infecção, assim, concentraram as ações preventivas sobre as prostitutas, os hemofílicos, os homossexuais e os usuários de drogas injetáveis. Os resultados obtidos através destas atuações foram insatisfatórios e serviram apenas para criar estigmas e preconceitos às pessoas portadoras do HIV.

Diante de um perfil inesperado de infectados, ou seja, com características divergentes daquelas que acreditavam ser determinantes para os soropositivos, resolveu-se determinar que para haver infecção era necessário um comportamento de risco. Deste modo, a estratégia foi a redução do risco de infecção pelo HIV com a divulgação de informações, campanhas a favor do uso do condôm, dentre outras medidas. Porém, associar a doença a um comportamento de risco, acarretou para o indivíduo com HIV/Aids a culpabilidade.

Atribuir a culpa, pela infecção, às pessoas é uma atitude fácil e conveniente. Pois, ao identificarmos o comportamento assumido pelo sujeito como “de risco” estamos desconsiderando o complexo processo de vida que ele está inserido, desresponsabilizando o Estado pelos compromissos sócio-econômico-culturais assumidos com o cidadão e passando a perceber a infecção, apenas, como resultado da irresponsabilidade do ser humano ou às suas ações, atitudes “inconscientes”.

Segundo Mann e Tarantola (1996) a vulnerabilidade possibilita a construção de um conceito interdisciplinar com intervenções dinâmicas e produtivas, interligando o contexto, a estrutura governamental, as relações de gênero, as atitudes sexuais, as crenças religiosas, as relações de poder, dentre outros.

As discussões do conceito de vulnerabilidade despertaram para outras aplicabilidades do termo, as classificações sugerem para que, nesta pesquisa, seja feita uma ampliação do estudo da vulnerabilidade e que sejam incluídos não só os aspectos relacionados com a infecção pelo HIV/Aids, mas também os que envolvem a sexualidade e as situações de violência contra mulheres vivendo com HIV/Aids. Deste modo, o uso do termo vulnerabilidade para estes enfoques se mostra extremamente oportuno, adequado e necessário para compreender como se dão alguns agravos à saúde.

A análise de diversos artigos, principalmente da literatura internacional, permitiu perceber que a situação de soropositividade para o HIV pode levar as mulheres a vivenciarem uma série de situações que lhes causem constrangimento e sofrimento, entre elas destacam-se a violência (MC DONNELL et al., 2005; MAJUMDAR, 2004; TUNALA, 2002; ZIELER et

al, 2000). De acordo com Gielen et al (2000), o resultado da soropositividade para o HIV afeta a mulher psicológica e fisicamente e a revelação dela ao companheiro e à família pode desencadear estigmas e atos violentos no âmbito privado e público.

A violência contra a mulher é uma temática que teve durante muitos anos a sua discussão velada. Contudo, ainda que incipiente, o processo de publicização deste fenômeno na esfera mundial tem sido responsável por revelar a magnitude deste evento na população feminina e o caráter marcadamente de gênero que o caracteriza. O sofrimento decorrente das agressões praticadas pelos parceiros íntimos, sempre fez parte do cotidiano das mulheres de distintas classes sociais e raças. Porém, a verdade sobre as relações violentas entre os casais não era discutida publicamente, pois interessava apenas aos pares.

Para conceituar a violência contra a mulher, fazemos referência à Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, denominada como “Convenção de Belém do Pará” (BRASILa, 1996), na qual a violência contra a mulher constitui a violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais por limitar total ou parcialmente a observância, gozo e exercício de tais direitos e liberdades. Ainda de acordo com esta Convenção, a violência contra a mulher é considerada como qualquer conduta, baseada no gênero, que provoque a morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico à mulher, seja no âmbito público ou privado.

Deste modo, para o reconhecimento da violência contra a mulher como um ato de violação dos direitos humanos, tem sido fundamental a participação e o apoio dos movimentos sociais e dos atores sociais engajados com os diversos setores (área da educação, saúde e direito), que lutam a fim de prevenir e controlar a violência. Equipes compostas por multiprofissionais têm trabalhado, através da interdisciplinaridade, em ações e estratégias de enfrentamento da violência contra a mulher, atualmente, algumas cidades brasileiras a exemplo de Salvador e Rio de Janeiro já realizam ações em sistemas de rede<sup>1</sup>. Além disso, a divulgação de pesquisas científicas sobre a violência contra a mulher, também tem contribuído para aumentar a visibilidade deste fenômeno e favorecido a sua compreensão.

Sendo assim, alguns achados obtidos a partir de pesquisas científicas têm revelado a violência como conseqüência das desigualdades de gênero. Algumas mulheres vivenciam as agressões por manterem condições de subalternidade em relação ao sexo oposto. Dessa

---

<sup>1</sup> A rede pode ser considerada a formação de parcerias, cooperações e articulações dos sujeitos institucionais, no âmbito público e privado. É estabelecer uma relação entre os sistemas de proteção, denúncia, atendimento, prevenção e responsabilização. Deste modo, na gestão local, os projetos devem ser mapeados para o enfrentamento em níveis públicos e privados (LORENCI; FERRARI; GARCIA, 2002).

maneira, 43% das mulheres já foram vítimas de algum tipo de violência doméstica, foi o que evidenciou a pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2001).

Algumas pesquisas permitiram também reconhecer que uma parcela das mulheres se encontra em situação de violência por manter e perpetuar condições de subalternidade em relação ao sexo oposto. Assim, as desigualdades nas relações estabelecidas entre homens e mulheres têm sido preservadas em decorrência da construção social de identidade feminina/masculina e da determinação de padrões de comportamentos masculinos/femininos estabelecidos na sociedade, portanto, estes são aspectos relevantes a serem considerados nas relações violentas.

O contexto social em que as mulheres estão inseridas, associado às suas condições físicas e emocionais, pode corroborar para o surgimento das desigualdades de gênero, potencializando o poder nas relações conjugais e conseqüente violência. As relações sociais, estabelecidas entre homens e mulheres e as dinâmicas de poder que permeiam estas relações contribuem para acentuar a vulnerabilidade das mulheres à violência. Também temos como pressuposto que as mulheres, a depender das suas condições biopsicossociais, ou patológicas, têm chance de aumentar a sua vulnerabilidade à violência, incluindo a praticada no âmbito das relações conjugais.

Foi diante deste cenário, onde se pode encontrar altos índices de violência contra a mulher, que no Brasil, em 2007, foi lançado pela Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. Na verdade, trata-se de uma iniciativa do governo federal que tem como objetivo prevenir e enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres, através de ações nas esferas da vida social, da educação, do trabalho, da saúde, da segurança pública, entre outras, a serem executadas de 2008 a 2011 (BRASILa, 2007). A adoção de políticas públicas é uma das medidas cabíveis para lidar com um evento de grande magnitude como é o caso da violência contra a mulher e que é considerado como um problema de saúde pública.

Contudo, existem especificidades que precisam ser consideradas ao serem adotadas as estratégias de enfrentamento da violência contra a mulher, pois este é um fenômeno que pode se apresentar de diferentes maneiras e intensidades nos grupos de mulheres negras/brancas, de classe social alta/baixa, com grau de escolaridade alto/baixo e com sorologias positivas/negativas para o HIV. Sendo assim, as mulheres ao descobrirem o diagnóstico de HIV/Aids vivenciam uma série de mudanças em suas vidas que envolvem aspectos biológicos, afetivo-sexuais, sociais, psicológicos, econômicos e políticos. Os tabus e mitos construídos no em torno da Aids, a partir da década de 80, quando surgiu o primeiro caso da



doença no Brasil, podem corroborar para que a vivência da sorologia seja desencadeie uma crise de identidade, pois os estereótipos construídos naquela época assombram as mulheres, ainda hoje, lhes conferindo estigmas e preconceitos (PARKER; AGGLETON, 2001; DANIEL; PARKER, 1991).

No âmbito da vida privada, a vivência da sorologia pode, também, contribuir para o conflito entre os parceiros afetivo-sexuais. A violência perpetrada por parceiros íntimos será considerada neste estudo conforme a classificação da Organização Mundial de Saúde (2002), como qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação. Os comportamentos incluem espancar, estapear, chutar, intimidar, desvalorizar, humilhar, forçar a manter relação sexual ou qualquer outra forma de coação sexual, controlar e restringir as ações. A violência pode ser perpetrada de diferentes formas: desde opressões simbólicas, invisíveis aos olhos da vítima, até aquelas que deixaram marcas, hematomas, lesões e atingiram os corpos e as mentes.

A disputa de poder entre os casais, a intenção do parceiro impor seus desejos e preferências sexuais pode contribuir para que ocorram as agressões entre os casais, geralmente, o ambiente doméstico, privado, surge como principal palco da violência. As relações estabelecidas entre o homem e a mulher na sociedade são consideradas como relações desiguais de gênero. Nesta pesquisa, o conceito de gênero parte do que é discutido por Scott (1991). Assim, o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos.

O enfoque de gênero permeou as análises feitas neste estudo e permitiu perceber como as concepções de gênero podem influenciar as relações estabelecidas entre os sujeitos sociais, a vivência da condição sorológica e a sexualidade. A abordagem da temática sexualidade emergiu de uma maneira muito particular nesta pesquisa, durante a entrevista as mulheres se mostraram sedentas em declarar suas vivências íntimas, sexuais e reprodutivas, às vezes, as discussões emergiam diante de narrativas profundas e, em outros momentos, os discursos afluavam inebriados de detalhes. Os desejos, os prazeres, as sensações precisavam ser compartilhados, visto que há algum tempo se mantinham enclausurados, pois o contexto hostil e frio em que se davam os atendimentos de saúde não favorecia as relações dialógicas. Os objetivos das consultas eram centrados na doença, o que atribuía uma visão patologizante aos atendimentos prestados às mulheres. Assuntos subjetivos, íntimos de interesse feminino eram deixados de lado e considerados marginais.

Baseado neste contexto, durante o trabalho de campo a pesquisadora vivenciou algumas situações que provocaram mudanças subjetivas, foram momentos de reelaboração, pois diante

das demandas que emergiram durante as entrevistas foi necessário fazer adaptações, as mulheres sinalizaram que outras questões precisavam ser pensadas, ou seja, elas estavam ali dispostas a falar mais do que sobre a doença. A busca de referencial teórico para nortear o estudo foi árdua, visto que, eram escassos os estudos encontrados, na literatura nacional, que abordavam a temática da sexualidade em mulheres vivendo com HIV/Aids. Além disso, estudos norte-americanos que discutiam a temática da violência neste grupo faziam uma abordagem quantitativa, epidemiológica, o que contribuía para a descrição de um coletivo de situações de violência vivenciadas por estas mulheres. Contudo, a complexidade do evento agressor requer estudos que individualizem os sujeitos, a infecção pelo HIV, as diferentes formas como a Aids se apresenta neste grupo, a vivência da sexualidade, as situações de violência e a diversidade de aspectos sócio-econômicos, culturais e de gênero envolvidos. Visto que, como enfatiza a filosofia hermenêutica, a vivência é individual, a noção de significado é subjetiva e pode variar entre pessoas que pertencem a um mesmo “grupo”.(GADAMER, 2002).

Desta forma, todas as inquietações e preocupações que inspiraram esta pesquisa, surgiram a partir de um campo de estudo social que envolve as vivências de mulheres soropositivas. A exposição da investigação está organizada em quatro capítulos, como se verá abaixo.

No primeiro capítulo é feita a contextualização do objeto de estudo, são abordados alguns conceitos relevantes para compreensão do objeto, são apresentados dados epidemiológicos da doença, chamando a atenção dos leitores para ao processo de feminização da epidemia, as relações desiguais de gênero como um aspecto importante da feminização, as suas repercussões da infecção pelo HIV na saúde das mulheres, o conhecimento e a revelação do diagnóstico do HIV em mulheres e as situações de vulnerabilidade à violência interpessoal contra mulheres soropositivas.

O segundo capítulo, Trajetória metodológica, mostra o caminhar da pesquisa, como se deu a aproximação e escolha do tema, da abordagem metodológica, da seleção dos sujeitos, a construção dos dados (a entrevista semi-estruturada, observação e análise documental), a organização e análise dos dados e as questões éticas.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados e as discussões da pesquisa. Este capítulo é dividido em quatro seções. Na primeira, é feita a apresentação e caracterização sócio-demográfica dos sujeitos, é contextualizado o momento da entrevista a partir de algumas impressões da autora sobre os aspectos gestuais, comportamentais, a aparência e as

histórias contadas pelas entrevistadas. Na segunda, é abordada a descoberta da condição sorológica, é discutido como as mulheres conhecem e vivenciam o diagnóstico, os sentimentos e as reações que elas apresentam durante essa fase. Na terceira, são incluídas discussões sobre as práticas sexuais e reprodutivas de mulheres antes e após a soroconversão, são abordados o exercício da sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV/Aids e as experiências amorosas-sexuais vivenciadas. E a quarta, mostra a vulnerabilidade à violência interpessoal na dinâmica das relações sociais vivenciadas por mulheres antes e após o diagnóstico de HIV/Aids, a violência no cotidiano de mulheres e as experiências de violência interpessoal praticada por parceiros afetivo-sexuais.

No quarto capítulo, as considerações finais, são feitas reflexões sobre o objeto de estudo, são tecidas algumas recomendações de acordo com o que foi encontrado na pesquisa. É destacado o impacto que a condição sorológica traz para a vida das mulheres, a necessidade de se considerar a condição sorológica como uma situação que favorece a vulnerabilidade à violência interpessoal contra mulher. Neste sentido, a Aids e a violência são dois fenômenos multifacetados que se articulam na dinâmica das relações sociais e desiguais de gênero. Deste modo, para a implementação de uma assistência à saúde de qualidade é preciso que haja reorganização das práticas, é fundamental que haja uma relação dialógica entre profissionais de saúde e pacientes. Isto significa dizer que as demandas femininas, objetivas e subjetivas, sejam identificadas nos atendimentos. Além disso, é recomendada a interlocução entre as políticas de atenção à saúde das mulheres, pois assuntos como Aids, sexualidade e violência interpessoal devem ser transversais e permear os modelos de atenção.

## **1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO: REVISÃO DE LITERATURA**

### **1.2 CONTEXTUALIZANDO A INFECÇÃO PELO HIV/AIDS**

A Acquired Immunological Deficiency Syndrome (AIDS) tornou-se conhecida, pela primeira vez, nos Estados Unidos em 1981, a partir do acometimento do sistema imunológico, principalmente, dos homossexuais e esta doença foi reconhecida como a peste ou câncer gay. No Brasil, a doença surgiu em 1982, e desde o aparecimento do primeiro caso até o ano de 2007 estimou-se que cerca de 593 mil pessoas viviam com HIV/Aids. Visto que, estes dados contabilizam o total de casos no período de 27 anos (BRASILb, 2007).

A Aids passou a ser considerada um problema de Saúde Pública, alcançou proporções pandêmicas e seu impacto na sociedade contribuiu para que assumisse uma grande dimensão social e a sua cura se tornasse um desafio para a comunidade científica. Ao longo deste tempo, o perfil epidemiológico das pessoas infectadas com o HIV sofreu profundas transformações. A infecção que antes atingia, principalmente, os indivíduos que pertenciam aos “guetos da exclusão”, os grupos de risco compostos por homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas, hoje, tem o seu espectro de infecção ampliado, sendo um fenômeno de impacto social sem limites, atingindo idosos, adultos e crianças de ambos os sexos.

A inclusão de indivíduos de diferentes perfis nas estatísticas dos infectados pelo HIV/Aids, exigiu da comunidade científica o aprofundamento dos estudos acerca da temática, deste modo, após as descobertas das vias e formas de transmissão do vírus, observou-se que a disseminação deste precisava ser melhor compreendida. Feito isso, a ideia de que as pessoas portadoras do vírus faziam parte de grupos de risco ou assumiam comportamento de risco deu lugar ao surgimento de um novo conceito para caracterizar a infecção: a vulnerabilidade.

Desta forma, vulnerabilidade tem sido o termo mais apropriado para definir a infecção pelo HIV, sendo assim, a contaminação é percebida sob a influência de diversos fatores: individuais, coletivos, sociais, econômicos, culturais, de gênero e de sexualidade. A maior exposição de alguns grupos à infecção, então, está relacionada ao contexto em que estão desigualdades sociais no processo de saúde e de doença. Em algumas regiões brasileiras, houve a estabilização da contaminação, enquanto que em outras, a Aids ainda é reconhecida como pandemia.

Como já se sabe, a Aids é a manifestação clínica da infecção pelo HIV, este processo de adoecimento leva em média oito anos e é um dos principais fatores que corroboram para o

aumento da disseminação do vírus, visto que, a sua infecção é muitas vezes despercebida e silenciosa. Diante de uma sociedade que vivencia ações e políticas de saúde curativistas, a percepção da contaminação surge apenas na presença do corpo doente.

O processo de expansão da epidemia da Aids, possibilita que após quase três décadas da doença no Brasil, se possa realizar algumas análises. Modificações substanciais têm ocorrido na cadeia de transmissão, o que obriga a sociedade a assumir novas posturas e comportamentos.

Os avanços científicos e tecnológicos têm sido “parceiros” importantes nas descobertas que se referem à Aids. Conhecer o HIV tem ajudado os cientistas a difundirem ações para preveni-lo e traçarem políticas para a melhoria da qualidade de vida dos soropositivos como a introdução da terapia medicamentosa com anti-retrovirais (ARV) em 1996.

O acesso universal e “gratuito” aos medicamentos ARV nos serviços públicos de saúde, tem proporcionado aumento da sobrevida das pessoas com Aids, redução da mortalidade e do número de internações dos soropositivos por doenças oportunistas.

O Brasil, até 2005, acumulou em torno de 183 mil óbitos devido à Aids, sendo que até meados dos anos 90 as taxas de mortalidade eram crescentes e, desde 1998, houve uma estabilização aproximada de 11 mil óbitos anuais. Entre as taxas de redução da mortalidade por HIV/Aids nas macrorregiões, entre os anos de 1996 e 2002, no Centro-Oeste houve redução de 26%, no Sudeste essa taxa variou de 9,9% a 47%, nas regiões Norte, Nordeste e Sul a queda da mortalidade só ocorreu no ano de 1997, para nos anos seguintes retomar o crescimento, no Nordeste 3%, no Sul 3,2% e no Norte 25% (BRASILb, 2007; REIS e al., 2007).

De acordo com os dados acima referidos, pode ser observada uma ponderação na aproximação de crescimento o que pode ser atrelado não só à terapia medicamentosa, como a todas as medidas táticas utilizadas na assistência prestada aos indivíduos com HIV/Aids.

Ao realizar uma análise temporal da mortalidade por Aids, no Brasil, desde o início da epidemia, ou seja, a partir da década de 80, pode se perceber que, inicialmente, havia uma preponderância masculina, contudo a partir da década de 90 houve algumas alterações nas características sócio-demográficas, entre elas o aumento da proporção de óbitos femininos, como consequência do aumento da infecção pelo HIV/Aids entre as mulheres. Assim, para compreensão do incremento no número de mulheres contaminadas pelo HIV é fundamental discutir as relações desiguais de gênero das quais as mulheres participam e a contribuição desta desigualdade no aumento da vulnerabilidade feminina à infecção.

### **1.2.1 Feminização da infecção pelo HIV/Aids e suas repercussões**

No ano de 2003, no Brasil, do total de 5762 novos casos de infecção pelo HIV, destes 3693 foram em homens e 2069 em mulheres (BRASIL, 2003). Estes dados evidenciam o crescimento da infecção entre as mulheres com os números da infecção muito próximos entre os sexos, o que não ocorria na década de 80, mas que desde a década de 90 este evento vem sendo percebido e anunciado como a feminização da epidemia.

Deste modo, o grupo de mulheres requer destaque quando se trata da epidemia da Aids. O aumento da infecção pelo HIV/Aids entre elas tem ocasionado mudanças significativas no perfil epidemiológico da doença, além disso, como consequência da feminização, houve elevação no número de recém-nascidos e de crianças contaminadas, em decorrência da transmissão vertical. Segundo Resende (1999), a via perinatal, depois da sexual e da sangüínea, é a terceira em frequência, já comprovada, para a infecção pelo HIV.

Diante deste quadro, estratégias para enfrentamento da epidemia têm sido implementadas no intuito de reduzir a transmissão vertical, entre elas está o rastreamento sorológico de HIV/Aids na Assistência Pré-natal, o acompanhamento da gestante soropositiva em serviço especializado, medidas terapêuticas como a administração da terapia ARV a partir da 14ª semana de gestação, na parturiente e no recém nascido.

Em estudo realizado com 1.138 puérperas que tiveram o parto realizado em hospitais e maternidades da rede própria e credenciada do SUS da cidade de Salvador, foi observado que a maioria das mulheres não conseguiu realizar os testes de rastreamento para sífilis e o HIV até a 14ª semana de gestação e à 68% das mulheres o teste foi oferecido tardiamente. Vale ressaltar que a cobertura da Assistência pré-natal em Salvador durante o período do estudo foi de 93,6%. (LIMA et al, 2006).

O rastreamento deveria ser universal, ou seja, o mesmo percentual de gestantes que tivesse realizado o pré-natal deveria ter sido submetido aos testes sorológicos, sendo a 14ª semana o período adequado para o êxito do tratamento profilático. A não realização do teste sorológico neste período diminui as chances de redução da transmissão vertical e o acesso às condutas terapêuticas.

O uso da terapia ARV tem contribuído para diminuição da transmissão vertical. A partir de 1997 houve uma redução deste tipo de transmissão em todas as regiões. A terapia ARV evitou a transmissão de HIV para cerca de 6000 crianças recém-nascidas entre os anos de 1997 a 2001 (BRITO et al., 2006).

Portanto, à custa das ações profiláticas preconizadas pelo Programa Nacional de DST/Aids o número de crianças contaminadas tem diminuído, mas isso não é proporcional ao número de mulheres contaminadas. Assim, a feminização da infecção pelo HIV continua. Segundo Traumann e Monteiro(1998), as mulheres contaminadas são, no geral, casadas ou que têm parceiro fixo e não apresentam comportamento de multiparcerias, ou seja, elas contraíram o vírus através de relações estáveis.

As suposições para justificar essa feminização são muitas, entre elas as dificuldades de acesso de algumas mulheres aos serviços de saúde, as medidas de prevenção para o HIV/Aids e as desigualdades de gênero que envolvem as relações entre os casais. Ainda é uma realidade contemporânea os modelos de relacionamento em que os homens impõem seus comportamentos, muitas vezes agressivos e machistas, e governam a relação sexual e afetiva subordinando as mulheres.

A existência de uma assimetria de poder nas relações entre homens e mulheres, seja no âmbito social, econômico ou político, configurando as desigualdades nas relações de gênero determina o elevado grau de vulnerabilidade feminina à epidemia. As situações de dominação, autoritarismo e institucionalização do poder são valores sociais que estão inseridos nos padrões de comportamento humano e que estão profundamente ligados às questões de saúde e de vida das mulheres (PARKER, 1994).

Desta forma, a vulnerabilidade feminina à infecção está também atrelada às condutas dos homens e das mulheres, como a reprodução social de estereótipos que determinam para o homem o espaço público e para mulher o espaço privado e doméstico. Posicionada em desvantagem, a mulher, assume algumas representações como quando é casada e caracteriza-se como fiel e para ter filhos, e já os homens quando casados a fidelidade nem sempre é reconhecida como uma qualidade. Segundo dados do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo, 71% das mulheres infectadas pelo HIV contraíram o vírus dos seus maridos, noivos ou namorados com quem se relacionaram por mais de um ano.

A infecção pelo HIV/Aids já se apresenta como uma das principais causas de morte em mulheres, na análise da razão de sexo dos óbitos por Aids entre homens e mulheres, nos anos 80 era 7,5/1 e na década de 90 passou para 3,4/1. Na população feminina de 25 a 34 anos a doença já ocupa a primeira posição entre as causas de morte (REIS et al., 2007). A tendência de crescimento em mulheres também pode ser associada a determinados padrões sócio-econômico-culturais como baixa renda e escolaridade.

O destaque que a Aids tem como causa de morte, demonstra a dinâmica social da epidemia, que desde a década de noventa já representava “perigo” à saúde das mulheres.

Alguns aspectos que particularizam a infecção nesta população precisam ser discutidos, pois, surpreende observar que o grupo de mulheres é mais vulnerável à infecção, além disso, dentro deste mesmo grupo é desigual a vulnerabilidade.

Drumond Junior e Barros (1999), em estudo que desenvolveram no município de São Paulo, evidenciaram as desigualdades sócio-espaciais na mortalidade do adulto que vive nesta região entre 1990 e 1992, constataram que as causas de morte variavam entre as mulheres de acordo com a área em que residiam. A área foi caracterizada pelas condições sócio-ambientais que apresentavam, sendo a 1 com as melhores condições e a 4 com as piores condições. Então, em geral, as causas de morte eram semelhantes em todas as áreas, o que variava era a posição que ocupavam na ordenação; a Aids apareceu como a sexta causa de morte nas áreas 1 e 2, e oitava e décima nas áreas 3 e 4, respectivamente. Os autores reconhecem que a transmissão da doença no início da epidemia e a concentração de prostitutas nas áreas centrais poderiam justificar a distribuição espacial encontrada.

Entre os óbitos por Aids, tem-se observado um crescimento contínuo da categoria raça/cor “negra” e “parda” (BRASILb, 2007; LUPPI, 2002). De acordo, com a história do Brasil e seu processo de colonização, na maioria das regiões é possível estabelecermos uma associação entre as raças/cores negra e parda e a classe social referente a indivíduos de baixa renda, nos permitindo atrelar as condições sócio-econômicas neste padrão de mortalidade. Na Bahia, também houve predomínio deste grupo racial, entre os casos de Aids notificados, entre os anos de 2000 e 11/2006, em indivíduos de 13 anos ou mais, foram 48,3% do total de 1.297 casos. Contudo, apesar do padrão de notificação deste estado acompanhar os demais, podemos chamar atenção para predominância da população de raça/cor negra e parda nos diversos extratos sociais, porém com uma concentração maior nas classes de baixa renda.

Em um país repleto de desigualdades sociais, o panorama dos agravos à saúde, geralmente, segue um modelo em que as mulheres menos favorecidas socialmente, ou seja, as negras/pardas e as pobres têm menos possibilidades de inclusão no processo de cuidado à saúde e doença.

Lopes (2003), em estudo realizado em Porto Alegre, incluindo mulheres negras e não negras que vivem com HIV/Aids, observou que existem condições de ordem social e fatores de ordem cognitiva que contribuíram mais para a vulnerabilidade individual de mulheres negras, pois, estas tinham menores possibilidades de transformar suas condutas, estavam menos conscientes sobre os problemas que viviam e sobre as formas de enfrentá-los.

Estas dificuldades relacionadas à raça/cor negra podem ser associadas ao menor grau de escolaridade e acesso às informações que, geralmente, vem atrelado a essa raça/cor. A classe



social, também é um quesito relevante a ser considerado nesta população, visto que, com a diminuição do poder aquisitivo, torna-se cada vez mais escasso o acesso à informação, limitando assim, as estratégias de prevenção e tratamento.

O quesito raça/cor pode ser compreendido a partir de, e constituído em relações de poder, sendo assim, de acordo com Azeredo (1994), a raça/cor determina tanto a vida das mulheres e homens brancos como a de homens e mulheres pretas. O interesse em destacar o estudo da raça/cor, deve-se às desigualdades que se manifestam entre mulheres negras e brancas nos mais diferentes espaços da sociedade, destacando-se, a situação em que as mulheres negras, vítimas do racismo e do sexismo estão submetidas. A discriminação, baseada na cor da pele ou na origem étnica dos indivíduos, se torna ainda mais grave quando é percebida a magnitude da população brasileira que está sujeita, cotidianamente, as agressões, humilhações e outros tipos de violências baseadas na sua raça/cor (BRASIL, RETRATO...).

Fonseca et al (2003) analisaram que, no período de 1991 a 1998, entre os casos femininos de Aids, houve predominância de mulheres sem participação no mercado de trabalho (44%). As mulheres sem ocupação apresentaram as maiores taxas de incidência da infecção, com o crescimento anual mais elevado. Deste modo, as mulheres com o pior status sócio-econômico, apresentaram os maiores aumentos relativos de infecção pelo HIV entre 1992-1994 e 1995-1998.

A partir da análise destes estudos, percebemos que os quesitos raça/cor, sexo e classe social podem vir a influenciar a vulnerabilidade das mulheres, acentuando ou minimizando as taxas de prevalência de HIV. O acesso à educação, às informações, aos insumos de prevenção, aos cuidados e assistência à saúde são desiguais. E, como já foi referido anteriormente, o cenário que possibilita que essa pandemia venha se estabelecendo entre o grupo de mulheres, ou seja, a feminização, é complexo, multicausal e enredado, muitas vezes, por um contexto de violência. A violência contra a mulher praticada por parceiros íntimos surge como um dos aspectos que reduzem as pautas de negociação e diálogo entre os casais e aumentam a vulnerabilidade das mulheres à infecção.

O aumento da epidemia entre as mulheres, também nos desperta para outras situações que são vistas como justificativas para a feminização da Aids. Neste sentido, poderíamos associá-la às mudanças de comportamento das mulheres influenciadas pela liberdade sexual feminina e estilos de vida modernos em que elas vêm lutando pelos direitos sexuais e reprodutivos. Neste contexto, elas lutam em nome de uma sexualidade mais igualitária, por maior valorização social, pela liberdade sexual e/ou pelo direito sobre seu próprio corpo. As

mulheres buscam a autonomia para controlar a reprodução e a fertilidade, longe da ameaça de gravidez não planejada, ainda que isso, nem sempre, ocorra de maneira “segura”.

Heilborn (2003), refere-se ao fato de que a sexualidade pode ser entendida como a expressão das trocas eróticas entre os sujeitos, é uma forma moderna de representação de uma orientação erótica espontânea, que traduz uma dimensão interna do sujeito, ordenada pelo desejo. O contato corporal e sexual, neste caso, pode ou não estar ligado à atividade reprodutiva, mas de acordo com a cultura, estas práticas são vistas de formas diferenciadas. As trajetórias sexuais dos homens e das mulheres, por exemplo, são radicalmente distintas, isto é, se deve, principalmente, as expectativas e aspirações em relação à experimentação sexual marcadas pelo gênero.

Vistas como meras reprodutoras, há algumas décadas atrás, as mulheres foram incentivadas, pelos programas governamentais que visavam à ampliação da mão-de-obra trabalhadora brasileira, a gerar, no intuito de povoar o país, na busca do crescimento e desenvolvimento econômico. Sendo assim, na década de 30, a porta dos serviços de saúde estava aberta à esta população feminina durante o ciclo gravídico-puerperal, para que fossem acompanhadas durante a gestação e paríssem proles saudáveis. Posteriormente, na década de 60, os interesses mudaram, com o advento tecnológico ocorreu a substituição da mão de obra trabalhadora por máquinas modernas e o aumento populacional não era mais um plano governamental. Com a variação nas propostas políticas, o acesso das mulheres aos serviços de saúde se deu, então, para que pudesse ser feito o controle da natalidade.

No final da década de 70, as mulheres se uniram para lutar, deram um “basta” aos controlistas e protestaram pelo reconhecimento da mulher como ser social, que necessita de mais atenção nas políticas de saúde. Neste período, o Brasil já apresentava uma queda nos índices de natalidade, fato que surge como resultado da interferência do Estado na oferta de contraceptivos (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Em resposta as pressões para instalação de um programa para controle da reprodução surge o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado pelo Ministério da Saúde, na década de 80. Nascido a partir de um movimento de mulheres, o PAISM avançou em inúmeros aspectos, entre eles, no processo de construção de um programa de saúde pública integral e equitativa como um direito universal (GIFFIN, 2002; OSIS, 1998). As mulheres, através deste programa, seriam assistidas de modo integral a partir da articulação entre os âmbitos biológico, psicológico, social e cultural, por meio de ações curativas, de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Contudo, para a implantação do PAISM inúmeros contratempos foram enfrentados, o que contribuiu para o sofrimento das mulheres, e fez com que elas vivenciassem agravos à saúde, muitos deles considerados problemas de saúde pública, como a violência e a Aids. A análise das condições de saúde feminina, permite que sejam contabilizados alguns prejuízos como o uso impulsivo e abusivo de anticoncepcionais hormonais, que tem contribuído para morbidade e mortalidade de mulheres pelos agravos à saúde acarretados direta ou indiretamente por estes medicamentos como câncer de colo de útero, câncer de mama, hipertensão arterial, infecções sexualmente transmissíveis e HIV/Aids.

Em 2004, ocorreu o lançamento da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher, a iniciativa era retomar as propostas feitas pelo PAISM e propor outras, incluindo entre as estratégias a consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, a incorporação da prevenção e tratamento das DST, e a abrangência das ações às mulheres vivendo com HIV/Aids (BRASILa, 2004).

Sem dúvida, tais iniciativas têm sido fundamentais para melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, contudo, outras questões têm afetado o bem-estar feminino. Destaca-se aqui a manutenção de relações desiguais de gênero na sociedade, isso tem contribuído para acentuar os agravos à saúde das mulheres. A predominância da vontade do homem nas relações sexuais reduz as pautas de negociação entre os casais, dificulta a promoção da saúde e prevenção de doenças.

As relações estabelecidas entre homens e mulheres podem ser classificadas como desiguais, é fruto das desigualdades de gênero, pois, homens e mulheres não são percebidos na sociedade apenas como corpos com diferenças sexuais. Socialmente, as mulheres são reconhecidas como emoção, coração, fragilidade, docilidade, enquanto os homens são força, coragem, poder e instinto. Como reflexo desta construção social, ocorre a construção das relações assimétricas.

A mulher, muitas vezes, contribui para que esta assimetria seja mantida na medida em que cede às pressões masculinas, submete-se às vontades do homem e coloca em risco a vida e a saúde por amor, por convivência ou irresponsabilidade.

Branco, Morgado, Camilo-Coura (2001) realizaram estudo com a intenção de descobrir se existia na mulher a presença de cumplicidade na infecção pelo HIV através do contato heterossexual, os resultados revelaram que a maioria das mulheres soropositivas sabia do risco, mas não adotavam medidas para se protegerem. Ou seja, ainda que tenham informação sobre a forma de transmissão do HIV, que pode se dá pela via sexual, as mulheres aceitam manter relação sexual sem o preservativo.

As pesquisas que abordam a forma de transmissão do HIV entre as mulheres, têm sinalizado para a infecção nas relações heterossexuais como a de maior incidência (BRASILb, 2007; SELI; CHECHIN, 2005; GALVÃO et al., 2004; SALDANHA, 2003; ESMANHOTO et al., 2002; PARKER; CAMARGO JUNIOR, 2000; XAVIER, 1997). Nesse sentido, a prevenção da infecção ou da reinfecção pelo HIV entre as mulheres tem sido uma grande luta, pois é extremamente complexa a dinâmica das relações íntimas. Nem sempre, o desconhecimento é justificativa para a contaminação.

Introduzir o preservativo nas relações sexuais estáveis tem sido outro embate que tem tido, algumas vezes, as mulheres como parceiras. As dificuldades para conseguir ganhar esta “luta” incluem desde a necessidade na mudança de comportamentos, ou seja, as pessoas que não eram acostumadas a usar e agora precisam lembrar de fazê-lo, e outras que ainda que lembrem, precisam convencer o parceiro a usá-lo. Em pesquisa realizada com 8.026 usuários que buscaram um centro de testagem e aconselhamento, na Bahia, 56% dos homens e 50% das mulheres informaram que não fizeram uso do preservativo com parceiro(a) fixo(a). Entre as mulheres, os motivos para não usar foram: a confiança no parceiro (50,6%), o parceiro não aceitar (16,6%), ou não gostar (13,7%) (JESUS, 2006).

Sendo assim, o insucesso do uso do cóndom decorre de vários motivos, seja pelo parceiro não gostar, referir desprazer a até sugerir a desconfiança da parceira. A recusa dos homens é sempre um problema, seja entre casais soronegativos, soropositivos ou sorodiscordantes. Contudo, as tentativas para convencer o parceiro a usar o cóndom são muitas, ainda que, em alguns momentos, as mulheres utilizem fazer ameaças e argumentos, para elas contundentes, nem sempre estes artifícios alcançam êxito.

Galvão et al, (2004) realizaram estudo em São Paulo envolvendo amostra de 148 mulheres soropositivas, destas 32,4% eram casadas ou viviam maritalmente; 29,7% eram viúvas; 28,4% eram solteiras; 9,5% eram separadas e 51% do total de mulheres relataram ter parceiro sexual. O uso do preservativo entre elas foi investigado: 24,6% nunca usaram; 7,7% usavam raramente; 9,2% usavam às vezes. Ou seja, 41,5% não usavam preservativos ou faziam uso inconsistente dos mesmos, e 58,5% referiram sempre usar. Neste estudo, o status sorológico dos parceiros variou entre positivo, negativo e desconhecido.

Como evidencia o estudo supracitado, o uso do preservativo, mesmo no grupo das mulheres infectadas, é pequeno. Este fato deve-se, talvez, porque pedir para que o companheiro use a camisinha assuma para o casal vários significados, inclusive, o de que em uma relação que tem o sentimento de amor presente, não cabe o uso do preservativo. A representação social do amor é de que ele é um sentimento mágico, belo, verdadeiro e único.

Deste modo, nas relações em que esta emoção está presente subentende-se que há cumplicidade, reciprocidade e entrega por inteiro, ou seja, não pode haver nada que impeça o sentimento, a sensação completa entre o casal. Esta pode ser considerada uma visão romântica do amor, sentimento que muitas vezes é banalizado. Por exemplo, o ato sexual mesmo que seja por uma noite apenas, é denominado de “fazer amor”, é como se essa referência ao sexo fosse feita desta forma romantizada, na intenção de justificar uma relação tão íntima entre pessoas tão distantes. Bauman (2004), afirma que houve uma expansão no conjunto de experiências às quais nos referimos com a palavra amor, o amor quer possuir, estar a serviço e colocar-se à disposição.

A pertinência desta citação pode ser ressaltada para estabelecermos a interface entre a feminização do HIV e as relações desiguais de gênero, pois é por amor que algumas mulheres são subservientes aos seus parceiros-amantes, mantém relação sexual sem preservativo para a satisfação masculina e se tornam vulneráveis a infecção pelo HIV. Será que correr o risco vale a pena?

O amor pode ser volátil. Para Bauman(2004) é possível que alguém se apaixone mais de uma vez, algumas pessoas estão mais vulneráveis ao amor, deste modo, ao longo da vida algumas pessoas podem amar várias outras. Atualmente, cresce o número de pessoas que não garantiriam que o amor que vivenciam é o último, mas o curtem intensamente, ainda que seja curto e frágil.

Diante de relações tão efêmeras, o tempo tem sido um fator relevante para caracterizar o compromisso existente entre o casal. Quanto maior o tempo de relação, mais esse amor parece que é para sempre e mais completa é a entrega para o parceiro. E é nesse contexto romântico que tem ocorrido o aumento da infecção pelo HIV no grupo de mulheres com relações estáveis e monogâmicas. Este acréscimo pode sugerir que o casal que tem uma relação estável não está usando camisinha, podemos inferir, então, que ao existir nas relações a presença de sentimentos mais sérios e profundos como o amor, o casal não sente que deve se proteger. Ou seja, a visão romântica da relação sexual faz com que as mulheres assumam alguns riscos, como contrair doenças. A mulher ama tanto o seu companheiro que se entrega sem proteção, é como se a camisinha fosse algo que atrapalhasse a doação completa, por inteiro da mulher ao seu parceiro, transar sem camisinha é uma prova de amor.

Santos e Iriart (2007) em estudo, que teve o intuito de reconstruir os roteiros sexuais dos sujeitos (três mulheres), analisaram que há uma incompatibilidade em a racionalidade preventiva e a sócio-afetiva, as mulheres têm medo de gerar a desconfiança no parceiro, então ponderam a adoção das medidas preventivas. A necessidade de prevenção parece ir de

encontro aos princípios dos relacionamentos sexual-afetivos e a vivência da plenitude amorosa.

Giddens (1993), ao discorrer sobre o amor, afirma que o amor apaixonado é marcado por uma urgência que o coloca à parte das rotinas da vida cotidiana, o envolvimento é invasivo, faz o indivíduo ignorar suas obrigações habituais, ele é perigoso. Deste modo, o amor apaixonado, citado, caracteriza muito bem o comportamento assumido pelas mulheres em suas relações sexuais, pois ainda que a razão reconheça todos os riscos e agravos ocasionados por não usarem a camisinha masculina ou feminina, o prazer e a emoção se sobrepõem e fazem com que tudo a mais seja irrelevante diante do prazer daquele momento. Nestes momentos, algumas mulheres fecham os olhos à sua vulnerabilidade e mantêm relações sem preservativo, pois por amor vale a pena correr riscos.

No caso das mulheres que são soropositivas insistir para que o parceiro use o cóndom pode parecer estranho, pois essa negociação ainda não é um hábito nas relações sexuais entre os casais. Sendo assim, para o parceiro que desconhece o status sorológico da sua parceira tal solicitação pode denotar assumir a soropositividade. Então, como essa revelação não é a intenção de muitas mulheres, pois muitas desejam manter em segredo o diagnóstico, para que o parceiro não desconfie delas, estas optam por desistir do pedido. Em estudo realizado por Paiva et al.(2002), a camisinha surgiu como um complicador para o relacionamento sexual, foi recusada por muitos homens que sabiam que as mulheres eram portadoras, deste modo, elas se referiram ao fato de encontrar dificuldade e medo de comunicação na negociação da camisinha.

Algumas alternativas têm sido usadas para aumentar a adesão dos casais ao preservativo, entre elas estão a distribuição pelos postos de saúde, em eventos festivos como o carnaval, propagandas televisivas, banners e folders orientando o seu uso e sinalizando a importância da prevenção, além da distribuição de camisinha feminina.

A camisinha feminina é vista pelos profissionais de saúde como uma opção à masculina, pois assim as dificuldades para negociação podem ser reduzidas. A mulher como dona do seu corpo, não precisaria da autorização masculina para usá-la. Mas não tem sido assim, os argumentos utilizados para tirá-la de cena também são fartos. E entre os casais que afirmam se amar, vale tudo, inclusive compartilhar o destino que pode ser se infectar com HIV, tudo por amor (SALDANHA, 2003).

Desta forma, é possível perceber que a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids está atrelada não só aos seus comportamentos individuais, mas também e, principalmente, àqueles de seus parceiros íntimos, e às condições sociais objetivas que deveriam propiciar a

acessibilidade da mulher aos serviços de saúde e a elaboração e implementação de políticas públicas (PAIVA, 2000).

A sociedade civil tem se reunido, organizado e buscado formas associativas para lutar pela vida, os manifestos vão desde ações individuais até grandes eventos envolvendo as coletividades. Para discutir a Aids e a complexidade que a envolve tem sido formados grupos bastante heterogêneos compostos por atores sociais dos mais diversos níveis sócio-econômicos e culturais, sejam eles soropositivos ou soronegativos para o HIV.

O movimento social pode ser considerado um acontecimento, uma descontinuidade do tecido social, que permite a reinterpretção de elementos que o precederam e dos campos de possibilidade que o sucederão. Ao reconfigurar, interpretativamente, fragmentos da realidade social, tais agências coletivas afetam o contexto em que se situam e os próprios sujeitos que as constituem, ao mesmo tempo em que são por eles edificadas (MENDONÇA, 2007).

Em se tratando de uma conduta advinda do coletivo, nos movimentos sociais, os sujeitos buscam algo em comum, o empoderamento e a visibilidade para os seus ideais. Para isso, organizam ações e projetos a partir das demandas políticas geradas pelas características da epidemia.

Surgindo a partir de movimentos protestos sociais, as ONGs/Aids reúnem principalmente pessoas com HIV/Aids para divulgar ações de prevenção, combater estigmas e informar a população sobre a doença. Com características bem definidas as ONGs não têm fins lucrativos, mantêm sua autonomia ainda que estabeleça relações de cooperação com os governos, estabelecem diálogos com entidades e organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), além de valorizarem a competência técnica e a profissionalização da militância (RAMOS, 2004).

As ONGs/Aids surgiram como uma forma de fazer política quase que simultânea à história e aos avanços da infecção, elas nasceram na década de 80 como uma ferramenta fundamental no combate à infecção e reinfecção pelo HIV/Aids. Algumas destas surgiram por iniciativa de militantes de esquerda, pessoas ligadas ao movimento homossexual, advogados, intelectuais e médicos que atuavam no programa estadual de atenção a Aids (RAMOS, 2004).

Integrando o terceiro setor, as ONGs, atualmente, assumem caráter profissional, menos caritativo, muitas vezes são financiadas por organizações estrangeiras ou pelo poder público e têm como alicerce as atividades voluntárias. Ocupando o lugar dos movimentos sociais, as ONGs representam os indivíduos com HIV/Aids em suas relações de luta com o Estado, reivindicando a assistência. Nas ONGs/Aids são observados comportamentos de renúncia de

si por parte de seus participantes em nome da causa, apesar de evocarem interesses coletivos, eles discursam também em favor próprio (FARIAS; DIMENSTEIN, 2006). Tais ONGs passaram a exercer grande influência na construção das políticas públicas em relação à Aids. Deste modo, a sociedade tem se fortalecido, feito pressão e cobrança de seus direitos. A distribuição universal e gratuita da terapia com ARV foi uma das conquistas galgadas pela luta dos sujeitos, inaugurando assim através da Aids uma nova forma de construir políticas públicas no Brasil (MARQUES, 2002). Desempenhando o papel de porta-voz dos sujeitos com HIV/Aids, as ONGs, muitas vezes, suprem carências dos sujeitos que deveriam ser saciadas por políticas públicas.

As primeiras ONGs/Aids surgiram no Sul e no Sudeste, o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), fundado em 1985 em São Paulo, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), no Rio de Janeiro em 1986, o Grupo de Valorização, Integridade e Dignidade do Doente de AIDS (Grupo pela Vida), no Rio de Janeiro em 1989 e a Rede Nacional das Pessoas que Vivem Mais (RNP+) com núcleos em vários estados brasileiros.

Na Bahia, o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA/BAHIA), surgiu em 1988, da iniciativa de um grupo de voluntários formado por estudantes e profissionais de diversas áreas, que percebiam a magnitude da epidemia da AIDS e a ameaça desta à sociedade. Em sua sede, neste local, são feitos atendimentos e aconselhamentos de natureza emocional, psicológica e jurídica às pessoas com HIV/AIDS, extensivo a amigos e familiares.

Os atendimentos realizados pelas ONGs têm sido de grande importância para os sujeitos coletivos, visto que as demandas que apresentam são inúmeras e os serviços de saúde dos municípios brasileiros ainda estão aquém das reais necessidades da população.

O atendimento aos indivíduos com HIV/Aids envolve uma série de especificidades que precisam ser conhecidas e reconhecidas pelos profissionais de saúde que os atendem. A atualização e capacitação de toda equipe faz-se imprescindível para que a assistência à saúde seja prestada com qualidade. O aperfeiçoamento profissional deve ser capaz de prepará-lo para acolher os indivíduos de acordo com as suas demandas e carências durante todo o processo de adoecimento, a partir da suspeita diagnóstica até a implementação do tratamento e acompanhamento.

### **1.2.2 Diagnosticando o HIV/Aids em mulheres**

O aconselhamento pré e pós-teste sorológico é fundamental a fim de preparar o sujeito para receber o diagnóstico e repassá-lo. Descortinar o resultado do exame é um momento



marcante na vida dessas pessoas. Sendo assim, os profissionais devem reconhecer o valor desta conversa e fazê-la de maneira responsável e comprometida. Algumas vezes o aconselhamento não é permeado por discussões democráticas e personalizadas sobre as dúvidas, riscos e atitudes, tornando-se uma prática de saúde banalizada e ignorada, ou realizada sem fundamentação teórica, mesmo nos serviços especializados (PAIVA et al, 2006).

Dessa maneira, a descoberta do diagnóstico de HIV/Aids pode acarretar para a mulher uma série de conflitos e transtornos. Existem várias orientações e informações sobre a doença que nem sempre são fornecidas no aconselhamento. Assim, o desconhecimento contribui para que a mulher se sinta desorientada e com uma concepção de que se trata de uma doença que não tem cura, que pode ocasionar mudanças substanciais no modo e na qualidade de sua vida, além de alterações na estrutura física e psicológica e a idéia de proximidade da morte.

O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV/Aids poderia contribuir muito para a melhoria na qualidade de vida das mulheres infectadas. Contudo, a demora em identificar a contaminação contribui para o agravamento do quadro clínico. Muitos profissionais, inclusive, aguardam o surgimento diante dos seus olhos dos corpos doentes e fragilizados de sinais e sintomas da Aids para só então solicitar exames diagnósticos e tratar a infecção pelo HIV. Ainda que os avanços científicos indiquem que algumas pessoas podem ficar assintomáticas durante anos, o modelo de atenção à saúde curativista e hospitalocêntrica dificulta para que ações de prevenção e promoção à saúde sejam realizadas.

Estudos têm demonstrado que a maioria das mulheres só descobre que está infectada após o surgimento das doenças oportunistas ou morte do companheiro. O teste sorológico anti-HIV ainda não faz parte de um esquema de rotina de cuidados com a saúde, retardando o seu diagnóstico, embora muitos casos de infecção pelo HIV tenham sido diagnosticados no momento em que as mulheres ficaram grávidas, durante o pré-natal ou mesmo no nascimento do filho, com a realização do teste rápido (CUNHA, 2004; SALDANHA, 2003, VERMELHO, 1999).

As infecções oportunistas são manifestações clínicas do estágio avançado da infecção pelo HIV, elas podem ser graves e provocar a morte de pessoas com Aids. Entre as infecções oportunistas estão tuberculose, pneumocistose, infecções fúngicas recorrentes na pele, boca e garganta, diarreia crônica por isóspora ou criptosporidium, diarreia crônica com perda de peso, neurotoxoplasmose, neurocriptococose e citomegalovirose (BRASILb, 2007).

As doenças oportunistas surgem na vida das mulheres com HIV/Aids como algo muito marcante, pois trazem consigo uma série de significados. Elas sinalizam que algo em sua

saúde não vai bem e que muitas mudanças em seus corpos ocorreram em virtude de um sistema imunológico enfraquecido. A partir daí, é revelado um corpo que está doente e que até este momento podia ser escondido, por desconhecer o diagnóstico da infecção ou por intencionalmente ter conseguido disfarçar as repercussões físicas, psicológicas e sociais da infecção.

Para Le Breton (1999) existe uma esfera negativa na qual a carne do homem é maldita, sujeita ao envelhecimento, à doença e à morte. E toda vivência e referência a esse processo incomodam. Ele lembra a referência ao corpo no discurso médico: o corpo não merece designação de máquina, pois adocece, envelhece, não é tão confiável, por fim fica doente e morre.

Então, neste contexto, a mulher com Aids vivencia o adoecer e uma série de sentimentos, que precisam ser conhecidos e compreendidos pelos profissionais de saúde que a assiste. Chazan (2003) sinaliza que o olhar médico necessita percorrer um caminho vertical, indo além da superfície sintomática e tissular. É o exercício do olhar penetrante que percorre além do corpo chegando até a alma; é o corpo em transparência. Para que a percepção do profissional alcance essa dimensão é preciso que ele se permita sentir e sensibilizar-se, para que só então possa ver além do que está dito e exposto, para poder enxergar nas entrelinhas, desvelar a linguagem.

Então, neste contexto, a mulher com Aids vivencia o adoecer e uma série de sentimentos que precisam ser conhecidos e compreendidos pelos profissionais de saúde que a assistem e que precisam acolhê-la. A relação estabelecida entre o profissional de saúde e a mulher soropositiva deve ser pensada de acordo com toda complexidade que a envolve. Através do acolhimento e acompanhamento das soropositivas os profissionais podem realizar atendimentos individualizados, personalizados com ações educativas que visem à melhoria e manutenção da saúde das pessoas com HIV/Aids, prevenção da reinfecção e redução da disseminação do HIV na população, ou seja, o profissional pode ser um grande aliado da saúde pública.

Conhecer o diagnóstico de soropositividade torna-se um marco na vida das pessoas com HIV/Aids, as mudanças que ocorrem em suas vidas após a constatação da infecção contribuem para que, a partir deste momento haja a construção de uma nova história e identidade. A partir da revelação do diagnóstico a maneira como as pessoas com HIV/Aids são percebidas e se percebem passa por grandes mudanças. O impacto sonoro transmitido pela revelação da soropositividade pode ser captado de diferentes formas a depender do contexto que estão inseridos estes interlocutores.

Aliás, Marques et al, (2006), observaram que, dependendo da via com a qual o sujeito contraiu o vírus, a fala do profissional no aconselhamento pós-teste se modificava e formas diferenciadas de comunicação eram estabelecidas. Estas poderiam vir imbuídas de amor, carinho, compreensão ou repressão e preconceitos. Assim, junto com a revelação do diagnóstico, eram emitidos juízos de valor e práticas discriminatórias emergidos das conclusões feitas pelo profissional sobre os comportamentos dos pacientes.

A revelação do diagnóstico ao paciente deve ser considerada pelo profissional de saúde como um momento bastante delicado na vida das pessoas soropositivas. Desse modo, a divulgação feita de maneira precipitada e despreparada pode acarretar inúmeros agravos à mulher e conduzi-la a reagir de maneira intempestiva, como atentando contra a sua própria vida, se desesperando, podendo ter distúrbios psíquicos, entre outros agravos.

Portanto, a adesão dos profissionais às práticas de saúde de qualidade, humanizadas, personalizadas, nas quais o acolhimento e o aconselhamento são objetos precípuos do cuidado, faz-se fundamental, porque este primeiro momento de contato com a doença deve ser marcado pelo amparo, por se tratar de uma circunstância de suma importância para o fortalecimento da pessoa infectada. Entretanto, este primeiro contato pode, muitas vezes, dar início ao processo de estigmatização que o soropositivo vivencia.

A violência institucional sofrida nos serviços de saúde é um problema importante que atinge muitas mulheres soropositivas. Em estudo realizado com 26 mulheres com HIV/Aids que residem em Recife observou-se que 15 das entrevistadas alegaram ter sofrido violência institucional, sendo que 12 delas relataram que as agressões (na maioria psicológica e moral) foram praticadas por médicos e enfermeiras. Apenas duas mulheres denunciaram o fato às autoridades do hospital (NILO, 2008).

Ferreira (1999), observou além da violência institucional, outras situações que podem ser experimentada por muitas mulheres soropositivas, a discriminação. Ao investigar as diferentes formas de violência encontradas no cotidiano das pessoas de baixa renda ou marginalizadas com Aids ou soropositivas para o HIV, percebeu que os relatos de violência abarcam desde isolamentos, resultados de testes dados com frieza, testagem compulsória de determinados grupos, expulsão dos soropositivos do convívio familiar, das famílias, enfim uma série de arbitrariedades.

Além de sofrer a violência praticada pelos profissionais de saúde, conhecida como violência institucional, algumas mulheres soropositivas vivenciam o estupro, o atentado violento ao pudor, o espancamento e outras formas subjetivas de violência.

O profissional de saúde precisa reconhecer, de acordo com Wiik(2001), que a Aids ameaça a existência física, a reprodução social por causa do papel central do corpo e corporalidade na sociedade. Portanto, as representações que as pessoas têm a respeito do corpo, da corporalidade e dos processos corporais degenerativos estão imbuídas das experiências que adquirem no mundo em que interagem.

Deste modo, é difícil para a mulher que vivencia o diagnóstico de HIV/Aids esquecer que tem um corpo, pois ele dói. Diante de todas as evidências visualizadas, como conseguir disfarçar o corpo enfraquecido e fragilizado com os sinais e sintomas da doença?

A terapia com anti-retrovirais é uma alternativa para inibir a reprodução do HIV no sangue. Se submeter ao tratamento com anti-retrovirais (didanosina, lamivudina, zidovudina, estavudina, indinavir, ritonavir, nevirapina) é uma alternativa para melhorar a saúde, reduzir as chances de morte e de complicações oportunistas. A realização do tratamento pode traduzir a vontade do soropositivo de viver. O desejo de ter a saúde recuperada, restabelecida e melhorar a qualidade de vida pode estimular as mulheres para o auto-cuidado e para a adesão ao tratamento. Talvez, para enfrentar a árdua rotina diária de terapia medicamentosa as mulheres precisem contar com o apoio de uma rede social, que pode incluir familiares, amigos e demais pessoas que possam ajudá-las neste enfrentamento, além dos profissionais de saúde capacitados e sensibilizados. Estes últimos, por sua vez, precisam estar prontos a atendê-las não apenas como pessoas com o corpo doente, mas como seres humanos que têm sentimentos, vivências de conflitos, carências, fragilidades e requerem cuidados. A relação entre ambos precisa ser dialógica.

Mas, tomar estes medicamentos é também assumir a doença. Alguns autores observaram que para os indivíduos contaminados a certeza da infecção vem com o uso dos anti-retrovirais, é como se a doença se materializasse no corpo com o uso de remédios (CUNHA, 2004; TUNALA, 2000).

Fazer o tratamento é declarar para si e para os outros que está doente. Assumir a doença perante a sociedade é estar sujeita a receber junto com ela todo o preconceito que a envolve, a discriminação, as culpas, os comportamentos estereotipados etc. Ainda que as pesquisas venham mostrando a mudança no perfil das mulheres infectadas pelo HIV, associações feitas com a promiscuidade, a prostituição e o uso de drogas são feitas, sendo estas as representações sociais das mulheres com o vírus.

A vivência do estigma é algo que pode ser compartilhado pela maioria dos portadores do HIV, seja a discriminação por parte dos parceiros, da família, dos amigos ou pela sociedade em geral. Segundo Casaes (2007), a partir da investigação que realizou com 100 portadores

do HIV/Aids, sendo 50 do sexo feminino, o portador quando percebe que as atitudes públicas são desfavoráveis às pessoas com HIV/Aids, imediatamente ele remete essa postura à sua pessoa, imaginando que também será discriminado. Ou seja, se exclui antes mesmo que seja excluído. Essa atitude revela uma maneira de proteger-se de futuras práticas discriminatórias.

A descoberta da infecção pelo HIV/Aids, em geral, é traumática. Portanto, mesmo tentando minimizar seus efeitos ou metabolizar esse processo, ainda assim, a mulher pode precisar de ajuda, pois falar sobre a doença seja com o profissional de saúde ou com qualquer outra pessoa é algo muitas vezes difícil para a mulher com HIV/Aids, a revelação de um segredo íntimo pode gerar medos, conflitos e inseguranças. Desta necessidade se originam os grupos de auto-ajuda, enfim, pessoas passam a dar e receber suporte de um grupo formado por pares.

### **1.2.3 Revelando o diagnóstico de HIV/Aids à terceiros**

Revelar o diagnóstico de HIV/Aids à família, ao companheiro e aos amigos é sempre um momento de tensão para as mulheres. Neste sentido, a orientação de um profissional de saúde para guiá-las, nesta circunstância, pode amenizar as dificuldades, uma vez que muitas optam por fazer da sorologia um segredo guardado a qualquer preço.

Este silêncio deve ser respeitado pelo profissional de saúde de acordo com a Resolução nº1.665/2003, emitida pelo Conselho Federal de Medicina, onde o artigo 10 traz que o sigilo profissional deve ser respeitado em relação aos pacientes portadores do HIV, salvo nos casos determinados por lei, isto é, a revelação do diagnóstico pode ser feita por justa causa ou por autorização expressa do paciente. A justa causa prevista no Código Penal brasileiro se refere a quando um dos cônjuges é portador de doença infecto-contagiosa, que possa acarretar danos parciais ou permanentes ao outro(a), esse tem obrigação legal de informar à parceira, porque o perigo de contágio é tipificado como crime. (BRASILb, 2004).

Para quem revelar o diagnóstico e quando revelar são dúvidas freqüentes vivenciadas pelas soropositivas, pois muitas vezes elas irão carregar este segredo por muito tempo sozinhas até que encontrem oportunidade para compartilhar com alguém. Em uma amostra de 100 pessoas com HIV/Aids, 36% delas revelaram a sua doença a, no mínimo, uma e, no máximo, cinco pessoas, isto demonstra como é restrito o círculo de amigos confiáveis ao portador com HIV/Aids (CASAES, 2007).

Escolher o melhor momento para compartilhar este segredo deve ser um direito das mulheres soropositivas, conquanto os motivos que as fazem nutrir este segredo são muitos,

dentre eles, alguns medos. São muitas as justificativas para os medos que sentem: medo de ser julgada e estigmatizada, fazendo-as isolar-se do ambiente social, recusar-se a interagir e até mesmo levá-las à depressão. Alguns dos sintomas produzidos pela depressão e que podem ser observados são: perda de interesse, humor depressivo, culpa, desvalorização, alterações do sono, apetite e perda de peso. Paradoxalmente, algumas dessas manifestações podem também ser produzidas por medicações anti-retrovirais (MALBERGIER; SCHÖFFEL, 2001).

Podendo ser um fator desencadeante para depressão, o medo é um sentimento constante na vida dessas mulheres e por conta dele, elas sofrem e se submetem a inúmeras situações, inclusive a vivência de situações de violência. Várias são as possibilidades de causas e consequências desse medo. O medo pode ser em decorrência de estarem vivenciando uma situação até então desconhecida, pois muitas vezes, o HIV/Aids era para elas uma doença que até já tinham ouvido falar, mas que era algo distante, como a doença do outro.

De acordo com Bauman (2008), medo é o nome dado a nossa incerteza, ignorância da ameaça e do que deve ser feito, é um sentimento conhecido de todos (seres humanos e animais). O medo pode ser classificado como: medo secundário que se dá em decorrência de uma experiência passada, sobrevive ao encontro e se torna fundamental na modelagem da conduta humana; e o medo de segundo grau que orienta o comportamento, quer haja ou não uma ameaça presente, o indivíduo tem o sentimento de ser susceptível, inseguro e vulnerável ao perigo. Este perigo dos quais tem medo podem ser os que ameaçam o corpo e as propriedades; a durabilidade da ordem social e a confiabilidade nela; e os que ameaçam o lugar da pessoa no mundo.

Deste modo, ter o HIV/Aids confere a mulher que vivencia o diagnóstico diversas possibilidades de medo, e este temor pode ser em decorrência do que viveu no passado, do que vive no presente ou do que viverá num futuro cheio de incertezas. O modo como vai se configurar a vida sexual e reprodutiva é algo que aflige muitas mulheres, o medo de ser abandonada pelo companheiro ou perdê-lo é imenso, logo, para que isso não aconteça, as mulheres soropositivas fazem qualquer coisa para manter a relação conjugal, desde esconder e negar que está doente até aceitar manter com seu parceiro qualquer tipo de relação mesmo que isso a machuque física e psicologicamente.

O medo que domina a mulher com a HIV/Aids está combinado com diversos fatores como a rejeição pelo parceiro, a revelação do diagnóstico, a solidão e o abandono. Estes medos podem, em algum momento, fazer com que ela se submeta em determinadas situações para não ficar só, criando assim espaço para que ocorra a violência entre parceiros íntimos.

Por outro lado, o fortalecimento das interações e dos laços sociais contribui para que as mulheres que vivenciam o diagnóstico de HIV/Aids tenham um suporte que irá ajudá-las, e nos momentos de crise estas interações podem trazer efeitos protetores fazendo com que elas se sintam cuidadas, estimadas e pertencentes a uma rede social. Contudo, o estigma que atinge os soropositivos influencia na redução de suas redes sociais, fato que será desenvolvido posteriormente durante a análise dos resultados do estudo.

Ainda assim, é reconhecido que o apoio de redes sociais reduziria a percepção de ameaça, funcionando como um recurso importante no enfrentamento da situação estressante. O suporte social pode ser estrutural ou funcional, o primeiro se refere à integração da pessoa em uma rede, através da frequência ou quantidade de relações sociais; e o segundo está relacionado à extensão do suporte, ou seja, a disponibilidade, tipo de apoio recebido e satisfação com o mesmo (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

A formação das redes sociais de apoio deve ser feita a partir de uma demanda gerada pelas mulheres, a partir daí elas próprias identificam as pessoas e/ou grupos que podem ampará-las. Para elas fazerem trocas de experiências com outras mulheres através dos trabalhos em grupos, é uma dinâmica que pode ser avaliada como positiva. Em muitas áreas estas atividades já têm sido realizadas, a participação em oficinas de apoio e prevenção pode ajudar as mulheres em vários aspectos, dentre eles, aprender a acertar a partir dos erros socializados pelos outros membros do grupo, este é um dos benefícios compartilhados durante as sessões.

A idéia de união entre os membros faz dos grupos uma ferramenta importante para o suporte social. Dividir com outras pessoas seus anseios, medos, aflições, dúvidas e até mesmo alegrias é o fundamento básico destas reuniões. O grupo pode ser percebido como possuidor de realidade própria, como um produto da interação de suas partes componentes e que não se equivale à soma das mesmas. O grupo expressa uma forma de se relacionar, que tem como característica o engajamento de todos (ZANELLA, PEREIRA; 2001).

Geralmente, compostos por indivíduos soropositivos em estágios diversos da infecção e profissionais de saúde, os grupos promovem e estimulam os processos dialógicos e reflexivos sobre a vivência comum da soropositividade e funcionam como um tratamento terapêutico. A construção do apoio pode se dar em outros espaços além dos grupos, a família pode ser uma fonte de suporte social, mas pode também ser uma fonte de estresse e estigmas.

Em estudo realizado com 13 pessoas soropositivas, foi possível identificar que o grupo ofereceu oportunidade para que pudessem discutir temas de interesse comum, contar suas histórias de vida e reelaborar sua própria identidade. Todos os participantes sinalizaram os

espaços de convivência como fundamentais para o redimensionamento de valores associados à sexualidade (ZAQUIEU, 2006).

Segundo Malbergier e Schöffel (2001), a psicoterapia de grupo tem como objetivos ajudar o paciente a manter o controle sobre sua própria vida e lidar de maneira positiva com os desafios e complicações da doença; auxiliar o paciente a lidar com sentimentos de raiva, negação, respeito, culpa, vergonha; auxiliar o paciente a estabelecer um canal de comunicação com familiares, parceiros, amigos; ajudar os pacientes a lidar com as crises; e propiciar um espaço para o paciente expor suas questões a respeito da doença e da morte.

A existência do suporte social pode auxiliar as mulheres a lidarem melhor com a doença, para revelarem os seus diagnósticos aos parceiros e familiares, ou seja, podem contribuir na adaptação da mulher a sua nova condição sorológica. Além disso, podem ainda colaborar para que as mulheres se reconheçam, se valorizem, e encontrem estratégias para enfrentar as situações as quais estão expostas, ou seja, aprenderem a lidar com os estigmas, os medos ou as situações de violência psicológica, física ou sexual que vivenciam.

### **1.3 A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES COM HIV/Aids**

#### **1.3.1 Revelando a violência praticada por parceiros íntimos**

A violência, seja ela sexual, física, verbal e/ou psicológica, é algo que, de alguma maneira, faz ou já fez parte do cotidiano de algumas mulheres contaminadas com HIV/Aids, até porque muitas vezes a contaminação se deu como fruto de relações violentas, nas quais o diálogo e a negociação não faziam parte.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 20,5% das mulheres soropositivas nos EUA haviam relatado abuso físico devido a sua condição de soropositividade. Já no Quênia, 19% de 324 mulheres relataram ter sofrido violência dos seus parceiros por serem HIV positivas (UNIFEM).

Algumas mulheres que revelaram seu status sorológico foram rejeitadas pela família, abandonadas, discriminadas, perderam amigos ou sofreram agressão psicológica, verbal, física e sexual. Ao analisar como se deu a violência na vida de 257 mulheres em idades entre 18 e 44 anos, observaram que 45% das mulheres sofreram violência após se tornarem soropositivas. Neste estudo mulheres que nunca tinham sofrido violência foram agredidas (GIELEN et al, 2000; GIELEN et al, 1997).



Coadunando com estes autores, Zieler et al, (2000), ao realizarem uma pesquisa com 2.864 pessoas infectadas com HIV, identificaram que o status sorológico foi a causa para a violência em 20,5% das mulheres que revelaram a soropositividade a seus parceiros, para 11,5% dos homens que faziam sexo com homens e 7,5% dos homens heterossexuais.

O estudo supracitado possibilita inferir que a percepção da violência entre parceiros íntimos, após a revelação do diagnóstico, não é uma particularidade que envolve apenas casais heterossexuais, mas, sim, de todos os tipos. Além disso, as mulheres também surgem neste estudo como agressoras dos companheiros que revelam a infecção pelo HIV. Porém, a proporção da violência foi maior quando as mulheres estiveram como vítimas. Sendo assim, ao analisarmos estes resultados, podemos perceber que a soropositividade surge como a causa da violência interpessoal e intencional. Logo, diante de respostas tão cruéis à revelação do diagnóstico, o silêncio e o isolamento parecem ser a melhor conduta a ser mantida por estas mulheres a fim de se protegerem do sofrimento.

Santos et al, (2002), em estudo que realizaram no ambulatório de um centro de referência para doenças sexualmente transmissíveis e Aids, localizado na cidade de São Paulo, constataram que da amostra constituída de 148 mulheres, 22% delas foram vítimas de violência sexual pelo menos uma vez. Deste modo, a violência seja ela sexual, física, verbal e/ou psicológica é algo que de alguma maneira, faz ou já fez parte do cotidiano dessas mulheres, até porque muitas vezes a contaminação se deu como fruto de relações violentas, nas quais o diálogo e a negociação não faziam parte.

Para algumas mulheres, a presença de um homem ao seu lado é o que a faz sentir-se plena enquanto mulher e realizada sob o ponto de vista sexual, afetivo e social. Ademais, dão satisfação à sociedade, têm um parceiro, não estão sozinhas. Assim, elas reforçam uma necessidade que foi construída socialmente e que faz parte da identidade feminina de que ter um homem é fundamental para que seja respeitada e considerada na sociedade.

A baixa auto-estima dessas mulheres contribui para que permitam a violência por medo de não ter com quem compartilhar a vida, dão continuidade aos relacionamentos afetivo-sexuais, mesmo vivenciando agressões. O amor bandido, agressivo, opressor e conflituoso foi citado por Ferreira (1999) como exemplo da relação aceita pela mulher, que considerava a sua condição sorológica um entrave para que houvesse qualquer mudança na relação.

Brito e Cruz (2007) ao realizarem estudos com mulheres com HIV/Aids identificaram que os sentimentos relativos à existência e à feminilidade se dão pela companhia de um homem. A maioria delas tinha uma baixa auto-estima, valorizavam-se pouco e não se viam como mulheres bonitas ou seres humanos de valor. Conclui-se que a auto-estima das mulheres

está vinculada ao olhar do outro sobre elas. Então, encontrar um parceiro que as aceitem é muito importante, e parece ser um sonho, quando o que foi imaginado se concretiza mesmo que se configure em relações conflituosas. Inclusive, é o que demonstra o relato de uma das mulheres entrevistadas que afirma perdoar tudo para não ficar sozinha.

Os profissionais de saúde podem e devem ajudar as mulheres vulnerabilizadas pelo HIV/Aids, mostrando-lhes que ter um homem ao “lado” não é o suficiente para fazê-las felizes, pois para viver bem, devem requerer companheiros que as admirem e as valorizem. A felicidade delas não deve ser buscada no outro e sim nelas mesmas, o outro pode ser identificado como uma fonte a mais para contribuir com o bem estar e saúde das mulheres.

Este cenário apresentado, de violência contra as mulheres que revelam o diagnóstico de soropositividade a seus parceiros, sinaliza a importância de preparar o companheiro para saber da infecção de sua companheira. Uma notícia deste teor não pode ser divulgada de maneira despreocupada ou displicente. Sua revelação precisa ser melhor preparada, pois o parceiro possivelmente necessitará de amparo de uma equipe interdisciplinar. Portanto, o profissional de saúde deve buscar a forma adequada para subsidiar a mulher para o diálogo com seu parceiro, estabelecendo estratégias que promovam a sua proteção e evitem possíveis situações de violência física ou simbólica (BRASILb, 2004).

A preocupação das mulheres com a revelação do diagnóstico de HIV/Aids aos parceiros deve-se especificamente ao fato de que o homem apresenta-se no cenário mundial como o principal agressor das mulheres com o vírus. Vale destacar que nos estudos citados sobre a violência contra a mulher, para que pudessem ser contabilizados os casos de agressões, foi fundamental o reconhecimento das mulheres, enquanto vítimas coagidas e violentadas. Sendo assim, para a violência ser relatada é preciso que primeiro ela seja percebida pela mulher que a sofreu. Todavia, nem todas as mulheres agredidas reconhecem, como vítima, a situação em que se encontram.

Essa identificação é, provavelmente, mais difícil se a forma de violência difere dos atos de agressão física, muitas vezes se a agressão sofrida variar entre psicológica e verbal elas podem não a reconhecer como tal, visto que já estão com baixa da auto-estima e se sentindo inferiorizadas pela condição de saúde/doença que apresentam. Logo, o algo a mais que for dito pelo parceiro pode não ser reconhecido como violência.

Schraiber et al,(2007), observaram em estudo realizado com 3.193 mulheres (não referido o estado sorológico), atendidas em serviços de saúde dos municípios de São Paulo, Santo André, Diadema e Mogi das Cruzes, que no que se refere às percepções de ter vivido

violência, as taxas de percepções foram significativamente menores que as prevalências encontradas, mesmo sendo também fruto do relato das mulheres.

Por outro lado, a condição sorológica possibilita às mulheres uma série de contatos que lhes expõem a violência com mais facilidade, por estarem sendo acompanhadas por profissionais de saúde. Algumas delas têm no serviço de saúde o espaço que faltava em suas vidas para falar das vivências. Outra situação desta realidade, é que as mulheres soropositivas, ao terem conhecimento do estigma que acompanha as pessoas contaminadas pelo HIV, talvez se tornem mais sensíveis a perceber e identificar outras formas de violência.

É muito revelador o perfil, já descrito, das mulheres soropositivas em situação de violência, Adeodato et al, (2005), descreveram em sua pesquisa, a mulher agredida como jovem, casada (64%), com filhos, com baixo grau de escolaridade e baixa renda familiar.

Esses resultados coadunam com outro estudo que envolveu 1.068 mulheres, vivendo com HIV/Aids. A média de idade das mulheres foi de 36 anos, metade das entrevistadas declarou renda abaixo de R\$ 200,00 e ter cursado apenas até a oitava série, apenas 30% delas tinham emprego fixo. A maioria declarou ter sido infectada pelo parceiro fixo (PAIVA et al, 2002).

De tal modo, evidências científicas atestam que o estado sorológico, HIV positivo, confere à mulher uma série de desvantagens e pode gerar susceptibilidade em relação ao seu parceiro, familiares, amigos ou qualquer pessoa a sua volta. A soropositividade é, em algumas situações, utilizada como recurso de agressão, o que ocasiona às mulheres infectadas um aumento de estresse. Outra fonte comum de estresse para mulher infectada pode ser o uso do códom.

Como repercussões dos problemas que enfrentam no dia-a-dia, entre eles a rejeição, abandono, abuso verbal, violência física, psicológica e sexual, há um impacto importante na saúde dessas mulheres. Entre as patologias que podem acometer as mulheres soropositivas que se encontram em situação de violência está a depressão. A segregação social, o isolamento, a baixa da auto-estima e a depressão são algumas das respostas a este fenômeno. Segundo Mello e Malbergier (2006), ao analisarem 120 mulheres infectadas pelo HIV, puderam afirmar que a ocorrência de depressão está associada a fatores como a ação neurológica dos anti-retrovirais e ao estresse causado pela doença, agravado pelas violentas reações de exclusão e discriminação social.

De acordo com Majundar (2004) os sintomas psicológicos, emocionais e mentais forçam as mulheres com HIV/Aids ao isolamento, o que provoca efeitos negativos em sua

saúde mental. O isolamento produz sentimentos diversos. Muitas vezes, o isolamento dessas mulheres do ambiente social é para não ter que revelar o diagnóstico de soropositividade a familiares e amigos. Talvez como uma estratégia de fuga, para prevenir o sofrimento advindo de possíveis agressões.

Gielen et al, (2000) afirmam que o estigma das mulheres soropositivas aumenta com a revelação da soroconversão, assim as mulheres têm medo de revelar. E esse medo deve ser considerado pela equipe de profissionais que a atende.<sup>2</sup>

Baseado na literatura norte-americana, o diagnóstico de HIV/Aids é considerado um fator de risco para violência física, sexual e psicológica. Portanto, os serviços de saúde que assistem as mulheres soropositivas devem ficar atentos. Neste sentido, algumas estratégias de atendimento já estão sendo traçadas nos Estados Unidos no intuito de minimizar os riscos das mulheres soropositivas à violência. O estudo realizado por Rothenberg et al (1995), recomenda que a mulher, ao ser atendida, deva ser avaliada pela equipe de saúde objetivando que seja identificado o risco de sofrer violência doméstica. Se após a avaliação do caso percebe-se que esta mulher possa ser agredida, o parceiro nunca deverá ser notificado, sem o consentimento da paciente. Se necessário ainda o juiz deve ser repellido se notificar o parceiro sem consentimento.

Embora, a notificação do parceiro seja uma estratégia importantíssima na luta contra a Aids, ainda assim, é necessário avaliar e rever as condutas que colocam em risco a vida das mulheres HIV positivas.

A Aids e a violência doméstica são fenômenos sociais que estão inseridos na dinâmica das relações entre os casais e que necessitam ser abordados simultaneamente. Em se tratando de duas pandemias, seria curioso estas condições não estarem presentes ao mesmo tempo, contudo, o estudo da associação entre ambas é algo ainda incipiente.

Reconhecer a vulnerabilidade das mulheres à violência entre parceiros íntimos é um começo para que políticas públicas sejam ampliadas e que as mulheres tenham seus direitos

---

<sup>2</sup> Algumas instruções para amenizar os efeitos do diagnóstico e de sua revelação a terceiros estão sendo discutidas na literatura. Dentre elas, está a importância de o profissional de saúde saber como proceder durante a revelação do diagnóstico de HIV/Aids, com atendimento individualizado, o preparando o paciente para saber o diagnóstico através do aconselhamento pré e pós-teste, inserindo o indivíduo em grupos de diagnósticos, para coletivizar o diagnóstico, fazendo ações educativas junto aos familiares e da população em geral para desestigmatizar o portador com HIV/Aids e estabelecendo uma relação harmoniosa entre paciente e profissional de saúde.

de cidadania assegurados e possam ser incluídas em programas de investigação e prevenção da violência após o diagnóstico de HIV/Aids.

A articulação entre as diversas áreas é uma boa alternativa para lidar com este enredamento. A saúde, a educação, as discussões sobre as desigualdades de gênero, ou seja, o trabalho em conjunto, amplia as perspectivas para interferir na vulnerabilidade de mulheres com HIV/Aids à violência praticada por seus parceiros íntimos.

### **1.3.2 Desigualdades de gênero como palco da violência entre parceiros íntimos**

De acordo com o que foi exposto anteriormente, as mulheres com HIV/Aids vivenciam algumas situações que exacerbam a sua vulnerabilidade à violência. Assim, além da condição sorológica que a fragiliza, ela ainda, por ser mulher, pode sofrer a violência que é fruto da construção desigual das relações de gênero, praticada por seus parceiros.

A violência entre parceiros íntimos pode ser percebida a partir da dinâmica desigual entre os construtos de gênero, raça, classe, idade, orientação sexual, dentre outros. As relações sociais estabelecidas entre os pares, há muitos anos, são marcadas pela violência.

Atualmente, a discussão deste fenômeno invade o espaço público e ganha maior visibilidade na sociedade, com o empenho das feministas nas lutas travadas com as autoridades políticas, as ações promovidas pelos movimentos sociais de mulheres e, sem dúvida, graças a notoriedade que a mídia tem atribuído aos casos de mulheres que são agredidas física-psicológica e sexualmente por seus ex e atuais companheiros.

A temática da violência contra a mulher veio a se tornar mais perceptível também, após a visibilidade de grandes tragédias, assassinatos e casos de extermínio praticados por homens, na grande maioria, que evidenciam como “explicação” para a agressão motivos torpes e/ou machistas como comportamentos considerados por eles como inadequados, circunstâncias de traição, término do relacionamento, dentre outros posicionamentos assumidos pela mulher.

Ao estudar mulheres em situação de violência é importante fazer uma articulação com as teorias feministas. O intuito não é “justificar” a agressão sofrida pelas mulheres, mas compreender a dinâmica perversa que é instaurada nas sociedades mundiais, com mulheres e homens assumindo posições tão desiguais e hierarquicamente definidas.

Ainda que a construção cultural androcêntrica seja predominante, contudo, já não cabe mais culpar os homens pelas opressões femininas sem antes tentar desenhar os papéis assumidos pelos sexos nas comunidades. Logo, para que isso seja possível, a apropriação do

conceito de gênero é fundamental para que se possa demonstrar o caráter relacional e histórico do masculino e do feminino.

A análise da história e das culturas a partir de uma perspectiva de gênero possibilita desnaturalizar os comportamentos agressivos e encontrar nas relações sociais eixos de desigualdades. Em momento anterior ao surgimento deste conceito, havia uma carência em buscar a causalidade social da opressão sofrida pelas mulheres, sendo assim, as correntes feministas surgem com algumas teorias.

Dentre elas a que ensina: o feminismo liberal, que tinha como foco a discriminação com base no sexo, então a luta emplacada era por igualdade de direitos (trabalhistas, políticos, entre outros); o feminismo socialista que era baseado nas ideias marxianas da exploração da mulher exercida pelo capitalismo; e o feminismo radical que tinha no sistema patriarcal o precursor para a opressão das mulheres pelos homens (SARDENBERG, 2004).

Alguns autores se referem a outras teorias feministas como a psicanalítica que traz o processo de criação da identidade do sujeito, ou outras formas de feminismo como o feminismo cultural, humanista, lésbico, negro (COSTA, 1998; SCOTT 1993).

O que se pode apreender destas correntes são as articulações que podem ser feitas entre elas, para delinear as diversas posições dos sujeitos e os complexos contextos em que a violência contra a mulher ocorre.

Existe um “trânsito” entre os espaços de convivência que podem ser percorridos tanto por homens quanto por mulheres. Deste modo, o mesmo sujeito que em determinado momento pode estar em situação de violência, em outro pode ser o algoz. É este caráter relativo que ocasiona incertezas às explicações da opressão, e em determinados momentos podemos imaginar que a mulher é conivente com homem pelas agressões que sofre. De acordo com Bourdieu (1998), nestas relações violentas o poder está em toda parte e em parte alguma, para reconhecê-lo é necessário saber descobri-lo onde ele se deixa ver menos.

Esse poder que em alguns momentos é imperceptível, segundo este autor, pode ser considerado como o poder simbólico, este só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhes estão sujeitos ou mesmo que o exercem. É um poder que contribui para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (violência simbólica) dando o reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam, é um poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força, graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for reconhecido, ignorado como arbitrário. Os poderes simbólicos se definem em uma relação determinada entre os que o exercem e os que lhe estão sujeitos.

Para que o poder se estabeleça na relação é fundamental que hajam pólos ambivalentes: um no papel do opressor e outro no papel do oprimido, contudo nem sempre estes papéis estão claramente definidos, mas geralmente cabe à mulher a figura da dominada.

Assim, ainda que existam formas pré-fixadas do que é ser homem ou ser mulher, o que ocorre é a construção dos papéis de masculinos e femininos. Esta é processual e sofre influências externas, como do meio em que se desenvolve. Logo, ao falar de mulheres ou de homens deve-se atentar para as diferenças entre estes sujeitos, embora façam parte de um mesmo grupo sexual, biológico.

Graham(1992), lembra em estudo que desenvolveu entre patrões e empregados, que a patroa, em diversas circunstâncias históricas desenvolveu relações conflituosas com suas empregadas, nunca se relacionando como iguais. Ambas eram mulheres, mas assumiam padrões sócio-econômicos diferenciados o que lhes conferia o “direito” à agressão e à violência. Já os patrões, ou seja, os homens, usufruíam sexualmente de suas empregadas como se este ato fosse extensão dos afazeres no lar.

Como fruto dessa relação sexual estabelecida entre empregada e patrão, em algumas situações, podia ocorrer uma mobilidade na posição de classe, de serviçal à senhora. Contudo, ainda que fizesse parte da mesma classe das outras patroas, o aspecto racial a distinguia e a desvalorizava socialmente. Esta mesma autora assinala que as relações não poderiam ser assumidas para que os senhores não perdessem o respeito e tivessem o seu poder prejudicado.

O exercício do poder pode ser refletido a partir das desigualdades que dele se originam. Na categoria raça, por exemplo, é possível ser identificada uma distribuição inequânime do poder. Carneiro (1995), sinaliza que não é qualquer poder que o negro exerce, é o poder individual, o poder apenas autorizado pelo branco, pois o negro em sua coletividade é reprimido e seu processo de ascensão é frágil.

Daí então, a escassez de políticas públicas voltadas para especificidades dos sujeitos negros e a invisibilidade de agravos à saúde neste grupo por parte das autoridades governistas. Tal reflexão não se aplica apenas aos negros, mas às minorias, não se referindo ao número de pessoas, mas às raras representações que tanto os negros quanto os pobres e as mulheres têm no mundo público.

Quando as características sociais citadas se acentuam, ou seja, quando nos referimos as mulheres negras e pobres com certeza as pautas de negociação se estreitam.

Assim como o homem, a mulher também exerce o domínio em determinados espaços. Com a saída dos homens para o espaço público, o âmbito privado se constituiu como um ambiente tipicamente feminino. Contudo, em diversas situações ocorre o reforço das

desigualdades de gênero, através da reprodução de práticas masculinas, neste momento exercidas pelas mulheres, dentre elas a violência contra os filhos, a atribuição dos afazeres domésticos entre as filhas.

Saffioti (1994), ressalta que o poder está nas relações violentas, desde o exercício do poder do homem violento sobre a mulher, até os pequenos poderes das mães sobre as crianças. As relações familiares então, surgem como verdadeiras escolas da violência. Ou seja, tais práticas expressam a presença da relação de poder nos dois pólos (masculino e feminino), porém são em parcelas, proporções e repercussões sociais diferentes. Sorj (1992), evidencia que a extensão do mundo privado para o mundo público é um exemplo de utopia emancipatória das mulheres, pois a distribuição desigual do poder posiciona a mulher em condição subalterna na organização da vida social.

O poder nas relações é um tema contemporâneo, que pode ser evidenciado diariamente através de como se constroem as relações e os papéis masculino e feminino. Rocha-Coutinho (1994), assinala que o fato da mulher ter poder na sua atuação profissional não lhe confere maior poder no mundo público. As fontes de status são distintas para homens e mulheres e para estas, ainda são atribuídos os mais diversos estigmas.

As diferenças de poder são traduzidas na sociedade em situações contraditórias, de subordinação e violência vivenciadas pelas mulheres. Deste modo, o poder permeia as relações violentas e se expressam pelas relações de gênero.

Para Scott (1991), o gênero é o campo no qual o poder é articulado, é a forma primeira de significar as relações de poder. A aquisição de poder pelo homem pode estar relacionada a diversos aspectos tanto sócio-econômicos quanto culturais, seja no que se refere à raça, à classe, ao intelecto ou a outras atribuições. Usufruir destas condições pode contribuir para o fortalecimento dos homens na realização das práticas discriminatórias.

O turismo sexual internacional pode ser uma expressão muito transparente do uso dessa supremacia masculina, pois nos referimos aos homens, brancos, “ricos”, estrangeiros que se utilizam dessa condição para conseguir sexo, e fazer da mulher nesta situação, como em outras tantas, assumir o papel de objeto. Ela é “coisificada” para o deleite dele. A vinda de estrangeiros para o Brasil, sinalizada por Piscitelli (1996), demonstra a busca deles por mulheres alegres, sensuais, jovens, carinhosas, passíveis e à disposição para o sexo. Iniciam estabelecendo relações profissionais e vão passando, posteriormente, a relações com características de conjugalidade. Os príncipes assumem postura de sapos, quando espancam e violentam suas parceiras. A expectativa de algumas mulheres à ascensão social, as expõe a



vivenciar determinadas situações que as tornam vulneráveis à violência, todavia a violência entre parceiros íntimos independe da classe social.

A agressão pelo ex ou atual companheiro é a forma mais comum de violência contra a mulher (FONTANA; SANTOS, 2001). A manifestação desta agressão pode variar desde a forma física (tapas, chutes, socos), psicológica (xingamentos, humilhações, menosprezo, intimidações) e sexual (relações forçadas, estupro, atentado violento ao pudor).

A reprodução do papel de pai sobre suas companheiras, confere ao homem a manutenção de comportamentos opressores e repressivos para “educar”, e é a partir destas justificativas que a violência contra a mulher ainda é silenciada.

O aumento no número de pesquisas sobre a temática, a divulgação de dados epidemiológicos, evidenciando o número de mulheres violentadas e o reconhecimento dos agravos à saúde das mulheres, provocados pela violência, podem ser considerados avanços científicos notórios, alcançados através da publicização deste fenômeno.

Entretanto, outras informações sinalizam que algumas contradições ainda permanecem. Machado (1998) observou que a depender do contexto em que se dá o ato violento, ele pode deslizar entre um ato cotidiano e um crime. O estupro pode variar de relação sexual banal a crime hediondo contra a pessoa, a depender do local onde ocorreu, da mulher denunciante, ou seja, do contexto. Outra questão que requer destaque é a diferença entre o grande número de denúncias de agressão sexual entre parceiros íntimos e o reduzido índice de homens sentenciados. A autora supracitada revela que as denúncias de agressão, entre os anos de 1996 e 1998, contra pessoas conhecidas e parentes, 60% de ocorrências anualmente, superavam as denúncias de estupro contra desconhecidas na Delegacia Especializada da Mulher do Distrito Federal. Esta pesquisadora avalia que há uma inversão da incidência entre ocorrências de denúncias e da incidência de penalização. Dos 82 detentos presos por estupro, na Prisão da Papuda do Distrito Federal entre 1994 e 1995, apenas 23 tinham envolvimento anterior com a vítima.

A situação descrita acima permite fazer algumas reflexões:

- apesar de algumas mulheres romperem o silêncio e denunciarem seus companheiros agressores, esses homens muitas vezes são absolvidos pelo poder público representado, na sua maioria, por outros homens que, após analisarem o contexto da violência, avaliam a denúncia como improcedente;

- muitas mulheres retiram suas queixas após retornarem aos seus lares, pois são pressionadas e novamente violentadas pelos seus companheiros;

- outras retiram a queixa por se sentirem arrependidas, algumas podem desenvolver algum tipo de dependência (afetiva, financeira) pelo companheiro, ou porque desejavam apenas dar um “susto” no marido para que ele não cometesse mais a agressão;

- ou ainda, inserida em uma relação de violência crônica, a mulher pode estar vivenciando o ciclo da violência e o companheiro, após agredi-la, pede perdão e propõe viverem uma nova lua-de-mel.

De acordo com tal reflexão, podemos perceber que o enfrentamento da situação de violência não é algo pessoal, que irá depender apenas das mulheres agredidas. O compromisso em lidar com este fenômeno deve envolver as diversas esferas política, social, econômica e cultural. Considerando a violência entre parceiros íntimos a partir do caráter relacional que envolve as desigualdades de gênero, raça e classe, as ações de prevenção da violência devem envolver os pares, sujeitos deste processo.

A discussão sobre a violência entre parceiros íntimos ainda é incipiente no Brasil. Por retratar a convivência desigual entre casais no âmbito privado, do doméstico, revelar a violência é falar da intimidade e expor a relação rompendo com o silêncio. Muitas vezes, a violência que está presente nas relações entre os casais é crônica, ou seja, não foi a primeira vez que a agressão foi cometida, sendo assim muitas mulheres sofrem agressão durante anos, ou até por toda vida, sendo vítima, primeiro, dos pais e depois do companheiro.

Inserida no ciclo de violência, a mulher, muitas vezes, sozinha, não consegue dar um basta a esta situação. Assim, empoderá-la, torná-la sujeito ativo da relação, com autonomia, fazer com que ela tenha poder para negociar suas vontades e desejos é uma maneira para que possa tomar as decisões por si própria. Desta forma, as redes sociais de apoio, as políticas públicas e as atuações profissionais são preponderantes para ajudar a mulher no enfrentamento da violência.

## 2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo tem por finalidade explicitar a trajetória metodológica adotada para a presente investigação.

### 2.1 A ESCOLHA DO TEMA

A idéia de realizar este estudo surgiu há algum tempo enquanto ainda desenvolvia a pesquisa intitulada: **Violência sexual e quimioprofilaxia do HIV: percepção de mulheres**<sup>3</sup> como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem (UFBA). Esta pesquisa teve como objetivo analisar a percepção de mulheres vítimas de violência sexual diante da violência sofrida e da quimioprofilaxia do HIV. Entre os resultados, a violência sexual foi percebida como uma tragédia na vida das mulheres, capaz de provocar estresse, trauma, baixa auto-estima e mudança de comportamento. Por sua vez, a quimioprofilaxia do HIV foi percebida como uma nova agressão, capaz de provocar sofrimento, distúrbios gastro-intestinais e a construção de uma nova identidade, a de indivíduo HIV positivo.

Durante a busca de referências bibliográficas para o constructo teórico da dissertação tive muita dificuldade em identificar na literatura nacional estudos que abordassem a temática a qual me propus investigar, sendo assim, ampliei as buscas para as bases de dados onlines internacionais e durante a leitura dos textos percebi o surgimento de um outro enfoque que até então não havia pensado. Existia uma grande preocupação da comunidade científica em identificar estratégias para prevenir a infecção do HIV/Aids nas mulheres, diante disso foram estabelecidas políticas públicas de prevenção do vírus, como o plano para enfrentamento da feminização do HIV/Aids. Com o avanço das pesquisas tem-se observado que a feminização do HIV/Aids se dá em decorrência de multicausalidades, entre elas estão as situações de violência vivenciadas pelas mulheres.

Deste modo, percebi a ênfase que tem sido dada ao estudo da prevenção da violência contra a mulher e dos agravos à saúde ocasionados pelas agressões, uma consequência possível é a infecção pelo HIV. Contudo, identifiquei que a interface entre a violência contra as mulheres e a feminização do HIV/Aids não era estabelecida apenas de uma maneira unidirecional, ou seja, apenas tendo a violência como a causa da infecção pelo HIV, mas era

---

<sup>3</sup> Foi um estudo qualitativo, exploratório, que teve como sujeitos mulheres vítimas de violência sexual que tinham sido submetidas ao tratamento de prevenção do HIV, preconizado pelo Ministério da Saúde desde 1999, e tinham sido atendidas no VIVER (Serviço de Atenção às Pessoas Vítimas de Violência Sexual).(ALMEIDA, 2004).

possível também pensarmos na violência como uma situação que advém em consequência da infecção pelo HIV/Aids. Deste modo, o diagnóstico de HIV/Aids poderia ser considerado como uma condição que desencadearia a agressão contra a mulher.

Além da vulnerabilidade à violência, com a imersão no campo e aprofundamento dos estudos, observei que a vivência da condição sorológica poderia influenciar as mulheres em diversos outros aspectos de suas vidas como as práticas sexuais e reprodutivas. A partir de leituras sobre a temática infecções pelo HIV/Aids em mulheres identifiquei algumas lacunas entre elas: a escassez de estudos que busquem compreender e explicar como as mulheres soropositivas vivenciam a infecção pelo HIV, a sexualidade e as situações de violência. A infecção pelo HIV/Aids confere às mulheres soropositivas formas particulares de enfrentarem e se adequarem às dificuldades vivenciadas no cotidiano. Sendo assim, durante o trabalho de campo as questões relacionadas à vida íntima das mulheres emergiram com grande destaque.

Participaram da pesquisa 32 mulheres vivendo com HIV/Aids, com idade superior a 21 anos, que estavam sendo atendidas no Ambulatório de Infectologia do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)/Serviço Ambulatorial Especializado (SAE)/Viva a Vida, localizados no estado da Bahia e respectivamente nas cidades de Salvador e Santo Antônio de Jesus. Em suas narrativas, as mulheres, exibiram uma ânsia em discorrer sobre sua vida privada e demonstraram que a temática sexualidade deveria permear as discussões que envolviam assuntos dos seus interesses.

## **2.2 A HERMENÊUTICA COMO MÉTODO**

Para que haja qualquer investigação é necessário partir de uma situação considerada problemática, capaz de causar grande inquietação. É a problemática que determina as questões que serão ou não formuladas.

De acordo com Laville e Dione(1999), a problemática pode ser definida como o quadro no qual se situa a percepção de um problema; o conjunto de fatores que fazem com que o pesquisador conscientize-se de um determinado problema. Podemos dizer que os problemas são construídos pelos sujeitos sociais que convivem com os fenômenos e os processos que os suscitam. Os problemas surgem a partir de nossas experiências, de uma mistura de conhecimentos e de valores.

Para identificarmos os problemas é preciso rever a realidade. Segundo Tobar e Yalour (2001), para formularmos o problema é importante, inicialmente, a seleção e delimitação do tema, do assunto de onde surgiu ou surgiram os problemas. O problema é uma pergunta clara

e concisa, demonstrando o que se quer saber e o que se pretende estudar. Um pesquisador nem sempre pode abordar um problema sob todos os ângulos, portanto, é necessário delimitar a abordagem.

De acordo com Alves e Rabelo (1999) a experiência da enfermidade, é a forma como os indivíduos situam-se perante ela ou assumem a situação de doença, conferindo-lhes significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação. Ou seja, na interação com outros indivíduos e grupos essa experiência da doença se constitui e adquire sentido.

A abordagem qualitativa enfatiza o mundo dos significados das ações e das relações humanas, um aspecto não perceptível ou captável de forma quantitativa. Se a intenção é buscar o aprofundamento da realidade é preciso expandir o referencial para além do quantitativo. Essa opção metodológica é necessária quando se percebe o objeto social como algo complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (MINAYO, 2000; 1994; 1992).

A abordagem qualitativa foi escolhida por ser considerada a mais apropriada para a compreensão do objeto de estudo, foi através do estudo da fala cotidiana das entrevistadas que a história de vida foi revelada. De acordo com Minayo e Sanches (1993) a fala é reveladora e transmite representações de grupos com padrões históricos, sócio-econômicos e culturais específicos.

O desenho metodológico envolveu a compreensão de contextos, cenários, histórias dos sujeitos locutores das narrativas. A investigação esteve centrada em um paradigma interpretativo, hermenêutico, para que se pudesse estudar as subjetividades, as singularidades sociais, os signos, a linguagem. A hermenêutica seguindo a sua etimologia trata-se da arte ou ciência da interpretação, configura-se como teoria geral da compreensão interpretativa (CASAL, 1996). A hermenêutica consiste na arte e teoria da interpretação, tem a finalidade de revelar o sentido do texto partindo de suas bases objetivas, ou seja significados gramaticais das palavras e suas variações históricas e subjetivas propostas pelos autores.<sup>4</sup>(GRACIA, 2010).

A hermenêutica é uma possibilidade teórica-,metodológica em pesquisa social, foi baseado nesse aspecto que o estudo teve uma abordagem permeada pela compreensão e contextualização dos sentidos das narrativas dos sujeitos, sendo esta narrativa considerada a maneira de representar e recontar a experiência; este método é considerado um avanço no estudo da linguagem e interpretação (REBELLO; GOMES, 2009; SODRÉ, 2004).

---

<sup>4</sup> Tradução livre de minha autoria.

Participaram do movimento de ampliação da hermenêutica Dilthey, Gadamer, Heidegger, como principais interlocutores. Dilthey tenta fazer da compreensão um método científico de construção do conhecimento, poderíamos atribuir a este teórico a intermediação de discussões fundamentais que permitiram a concepção da hermenêutica como metodologia qualitativa (WELLER, s/d). Para ele, a hermenêutica poderia ser utilizada por todas as disciplinas que estivessem centradas na compreensão da arte, no comportamento e na escrita. Esse filósofo afirma, ainda, a separação entre o campo das Ciências do Espírito/Humanas e o das Ciências Naturais, baseado na distinção entre o compreender e o explicar; a partir disso a compreensão passa a ter o caráter de atributo essencial para as ciências humanas de tal modo que a hermenêutica evolui de método para fundamento epistemológico (CAMPOS; COELHO JR, 2010).

Enquanto que para Gadamer, a compreensão está relacionada a experiência estética e ao conhecimento histórico na hermenêutica, ou seja a compreensão se dá a partir de um contexto permeado de passado e presente. A tradição precisa ser considerada como uma condição ao conhecimento, a hermenêutica se dá a partir de uma compreensão histórica do mundo, sendo para isso fundamental reconhecer os significados e preconceitos envolvidos na compreensão prévia do mundo. A compreensão, portanto, deve ser entendida na e pela historicidade. Já o texto pode ser atualizado na compreensão, a partir de uma interpretação que pode vir acoplada de uma criação e co-autoria, o texto ele pode contrariar e transformar (GADAMER, 1997; CAMPOS; COELHO JR, 2010).

Desta forma, a hermenêutica foi se configurando ao longo dos anos como teoria, filosofia e com Paul Ricoeur atingindo o seu mais alto nível como metodologia interpretativa. O objetivo é atingir uma teoria da interpretação do ser, Ricoeur exalta a busca de um método reflexivo que esclareça a existência e elucide o seu sentido, não há como descobrir um fenômeno sem discurso, na hermenêutica o sentido do discurso será examinado e explicitado (TERRA et al, 2009). Este filósofo defende a prática hermenêutica na interpretação de textos a partir do método fenomenológico e introduz o estudo da consciência, do ser e da linguagem; ele também articula a hermenêutica à teoria das significações de Husserl, ligando a ontologia à linguagem e ao conjunto dos atos, através dos quais a vida se manifesta. A hermenêutica de Ricoeur favorece visualizarmos a dinâmica da consciência, da linguagem e das significações intencionais, da relação do si-mesmo e da alteridade, considerando as comunidades históricas (SODRÉ, 2004).

A metodologia hermenêutica da interpretação surge tendo como fases deste processo a compreensão e a explicação que poderão ser alcançadas a partir da captação dos sentidos feita

através dos signos da linguagem (CASAL, 1996). Dentre as formas de abordagem qualitativa a hermenêutica pareceu se adaptar de forma mais apropriada para a análise dos discursos, pois possibilita compreender, explicar, interpretar os significados atribuídos pelos sujeitos que vivenciam a infecção pelo HIV, a sexualidade e as situações de violência interpessoal. Assim, para compreensão dos discursos foi feita uma leitura inicial superficial, posteriormente releituras críticas e profundas. A escrita mostra algo que na fala é inicial, logo houve a construção do texto oral e do escrito, e o fenômeno estudado foi compreendido através da fala, gestos e as expressões.

Segundo Veronese e Guareschi (2006), a hermenêutica é uma possibilidade teórico metodológica em pesquisa social, que pode propiciar reflexões tanto de caráter filosófico quanto para compreensão de situações sociais. Ela propõe sentidos, se algo é afirmado, deverá também ser justificado, fundamentado, a análise do objeto investigado deverá ser plausível, a realidade será lida tal qual ela se apresenta.

Nesta perspectiva, é relevante que haja o reconhecimento do sujeito como um ser único, envolvido em um contexto, repleto de histórias, tradições, saberes, discursos e linguagens, ou seja, de objetos simbólicos passados e presentes que constituem o mundo hermenêutico. Toda essa complexidade que envolve o indivíduo precisa ser considerada para interpretação da sua fala e tentei realizar tal abordagem para compreender as situações vividas pelas soropositivas, no que tange às experiências com o HIV/Aids, sexualidade e violências interpessoais, enquanto manifestações objetivas e subjetivas.

### **2.3 CONSTRUINDO A INVESTIGAÇÃO: ESTRATÉGIAS DE APROXIMAÇÃO DOS SUJEITOS**

A ideia inicial para realização deste estudo era que os sujeitos da pesquisa fossem identificados durante as suas participações nos grupos de apoio/terapêuticos que se reuniam nos serviços de referência para o atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids

Deste modo, a aproximação com os sujeitos teve início em dezembro de 2008 e se deu a partir de uma teia de relações estabelecidas através do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS-GAPA/BAHIA, das Cidadãs **Soropositivas** que participam da Rede Nacional de Pessoas Positivas (RNP+) e dos grupos de apoio às pessoas com HIV/Aids situados nos mais diversos espaços, desde hospitais até centros e casas de apoio.

Por reconhecer a importância social do GAPA, e os serviços que presta a comunidade, me dirigi a este grupo no intuito de obter informações a respeito das discussões locais que

envolviam a temática mulheres vivendo com HIV/Aids. Após algumas horas de conversa sobre a temática com alguns funcionários, estes me forneceram o contato de uma senhora que como representante do grupo Cidadãs Soropositivas poderia me ajudar no desenvolvimento do estudo.

Após alguns dias, agendamos um encontro no qual expus as intenções do trabalho e ela demonstrou disponibilidade em estreitar as minhas relações com os sujeitos, servindo como ponte para este contato. Acompanhada e conduzida por cidadãos soropositivos, fiz visitas a alguns grupos de apoio, no intuito de conhecer a dinâmica das reuniões, os objetivos dos encontros, as pautas, os participantes, entre outros aspectos. Em alguns grupos fiz a apresentação do projeto e expus a minha intenção em realizar o estudo naquele espaço após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

Os grupos de apoio eram formados por pessoas vivendo com HIV/Aids que estavam nos diversos estágios da infecção, que eram residentes da cidade de Salvador e de outros municípios da Bahia e por profissionais de saúde (psicólogos, assistentes sociais e/ou enfermeiras). As sessões dos grupos tinham duração média de 2 horas, e os encontros eram semanais. Para participar dos grupos o indivíduo deveria ser soropositivo e ter sido convidado por um de seus integrantes ou pelos profissionais de saúde

Observei que havia semelhança entre a dinâmica de funcionamento dos diferentes grupos, logo que chegavam, os participante tinham que estabelecer um “contrato de convivência” que incluía o sigilo absoluto sobre o que é comentado no grupo, a pontualidade e o compromisso com o outro, posteriormente ocorria a apresentação individual de cada participante e finalmente havia uma prática discursiva situada onde ocorria a troca de experiências.

Os psicólogos, que na maioria das vezes moderavam os grupos, traziam para discussão alguma temática que já havia sido proposta pelo grupo ou alguma questão que tinha ficado ainda em aberto após o encontro anterior. Eram criadas oportunidades para que falassem, promoviam o acolhimento, a reflexão sobre o que tinha sido colocado e era feita a reconstrução das situações expostas pelos participantes. Em cada encontro os participantes faziam a proposição de realizar dinâmicas diferenciadas, mas respeitavam sempre a pauta anteriormente proposta.

Ao longo de dois meses, após ser conduzida a diversos encontros por alguns participantes, percebi que a dinâmica de funcionamento dos grupos não estava favorecendo a identificação dos sujeitos que participariam da pesquisa proposta. Tal percepção foi obtida a partir da identificação de que as relações entre os participantes eram superficiais, não havia o



estabelecimento de vínculos de confiança e envolvimento, que favorecessem um canal de comunicação, uma relação dialógica e a discussão sobre assuntos de suas intimidades. Assim, a violência e a sexualidade, às vezes, eram experiências conhecidas, mas pareciam distantes, pois surgiam a partir de histórias vivenciadas pelo outro (amigos, conhecidos) e não por eles. Além disso, era rara a participação das mulheres nestes grupos.

Deste modo, foi necessário utilizar outra estratégia de aproximação dos sujeitos-mulheres vivendo com HIV/Aids, identificando outros locais que viabilizassem o meu encontro com essas mulheres e permitissem a realização de entrevistas individuais. Sendo escolhidos como lócus de investigação o Ambulatório de Infectologia do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)/Serviço Ambulatorial Especializado (SAE)/Viva a Vida, localizados no estado da Bahia e respectivamente nas cidades de Salvador e Santo Antônio de Jesus.

### **2.3.1 Contexto de investigação: os cenários**

Foram utilizados como cenários para esta pesquisa dois espaços que eram meus velhos conhecidos, é bem verdade que as situações nas quais estive envolvida nestes locais foram diferentes dos motivos que me fizeram freqüentá-los hoje. Antes os visitei em momentos pontuais, um dos serviços foi importante na minha formação acadêmica e o outro foi um espaço no qual eu era *habituê* enquanto profissional.

Deste modo, o Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)/Serviço Ambulatorial Especializado (SAE)/Viva a Vida foram escolhidos como locus, após emissão do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, justamente por serem espaços nos quais eu tinha trânsito fácil por já ter desenvolvido algumas atividades nestes serviços além de serem serviços de referência para o atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids.

O HGRS integra a rede SUS e está situado no Cabula um bairro da cidade de Salvador, capital da Bahia. Segundo IBGE(2009), Salvador tem uma população estimada de 2.998.056 pessoas em uma área territorial de 707 Km<sup>2</sup>, é uma metrópole brasileira conhecida como a capital da alegria por conta das suas festas populares como a lavagem das escadarias da Igreja do Senhor do Bonfim e para uma das maiores folias populares do Brasil, o carnaval. O Cabula, bairro onde está localizado o HGRS, fica na área soteropolitana e está inserido no “miolo” da cidade. É um bairro caracterizado pelo crescimento desorganizado, pela grande quantidade de conjuntos habitacionais e construções residenciais inacabadas.

Este hospital é ainda contornado por residências inacabadas, moradias conhecidas como favelas, alguns conglomerados de casas e construções que se acumularam de maneira desorganizada nos arredores da instituição. Para conter e determinar os limites entre esses espaços foram construídos alguns muros contornando a instituição, contudo alguns “portões” foram abertos, feitos para facilitar o acesso da comunidade circunvizinha à unidade hospitalar. Durante todo esse tempo em que são “vizinhos” foi se estabelecendo uma relação muito interessante entre a unidade de saúde e as comunidades de geral. Os espaços externos do hospital funcionam como locais de trabalho e subsistência para vários moradores do Cabula, por exemplo, no estacionamento algumas pessoas ficam vigiando e lavando os carros, vendendo diversos objetos como canetas e agendas, próximos às paradas de ônibus alguns moradores organizaram seus “negócios” sob a forma de barracas e de carrinhos de café, nos quais vendem alimentos e ganham o sustento do dia-a-dia. As crianças também aproveitam esses espaços externos do HGRS para brincar, correr, empinar pipa e até ganhar alguns trocados.

Após o hospital ter sido construído neste bairro, houve um crescimento desordenado nos seus arredores, contudo a sensação que se tem ao observar a dinâmica entre moradores e o hospital é que este foi colocado naquele local atrapalhando a ida e a vinda dos moradores do bairro, a impressão é que eles foram invadidos pelo hospital e que para transitarem e terem acesso aos locais desejados precisam sempre adentrar os limites do hospital, sejam as crianças para irem às escolas, sejam os adultos para irem ao trabalho. Estão todos, na maioria das vezes, passando pelos muros e cruzando o estacionamento para darem seguimento às suas vidas, desenvolvendo as suas atividades.

A busca da comunidade ao hospital ocorre, principalmente, em virtude dos atendimentos à saúde, contudo, nem sempre é possível atender a esta demanda, por assim dizer, desordenada, do ponto de vista do planejamento de saúde. Algumas vezes, alguns atendimentos poderiam ser feitos no posto de saúde com cuidados primários a saúde, mas pela proximidade entre a residência e o hospital algumas pessoas procuram o hospital, o que acarreta a sobrecarga aos profissionais e a superlotação das instalações. Pois, apesar do HGRS ser um hospital público, de grande porte, com um total de 707 leitos, nesta instituição são prestados atendimentos ambulatoriais e hospitalares de média e de alta complexidade, com serviços de urgência, emergência e internamentos das especialidades ortopedia/traumatologia, nefrologia/urologia, cirurgia geral, clínica geral, cardiologia, obstetrícia, pediatria e Aids.

O HGRS é um Centro de Referência do Estado da Bahia para o atendimento ambulatorial, de emergência, obstétrico e de internamento de pessoas vivendo com HIV/Aids.

Poderia ser considerado um hospital escola, pois funciona como um fértil espaço para realização de atividades teórico-práticas, assim sendo, muitas instituições de ensino da área de saúde tanto de nível médio, quanto superior, utilizam os seus espaços para instruir, formar e capacitar seus alunos. E foi nesta circunstância, enquanto graduanda, que eu adentrei o HGRS pela primeira vez. A minha inserção neste serviço remonta a meados da década de noventa quando iniciei o curso de graduação em enfermagem pela Universidade Federal da Bahia e estive neste campo para realização de atividades práticas curriculares. Devido ao tempo que por ele transito, me permiti uma certa intimidade chamando-o de Bobs, pois é assim que ele carinhosamente é denominado pelos alunos e profissionais. Foi no Bobs que desenvolvi o meu primeiro estágio extracurricular na unidade de infectologia, como voluntária. No final da década de noventa, já estava interessada em conhecer as trajetórias de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids e a partir daí, como bolsista de iniciação científica, realizei algumas incursões investigativas que tinham como sujeitos as pessoas vivendo com HIV/Aids e que estavam internadas neste hospital.

Haviam decorrido quase dez anos da minha estada no Bobs, quando retornei para realizar esta pesquisa em dezembro de 2008, logo, sem dúvida, este regresso foi marcado por certo estranhamento, a começar pelos profissionais, que já não eram os mesmos de antigamente, exceto a enfermeira coordenadora da unidade de internação de infectologia que se mantinha, mas era certo que ela não lembrava mais de mim, ainda insisti em fazê-la recordar quem eu era, mas não adiantou, são tantos estudantes que passam por ali... Na estrutura física muitas mudanças foram realizadas, tais como reformas e ampliações. Percebi o Bobs mais organizado, os locais onde eu transitava estavam sempre limpos, mas como antes, muito movimentados.

Algo que chamou muito a minha atenção e que considerei bastante interessante foi que no hospital havia uma porta que separava o serviço de Infectologia dos demais ambientes e consultórios. Era notória a diferença entre este serviço e os demais, antes de chegar no ambulatório de Infectologia o barulho é ensurdecedor, são pacientes que conversam pelos corredores, são macas que são empurradas, são funcionários que batem papo, são crianças que choram, são adultos que gritam, tudo acontece, e parece que assim que atravessamos a porta que dá acesso ao ambulatório de Infectologia, tudo muda. Parecia que estava em outro hospital, o silêncio pairava no ar. Embora, o ambiente fosse calmo, o marasmo caracterizou o local, a rotina algumas vezes era interrompida por pequenos tumultos, e o que mais motivava os conflitos eram os atrasos dos médicos e o fechamento da farmácia em horários destinado a dispensa de medicamentos. Essas situações tiravam alguns usuários do sério, mas por alguns

minutos ou às vezes por horas. Após a chegada do médico ou da funcionária da farmácia, tudo voltava ao normal.

O ambulatório de Infectologia fica situado no térreo do hospital, o acesso pela entrada principal é bem confuso sendo facilitado por uma entrada lateral onde está situado o Banco do Brasil com caixas eletrônicas e atendimento preferencial aos funcionários do hospital. A entrada no Bobs é rigorosamente controlada por seguranças, portanto, é necessário mostrar o cartão de identificação (funcionário, paciente ou acompanhante) para poder passar. Próximo ao ambulatório de Infectologia, estão diversos consultórios como os de Cirurgia, de Ginecologia, de Curativos e outros o que justifica o acúmulo de pessoas nos corredores. Ao adentrar no ambulatório de Infectologia onde realizei minhas entrevistas, ou seja, ultrapassando a porta que geralmente está fechada, existe uma sala com uma janela com visor onde ficam todos os prontuários, sala para a qual se dirigem todos os pacientes quando chegam. Eles entregam, para a atendente de enfermagem, o cartão com o agendamento da consulta e aguardam o atendimento, sentados no corredor do ambulatório em dois bancos de cimento ou podem ficar na “sala de espera”, o que é preferido pela maioria.

No Bobs, o espaço chamado de “sala de espera” é usualmente utilizado pelos usuários apenas para aguardar as consultas, não sendo observada interação entre eles, além disso, este local é destinado também para as atividades terapêuticas de grupo. A porta que dá acesso a sala de espera fica em frente à porta do ambulatório, esta sala é relativamente grande, quadrada fechada, com janelas e portas de vidro espelhado o que permite a penetração da luz e impede a visualização do interior da sala pelas pessoas que transitam pelo espaço externo, este é um local bastante reservado, com cerca de dez cadeiras plásticas, um quadro de aviso com cartazes das campanhas do Ministério da Saúde que incentivam o uso da camisinha e a prevenção do HIV/Aids, uma televisão de 20” que está sempre ligada, um bebedouro de água mineral, mas que geralmente não tem copos descartáveis, dois banheiros (masculino e feminino) e o espaço reservado para as assistentes sociais.

Ainda descrevendo o ambulatório de Infectologia, no corredor onde estão situados os consultórios tem uma sala que funciona como farmácia, o contato entre a funcionária deste setor e os usuários se dá através de uma janela por onde eram dispensados os medicamentos anti-retrovirais e os preservativos. Além disso, no espaço tem ainda quatro consultórios, que são utilizados pelo(a) médico(a) infectologista, pelo psicólogo, pela farmacêutica e outro de uso exclusivo da nefrologia que atendia apenas às segunda feiras.

O ambulatório de Infectologia funciona de segunda a sexta e são atendidas cerca de 20 pessoas com diagnóstico de HIV/Aids, sendo que este quantitativo de consultas variava a

depende do profissional médico que atendesse no dia e dos usuários que “apareciam” sem estarem marcados. Entre os motivos para as visitas sem agendamento estavam principalmente as queixas relacionadas aos efeitos adversos dos anti-retrovirais e o surgimento de doenças oportunistas.

Os atendimentos clínicos eram feitos pela manhã sendo os pacientes ordenados por ordem de chegada, eles costumavam chegar a partir das 7h, mas a atendente que separava os prontuários e organizava o atendimento chegava mais cedo, às 6h30min. Antes de se dirigirem ao consultório médico alguns usuários eram atendidos pela assistente social e/ou pelo psicólogo, este encaminhamento se dava a partir de uma solicitação do paciente ou após uma avaliação criteriosa do prontuário do paciente por estes profissionais. Era comum os servidores priorizarem o atendimento de pessoas que estavam no serviço pela primeira vez, ou alguns que estavam com dificuldade de aderir ao tratamento clínico e/ou medicamentoso, ou os faltosos, entre outros. Alguns faltosos apareciam no serviço depois de muito tempo apenas para pegar a receita para adquirir as medicações ou para solicitar o relatório médico. O interesse por tal documento devia-se à necessidade de comprovar a doença diante de instituições filantrópicas no intuito de angariar benefícios como a cesta básica.

Para adquirir os anti-retrovirais, medicações prescritas para o tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids, os sujeitos se dirigiam à farmácia do ambulatório, onde os remédios eram distribuídos gratuitamente para todos que apresentassem receitas. A dispensa de fármacos é feita para todos que necessitam, independente de serem ou não clientes do ambulatório do hospital, deste modo o fluxo de atendimento para distribuição dos medicamentos era sempre intensa. Era muito interessante observar o comportamento das pessoas na fila, durante muitas vezes eu fiquei sentada no banco de cimento ao lado da farmácia, com uma revista na mão para tentar disfarçar que eu estava notando todos que seguiam na fila. Percebia nestas ocasiões, como alguns indivíduos ficavam desconfortáveis por estarem ali, o incômodo era identificado a partir de diversos comportamentos apresentados.

A linguagem do corpo, o comportamento não verbal foi um importante recurso para compreender o que aquelas pessoas queriam dizer durante o tempo em que estavam em pé na fila e eu tentava me aproximar. Considerando que o corpo comunica, expressa sentimentos, atitudes, ansiedades, sinaliza intenções entre outros, foi possível decifrar algumas condutas. Deste modo, os gestos, os movimentos feitos com o corpo, com as mãos, com as sobrancelhas, com os músculos ao serem tensionados ou relaxados, tudo isso são atributos que eram utilizados consciente ou inconscientemente pelos usuários para se comunicarem. É

certo que nem sempre temos habilidade para decodificar as mensagens expressas de outras formas que não sejam através de palavras, mas outros sentidos além da audição podem ser utilizados para tornar a comunicação efetiva; entre eles, a visão, o tato e o olfato.

De acordo com Gaiarsa(2002), até o silêncio deve ser considerado para comunicação, pois, apesar das pessoas ficarem mudas, elas mantêm certas atitudes e expressões no rosto que podem significar mais que palavras. A linguagem corporal é a mais primitiva entre os animais, é o fundamento e o complemento da comunicação verbal, pois o corpo sinaliza intenções e assume atitudes, sendo assim o inconsciente também pode ser de algum modo revelado ao outro.

Deste modo, para configurar a comunicação que houve entre mim e aquelas pessoas na fila, não necessariamente tinha que existir o diálogo, mas sim o encontro cara a cara para que eu pudesse atribuir alguns significados àquele silêncio. Ao observar o contexto em que elas estavam inseridas, eu pude decifrar alguns gestos. Entre nós (eu e as pessoas da fila), houve uma interação a partir da percepção dos detalhes, do que não era dito, dos olhares desconfiados, do posicionamento em estado de alerta que permitia a eles observarem todos os meus movimentos. Eram olhares perdidos no nada, uma inquietude com pés balançando durante todo o tempo e mãos que não sabiam onde colocar, era visível o desconforto que sentiam em ter que estar ali, e eu confesso que em alguns momentos, eu também acabava ficando constrangida em estar ali, pois, eu acabava compartilhando do sofrimento alheio, aí eu me afastava, ia para sala de arquivos, ficava de longe e observava através da janela. Pensei, se eles não estariam ali, tão constrangidos, a ponto de quererem sair correndo, fugindo. Nem todos que estavam na fila eram soropositivos para o HIV, alguns tinham ido buscar medicamentos para familiares, amigos, companheiros(as), entes queridos, enfim, outra pessoa. O acesso a esta informação ocorreu porque eles faziam questão de falar alto quando entregavam a receita, às vezes, até da sala de arquivo dava para ouvir eles dizerem que estavam ali para pegar remédio para outra pessoa. Todavia, quando a fila era grande, até chegarem diante da atendente da farmácia, para se identificarem como soronegativos demorava alguns minutos, então, antes da identificação, todos se comportavam de forma semelhante e ansiosa.

Tais atitudes me fizeram lembrar E0, a seguir, vocês poderão entender porque me refiro assim a ela. A conversa com E0 iniciou um pouco tumultuada, porque ela dizia que estava chateada com o atraso do atendimento médico e com muita fome. Então, após sermos formalmente apresentadas pela médica, a convidei para conversar, após explicar-lhe todos os procedimentos e aspectos éticos ela ressaltou que eu fosse breve, pois, ela estava com pressa,

desse modo eu fiz e após longos períodos de distração e descontração, com boas risadas juntas, concluímos a entrevista com cerca de 45 minutos de duração. Quando finalizamos e E0 consultou o relógio e viu o adiantar das horas, se assustou e apressou-se, após assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, foi embora.

Assim que cheguei em casa, ainda muito animada por ter feito a primeira entrevista e com as revelações feitas por E0 durante a gravação fui fazer a transcrição. No entanto, não era possível entender nada do que havia sido dito, eram murmúrios incompreensíveis, deste modo, infelizmente, tive que descartar toda a entrevista porque não consegui transcrevê-la, pois, a qualidade do som tinha ficado muito ruim. A partir daí, a minha busca por E0 era incessante, até que quase um mês depois nos encontramos, para minha surpresa, ela logo sorriu para mim e me cumprimentou. Fiquei feliz por ter sido reconhecida, então pensei: bom sinal, será mais fácil agora convidá-la para uma nova conversa. Após E0 entrar na sala onde eu fazia as entrevistas, era a sala do psicólogo que ele me emprestava quando não estava em atendimento, ela pediu que a conversa daquele dia fosse mais curta, porque minhas conversas demoravam demais, e ela tinha muitas coisas para resolver e precisava sair. Então, contei a ela sobre a minha impossibilidade de transcrever a entrevista e solicitei que me concedesse uma nova entrevista. De maneira muito clara, objetiva e sincera ela me disse que estar ali naquele hospital era horrível, que estar ali a fazia lembrar da doença que ela tentava esquecer, que às vezes, ela estava bem em casa e só de lembrar que no dia seguinte teria que ir ao hospital ela já ficava mal. Só de pensar que tinha que ir para as consultas ela já sofria, e que naquele dia ela tinha ido lá, só pegar uma requisição de exame e queria sair dali o mais rápido possível.

Apesar de E0 não ter me concedido uma nova entrevista, as declarações que justificavam a sua recusa para um novo diálogo foram esclarecedoras, fundamentais para que eu viesse a entender a postura daqueles sujeitos que ficavam inquietos na fila da farmácia ou que aguardavam as consultas sob a privacidade da “sala de espera”. No Bobs, havia uma porta que separava a sala de espera dos demais ambientes do serviço de Infectologia, ele parecia ser um espaço mais discreto, reservado, que possibilitava o anonimato. Contudo, a longa permanência de algumas pessoas neste local, acarretava certa desorganização para o atendimento, pois constantemente apareciam alguns “retardatários” que não haviam ouvido os chamados para consulta, por estarem distraídos na sala de espera, mas que desejavam ser prontamente atendidos, porém a depender dos(as) médicos(as) que estavam trabalhando, o atraso era penalizado pelo reposicionamento do usuário para o final das consultas.

Durante a minha inserção no Bobs, foi possível observar alguns contratempos envolvendo os usuários e os trabalhadores da saúde, contudo, o que requer maior destaque

eram os aborrecimentos ocasionados pelo atraso dos profissionais ao serviço. Eram muitas as queixas e insatisfações a esse respeito, as atendentes eram as pessoas que mais ouviam as reclamações que iniciavam como murmúrios individuais e tímidos, e após alguns minutos transformavam-se em um coral. Contudo, era muito interessante observar que quando o(a) médico(a) chegava todos ficavam em silêncio e não reproduziam mais as lamentações, exceto uma vez. Neste dia, a filha de uma das usuárias se dirigiu a ouvidoria do Bobs para prestar reclamações do atendimento recebido. Considerando, que a ouvidoria de saúde é um mecanismo para ser utilizado pela população para reivindicar os direitos a assistência em saúde, pude observar que ele era subutilizado, visto que as queixas reproduzidas pelos usuários ficavam restritas ao ambiente dos corredores dos serviços, sendo raras as vezes que extrapolavam estes espaços.<sup>5 6</sup>

Exceto nas situações descritas, a relação estabelecida entre usuários e servidores era cordial, visto que todos os profissionais trabalhavam nos serviços há bastante tempo, existia um fácil reconhecimento dos servidores em relação aos seus pacientes, além dos nomes, eles tinham conhecimento das histórias clínicas (tempo de diagnóstico, tratamento, via de contaminação, entre outras) e histórias pessoais (relações afetivo-sexuais, número de filhos, questões sócio-culturais e econômicas) algumas destas informações adquiridas a partir dos registros dos prontuários, mas também alguns eventos eram lembrados sem a necessidade de recorrer aos apontamentos. Havia uma boa interação entre os profissionais e os usuários, isto foi muito importante para que eu conseguisse me inserir no serviço e me aproximar dos sujeitos do estudo, pois os servidores intermediaram o meu contato com as mulheres.

O outro cenário da pesquisa foi o CTA/SAE/Viva a Vida. Este serviço está localizado em Santo Antônio de Jesus (SAJ), município situado na região do Recôncavo Sul do estado da Bahia, às margens da BR 101, a uma distância de 187 Km da capital baiana. Com extensão de 252 Km e uma população de 88.771 habitantes (IBGE, 2009), em SAJ 83,9% da população é coberta pelo Programa de Saúde da Família (PSF), que conta com 21 Unidade de Saúde da Família (USF). Além deste serviço, o município dispõe de serviços de atendimento

---

<sup>5</sup> Segundo Vázquez et al. (2005), apesar dos avanços para implementação de dispositivos formais para participação individual e coletiva em saúde, os relatórios oficiais registram limitada participação da população, o que dificulta o almejado controle social. Em alguns municípios, isto se deve, à debilidade das estratégias de divulgação da existência dos mecanismos, de como funcionam e quais os resultados de suas atuações, além dos indivíduos não disporem de informações suficientes sobre a finalidade e atuação de serviços como o PROCON, os Conselhos Profissionais, o Conselho Municipal de Saúde, o Disque-saúde, a Ouvidoria entre outros.



especializado como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), a Policlínica e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)(SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2009).

O CTA/SAE/Viva a vida foi inaugurado em 2006, é um serviço relativamente novo no município, poucos moradores da cidade conhecem a sua localização e funcionalidade. Não é uma tarefa fácil encontrá-lo, visto que no seu trajeto não existem placas ou qualquer outra identificação que nos possibilite localizá-lo, portanto, para encontrá-lo, utiliza-se como ponto de referência a Policlínica, pois ambos estão separados apenas por uma porta de vidro. O CTA/SAE/Viva a Vida fica localizado no centro da cidade de SAJ, em um espaço ao fundo da Policlínica (unidade que presta atendimento de diversas especialidades médicas como: Oftalmologia, Ginecologia, Cardiologia, aos pacientes encaminhados por todas as Unidades de Saúde da Família do município).

A minha aproximação com o CTA se deu a partir de um convite da coordenação municipal do programa de DST/Aids para elaborar um projeto, em parceria com o município de SAJ e a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), para capacitação dos profissionais de saúde do município e professores da UFRB para o atendimento às pessoas vivendo com DST's/HIV/Aids. Neste dia, a visita foi rápida, mas fundamental para conhecer o espaço físico e os profissionais que ali trabalhavam. Posteriormente, quando retornei para as primeiras observações, já com as autorizações do Comitê de Ética e Pesquisa e da Secretaria de Saúde do município, já tinha algum entrosamento com a equipe.

O CTA/SAE/Viva a Vida é uma unidade de saúde pública especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/Aids que presta atendimentos de aconselhamento individual, coletivo, de casais; ao diagnóstico de HIV, sífilis, hepatite B e C e a prevenção dessas e outras DSTs, realiza orientação de prevenção, tratamento das DST e acompanhamento dos pacientes portadores de DST/HIV/Aids por uma equipe interdisciplinar formada por médico generalista, médica pediatra, médico gastroenterologista, enfermeira, farmacêutica, psicóloga, técnico de enfermagem, técnico em laboratório e auxiliar administrativo. Este serviço estabelece parcerias com a UFRB, com o Ministério Público e com instituições comerciais do município de SAJ para a realização de atividades de prevenção das DSTs e HIV/Aids com a intenção de produzir melhorias na qualidade da atenção, ampliação do acesso, formação de profissionais de saúde, entre outros.

Por se tratar de um serviço de referência para as pessoas vivendo com HIV/Aids, o CTA/SAE/Viva a Vida realiza diversos cuidados<sup>7</sup>. O funcionamento do serviço ocorre de segunda a sexta-feira, das 07 às 12h e das 14 às 17h, estendendo algumas vezes o atendimento para os finais de semana, quando os profissionais participam de feiras de saúde no município ampliando suas atividades para outros espaços da comunidade. O atendimento prestado é sigiloso, os usuários podem ter as suas consultas agendadas por telefone ou pessoalmente, e a demanda pode ser espontânea ou organizada. A movimentação de usuários na unidade é relativamente pequena, em torno de oito usuários durante todo o dia, embora em alguns dias da semana, o fluxo de atendimento é um pouco maior durante o período da manhã.

A maneira como o CTA está organizado favorece ao anonimato e a discrição no atendimento, como o fluxo de usuários ainda é pequeno é mais fácil para a equipe acomodá-los de maneira mais discreta, sendo inclusive esta uma solicitação constante dos pacientes que dentro do possível é atendida pelos profissionais, que durante todo o tempo procuravam ser discretos e procuravam fazer com que as pessoas se sintam acolhidas. Foi possível perceber que o agendamento das consultas é feito justamente para inibir a aglomeração de pessoas na sala de espera onde os usuários são atendidos com hora marcada.

No CTA são assistidas mensalmente pessoas oriundas de vários municípios entre eles Santo Antônio de Jesus, Aratuípe, Castro Alves, Dom Macedo Costa, Muniz Ferreira, Salinas da Margarida, Santa Terezinha, Varzedo, Nazaré das Farinhas, Amargosa, Brejões, Elísio Medrado, Itatim, Ubaíra, Cruz das Almas Governador Mangabeira, Valença, Muritiba, Cachoeira entre outras. Ainda não há pactuação entre os municípios, contudo o estado fornece alguns subsídios para custear o atendimento e permitir que este seja efetuado. Entre os auxílios estão os medicamentos anti-retrovirais, cóndom, gel lubrificantes, materiais informativos, Kits para o teste rápido e o Laboratório Central do Estado (LACEN) recebe as amostras sorológicas para as Hepatites B e C, HIV, HTLV, CD4 e CD8, ficando a cargo da prefeitura do município a estrutura física e a contratação de funcionários.

A instalação do CTA em SAJ trouxe inúmeras melhorias não só para a população desta cidade, mas também para as pessoas dos municípios vizinhos, pois em período anterior a implantação deste serviço os usuários tinham que se deslocar para Salvador no intuito de realizar o tratamento o que sem dúvida acarretava desgastes e transtornos.

---

<sup>7</sup> O CTA presta serviços como: aconselhamento continuado, pré e pós testagem sorológica, exame laboratorial de carga viral e CD4+, orientações sobre dieta, uso de cóndom, adesão ao tratamento, verificação de pressão arterial, prescrição de medicamentos, dispensa orientada de anti-retrovirais, disponibilização de insumos de prevenção (cóndons masculinos e femininos e gel lubrificante para todos os usuários do CTA, material educativo e informativo).

Para melhor atendê-los o serviço passou por uma ampliação, em 2009, quando foi instalado um balcão para recepção, cerca de seis consultórios equipados com mesas, cadeiras, armários e computadores, uma sala de coleta, uma sala de processamento de dados, dois banheiros, uma sala de espera ampla com aparelhos de televisão de 29” e DVD, com 15 cadeiras plásticas posicionadas em três fileiras dispostas de maneira que facilita a visualização de cartazes informativos, propagandas e campanhas do Ministério da Saúde que abordam a temática DST/HIV/Aids, um bebedouro de água mineral com copos descartáveis com livre acesso aos usuários.

As salas de espera tanto do Bobs quanto do CTA tinham características que não eram comuns às salas de espera de muitos serviços públicos, pois na maioria dos serviços esses locais além de servir para que os usuários aguardem para serem atendidos eles permitem a socialização entre os usuários, favorece a realização de atividades educativas e reflexões. Mas em ambos os serviços pesquisados este espaço não conseguia ser usado com esta finalidade, no CTA, inclusive após a reforma foi instalada uma TV neste ambiente para propiciar maior conforto e interação entre os usuários, contudo, não houve aumento na frequência de utilização deste espaço pelos pacientes.

O CTA/SAE/Viva a Vida se destaca pelo ambiente limpo, climatizado e calmo, ele está geralmente vazio, mesmo nos dias de atendimento. Os usuários do serviço “preferem” aguardar para serem atendidos sentados no “burburinho” da Policlínica, algumas vezes em pé, desconfortavelmente, mas fora do CTA. Esse afastamento dos pacientes com relação ao serviço onde serão atendidos, pode estar relacionado a não identificação dos sujeitos com este espaço, comportamentos percebidos tanto em SAJ quanto no Bobs.

No primeiro encontro que eu tive com os profissionais dos serviços (Bobs e CTA), após explicitar os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa, combinamos como iríamos proceder para realização das entrevistas, e ficou estabelecido que após o atendimento médico, o (a) profissional se responsabilizaria de avaliar as mulheres que teriam condições clínicas e psicológicas para conversar comigo, identificaria as que tivessem interesse em participar do estudo e só após aceitação seriam entrevistadas. Inicialmente, no Bobs eu acompanhei uma única médica, esta escolha não foi aleatória, mas se deu a partir de orientações da enfermeira e da atendente do serviço que ressaltaram a assiduidade e a elevada produtividade desta médica como aspectos que seriam favoráveis ao desenvolvimento do estudo, pois ela atendia duas vezes por semana com uma média de 32 pacientes, entre homens e mulheres. Posteriormente, quando esta profissional saiu de férias acompanhei outros

médicos do serviço que atendiam 8 pessoas semanalmente. Nem todas as mulheres que eram encaminhadas pelos profissionais para mim foram entrevistadas, devido a motivos como: elas não aguardavam que eu concluísse o “atendimento” anterior, algumas batiam na porta e apesar de serem solicitadas a esperar iam embora, pois enquanto as consultas médicas duravam cerca de 15 minutos (as mais longas) as entrevistas da pesquisa podiam demorar até 1 hora e 40 minutos.

Como estava preocupada com a qualidade das informações colhidas era comum ir aos serviços e não realizar entrevistas, ficar fazendo observações e leituras de prontuários. Todavia, rotineiramente, logo que chegava pela manhã bem cedinho, em torno de 7 horas, listava o nome de todas as pessoas vivendo com HIV/Aids que seriam atendidas no serviço, naquele dia, munida com esta informação ia ao encontro do(a) médico(a) que iria atendê-las e comumente discutíamos as histórias das pacientes, a intenção da pesquisa era entrevistar pessoas com características heterogêneas. As visitas aos cenários de pesquisa se tornaram habituais entre os meses de dezembro/2008 a setembro/2009, período em que foi realizado o trabalho de campo.

### **2.3.2 Contextualizando a Aids em Salvador e SAJ**

Na Bahia, o primeiro caso de Aids surgiu em Salvador e foi notificado em 1984, deste ano até o mês de junho do ano de 2009 já foram notificados no estado 10.810 casos de pessoas vivendo com HIV/Aids, sendo 10.452 em adultos (34,5% em mulheres) e 358 em crianças menores de 13 anos, e até o ano de 2008 já foram contabilizados 5891 óbitos por Aids.

A capital baiana, Salvador, assumiu o 15º lugar no ranking das cidades brasileiras com os maiores aumentos do número de casos Aids, houve um aumento de 41% dos casos, Salvador contabilizou 5.441 casos da doença. No início, a epidemia local atingiu, principalmente, homossexuais e usuários de droga injetável, posteriormente o número de casos aumentou entre pessoas que tinham relações heterossexuais como categoria de exposição (BRASIL, 2009).

Em Salvador, além do ambulatório de Infectologia do HGRS, são disponibilizados outros serviços de referência para o atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids entre eles destacam-se o Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES) e o Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP).

Diante do processo de interiorização da epidemia, os outros municípios também precisaram se organizar para implementar serviços de atenção especializada. Entre os municípios baianos com o maior número de casos de Aids estão: Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista e Juazeiro. Contudo, os casos de Aids também têm aumentado em outros municípios como Santo Antônio de Jesus (SAJ).

Em SAJ, o CTA é o único serviço de referência para o atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids, estão cadastrados 234 pessoas soropositivas, sendo que destas, 46% são do sexo feminino e 54% são do sexo masculino. É importante ressaltar, que nem todos os usuários tiveram o diagnóstico feito no serviço, a maioria das usuárias foram encaminhados ao CTA, após terem o diagnóstico revelado em outros serviços, como nos Bancos de Sangue. No CTA, em 2007, foram notificados 11 novos casos de Aids, destes, 6 foram em pessoas de SAJ e 5 em pessoas de outros municípios; em 2008, foram notificados 29 casos, destes, 16 entre residentes de SAJ e 13 em pessoas de outros municípios; e em 2009 (até setembro), foram notificados 41 casos; destes, 18 foram pessoas que moravam em SAJ e 23 em pessoas de outros municípios. (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2009).

As estatísticas evidenciam que o número dos casos de Aids cresce a cada dia na Bahia, portanto, há a necessidade de espaços especializados como o ambulatório de Infectologia do HGRS e o CTA/Viva a Vida.

## 2.4 CONSTRUÇÃO DOS DADOS

A construção do *corpus* empírico ocorreu mediante técnica de coleta de dados com a entrevista semi-estruturada, a observação e a análise documental. O uso dessas múltiplas fontes se deu no intuito de conferir maior abrangência para compreensão do fenômeno.

Para as entrevistas semi-estruturadas foi elaborado um roteiro (Apêndice A) com tópicos, dois grandes tópicos. O primeiro constou da caracterização das entrevistadas: idade, raça/cor, naturalidade, religião, ocupação, renda familiar, escolaridade, número de filhos e situação conjugal. O segundo incluiu questões norteadoras elaboradas a partir do referencial teórico e que foram subdivididas em três dimensões que envolveram a vivência: do HIV, da sexualidade e de situações de violência. Esses tópicos norteadores permitiram a flexibilidade e a introdução de novos aspectos que puderam ser trazidos pelos sujeitos e pela entrevistadora durante a conversa.

Segundo Minayo (2004), o guia de entrevista deve conter apenas alguns itens que sejam indispensáveis para o delineamento do objeto em relação à realidade empírica, facilitando o

aprofundamento da comunicação. As entrevistas foram gravadas e os discursos foram minuciosamente transcritos, vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas após a autorização e assinatura voluntária do termo de consentimento livre e esclarecido pelas mulheres, em momento que lhes foi oportuno.

Foi construído um roteiro de observação (Apêndice B), uma espécie de guia que foi utilizado durante as entrevistas com as mulheres e durante a passagem pelos ambulatórios. As observações foram registradas em um diário de campo, espécie de caderno onde foram anotadas as informações que não estavam inseridas na entrevista, ou seja, os comportamentos, expressões, reações, relações, símbolos, entre outros. A observação e as demais técnicas de pesquisa podem ser consideradas técnicas de sociabilidade. Acreditamos que não há sociabilidade neutra, nem pergunta neutra e nem resposta neutra. O sociólogo deve estar atento à problemática que envolve estas questões para que não estejam despercebidos os equívocos, as ausências (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERIN, 2004)

Essas duas fases da pesquisa foram complementadas com a pesquisa documental, através da análise dos prontuários e livros de registros dos serviços especializados onde as mulheres faziam acompanhamento, nestes impressos puderam ser obtidas informações sobre as condições clínicas, os internamentos, as medicações em uso, o tempo de acompanhamento no serviço, alguns achados como o ano de diagnóstico foram importantes e ajudaram na compreensão dos fatos analisados.

A análise documental contribuiu para que através das anotações fosse conhecida, um pouco, da relação estabelecida entre os sujeitos, o serviço e os profissionais. As informações obtidas através dos prontuários e livros de registro favoreceram para que algumas questões pudessem ser formuladas e foi a partir da leitura dos documentos que os sujeitos começaram a ser conhecidos, as mulheres iam assumindo alguns contornos, elas iam ganhando formas que eram complementadas durante as entrevistas.

De acordo com Minayo (1992), a entrevista é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo. Mediante a sua realização podem ser obtidos dados objetivos ou subjetivos, ambos só poderão ser coletados caso os atores sociais envolvidos no estudo autorizem, permitam a sua realização.

O diálogo entre o entrevistador e entrevistado, é possível pela linguagem, assim o sentido captado no diálogo é partilhado entre interprete e interpretado, o sentido da linguagem revela-se no diálogo, na interação, que é o ato hermenêutico (CASAL, 1996).

Durante a entrevista o diálogo estabelecido permite que seja extraído do “aqui e agora” a verdade, a realidade como ela se revela. Os fatos sociais deverão ser percebidos da forma

como os sujeitos os expressam. Uma aproximação sensível e de confiança com os sujeitos do estudo favorece o estabelecimento de relações sinceras, claras e sem hipocrisia. Para Casal (1996) o diálogo é o verdadeiro local onde se processa o conhecimento, pois é aí que se revelam os sentidos que o homem atribui às ações, seus comportamentos e dos outros.

As entrevistas com os sujeitos foram estabelecidas de modo que a compreensão e explicação dos fenômenos ocorreram a partir de suas falas na situação face a face. Então, nesta relação, face a face, assim como eu percebo o outro, ele também me percebe, existe uma reciprocidade, percebemos comportamentos, ações, expressões faciais, até os mais discretos suspiros.

Segundo Berger (1973), há um intercâmbio contínuo entre a minha expressividade e a dele, a subjetividade do outro me é acessível mediante o máximo de sinais. Logo, nenhuma outra forma de relacionamento social pode reproduzir a plenitude de sintomas da subjetividade presentes na situação face a face.

Na situação face a face, durante as entrevistas, foi possível perceber os dados objetivos, ou seja, o que está sendo fornecido pelo sujeito através dos questionamentos respondidos, e os subjetivos que foram identificados nas expressões de alegria, tristeza, dúvidas, o que há nas entrelinhas.

A situação face a face torna mais próxima a relação entre entrevistador e entrevistado, observador e observado, sendo assim, dúvidas que existiam face à leitura dos prontuários, durante o relato puderam ser esclarecidas no mesmo momento.

Na perspectiva da interpretação da linguagem é essencial para compreensão da realidade da vida cotidiana. A linguagem tem origem na situação face a face, mas pode ser facilmente destacada desta, como ao ser transcrita para o papel, a pedra, a árvore, o papiro ou qualquer outro local.

#### **2.4.1 Transcrição literal dos discursos**

As entrevistas, face a face, foram gravadas eletronicamente e transcritas pela própria entrevistadora. Ao texto das entrevistadas foram agregados aos relatos, aspectos que foram observados durante as interações, como: reações, expressões faciais e comportamentos em geral.

A observação é uma técnica fundamental em qualquer processo de pesquisa científica, pois pode conjugar-se a outras técnicas de produção de dados como também ser empregada de modo exclusivo. A observação utiliza os órgãos do sentido para conhecer a realidade.

Bourdieu, Chamboredon e Passerin, (2004) sinaliza para as dificuldades desse processo de observação, pois são observadas questões que muitas vezes estão implícitas no mundo social, existe uma verdade que é objetiva e outra que é vivida, existem diferenças entre aquilo que se faz e aquilo que se é, então o mundo social é constituído de uma verdade objetiva e subjetiva.

Reconheço que a presença da pesquisadora no campo não foi permeada pela neutralidade, a aproximação dos sujeitos por si só já interfere no meio e no ambiente onde estes estão alocados, assim, seria ingênuo pensar que tudo permanece igual a antes da sua presença no campo de estudo. Durante as entrevistas, as pessoas podem manipular as falas, o comportamento, esconderem coisas e direcionarem o diálogo para o que elas queiram revelar, deixando sempre lacunas na reprodução dos fatos sociais.

O registro imediato das observações foi uma ferramenta importante para o entrevistador nesta revelação do discurso, pois corrobora fornecendo suporte ao que está sendo dito, situando o leitor no tempo, no espaço e nas circunstâncias que ocorreram nas entrevistas.

O uso da metáfora nas narrativas foi explorado, Alves e Rabelo (1999) destacam a metáfora como elemento-chave no processo de construção do sentido, assim o pesquisador tem que identificar as entidades e suas relações para decodificar o discurso e entendê-lo enquanto totalidade integrada.

Toda interpretação hermenêutica pode ocorrer como metainterpretação, sendo assim esta é susceptível à reflexão distanciada, de uma abordagem interpretativa, capaz de expor pressupostos não-tematizados (SOARES, 1994).

Apesar da cautela com que os temas foram abordados pela pesquisadora, algumas entrevistadas foram menos explícitas em suas falas, por exemplo, devido à variedade de formas como a violência se expressava, física, psicológica ou sexual. Contudo, ainda que não tenha sido referida, a violência foi identificada no discurso e analisada a partir do que foi interpretado.

De acordo com Riccoeur (1978), a escrita é a plena manifestação dos discursos, é muito mais do que uma fixação material, é um pensamento humano, toma o lugar da fala. Ao escrever, a relação face a face foi substituída pela relação mais complexa da leitura à escrita, como resultados da inscrição direta do discurso. A situação dialógica em si foi destruída.

Portanto, foi preciso muita atenção, responsabilidade e ética na transcrição dos relatos, para que as colocações feitas pelas entrevistadas fossem registradas com fidedignidade. O cuidado e o zelo com a escrita da linguagem foram primordiais neste momento, pois o que estava escrito tinha que traduzir o que realmente as autoras gostariam de dizer.



À medida que foram sendo feitas as entrevistas, estas foram transcritas e posteriormente revisadas. Houve um esforço em compreender as dimensões da vulnerabilidade à violência interpessoal contra mulheres vivendo com HIV/Aids, atendidas em serviços de referência para pessoas soropositivas da Bahia sob o ponto de vista delas, em um primeiro momento. O conjunto dos discursos permitiu que interpretássemos este fenômeno, adotando, por vezes conceitos e categorias da tradição acadêmica das ciências sociais em saúde.

Vale ressaltar, que a fala ocorreu em um momento real, face a face, no qual as entrevistadas estavam circundado por um contexto, valores, história, tradições e o texto escrito foi lido em outro momento, por outras pessoas, desconhecidas, que não estavam envolvidas na situação dialógica que envolvia entrevistador e entrevistado.

## **2.5 ORGANIZAÇÃO PARA ANÁLISE DOS DADOS**

As entrevistas foram organizadas em tema, sub-temas, categorias e sub-categorias com o auxílio da técnica de análise de conteúdo. Nascida para interpretação dos livros sagrados, a análise de conteúdo ganhou destaque após a Primeira Guerra Mundial, quando assumiu características de um método de investigação para revelar os meios de comunicação escrita, suspeitos de estarem sendo utilizados para propaganda de guerra (TRIVIÑOS, 1992).

Na Segunda Guerra Mundial, foi grande a propaganda, o que propiciou à análise de conteúdo maior evidência, passando, também, a ser aplicada pelas diversas disciplinas tais como lingüística, psicologia, sociologia, antropologia, entre outras (TRIVIÑOS, 1992).

Segundo este autor (1992, p. 159):

[...] a maturidade do método em relação ao seu emprego e a sua fundamentação teórica, podemos dizer, foi elaborada através dos pontos de vistas de Berelson e Lazarsfeldt, em 1948, quando esses autores publicaram uma obra sobre a análise de conteúdo, estabelecendo, entre outras coisas as regras e princípios de análise.

Conforme Bardin (1979, p. 42), a análise de conteúdo é definida como:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

De acordo com a classificação acima, a técnica pode ser compreendida de maneira tal que o seu objeto seja identificado como o estudo da linguagem. Conforme essa autora, a tentativa do analista é dupla: compreender o sentido da comunicação, mas também, e principalmente, desviar o olhar para uma outra significação, outra mensagem, através da entrevista ou ao lado da mensagem primeira.

A análise de conteúdo é uma técnica de estudo “para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-lo.” (BERELSON, 1952, p. 18 apud MINAYO, 1992, p. 200).

A análise de conteúdo, de acordo com Bardin(1979), é uma técnica apropriada para o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. Para a análise das entrevistas são utilizados procedimentos sistemáticos que irão descrever o conteúdo das mensagens e identificar os conteúdos latentes, significantes e significados. Entre as operações que formulam o método estão: a pré-análise, a exploração dos dados, tratamento e interpretação dos resultados.

A primeira etapa, de pré-análise, é empregada para otimizar as atividades subseqüentes, nela é feita a organização das ideias e do material a partir de uma leitura inicial, flutuante e posteriormente, a partir de uma análise mais aprofundada das entrevistas, teve início a exploração dos dados. Para as etapas de análise foi feita a leitura exaustiva das entrevistas, com a utilização de um sistema de cores, o conteúdo foi sendo agrupados de acordo com a identificação de significados semelhantes e foram sendo realizados recortes. A técnica de análise de conteúdo usufrui, também, da operação de codificação. Codificar é lapidar os resultados brutos. A sua realização poderá ser disposta sob três formas: recorte, enumeração ou classificação e agregação (categorias). O nome atribuído para as subcategorias emergiu da ideia central obtida pela leitura das falas.

A categorização “[...] é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”(BARDIN, 1979, p. 47).

Para a análise dos dados foi utilizado o referencial de estudos que abordavam: infecção pelo HIV/Aids, feminização da Aids, vulnerabilidade, sexualidade, violência interpessoal contra a mulher, gênero, classe social, raça/cor, grupos sociais, entre outros.

No intuito de favorecer uma melhor compreensão de como foi desenvolvida a análise dos discursos foi construído abaixo o Quadro 1.

**Quadro 1** Sub-temas, categorias e sub-categorias que emergiram a partir dos discursos de mulheres que vivenciam a infecção pelo HIV, a sexualidade e as situações de violência

SUB-TEMAS	CATEGORIAS E SUB-CATEGORIAS
<p><b>3.2 (Des)coabrindo a condição sorológica</b></p>	<p><b>3.2.1 (Re)conhecendo o diagnóstico</b>            -Os profissionais e o diagnóstico clínico e laboratorial.            -As mulheres e a descoberta sorológica.</p> <p><b>3.2.2 Vivenciando o diagnóstico</b>            - Percebendo a vida e a morte.            - A Síndrome do Estresse Pós-Traumático (SEPT) .            - Transformando as relações sociais.            - Culpabilizando a si e ao outro.            - O enfrentamento positivo.</p>
<p><b>3.3 Práticas sexuais e reprodutivas de mulheres antes e após a soropositividade</b></p>	<p><b>3.3.1 O exercício da sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV/Aids</b>            - As experiências amorosas-sexuais.            - A gravidez não planejada e o aborto.            - O uso do condôm e de métodos contraceptivos.</p> <p><b>3.3.2 O exercício da sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids</b>            - As experiências amorosas-sexuais.            - (Re)velando a soropositividade ao outro.            - O uso do condôm e de contraceptivos.            - Maternidade: algo real e/ou imaginário?</p>
<p><b>3.4 Vulnerabilidade à violência interpessoal na dinâmica das relações sociais vivenciadas por mulheres</b></p>	<p><b>3.4.1 A violência no cotidiano de mulheres</b>            - A interface complexa entre Violência e HIV/Aids.            - Ignorando as situações de violência.            - As múltiplas faces da violência interpessoal (parceiros afetivo-sexuais, familiares e policiais).</p> <p><b>3.4.2 A vulnerabilidade à violência interpessoal contra mulheres vivendo com HIV/Aids.</b>            - (Des)conhecendo as experiências violentas.            - As estratégias de enfrentamento das situações violentas.</p>

## 2.6 QUESTÕES ÉTICAS

Para a realização desse estudo foram seguidas as orientações fornecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 10 de outubro de 1996, que se referem às pesquisas envolvendo seres humanos, na resolução nº 196/96(BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi encaminhado à uma Comissão de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva e à direção das instituições envolvidas (CTA e HGRS) para que fosse avaliado.

Os aspectos éticos do estudo foram explicados às mulheres e após o aceite para participar das entrevistas, com a assinatura do termo de consentimento (Apêndice D), foi garantida a manutenção de total sigilo sobre a identificação dos informantes e obedecidos aos requisitos éticos indicados na resolução 196/96 do C.N.S.

Como critérios de inclusão para participação das mulheres enquanto sujeitos da pesquisa foram considerados: serem soropositivas para o HIV/Aids, terem idade igual ou superior a 21 anos, possuírem condições físicas e mentais para serem entrevistadas e aceitarem fazer parte do estudo.

Este estudo tem relevância social, pois poderá trazer como benefícios para os sujeitos a possibilidade de falar sobre uma temática que nem sempre encontram espaço para abordá-la, favorecendo a publicização e discussão de demandas geradas pelas mulheres soropositivas. Para os profissionais, comunidade acadêmica e sociedade os benefícios estarão relacionados com a possibilidade de compreender as dimensões da vulnerabilidade à violência interpessoal contra mulheres vivendo com HIV/Aids, atendidas em serviços de referência para pessoas soropositivas da Bahia, com a discussão sobre as estratégias de atendimento, de melhoria da assistência prestada, de enfrentamento e prevenção da violência contra mulheres vivendo com HIV/Aids, para desvelar as situações de vulnerabilidade à violência. Ou seja, foram explicitadas situações que contribuirão para que os profissionais possam lidar de modo culturalmente mais sensível com este grupo, a partir do reconhecimento de suas especificidades.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, serão apresentados os resultados e discussões da pesquisa que foram organizados a partir da análise do conteúdo das entrevistas.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

Os sujeitos da pesquisa foram 32 mulheres vivendo com HIV/Aids, com idades que variaram entre 21 e 57 anos, sendo que oito estavam na faixa etária de 21 a 30 anos, nove entre 31 e 40 anos, 12 tinham de 41 a 50 anos e três tinham 51 anos ou mais.

Em relação ao quesito raça/cor, 30 mulheres se auto-perceberam como negras e duas como brancas. Optamos por fazer uma adaptação aos termos de classificação sobre cor (amarela, branca, indígena, parda ou preta) adotada nas pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desde o Censo de 2000. E, assim, como os pesquisadores que atuam no campo das ciências sociais, classificamos como negras o conjunto de pessoas da raça/cor - preta e parda, pois o termo escolhido se refere a uma categoria sócio-política, deste modo, ser negro é um posicionamento político, quando se assume a identidade racial/étnica negra se considera a história de vida (socialização/educação) e a consciência adquirida diante das prescrições sociais, raciais ou étnicas, racistas ou não, de uma dada cultura (OLIVEIRA, 2004).

Quanto à prática religiosa, algumas mulheres afirmaram ter transitado entre diversas religiões ao longo da vida, deste modo foi considerada a religião atual e não a de batismo, pois muitas haviam sido iniciadas ainda quando crianças pelos familiares e já não seguiam a mesma doutrina. Considerando a atual identificação religiosa, 14 entrevistadas eram católicas apostólicas romanas, 10 eram evangélicas (de missão, de origem Petencostal ou não), sete não tinham religião e uma associava a religião católica e a espírita.

No que tange à escolaridade, cinco entrevistadas não haviam sido alfabetizadas, 22 tinham ensino fundamental incompleto ou completo, quatro possuíam o ensino médio completo e apenas uma possuía ensino superior incompleto.

Em relação à inserção no mercado de trabalho, isso parece uma tarefa difícil para todas as mulheres que participaram da pesquisa, metade delas estava desempregada(16), mas realizavam afazeres domésticos e/ou atividade de trabalho não remunerada. Quatro entrevistadas estavam aposentadas por invalidez, benefício concedido após perícia médica da Previdência Social que constatou que elas eram incapazes de exercer suas atividades ou outro

serviço que lhes garantisse o sustento; três estavam recebendo auxílio doença, benefício concedido a elas por estarem sendo impedidas de trabalhar em decorrência de doenças oportunistas como toxoplasmose, mas elas eram obrigadas a realizar exames médicos periódicos e como todas já estavam recuperadas, tinham receio que o benefício fosse suspenso. Apenas sete estavam inseridas no mercado de trabalho, quatro atuavam no mercado formal como ajudante de *pizzaiolo*, professora de alunos da 5ª e 6ª série, cabeleireira e atendente de *delicatessen* e três estavam inseridas no mercado informal atuando por conta própria, trabalhando em “emprendimentos” próprios, como revenda de produtos de beleza e cozinheira em barracas de praia, recicladora de latas de refrigerante e cerveja e vendedora de produtos de limpeza; duas eram estudantes e estavam se preparando para prestar a prova do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) para que após a aprovação pudessem ingressar no ensino superior. As mulheres que se encontravam fora do mercado de trabalho tinham a renda mensal oriunda de: contribuições recebidas do companheiro, benefícios como bolsa família, pensões por morte de ex-companheiros e mesadas oferecidas por familiares. Apenas 11 mulheres se referiram a renda familiar mensal superior a um salário mínimo.

No que tange à situação conjugal, no momento em que o estudo estava sendo realizado, 11 mulheres afirmaram ser solteiras, sendo que destas seis não tinham parceiro afetivo-sexual, três tinham um parceiro fixo e duas tinham múltiplos parceiros; sete estavam casadas ou viviam maritalmente com um único parceiro afetivo-sexual e seis estavam separadas sendo que destas quatro tinham um parceiro fixo, uma não tinha parceiro e outra tinha múltiplos parceiros; viúvas tinham sete, destas, quatro com um parceiro fixo, duas sem parceiros e uma com dois parceiros.

A maioria dos sujeitos tem idades entre 21 e 40 anos são mulheres jovens e em idade reprodutiva o que sem dúvida exige delas e dos profissionais que as acompanham atenção para outros aspectos além do físico e biológico, como vigilância também para a saúde sexual e reprodutiva. O aumento da infecção de mulheres em idade fértil tem gerado grandes preocupações ao estado brasileiro devido à possibilidade de transmissão vertical do HIV. No Brasil, o diagnóstico de HIV/Aids tem sido comum entre mulheres jovens. De 1980 a 2008 já foram totalizados 172.995 casos de Aids entre as mulheres, sendo que 7% destes casos ocorreram na faixa etária de 25 a 49 anos, com destaque para as maiores taxas de incidência no grupo de 30 a 39 anos.

A infecção em mulheres com idade maior que 50 anos sinaliza que a Aids tem deixado de ser uma doença que acomete apenas os jovens. A presença de três mulheres nesta faixa, entre os sujeitos da pesquisa, pode está relacionada ao aumento da sobrevivência das pessoas

vivendo com HIV/Aids (após o advento dos anti-retrovirais), às mudanças sócio-culturais que têm favorecido o exercício da sexualidade e aos avanços científicos e tecnológicos com o advento de drogas que contribuem para que as mulheres permaneçam sexualmente ativas, mantendo a libido e o prazer sexual mesmo com o avançar da idade. O preconceito social, quanto à atividade sexual na meia idade, torna a prevenção e o diagnóstico precoce do HIV, neste grupo, um grande desafio. No Brasil, ocorreu em 1982 o primeiro caso de Aids em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, sendo que até 2008 foram identificados 47.437 casos neste grupo, destes, 15.966 (34%) foram em mulheres (BRASILa, 2008).

Em todos os grupos etários a raça/cor negra foi a que predominou, tal fato pode ter sido influenciado pelo estudo ter sido realizado na Bahia, estado brasileiro com a maior quantidade de negros, e no serviço público que é freqüentado na maioria das vezes por pessoas negras e de baixo poder aquisitivo. A auto-declaração das 30 mulheres como negras, pode ter ocorrido a partir de uma auto-percepção e/ou identificação com a raça/cor e com aspectos que extrapolam as características fenotípicas (físicas e cor da pele), considerando que esta auto-classificação dialoga com contextos sócio-políticos-econômicos e culturais, com o sentimento de pertencimento, com o reconhecimento enquanto sujeito social e/ou a partir da inserção delas em relações sociais, raciais e ideológicas, movimentos sociais de luta entre outros. Essa dinâmica de identificação com a raça/cor a partir de fenótipos sociais e historicamente construídos pode ser a responsável pela mudança ocorrida no senso da população brasileira no período de 1998 a 2008, quando houve uma diminuição da população que se declara branca e um aumento da que se declara preta e parda (IBGE, 2009). Conforme Paixão e Carvano (2008), em todas as regiões do país aqueles que se identificam como pretos, pardos e indígenas apresentam indicadores daquela categoria nitidamente inferiores aos que se auto-identificam como brancos. A análise de indicadores populacionais a partir do quesito raça/cor evidencia situações de desigualdades raciais com condições precárias de vida e saúde da população negra que expressam indiretamente a discriminação.

O conhecimento desse e de outros aspectos que envolvem o quesito raça/cor só foi possível, após a inclusão desta variável em sistemas de registro, contínuo, de informação como os que se referem à morbidade, mortalidade e nascimento. A partir da análise desta categoria, é plausível compreender as interações sociais que impõem desigualdades étnico-raciais e restringem a população negra, como a que se refere ao óbito por Aids em mulheres segundo o quesito raça/cor, com uma razão de 0,9 óbitos de brancas para um óbito entre mulheres negras (BRASILa, 2008).

A despeito da cultura religiosa, não foi percebida grande diversidade religiosa entre as mulheres entrevistadas, a maioria era da religião católica, contudo muitas afirmaram não serem praticantes. Apesar da subjetividade que envolve o termo praticante, este foi compreendido como o indivíduo que frequenta as missas, cerimônias e recebem o sacramento. Embora, tenha sido menor o número de mulheres que se identificaram como evangélicas muitas evidenciaram, através do discurso e do comportamento, a participações ativas nas práticas religiosas. No Brasil, ainda que haja uma cultura religiosa bem forte, sete mulheres afirmaram não terem religião.

A população brasileira que é adepta da religião Católica Apostólica Romana corresponde a 73,6%; Evangélicos 15,4%; Espíritas 1,3%; Umbanda e Candomblé 0,3%; outras religiosidades 1,8%; e sem religião 7,4%. A porcentagem de católicos é maior no Nordeste, mas em todo o país tem havido um aumento na porcentagem de evangélicos, passando de 9,05% no ano de 1991 para 15,45% no ano de 2000 (IBGE, 2000).

A análise da escolaridade das mulheres permite identificar o baixo acesso delas à educação básica, ensino fundamental e médio. Muitas abandonaram os estudos, quando ainda eram crianças, devido à necessidade de trabalhar e contribuir com o sustento da família, visto que, tinham condições econômicas que desfavoreciam a permanência na escola. Entre as mulheres que nunca foram à escola, nem iniciaram os estudos, algumas atribuíram a este fato a inexistência de escola pública nas cidades em que nasceram. Deste modo, a interiorização da educação pública, ainda é uma lacuna do processo educativo entre mulheres pobres e negras.

A baixa escolaridade pode trazer implicações e acarretar prejuízos à vida cotidiana, visto que, o conhecimento formal, institucionalizado, aprendido na escola contribui para que as pessoas mudem as suas realidades socio-econômica-política e culturais, a partir do acesso à informação e da possibilidade de adquirir novos conhecimentos. No contexto brasileiro, a baixa escolaridade tem uma relação direta com as restrições sociais, com o baixo status econômico, com difícil acesso aos serviços de saúde, com condições precárias de saúde, com baixa qualidade de vida, com desemprego, dentre outros.

Tem havido muitas mudanças nos padrões educacionais do país e cada vez mais, a educação é um quesito fundamental para galgar uma boa posição e ingresso no mercado profissional. A condição educacional no Brasil e na Bahia ainda é ruim, este estado tem graves problemas sociais, com aulas suspensas em muitos municípios por conta de suas estruturas físicas inadequadas, pela falta de recursos humanos e condições de trabalho inapropriadas para os professores, com baixos salários e atrasos, todos esses fatores



contribuem para o aumento da evasão escolar. A taxa de analfabetismo no Brasil de pessoas com 15 anos ou mais, corresponde a 10,0% e na Bahia essa taxa é de 18,6%. Para a análise da variável escolaridade quando é considerado o quesito raça/cor existe uma variação importante entre os números, no Brasil, do total de analfabetos, 31% eram pessoas brancas e 67,8% eram negras (IBGE, 2009). Esses dados revelam a desigualdade racial.

Diante da baixa escolaridade, os sujeitos incorrem na baixa qualificação e nas restrições do mercado de trabalho, que hoje, figura com o aumento da demanda de ocupações que exigem maior escolarização e maior especialização. Portanto, resta para a maioria dos sujeitos o desemprego e a dependência financeira, pois, nem a inserção no mercado informal elas têm conseguido, nem em serviços com baixa remuneração e que não ofereçam as garantias legais, as quais todo trabalhador tem direito. O recebimento de benefícios oferecidos pelo governo é uma estratégia que tem auxiliado muitas depoentes a sobreviverem, entre elas, nove recebiam os benefícios de: aposentadoria por invalidez, auxílio doença e bolsa família. Em alguns lares, o benefício pode ser a única fonte de renda familiar.

Deste modo, a escolarização, o emprego, a renda e o status econômico estabelecem uma relação que interfere diretamente no indivíduo e na sua condição social e de acesso a bens e serviços. Portanto, as características sócio-demográficas (baixa escolaridade, o desemprego e a pauperização) parecem ter sido capazes de mediar as condições de vida e saúde apresentadas e sinalizar para as situações de vulnerabilidade que as mulheres estão expostas.

Alguns parâmetros para se obter maior qualidade de prevenção e assistência tais como o acesso à educação e aos métodos preventivos, estão diretamente relacionados com a situação sócio-econômica da população. Entre os indicadores mais relevantes para mensurar o nível sócio-econômico associado à saúde está o nível de instrução, a renda e a ocupação. No Brasil, entre os casos de Aids notificados entre adultos e adolescentes no ano de 2000, verificou-se que 74% das pessoas eram analfabetas ou haviam cursado até o ensino fundamental (antigo primeiro grau) e 26% tinham cursado até o ensino médio ou tinham escolaridade superior (POTTES et al, 2007; BRASILa, 2002).

O contexto apresentado permite identificar a exposição das mulheres à diversas situações de vulnerabilidade. Considerando a vulnerabilidade social, é relevante destacar que as relações de gênero eram mantidas entre os sujeitos e seus parceiros, visto que estas relações se referem às construções sociais e seus arranjos têm repercussões na saúde. A medida que as mulheres têm posição sócio-econômica-política e cultural desfavorecida, elas passam a nutrir com seus parceiros relações de dependência financeira, afetiva e emocional. Sendo assim, estas se configuram como relações desiguais de gênero, com hierarquia social, com alguns

homens se apoiando na condição sócio-econômica para ter os seus desejos atendidos e algumas mulheres tendo reduzidas as pautas de negociação com os parceiros nas práticas sexuais, aumentando a vulnerabilidade destas mulheres à exposição aos agravos à saúde e a reinfecção pelo HIV/Aids.

A seguir, no Quadro 2, a caracterização sócio-demográfica das mulheres entrevistadas atendidas em centros de referência de Salvador e Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009.

**QUADRO 2 Caracterização sócio-demográfica das mulheres entrevistadas que foram atendidas em centros de referência de Salvador e Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009**

SUJEITO	IDADE	RAÇA/COR	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	SITUAÇÃO CONJUGAL	OCUPAÇÃO	RENDA FAMILIAR
E1	27 anos	Negra	2ºano do EF	Católica	Solteira	Desempregada	R\$40,00
E2	23 anos	Negra	4º ano do EF	Católica/espírita	Solteira	Estudante	1 salário mínimo
E3	33 anos	Negra	2ºano do EM	Não tem	Separada	Ajudante de pizzaiolo	1 salário mínimo
E4	40 anos	Negra	6º ano do EF	Católica	Casada	Desempregada	2 salários mínimos
E5	47 anos	Negra	Não alfabetizada	Católica	Casada	Aposentada	2 salários mínimos
E6	44 anos	Negra	EM completo	Não tem	Solteira	Revendedora de produtos de beleza e cozinheira	1 salário mínimo
E7	26 anos	Negra	3º ano do EF	Evangélica	Solteira	Aposentada	1 salário mínimo
E8	44 anos	Negra	Não alfabetizada	Evangélica	Solteira	Desempregada	R\$30,00
E9	33 anos	Negra	1ºano do EM	Católica	Solteira	Licença médica (recebe benefício)	R\$600,00
E10	28 anos	Branca	5ºano do EF	Católica	Solteira	Desempregada	R\$600,00
E11	27 anos	Negra	8ºano do EF	Não tem	Solteira	Desempregada	*
E12	31 anos	Branca	Nível superior incompleto	Evangélica	Casada	Professora	3 salários mínimos
E13	39 anos	Negra	EM completo	Católica	Casada	Desempregada	R\$150,00
E14	41 anos	Negra	5º ano do EF	Católica	Casada	Desempregada	1 salário mínimo
E15	35 anos	Negra	Não alfabetizada	Católica	Casada	Desempregada	R\$160,00
E16	34 anos	Negra	5ºano do EF	Evangélica	Viúva	Desempregada (Pensionista)	1 salário mínimo
E17	43 anos	Negra	9ºano do EF	Evangélica	Separada	Desempregada (recebe benefício)	1 salário mínimo
E18	42 anos	Negra	1ºano do EM	Não tem	Solteira	Licença médica (recebe benefício)	1 salário mínimo
E19	43 anos	Negra	9ºano do EF	Não tem	Solteira	Aposentada	1 salário mínimo
E20	38 anos	Negra	EM completo	Evangélica	Viúva	Costureira	R\$300,00
E21	45 anos	Negra	Não alfabetizada	Católica	Separada	Aposentada	1 Salário mínimo
E22	46 anos	Negra	3ºano do EF	Católica	Viúva	Desempregada (Pensionista)	1 Salário mínimo
E23	55 anos	Negra	5ºano do EF	Evangélica	Viúva	Desempregada	1 Salário mínimo
E24	45 anos	Negra	5ºano do EF	Católica	Viúva	Cabeleireira	R\$600,00
E25	27 anos	Negra	5ºano do EF	Não tem	Viúva	Desempregada	*
E26	57 anos	Negra	5ºano do EF	Católica	Viúva	Desempregada (Pensionista)	2 salários mínimo

E27	26 anos	Negra	1ºano do EM	Não tem	Casada	Atendente em uma delicatessen	2 Salários mínimos
E28	55 anos	Negra	Não alfabetizada	Evangélica	Separada	Desempregada	R\$100,00
E29	21 anos	Negra	EM completo	Evangélica	Solteira	Estudante	4 salários mínimos
E30	39 anos	Negra	3ºano do EF	Evangélica	Separada	Recicladora	R\$160,00
E31	47 anos	Negra	2ºano do EF	Católica	Separada	Vendedora	1 Salário mínimo
E32	44 anos	Negra	5ºano do EF	Católica	Separada	Desempregada (Pensionista)	1 Salário mínimo

\*Não tem renda

OBS: O salário mínimo da época correspondia a R\$ 465,00 (Quatrocentos e sessenta e cinco reais)

### 3.1.1 Apresentação das entrevistadas e apreensões obtidas a partir da relação face a face

A partir das observações e interações estabelecidas com as mulheres que participaram do estudo, foi possível conhecer um pouquinho de cada uma. Durante as entrevistas, foram objeto de registro e interesse, além das falas, através das quais elas emitiam detalhes sobre a vida cotidiana, as características físicas e gestuais. A intenção, ao tecer essas e outras considerações sobre as entrevistadas e as entrevistas, foi reconstruir para o leitor, o ambiente e os sujeitos, foi situá-lo de uma maneira que o contexto narrado lhe parecesse familiar.

A seguir, são destacados alguns aspectos subjetivos e objetivos da trama densa que envolveu os sujeitos. Assim, é com muito prazer que lhes apresento...

**E1**, ela tem 27 anos, é natural de Salvador e revelou ter iniciado o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do condôm, mas não imagina quem tenha sido a pessoa que a contaminou. Ela mora em uma casa emprestada pelo tio, tem uma vida de luta e sofrimento que marcam a sua face com rugas profundas, ela aparenta ter mais idade do que realmente tem. Do momento do diagnóstico ainda guarda lembranças muito vivas que a emocionam quando recordadas, sonha com o dia em que o resultado do teste de HIV será negativo. A nossa conversa foi marcada por muitos momentos de emoção, com lágrimas que teimavam em rolar no seu rosto quando eram feitas referências à descoberta do diagnóstico. Até que chegou o momento em que as lágrimas “rolaram”!

**E2**, ela tem 23 anos, é natural de Salvador e contou que iniciou o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Suspeita que tenha sido infectada com o vírus após a relação sexual sem o uso do condôm com o primeiro namorado. Ele foi seu primeiro grande amor, mas dessa relação que viveu intensamente ela não guarda consigo apenas o vírus, mas também muitas mágoas, pois, juntos viveram muitos conflitos. Hoje ela

até tenta viver coisas que são comuns a uma garota de 23 anos, mas logo os planos e os sonhos são interrompidos pelas incógnitas que tem sobre o seu futuro. Durante a entrevista ela assumiu uma postura descontraída, manteve sempre um contato visual e aproveitou o nosso encontro para tirar dúvidas sobre temas que lhe interessavam, como a gravidez, o uso de piercings, a realização de tatuagens e como proceder quando a camisinha romper durante o ato sexual. Foi muito interessante como ela conduziu as perguntas, a sensação que tive foi que estávamos ali processando uma troca, deste modo após adquirirmos as informações que desejávamos concluímos a entrevista. Algumas outras vezes nos encontramos no hospital e logo que a via a reconhecia. Ela usava os cabelos curtos, presos, bastantes umedecidos com creme que exalava o perfume pelos corredores, então logo que me aproximava já podia sentir o cheiro, até usava isso como pretexto para iniciar uma conversa, mas ela sempre muito discreta me cumprimentava e seguia, sem oportunizar que novas trocas fossem estabelecidas.

**E3**, ela tem 33 anos, é natural de São Sebastião do Passé, mas veio para Salvador ainda pequena trazida pelos pais. Revelou ter iniciado o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Suspeita que tenha sido infectada com o vírus após relação sexual sem o uso do condôm com o ex-companheiro que foi o seu primeiro namorado e com quem casou e teve duas filhas. Ela parecia muito bem, fisicamente estava forte e com aparência saudável, nesse dia ela usava uma blusa de lycra e uma saia jeans que valorizavam o belo corpo. Ela falava e dava demonstrações de como estava feliz, ela estava satisfeita com o momento que estava vivendo, tanto na vida pessoal que tinha um novo amor quanto na vida profissional que estava em um novo trabalho, ganhando um salário que ela considerava bom. Mas a sua alegria era incomodada quando ela se lembrava do ex-marido e das ameaças que ele fazia de contar sobre a sua condição sorológica para o novo namorado. A nossa conversa foi um pouco demorada, pois como ela tinha o lábio leporino, eu precisei a importunar algumas vezes pedindo que ela repetisse trechos de suas histórias, eu tive dificuldade de entendê-la. Mas já ao final, não sei se eu fui aprimorando a escuta ou ela foi falando mais claramente, percebi que fomos nos entendendo muito bem.

**E4**, ela tem 40 anos, é natural de Sergipe, mas veio para Salvador ainda pequena trazida pelos pais. Contou que começou o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. A maneira como se infectou com o vírus ainda é um mistério para ela. Durante a entrevista ela teve uma postura bastante séria, sem muitos sorrisos ela não se estendia muito nas respostas, tinha colocações sempre curtas e objetivas, apesar da pouca escolaridade ela falava muito bem, tinha um linguajar claro, ela se expressava com facilidade e conservava sempre o contato visual ao contar suas histórias. Ir às consultas e fazer o

tratamento parecia ser apenas um detalhe em sua vida, durante toda a entrevista ela valorizou outras coisas de sua biografia, demonstrou que a doença era o que ela tinha de menos importante para abordar e que não era nada interessante falar desse assunto. O que ela gostou mesmo foi de falar da família, exibiu grande orgulho ao discorrer sobre a relação matrimonial que mantinha há 12 anos, e foi nesse momento que a vi sorrir, os olhos brilharam quando ela falou do marido.

**E5**, ela tem 47 anos, é natural de Ilha Maia, mas há cinco anos reside junto com a família em Itaetê, município baiano para onde se mudou após o nascimento do filho. Descobriu o diagnóstico de HIV em 1990, quando morava na cidade de São Paulo, a sua ida para capital paulista foi inusitada: quando ela tinha uns quinze anos ela precisou fugir do ex-marido que ateou fogo em seu corpo. Deste modo, em outra cidade, sem conhecidos para ajudá-la para obter o sustento ela foi trabalhar trocando sexo por dinheiro. Ela imagina que tenha sido durante as relações sexuais com os clientes ou com os namorados que tenha se infectado com o vírus. Há vinte anos em tratamento, destes, cinco sendo acompanhada no ambulatório de Infectologia do Bobs, a cada 4 meses ela vai para as consultas. No dia que a entrevistei ela estava abatida, bastante emagrecida, vestia uma camiseta de malha imensa que parecia até ser de outra pessoa, imagino que o desejo fosse disfarçar o corpo emagrecido, mas com os braços extremamente finos a mostra era possível ver o seu estado. Sobre a sua biografia poucos detalhes não puderam ser contados e durante a entrevista a sua memória falhou em alguns momentos quando lhe foi solicitada mais precisão sobre datas, no mais a entrevista transcorreu tranqüila só sendo interrompida algumas vezes quando éramos visitadas por seu filho, uma criança linda, alegre e saltitante que ficava correndo pelos corredores do ambulatório tirando o sossego do pai que o acompanhava.

**E6**, ela tem 44 anos, é natural de Vitória da Conquista, mas apesar de residir em Salvador há 29 anos mantém o sotaque da região do Sudoeste da Bahia com o exagero característico ao pronunciar o “s” das palavras. Falou que deu início ao acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do cóndom, mas não imagina quem tenha sido a pessoa que a transmitiu. Apesar de vestir-se de maneira bastante despojada com boina, camiseta, bermuda e chinelos ela permaneceu inicialmente muito reservada e ríspida, parecia desconfiada como se estivesse se defendendo/resguardando de algo, ao fazer algumas revelações exibiu um ar desafiador, provocador, em seguida se calava e parecia esperar a minha reação, foi assim quando discorreu sobre a sua homossexualidade. Durante a entrevista eu tentava descontraír o ambiente, até que aos poucos, após alguns minutos de conversa ela

foi relaxando, se entregando, ao final ela já estava mais leve e sensível o que permitiu que ela chorasse em diversos momentos, evidenciando a fragilidade e os medos que tentou esconder durante o início da entrevista.

**E7**, ela tem 26 anos, é natural de Taperoá. Narrou que iniciou o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do condôm com um rapaz com quem ficou por apenas uma noite. Ela estava no serviço em companhia da mãe, que por sinal sempre a conduzia ao serviço e a acompanhava. Logo quando a vi, o que mais me chamou a atenção foram os prendedores de cabelo que usava, eram mais de dez “xuxas” enfeitando as madeixas, o que lhe atribuía um ar infantil. Sobre a sua história clínica ela contou que já havia sido internada por toxoplasmose, o que justificava os excessivos cuidados maternos, a fala arrastada, o raciocínio lento, a dificuldade para entender as perguntas que lhe eram feitas, ela refletia muito antes de responder, talvez na tentativa de compreender o que era dito, pois na maioria das vezes havia necessidade de eu repetir as perguntas utilizando outras palavras, uma espécie de tradução, para que fossem respondidas e ainda assim algumas perguntas não foram compreendidas, tal conduta atribuiu um ritmo lento, pausado e cansativo à entrevista.

**E8**, ela tem 44 anos, é natural de Salvador. Disse ter iniciado o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do condôm, mas não imagina quem tenha sido a pessoa que a transmitiu o vírus, pois seus parceiros nunca usaram camisinha. Ela foi ao serviço acompanhada da filha que tinha uma postura extremamente zelosa, E8 precisava ser apoiada para andar, ela estava bastante debilitada, emagrecida e há pouco tempo tinha conhecido o diagnóstico. Apesar de ter concordado em participar do estudo, devido às condições físicas apresentadas achei por bem não delongar muito a nossa conversa, contudo, ela parecia está adorando aquele bate-papo, e só interrompia a fala quando eu insistia para que ela tomasse um fôlego, respirasse um pouco e descansasse para falar. Embora ela estivesse abatida durante a entrevista ela permaneceu descontraída, tranqüila, com voz calma, muito atenta às perguntas; ela era bastante expressiva, desenvolvia bem as respostas, tinha bastante bom humor e contava histórias recheadas de planos para o futuro.

**E9**, ela tem 33 anos, é natural de Salvador. Atestou que iniciou o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do condôm com um ex-namorado. Ela é uma negra lindíssima, do tipo que chama atenção quando passa, parece muito com aquelas mulheres que são eleitas rainhas de bloco afro, ela é alta, tem os cabelos crespos

alongados com megahair e diferente da maioria das pessoas vivendo com HIV/Aids, ela se queixava por estar com sobrepeso. Essa mudança na forma física era recente e tinha ocorrido em virtude da impossibilidade, temporária, em realizar atividade física, pois há mais ou menos três meses ela tinha estado internada na enfermaria do Bobs devido a uma Trombose Venosa Profunda (TVP) no membro inferior direito. Inclusive falar sobre isso era um dos assuntos preferidos dela quando me encontrava nos corredores do hospital, primeiro ela exibia um largo sorriso, depois ela costumava solicitar elucidações sobre as medicações e os exames que haviam sido prescritos pela médica, ela não esquecia que eu havia dito que era enfermeira, além disso, ela costumava perguntar como andava a pesquisa e quando iria concluí-la.

**E10**, ela tem 28 anos, é natural de Monte Santo, mas faz o tratamento em Salvador, em sua cidade adquire apenas os medicamentos. Confidenciou que deu início ao acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do condôm com o segundo namorado e pai de sua única filha. Apesar das histórias tristes que contava, da vivência de vários episódios de discriminação, em vários momentos ela sorriu e exibiu uma alegria que pareceu contraditória diante de todo sofrimento que já passou. Ela era muito espontânea, desenvolvia as ideias com facilidade e demonstrou ter ficado muito à vontade na entrevista. A postura tranqüila e relaxada que mostrou se estendeu também para os corredores do ambulatório quando a encontrei sentada no chão conversando com as pessoas que aguardavam atendimento sentadas nos bancos. Ela parecia não estar muito preocupada com a aparência, tinha os cabelos desgrenhados, vestia uma roupa despojada, bermuda jeans e blusa de malha, o que favoreceu para que ficasse bem à vontade.

**E11**, ela tem 27 anos, é natural de Salvador. Contou que iniciou o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do condôm, mas não imagina quem tenha sido a pessoa que a transmitiu, disse que já tinha tido diversos parceiros. O seu discurso foi confuso, houve imprecisão nas histórias e nas datas, depois de tantos abandonos e retornos ao tratamento, após contar tantas versões diferentes sobre a infecção, nem ela mesmo sabia relatar os fatos com exatidão e me orientou a buscar algumas informações no prontuário. Ela estava emagrecida, tinha feridas nos braços e pernas, mas conservava a vaidade com unhas enormes pintadas de roxo e cabelos trançados com megahair vermelho. Ela precisou interromper a entrevista algumas vezes para atender ao celular, era uma amiga que estava indo acompanhá-la na consulta para lhe dar apoio, ela havia contado para amiga que tinha acabado



de descobrir o diagnóstico, ou seja, mentiu mais uma vez, a amiga esteve perto de descobrir a verdade, mas se atrasou e não pôde participar da consulta médica. Tudo transcorreu conforme ela desejava, a amiga não descobriu a verdade e ela continuou criando artimanhas para esconder a história real sobre a sorologia.

**E12**, ela tem 31 anos, é natural de Irecê e vem regularmente a Salvador para as consultas no ambulatório do Bobs onde iniciou o acompanhamento após ter sido diagnosticada com HIV, acredita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do condôm com o segundo homem que se envolveu afetivo-sexualmente e com quem se casou posteriormente. Após dois anos de casados seu marido faleceu por doenças oportunistas associadas a Aids, ela falou que sofreu bastante na época, pois além da perda houve a descoberta do diagnóstico. Hoje ela demonstra ser muito alegre, tem uma aparência que exala vitalidade, tem um ótimo astral, é bonita, muito simpática e no dia da entrevista vestia uma roupa que valorizava ainda mais a sua forma física, estava com uma blusa vermelha de cóton, com um grande decote que mostrava o colo e uma bermuda jeans de stretch bem colada ao corpo. Ela relatava de maneira muito tranqüila toda a sua história, a percebi como uma pessoa feliz, lutadora, que estava de bem com a vida e com ela própria, era uma mulher que não se acomodava às situações. Pela primeira vez, durante todo aquele tempo que estava realizando entrevistas, literalmente, deixei me levar, eu já me controlava há algum tempo, mas dessa vez eu cedi e a emoção me dominou. Pedi desculpas a ela diversas vezes durante a entrevista, pois desviava a atenção dela ao enxugar as minhas lágrimas, ao final do depoimento não me contive, levantei e dei um forte abraço nela e agradei por compartilhar comigo um pouco da sua vida. Me emocionei ouvindo aquela história, pois tinha percebido que aquela narrativa poderia ser também da minha vida. Como reconhecer a vulnerabilidade a infecção pelo HIV/Aids ainda é uma tarefa difícil!

**E13**, ela tem 39 anos, é natural de Itiúba e vem se dividindo entre a terra natal e Salvador desde o diagnóstico. Revelou ter iniciado o acompanhamento no ambulatório do Bobs logo após o marido ter sido diagnosticado com HIV. Ela acredita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do condôm. A descoberta do diagnóstico era recente, tudo ainda era muito novo para ela e durante a entrevista ela oscilou entre períodos de “alegria”, com largos sorrisos e outros de tristeza que incluíram os choros, ela apresentou uma labilidade emocional muito marcante. Ela tem se ocupado de cuidar do companheiro que está se convalescendo de um longo período de internamento, e tem tido pouco tempo para o auto-cuidado. Ela tinha uma postura descontraída e mesmo nos momentos mais tensos da nossa conversa ela exibiu bom-humor, falou bastante e foi

desenvolvendo o discurso com muita fluidez, cabendo a mim apenas produzir algumas interferências, em raros momentos. A conversa transcorreu de maneira tão agradável que a fome que ela sentia no início da entrevista não serviu de impedimento para que desse prosseguimento ao discurso repleto de relatos íntimos.

**E14**, ela tem 41 anos, é natural de São Miguel das Matas, mas mudou-se para SAJ após união com o novo companheiro. Disse que começou o acompanhamento no CTA após ter sido diagnosticada com HIV. Ela acredita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do cóndom com o ex-companheiro que já havia falecido por doenças oportunistas associadas a Aids. Ela foi muito simpática e falante, no seu relato, o que mais chamou a minha atenção foi a postura de vítima que assumiu diante da descoberta do diagnóstico, atribuiu ao ex-companheiro e a relação extra-conjugal dele, a culpa pela infecção. Ela apresentou muita tristeza e mágoa ao discorrer sobre o assunto, ela se ressentia por não poder doar sangue. Ajudar as pessoas através da doação de sangue era um sonho que alimentava desde criança, pois diante de sua situação social e econômica ela entendia que essa era única forma que tinha para ajudar. Ao falar da vida após o diagnóstico ela se emociona bastante, é interessante sinalizar que o comportamento frágil e sensível só foi percebido durante a entrevista, pois antes, quando a conheci, na consulta médica ela parecia ser uma pessoa bastante segura e forte.

**E15**, ela tem 35 anos, é natural de Maricobo, mas reside em Valença há muitos anos, mudou-se para esta cidade quando ainda pequena, fugiu de casa por não mais suportar a rejeição da mãe. Contou que iniciou o acompanhamento no CTA após ter sido diagnosticada com HIV, a maneira como ela se infectou com o vírus ainda é um mistério visto que ela trabalhava comercializando sexo e nem os clientes ou os namorados usavam códon para manter relação sexual com ela, além disso, ela era usuária de drogas. Ela aparentava ter um certo grau de timidez, algumas vezes hesitava em olhar para mim enquanto falava, no início ela não desenvolveu muito as respostas, suas frases foram curtas e superficiais, ela mantinha o tom de voz baixo, talvez ela estivesse um pouco tensa, contudo mais tarde ao longo da entrevista ela já relatava as vivências com mais pormenores, em alguns momentos eu até me surpreendi pela riqueza de detalhes que ela atribuía às narrativas e já apresentava-se mais tranqüila. Ela tinha ido para consulta em companhia da filha, uma garota de aproximadamente uns onze anos que interrompeu diversas vezes a entrevista, a garota era bastante agitada, em algumas das vezes que adentrou à sala me pediu dinheiro para comprar lanche, a genitora até sugeriu que a filha ficasse na sala, no entanto, achei impertinente que uma criança ouvisse a história que era relatada, a mãe insistiu afirmando que tudo aquilo que estava sendo contando

a filha já tinha conhecimento, ainda sim, solicitei que ela permanecesse na sala de espera da Policlínica, sob os cuidados da motorista da Secretaria de Saúde de Valença que havia conduzido a entrevistada ao serviço.

**E16**, ela tem 34 anos, é natural de Salvador. Disse que iniciou o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Ela acredita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do cóndom com o ex-companheiro, seu primeiro parceiro afetivo-sexual e pai de seus dois filhos, falecido há 10 anos, após ter sofrido um acidente de moto. Quando a encontrei ela já estava no corredor do ambulatório me aguardando logo após ter sido atendida pela médica. Ela estava com um vestido rosa-claro comprido, muito bonito, e mantinha os cabelos longos presos, logo que a avistei, após observá-la um pouco, logo imaginei que ela fosse evangélica. Apesar da aparência tranqüila, o início da entrevista foi um pouco tenso, pois ela apresentava a voz embargada, trêmula, falava baixo e pausadamente. Inicialmente ficou muito séria, mas depois de algum tempo já estávamos tranqüilas, falando alto, dando gargalhadas e olhando olhos nos olhos. Logo no início senti que ela precisava desabafar, qualquer pergunta que eu fazia a conduzia a falar do ex-parceiro, ela estava magoada e ainda que não fosse atual o término do relacionamento, ela estava ressentida com a decepção amorosa, então, só depois de deixá-la falar, falar e falar do antigo relacionamento é que pude introduzir algumas questões.

**E17**, ela tem 43 anos, é natural de Salvador. Contou que iniciou o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Ela suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do cóndom com o ex-companheiro, seu segundo parceiro afetivo-sexual. Ela ia sempre às consultas em companhia da irmã, que a ajudava a andar, ela carecia de apoio em decorrência de uma hemiparesia do lado esquerdo do corpo secundária a um Acidente Vascular Cerebral que sofreu. Na primeira vez que a encontrei no ambulatório, ela e a irmã, permaneceram na “sala de espera” afastadas, percebi que elas não estavam muito dispostas a conversarem. Neste dia não identifiquei oportunidade para me aproximar, elas estavam muito retraídas. Contudo, no segundo encontro, ambas estavam super descontraídas, conversavam animadamente no corredor e aproveitei para uma aproximação, me apresentei e perguntei se alguma das duas seria atendida pela médica, diante da resposta positiva, prolonguei mais um pouco a conversa falando sobre amenidades, disfarcei, me retirei e fui até o encontro da médica e solicitei que ela fizesse o convite a E17 para participar do estudo. Fiquei aguardando alguns minutos no corredor até que ao término da consulta com a infectologista e após aceite em participar da pesquisa a conduzi para outro consultório para que pudéssemos conversar a sós. Percebi que

sua irmã tinha a intenção de participar da nossa conversa, mas afirmei que achava melhor estarmos sozinhas para que ela ficasse mais à vontade, ainda assim a irmã dela ficou um pouco desconfiada. Mas, ela estava muito tranqüila e disse que a irmã era como uma mãe cuidadosa que se preocupava e queria estar junto ao seu filho. Durante a entrevista ela ficou muito à vontade, sorridente e revelou detalhes sobre sua vida, sempre com muita segurança ao falar.

**E18**, ela tem 42 anos, é natural de Salvador. Afirmou ter iniciado o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Ela suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do cóndom, mas tem dúvidas sobre a identidade da pessoa que possa ter transmitido para ela. Ela compareceu ao ambulatório em um dia que os atendimentos estavam bastante tumultuados devido à quantidade de pessoas sem marcar que estavam desejando ser avaliadas, inclusive ela. Curiosamente, neste dia, todas as mulheres que estavam agendadas eu já havia entrevistado, então, aproveitei para realizar algumas observações da dinâmica da unidade, a análise dos prontuários e retomar algumas questões que haviam ficado pendentes. Então, eu estava envolvida em uma conversa muito animada com E10 e E13 quando percebi que havia uma mulher sentada ao meu lado que não parava de me olhar, mas não participou da nossa conversa. Parecia aguardar atendimento, mas achei estranho, pois não havia visto outro nome na lista, além dos já conhecidos, na verdade ela pretendia ser consultada como extra. Ela estava séria, tinha um olhar triste, um ar de quem estava angustiada, aparentava ser uma pessoa muito humilde, estava de chinelos com os pés muito sujos e exalava um forte cheiro de suor, era muito magra, tinha inúmeras lesões nos braços que coçavam muito. No intervalo, entre um atendimento e outro, falei com a médica que a convidasse para participar da pesquisa, deste modo, logo após ter sido atendida pela médica a entrevistei. Assim que sentou na cadeira ela já começou a desabafar, nem deu tempo de me apresentar direito e ela já foi contando sobre os atritos que estava tendo com os familiares e com o parceiro afetivo-sexual, em tom bastante agressivo ela fez referências sobre os atritos e relatou os furtos praticados pelo atual parceiro, dos quais havia sido vítima. Em alguns momentos que falou de forma mais agressiva, eu fiquei tensa, confesso que tive até medo de estar sozinha na sala com ela, aqueles temas mexiam tanto com ela que parecia que quanto mais falava mais nervosa ficava, até que percebi que era importante fazermos uma pausa, saí da sala, busquei água pra ela e após estarmos mais relaxadas retomamos a entrevista com mais tranqüilidade.

**E19**, tem 43 anos, é natural de Salvador. Disse que começou o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Ela suspeita que tenha sido

infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do cóndom com o ex-companheiro, de quem ela estava separada há mais de vinte anos, o qual ela soube ter falecido com doenças oportunistas associadas a Aids. Ela era bastante alta, muito magra, tinha a pele bastante enrugada e ressecada, o lado esquerdo da face tinha uma cicatriz extensa e profunda que ia da testa até o queixo, a boca apresentava dentição incompleta tanto na arcada superior quanto na inferior. Ela vestia uma blusa com decote tão profundo que mostrava todo o sutiã e o colo, a saia apesar de ficar abaixo do joelho mostrava algumas cicatrizes dos tornozelos que aparentavam ter sido de feridas. Ela contou que hoje está muito diferente fisicamente, porque antes ela era muito bonita, gostosa e fazia o maior sucesso com os homens, período em que exerceu a profissão de prostituta. Ela confidenciou-me ter se iniciado nesta atividade muito cedo, ainda criança, quanto tinha 14 anos e foi por conta deste trabalho que ela conheceu o Brasil quase todo e morou em cidades como Recife e Belo Horizonte. Durante a entrevista ela apresentou um jeito muito descontraído e demonstrou ficar muito à vontade e tranqüila ao relatar sua trajetória profissional e histórias amorosa e familiar.

**E20**, tem 38 anos, é natural de Salvador. Contou que iniciou o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Ela suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do cóndom com um ex-namorado que é pai do segundo filho dela. Foi muito interessante a nossa conversa, o desenrolar desta entrevista foi atípico, percebi como foi importante a relação de confiança que construímos no contato face a face. No início, ela estava bastante resguardada, exibia uma imagem de mulher séria, extremamente recatada, cheia de pudores, aos poucos essa figura caricata foi desconstruída à medida que ela ia fazendo novas revelações. A ideia inicial que tive foi de uma mulher, viúva, frágil e sofredora que a duras custas tentava reconstruir a vida, posteriormente após nosso envolvimento foi surgindo a realidade de uma mulher forte, namoradeira, que se dividia entre dois parceiros que atendiam a objetivos diferentes: um no âmbito financeiro e o outro para os assuntos sexuais. Ela é jovem, bonita, morena, se fosse tecer minúcias sobre suas características físicas a descreveria como a Gabriela Cravo e Canela da história de Jorge Amado, assim como ela, era espontânea, tinha um jeito moleque e conversava tanto que mantivemos um longo bate-papo ainda nos corredor do hospital enquanto ela aguardava a atendente da farmácia para pegar as medicações.

**E21**, tem 45 anos, é natural de Itiruçu, mas mudou-se pra Salvador quando tinha 16 anos, foi trazida pela tia para trabalhar em casa de família. Ela afirmou ter iniciado o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Ela suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do cóndom,

mas não imagina quem tenha sido a pessoa que a transmitiu visto que antes do diagnóstico ela não usou o condômio com nenhum dos parceiros afetivo-sexuais que teve. Durante a entrevista demos muita risada, pois ela é bastante simpática, extrovertida, sorridente e faz da vida uma novela de comédia, além do HIV ela luta pela cura de um câncer de mama, ela já se submeteu a diversas sessões de quimioterapia e cirurgias, inclusive ela conta com muita graça sobre as estratégias que usa para disfarçar a ausência de uma das mamas, táticas usadas no dia-a-dia e na hora de fazer sexo. Ela parecia ser bastante vaidosa, usava uma peruca com cabelos crespos, negros e curtos, as sobrancelhas estavam bem delineadas, pintadas com lápis, ela tinha um tom de voz alto e firme que só foi diminuído quando ela descreveu as aventuras amorosas que vivia.

**E22**, ela tem 46 anos, é natural de São João, mas veio ainda pequena morar em Salvador não tem recordações da cidade natal. Ela disse que começou o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV, maiores detalhes sobre a infecção como por exemplo, a via de contaminação ainda é uma incógnita para ela. Durante a entrevista ela se apresentou bastante agitada, falou muito e rápido, demonstrou que estava desinibida e muito à vontade com a abordagem, mas percebi que ela camuflava algumas informações, era superficial, detalhes importantes de sua vida eram omitidos, mas deixei que ela prosseguisse com esta conduta e não fiz interferências, entendi que ela precisava ganhar confiança para falar mais abertamente, até que posteriormente, após alguns minutos juntas ela começou a falar diferente, fez reelaborações do que já havia falado, foi a partir daí que percebi a verdade na história que ela estava me contando. Foi então que a conheci como uma mulher que sofria conflitos familiares, que tinha a responsabilidade de cuidar da mãe, do sobrinho órfão, dos filhos e do companheiro. Inicialmente, ela teceu inúmeros elogios ao companheiro, ao final do depoimento ela já fazia várias queixas das mazelas que marcavam a relação afetivo-sexual do casal. O término da entrevista foi bem difícil, pois após já ter feito referências sobre a prática sexual segura ela fez revelações importantes que evidenciaram que a sua saúde e a do parceiro estavam em risco.

**E23**, ela tem 55 anos, é natural de Amargosa, mas veio morar em Salvador quando tinha 11 anos, foi trazida pela comadre de sua mãe, uma tia de consideração, para morar na casa de uma família que a tratava como filha, de dia ela ajudava a “tia” nos afazeres domésticos e a noite ela ia para escola, como recompensa pela ajuda ela ganhava moradia, comida e roupas. Ela afirmou ter iniciado o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV, maiores detalhes sobre como e com quem se contaminou ela afirma não saber. Logo que a vi a identifiquei como evangélica, pois ela aparentava ser bastante

recatada, usava os ralos cabelos crespos bem presos, vestia uma blusa social azul de manga comprida e uma saia longa marrom, uma roupa bastante quente para o clima de Salvador. Ela contou ter uma vida modesta, tranqüila, tendo como opção de lazer a ida aos cultos religiosos na igreja próxima a sua residência.

**E24**, ela tem 45 anos, é natural de Maiquinique, mas vive em Vila de Abrantes há mais de 30 anos, desde que se casou pela primeira vez, mas esse ex-companheiro já faleceu por problemas no coração. Ela contou que iniciou o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Ela suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do cóndom com um ex-namorado. Ela costumava ir muito chique ao hospital, todas as vezes que a encontrava comentava com ela sobre isso, ela era elegante, ia super produzida, maquiada, com o cabelo bem arrumado, escovado e pintado de acaju, interessante que ela usava batom, blusa e unhas imensas em tom vermelho combinando com o cabelo. A explicação para se manter sempre bela estava na profissão que ela exercia, como cabeleireira ela era a própria vitrine do trabalho, até brinquei com ela dizendo que por alguns instantes tinha desconfiado que ela vivia como uma “dondoca”, no entanto, diferente do que eu pensei ela trabalhava muito, de terça a sábado exercia a atividade em um salão, no domingo trabalhava em casa no intuito de ganhar um dinheiro extra, e na segunda-feira que era seu único dia folga que ela aproveitava para agendar consultas, exames e etc. Durante o tempo que estivemos juntas conversando ela assumiu uma postura descontraída, o discurso era acompanhado por gestos exagerados com as mãos, ela tinha uma voz grossa, firme, que exibia um pouco de sua força.

**E25**, ela tem 27 anos, é natural de Salvador, mas mora em SAJ há quatro anos, mudou para esta cidade quando resolveu ir morar junto com o ex-companheiro. Ela disse que iniciou o acompanhamento no CTA após ter sido diagnosticada com HIV. Ela suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do cóndom com o ex-companheiro que tinha Aids e que havia falecido há oito dias em decorrência de uma doença desconhecida. Quando ela foi consultada sobre a possibilidade de participar do estudo ela estava na sala do médico, lá a encontrei muito falante, animada enquanto relatava os preparativos do parto, ela estava grávida de 36 semanas. Mas, quando fechei a porta do consultório e ficamos sozinhas percebi que logo ela ficou séria e ao longo da conversa a sua expressão foi mudando, ela começou a ficar tensa, parecia que estava ficando triste ou pouco à vontade com a entrevista, ela acariciava a barriga o tempo inteiro. Então resolvi mudar um pouco o script a que estava acostumada e resolvi fazer uma adaptação no roteiro da entrevista, parei de tentar conduzir o discurso dela e deixei que ela ficasse livre para falar do que

quisesse, ela escolheu falar um pouco do sofrimento que estava vivendo e que a afligia. Logo em seguida ela começou a chorar, foram alguns minutos assim, em silêncio aguardei que ela se recuperasse, a ofereci água e falei que poderíamos fazer aquela atividade em outro dia, porém ela insistiu e disse que já estava melhor e que gostaria de conversar mais comigo, então demos prosseguimento a entrevista.

**E26**, ela tem 57 anos, é natural de Maragogipe, mas veio morar em Salvador quando tinha 11 anos, foi trazida pela madrinha para trabalhar como doméstica, de dia ela trabalhava e a noite estudava, mas logo interrompeu os estudos. Ela iniciou o tratamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV, contudo maiores detalhes sobre como e com quem se contaminou ela afirmou desconhecer. Em determinado momentos da entrevista ela sugere uma versão um pouco fantasiosa para explicar a infecção. Ela inicialmente demonstrou ser uma pessoa muito animada, satisfeita com a vida, mas após algum tempo em que conversamos ela citou inúmeras situações que a deixavam entristecida entre elas a vivência de inúmeros conflitos familiares, ela os relatou sem economizar nos detalhes, se empolgou e atribuiu um tom de voz ríspido e violento que em alguns momentos me deixaram assustada. Moram com ela o companheiro e a neta abandonada pela filha namorada e rebelde que é sua vizinha e com a qual ela vivencia inúmeros conflitos.

**E27**, ela tem 26 anos, é natural de Valença, mas veio morar em Salvador quando tinha 18 anos, veio a convite de uma vizinha para trabalhar como babá. Ela iniciou o tratamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV, mas maiores detalhes sobre como e com quem se contaminou ela afirmou desconhecer. Ela na verdade parece não querer saber muito sobre o assunto, ela falou que assim que descobriu o diagnóstico buscou identificar como se contaminou, conversou com o primeiro parceiro afetivo-sexual, ela fez o exame e o resultado deu negativo, a partir de então ela não “conseguiu” mais ver outra possibilidade para ter contraído o vírus. Sobre a possibilidade do segundo parceiro afetivo-sexual, o atual companheiro, ter o vírus ela nem cogita. Em alguns momentos ela pronunciou frases que demonstraram que ela ainda desacredita no diagnóstico. Ela tentou aparentar estar tranqüila diante de mim, mas seus pés não pararam de balançar, ela demonstrou estar tensa e ter pressa em finalizar a entrevista, ela deu respostas curtas e superficiais, ela não foi acessível, raras vezes sorriu ou aparentou estar mais à vontade. Parecia estar vigilante, confesso que me senti incomodada com a postura dela, pois demonstrou indiferença a tudo aquilo que acontecia em sua vida.

**E28**, ela tem 55 anos, é natural de Salvador e afirmou ter iniciado o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Ela suspeita que tenha sido



infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do condôm, mas não imagina quem tenha sido a pessoa que a contaminou. Ela apresentou-se debilitada, emagrecida, tinha os cabelos brancos, a dentição incompleta, com apenas uns três dentes na arcada superior, na frente, a higiene era precária, exalava um forte cheiro de suor o que me deixou tonta. Para poder dar prosseguimento a entrevista, precisei abrir a porta da sala e ligar o ventilador, o que acabou comprometendo a nitidez da gravação devido ao barulho produzido. Apesar da condição física ela foi bem simpática, extrovertida, demonstrou que estava à vontade com as questões colocadas. O cansaço e a debilidade que apresentava não eram empecilhos para que vivesse muitas aventuras sexuais, eu me surpreendi diversas vezes com a disposição sexual que ela confessou ter e com a valentia que ela apresentava quando alguém tentava se aproximar de seu atual parceiro, como uma mulher muito ciumenta ela defendia seus interesses como podia até com o uso da força se fosse preciso.

**E29**, ela tem 21 anos, é natural de Salvador. Ela afirmou ter iniciado o acompanhamento no ambulatório do Bobs após ter sido diagnosticada com HIV. Ela suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do condôm com o noivo seu primeiro e único parceiro afetivo-sexual. O tempo até o diagnóstico foi longo e inclui um demorado internamento no Hospital Irmã Dulce. A descoberta do diagnóstico era recente, tinha cerca de três meses, mas ela estava muito lúcida sobre tudo que estava acontecendo em sua vida, ela era uma menina muito doce, bonita, super simpática, espontânea, sorridente, com o astral elevadíssimo e estava no serviço em companhia do noivo com o qual ela mantinha trocas de carinho explícitas pelo corredor. Após as formalidades e devidas apresentações iniciamos um bate papo bem descontraído e repleto de intimidades, as perguntas que eu fazia eram sempre respondidas em trechos extensos e ricos em detalhes, fiquei admirada com a racionalidade que ela exibia ao discorrer sobre os planos e o futuro, fiquei feliz em encontrar uma garota tão amadurecida e tranqüila diante de um diagnóstico tão complexo. Foi uma entrevista muito prazerosa e ao final nos abraçamos e nos emocionamos muito, ela disse que já estava se acostumando em sensibilizar as pessoas com suas histórias.

**E30**, ela tem 39 anos, é natural de SAJ. Ela afirmou ter iniciado o acompanhamento no ambulatório do CTA, após ter sido diagnosticada com HIV, informações sobre como ela acha que se contaminou são bastante fantasiosas. Durante a entrevista ela transpareceu ser tímida, falou baixo, hesitou em olhar nos meus olhos e algumas vezes esboçou um sorriso no canto da boca. Ela conversou de maneira muito tranqüila, lembrava as histórias da sua vida sem muita emoção, parecia um pouco distante e apressada. Ela estava no serviço acompanhada do

parceiro também soropositivo, com o qual ela não tem mais envolvimento amoroso-sexual desde a descoberta do diagnóstico, hoje eles se relacionam como bons amigos.

**E31**, ela tem 47 anos, é natural de Vitória da Conquista, mas mora em SAJ há pouco tempo, antes ela morou em Pernambuco e na Bahia, nos municípios de Cruz das Almas e Feira de Santana, mas foi em São Félix quando esteve a passeio que ficou internada e descobriu o diagnóstico. Todas as informações que ela fornecia que diziam a respeito da doença eram muito conturbadas, depois de iniciada a entrevista eu precisei interrompê-la e ir junto à equipe para me certificar que **E31** tinha conhecimento do diagnóstico de HIV/Aids, pois parecia que ela nem sabia porque estava ali, há quatro meses em tratamento. Eventualmente, neste dia, eu cheguei atrasada ao serviço, então não tive como fazer a leitura prévia do prontuário, deste modo, obtive informações sobre a sua história clínica e pessoal a partir dos relatos dos profissionais, contudo as histórias contadas por eles estavam divergindo da relatada por ela, assim fiquei muito confusa durante a entrevista, ao escutar as narrativas contraditórias e a insistente negação sobre o conhecimento da condição sorológica. Ela aparentava alcoolizada, tinha um hálito forte que exalava cheiro de cachaça e estava com a face edemaciada, seu companheiro que a aguardava na Policlínica cochilava na cadeira aparentando as mesmas condições. Ele se recusava em realizar os exames diagnósticos, mas fazia questão de acompanhá-la em todas as consultas no CTA.

**E32**, ela tem 44 anos, é natural de Candeias, mas mudou-se para SAJ quando ainda era pequena veio em companhia dos pais que vieram trabalhar. Ela iniciou o tratamento em Salvador após o diagnóstico de HIV do ex-companheiro, depois ela passou a fazer acompanhamento médico em SAJ. Ela suspeita que tenha sido infectada com o vírus após ter mantido relação sexual sem o uso do cóndom com o segundo companheiro. Ela se apresentou bem disposta ao conversar, tinha uma postura descontraída, não respondia as perguntas de imediato, ela pensava muito antes de falar, algumas vezes fazia pausas longas antes de emitir as respostas que, na maioria das vezes, eram bastante sucintas. Ela parecia cansada, estava emagrecida, e os poucos cabelos que tinha estavam bem penteados e presos, a pele da face estava bem ressecada e nos braços tinha algumas lesões. Ela relatou com orgulho o apoio que recebeu dos filhos e da enteada quando descobriu o vírus, e atualmente, ela se dedica aos cuidados com a família em retribuição a tudo que tem recebido deles, do ex-companheiro ela guarda ressentimento pela traição e falou com tristeza, sofre o fim do relacionamento e do sofrimento que ele tem passado por se recusar a fazer o tratamento.

### **3.2 (DES)COBRINDO A CONDIÇÃO SOROLÓGICA**

O sub-tema relativo à condição sorológica foi constituído por duas categorias: (Re) conhecendo o diagnóstico e Vivenciando o diagnóstico.

#### **3.2.1 (Re)conhecendo o diagnóstico**

O predomínio da prática heterossexual como forma de transmissão, a baixa escolaridade, o baixo poder econômico e a multiparceria exercida por alguns homens são algumas das condições que aumentam a exposição das mulheres ao HIV e, conseqüentemente, das crianças na transmissão vertical durante a gravidez, o parto e/ou puerpério. No Brasil, a razão entre os sexos evidencia um predomínio da infecção entre os homens, no entanto, tem ocorrido um crescimento acelerado da epidemia entre as mulheres.

As discussões que envolvem a temática - mulheres vivendo com HIV/Aids - têm obtido destaque na cena pública devido às proporções e aos índices de expansão que a doença atingiu no Brasil e no mundo, e por conta das poucas condições que algumas mulheres têm para mudar a sua situação de vulnerabilidade. Nos países em desenvolvimento o cenário da morbimortalidade feminina assusta, pois evidencia as iniquidades entre as raças, as classes, as regiões e os sexos, com muitas mulheres morrendo por causas que poderiam ser prevenidas, a partir de medidas que viabilizassem condições adequadas de educação, moradia, transporte, trabalho, lazer, acesso universal aos serviços, assistência a saúde de qualidade e políticas de saúde efetivas que fortaleçam ações estratégicas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, contemplando aspectos da saúde sexual e reprodutiva feminina.

Ademais, a ocorrência de falhas nas estratégias dos serviços para a promoção da saúde, o controle e a prevenção do HIV contribui para que a infecção se instale, e geralmente, só após ter o sistema imunológico acometido é que o diagnóstico clínico e laboratorial é feito. O trajeto percorrido pelas mulheres até o início do acompanhamento clínico e tratamento medicamentoso é sinuoso, pois a solicitação de testes sorológicos ainda não é uma práxis da maioria dos profissionais que presta assistência à saúde das mulheres, pois outras doenças são investigadas anteriormente.

### **Os profissionais e o diagnóstico clínico e laboratorial**

O diagnóstico clínico é feito a partir da avaliação de manifestações clínicas, sintomas que surgem após a infecção, ou seja, do surgimento das doenças secundárias à penetração do vírus na corrente sanguínea. Existem algumas doenças, que estão relacionadas ao HIV e que comumente afetam as pessoas em estágio avançado da infecção, entre elas estão: a tuberculose, a *pneumocystis carini*, as infecções fúngicas recorrentes na pele, na boca e na garganta, a diarreia crônica com perda de peso, a neurotoxoplasmose, a neurocriptococose e a citomegalovirose. A prevalência de alterações dermatológicas durante a evolução da infecção pode chegar a 92% dos casos. Logicamente, estes problemas podem ser o primeiro sinal da infecção, portanto, possibilitam a suspeita e a confirmação diagnóstica de infecções oportunistas sistêmicas. A candidíase oral é considerada a infecção mais freqüente em pessoas com HIV, mas podem também surgir outras manifestações como febre, linfadenopatia, faringite, fadiga e sudorese noturna que caracterizam o quadro de HIV na fase aguda, aparecem entre duas a quatro semanas após a exposição ao vírus. (COSTA et al, 2006; PEREZ; TOIBARO; LOSSO, 2005; NISSAPATORN, 2004; PORRO; YOSMOKA, 2000).

Contudo, diante de uma doença que tem como representação social associações negativas como preconceito, estigma medo e morte é muito arriscada a divulgação de um diagnóstico ou até de uma suspeita diagnóstica a partir apenas de uma avaliação clínica por mais criteriosa que ela seja (SANTOS, 2007; SILVA, 2006). Então, é comumente realizado o diagnóstico a partir de exames laboratoriais. Em pessoas maiores de dois anos o diagnóstico é feito a partir de exames para detecção de anticorpos, já em crianças, filhas de soropositivas, o exame é feito a partir da carga viral de HIV-1, isto se justifica pela possível transferência passiva de anticorpos maternos para o recém-nascido, assim pode haver resultados de exames falso-positivos devido a detecção dos anticorpos maternos.

Os testes que detectam os anticorpos podem ser classificados como Ensaios de triagem (com alto grau de sensibilidade) ou Ensaios confirmatórios (com alto grau de especificidade). O diagnóstico laboratorial do HIV pode ser feito através de métodos indiretos (métodos sorológicos) e métodos diretos (detecção de antígenos ou ácidos nucleicos do HIV e cultura viral), e devem ser seguidas as seguintes etapas: a triagem sorológica que pode ser pelo Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA); a confirmação sorológica por meio de um teste de imunofluorescência indireta; e a confirmação sorológica por meio do teste Western Blot (WB). Os testes rápidos são simples e também podem ser utilizados como exames diagnósticos em situações especiais que precisem intervir para prevenir a infecção pelo HIV,

como no caso das parturientes nas maternidades, para diminuir os riscos de transmissão vertical e das pessoas que sofreram violência sexual aguda. O diagnóstico laboratorial pode ser efetivado em média de 3 a 12 semanas após a infecção, caso o indivíduo não esteja no período de janela imunológica, que é considerado o tempo entre a infecção e a soroconversão que pode variar de seis a doze semanas (BRASILb, 2008).

O ideal é que o diagnóstico da infecção pelo HIV/Aids seja feito o mais precocemente possível, assim que haja a soroconversão e não a partir do momento em que apareçam as manifestações clínicas. Para a precocidade do diagnóstico, medidas podem ser implementadas como a solicitação de exames sorológicos de rotina para as mulheres atendidas em consultas clínicas, ginecológicas, no planejamento familiar, no pré-natal, entre outros serviços. O surgimento de queixas ginecológicas durante as consultas poderiam induzir os profissionais a solicitarem exames sorológicos, visto que as infecções sexualmente transmissíveis podem servir de porta de entrada para o vírus. Contudo, a naturalização com que é tratado o aparecimento das infecções ginecológicas e a opção da prática curativista impedem os profissionais de saúde de fazerem o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV. De acordo com Barbosa (2008) existem esforços no intuito de integrar as ações educativas e curativas, mas as iniciativas ainda são tímidas e raramente o momento de consulta é usado para esclarecer sobre a transmissão das infecções, e sim para a prescrição de tratamentos medicamentosos.

O diagnóstico precoce favorece: que a intervenção/tratamento seja feita o quanto antes, que haja a melhoria na qualidade e o aumento na expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids. Entre os sujeitos da pesquisa, 21 mulheres conheceram o diagnóstico de HIV após o atendimento em unidades hospitalares de emergência, de internamento e de consulta a partir de manifestações clínicas que caracterizavam a evolução da Aids, elas já estavam sintomáticas e referiam febre, diarreia, perda ponderal, fraqueza, tuberculose e toxoplasmose. Ou seja, elas apresentavam co-morbidades que são comuns no curso da Aids, indicando que o diagnóstico foi tardio, uma vez que já estava instalada a doença. Com efeito, para algumas houve demora no diagnóstico, este se deu só após longo período de investigação e internamento hospitalar, e para outras o diagnóstico só ocorreu após a alta, sem confirmação diagnóstica, e a readmissão após recidiva dos sintomas. Este percurso longo e tortuoso ocorreu com E24, E26 e E29:

Eu fui fazer uns exames lá no 5º Centro porque eu tava só emagrecendo, emagrecendo, aí a médica pediu exame de tuberculoso, aí ela viu que eu

tinha, era como se tivesse assim cheia de água. Aí deu, aí eu fui para o Hospital Otávio Mangabeira. Eu fiquei internada lá durante um mês, mas lá não fiz o exame do HIV, só depois que eu saí de alta eu voltei lá e ela pediu o exame. (E24).

... foi, eu tive uma herpes no umbigo e eu não sabia o que era, queimava muito! Aí fui no médico, tem mais de cinco anos, aí ele disse que era Herpes e eu perguntei como peguei? Aí ele disse que foi no ônibus que eu tava porque eu só ando de barriga de fora aí encostei e peguei. Aí eu fiquei no Couto Maia internada. Foi muito feio, vinha aquele monte de estudante olhar, aí fiquei lá uns sete dias e secou tudo, foi ótimo, aí eu sai. Aí depois eu tive herpes de novo aí, lá no Couto Maia, ele pediu vários exames, aí, fez o exame e constou. (E26)

Começou já no final de fevereiro a eu ter uma febre, sem nada assim... eu não sentia nada, só a perda de peso mesmo, eu fui pro médico ele disse que era virose, mas eu falei com ele que eu não tava gripada, não tava com nenhuma secreção. Aí eu comecei a ter uma dor no pescoço e começou a aparecer um carcinho, um nódulo, mas não incomodava, era só quando eu passava a mão no lugar, era como um ossinho sabe? Aí eu fui no médico e ele disse que era torcicolo, mas eu disse pra ele que não era porque eu virava o pescoço e não sentia nada. Eu nunca pensei que pudesse ser, nunca passou pela minha cabeça, até que eu fui pra emergência, era direto que eu ia, chegava lá os médicos examinavam e diziam que não era nada, que era infecção na garganta, mas eu dizia que não tava com a garganta inflamada. O meu maior medo é que eu não via de onde tava vindo aquela febre, e era alta, eu sentia frio e aumentava a temperatura muito rápido, mas eu tomava remédio e passava. Aí eu fiquei na emergência e o médico disse que era alguma massa que tava no meu pescoço e que isso podia tá provocando, mas nunca falou em HIV. Eu fiz um PPD, eu fiz uma baciloscopia e uma Ultrassonografia no pescoço...(E29)

O atraso no diagnóstico do HIV nestas e em outras mulheres pode estar relacionado a alguns profissionais ainda terem introjetados em sua práxis as concepções da transmissão do HIV apenas em pessoas que fazem parte dos grupos que apresentavam comportamentos de risco. Considerar a concepção de risco é não ampliar a perspectiva da doença para toda a sociedade, mas apenas para alguns sujeitos. Assim, por não estabelecerem uma associação entre as características pessoais de E24, E26 e E29 das características estereotipadas de pessoas com HIV, elas não tiveram a doença prontamente investigada.

O despreparo profissional também comprometeu a assistência, pois não houve o reconhecimento das manifestações clínicas como doenças oportunistas; resalto que ambas, E24 e E26, foram atendidas em serviços da rede SUS e particular, que funcionam como campos de prática para instituições de ensino superior público e privado, deste modo, presume-se que tenham servidores atualizados e capacitados para prestar uma assistência de

qualidade. Os dois hospitais mencionados são reconhecido como sendo de referência no estado um para doenças infecto-contagiosas e o outro para doenças do aparelho respiratório.

Muitas pessoas com HIV/Aids são acometidas por infecções respiratórias, inclusive a co-infecção tuberculose e HIV/Aids é algo comum. Em estudo realizado no Amazonas para elucidar as co-morbidades que acompanham as pessoas com Aids foi observado que dos 129 pacientes com Aids necropsiados: 28% tinha tuberculose; 17% pneumonia bacteriana; 13% histoplasmose; 10% toxoplasmose; 8% pneumocitose; 5% criptococose, entre outros (SOUZA et al, 2008).

Existem algumas manifestações clínicas específicas nas mulheres que podem acarretar complicações na gravidez, no parto, lesões no colo uterino e infecções frequentes no trato reprodutivo (BERER, 1997). Tais acometimentos devem sugerir ao profissional a investigação da infecção pelo HIV. Apenas uma mulher, E11, teve o exame sorológico solicitado após uma alteração ginecológica.

É menos comum a realização do diagnóstico de HIV quando o indivíduo não está apresentando manifestações clínicas, pois ainda existe a cultura de busca por atendimento nos serviços de saúde só mediante o surgimento de queixas. Ou seja, para tratamento, para atenção curativista, apesar das campanhas do Ministério da Saúde veicularem propagandas que visam a mobilizar a população para a realização do teste de Aids e conscientizar sobre a importância de realizar este exame, mas a adesão ainda é baixa. Assim como, tratar os sintomáticos precocemente é importante também, saber como identificar os assintomáticos e rapidamente intervir com a assistência.

Deste modo, quando a mulher ainda está assintomática às formas mais recorrentes para o diagnóstico do HIV são durante o pré-natal, o parto, em situação de aborto, pelo adoecimento ou morte de um filho ainda pequeno ou companheiro soropositivo. Às vezes, em um casal as mulheres são as primeiras a conhecerem o diagnóstico, como é raro os homens buscarem assistência a saúde, muitos deles só sabem da sorologia após as parceiras terem o diagnóstico.

Entre os sujeitos da pesquisa que apresentavam alterações decorrentes da Aids, o diagnóstico ocorreu nas seguintes circunstâncias: uma em situação de abortamento, uma durante o trabalho de parto, uma a partir da triagem no banco de sangue, três durante os exames pré-natais e cinco a partir do diagnóstico do companheiro e/ou ex-companheiro. Em todas essas situações as mulheres ainda estavam em estágios iniciais da doença e a intervenção precoce foi fundamental para prevenir maiores agravos à saúde das mesmas e de seus bebês.

Os exames solicitados durante as consultas de pré-natal têm desempenhado um importante papel no diagnóstico da infecção pelo HIV, contudo, é preciso redimensionar o papel da mulher vivendo com HIV/Aids e que está no período gravídico-puerperal, é fundamental reconhecê-la enquanto sujeito social com sonhos, desejos e sentimentos. Deste modo, após o diagnóstico no pré-natal é fundamental acolhê-la e assisti-la com cuidados que vão além da administração da terapia com anti-retrovirais para prevenir a transmissão vertical. Neste estudo, todas as mulheres, que tiveram o diagnóstico durante a gravidez, fizeram uso da terapia e nenhuma delas teve filhos soropositivos.

### **As mulheres e a descoberta sorológica**

Independente de estar sintomática ou assintomática, receber o diagnóstico é sempre uma surpresa desagradável. As mulheres também não reconhecem a condição de vulnerabilidade feminina, não percebem a susceptibilidade e, a necessidade de auto-cuidado, elas têm uma auto-percepção de invulnerabilidade o que sem dúvida, prejudicou as medidas de prevenção e culminou na infecção. Elas tendiam a acreditar que não havia possibilidade de serem contaminadas pelo HIV, se envolveram em situações de riscos, mas mantiveram até a descoberta do diagnóstico a percepção de invulnerabilidade.

Segundo Bulman e Frieze(1983), a percepção de invulnerabilidade se dá a partir de três dimensões: a primeira dimensão se diz respeito à crença de invulnerabilidade pessoal, o sujeito tem a convicção de que eventos vitimadores não ocorrem com ele. A segunda dimensão é o senso de controle sobre eventos do meio, ou seja, ele acredita que tem a capacidade de controlar e prever os acontecimentos. E a terceira dimensão é a auto-percepção positiva, nela o sujeito tem uma imagem positiva de si próprio, ele considera que tem competências e habilidades para lidar com situações diversas.

A percepção de invulnerabilidade foi estabelecida a partir de definições pessoais, a partir de parâmetros baseados em informações inadequadas como observamos nos relatos de E23, E25 e E27 a seguir:

Ah, quando eu soube, eu jamais imaginei, eu jamais pensei, eu sei lá, nunca entrou na minha cabeça sobre isso, eu nem acreditei aí eu fiquei assim... em dúvida, surpresa, aí depois dos exames, eu acreditei. **(E23)**

Eu nunca usei camisinha, nem com ele nem com o outro, eu sabia que existia a camisinha, mas como ele era meu namorado... o primeiro, não usei e com o segundo, eu pensava que nunca ia acontecer comigo. **(E25)**



‘Eu tomei um susto, eu fiquei pasma na hora e nunca caiu a ficha, até hoje nunca caiu a ficha. Eu não entendo como não, eu não entendo, eu não entendo como. Sabe por quê? Meu namorado, meu ex-namorado a gente só teve assim ... a gente só teve relação uma vez só e até hoje ele fez exame e não deu nada... a gente só ficou uma vez, transar só foi uma vez e foi sem camisinha porque eu já usava remédio, mas só foi uma vez, até hoje eu não entendo sabe? (E27)

Existiu também entre as entrevistadas a concepção indicada como autopercepção positiva (BULMAN; FRIEZE, 1983), que por elas estarem envolvidas em um contexto heterossexual e monogâmico estariam “protegidas” do vírus. Contudo, a principal modalidade de exposição é a heterossexual, nesta categoria a mulher é a mais exposta; em decorrência da maior vulnerabilidade biológica, da menor detenção de poder nas decisões que envolvem vida sexual e reprodutiva; por envolvimento emocional diferenciado, em relação às parcerias; além da crença de invulnerabilidade feminina (BRASILa, 2002).

Nascimento (2003), em estudo realizado em Pernambuco com 36 mulheres vivendo com HIV/Aids observou que as mulheres casadas, principalmente as que apresentavam pouca escolaridade e possuíam nível sócio-econômico baixo, tendiam a reconhecer o HIV/Aids como uma possibilidade distante de suas vidas e que, muitas vezes, encontravam-se envolvidas em definições e conceitos que pouco esclareciam e mais, confundiam a percepção que tinham sobre o risco de contaminação.

Neste estudo, algumas mulheres estavam tão convictas da categoria que ocupavam, de pessoas inatingíveis pela Aids, que a doença era algo possível ao outro, indivíduo que provavelmente tinha comportamentos distintos dos seus. A doença entre as mulheres surgiu como algo diferente, elas destacaram características que fizeram com que a infecção nelas assumisse particularidades, dentre elas destacaram-se: o fato de algumas serem casadas, monogâmicas, não tinham tido muitos parceiros e os parceiros só haviam deixado de usar o cóndom uma vez. Knauth(1999), sugere que mulheres que possuem um papel social de esposa bem definido, mesmo que já infectadas pelo vírus, não se identificam com os chamados “grupos de risco” e a Aids continua a ser pensada como uma doença do outro.

A perplexidade diante do diagnóstico evidencia o sentimento de imunidade que elas pareciam ter, é como se elas estivessem em uma redoma de “látex” protegidas do vírus, o fato de manterem relações sexuais sem o uso do cóndom não seria problema para elas. Apesar de terem visto e/ou lido o resultado não acreditavam, negavam o diagnóstico. Parece contraditório, mas apesar de desacreditar no teste E27 comparecia regularmente às consultas, aderiu à terapia com anti-retrovirais e seu parceiro fazia o uso regular do cóndom. Já E11 e

**E26** negavam a doença e só compareciam ao serviço diante do agravamento do quadro clínico, a partir da manifestação de doenças oportunistas. O fato de se sentirem “bem”, gordas, bonitas e fortes fazia com que elas desconsiderassem o diagnóstico.

Dúvidas suscitadas e concepções inusitadas, referidas por algumas mulheres, sobre a infecção nos conduzem a refletir sobre o lugar destas mulheres na sociedade, as dificuldades que elas têm enfrentado para acessarem informações sobre a prevenção do HI. Considerando que as pessoas vivendo com HIV/Aids estão cada vez mais próximas de nós. Em que mundo elas estão? O que estão fazendo? Como puderam permanecer alheias à expansão da Aids no mundo? Os trechos a seguir mostram a desinformação de E17 e E31:

Eu já tinha ouvido falar do HIV, mas a ignorância era demais, eu achava que só tinha lá fora no estrangeiro, nunca imaginava na minha vida que aqui já tivesse pessoas contaminadas. Eu não imaginava, eu não sabia. **(E17)**

Será que a mulher pega esse problema, essa doença, sem pegar um homem que não seja o dela mesmo? Porque eu só peguei o meu homem, eu não peguei outros! Eu quero saber disso aí, mesmo porque o meu marido só anda mais eu, entendeu? Todo dia, eu sei que a gente não pode botar a mão no fogo por homem, mas ele só anda mais eu. **(E31)**

Além de questionamentos e expressões de admiração, o momento em que elas ouviam o resultado do teste sorológico era permeado de grande emoção justificada pela pluralidade de significados que tem estar com Aids. As referências culturais, as construções sociais são o que dão sentidos objetivos e subjetivos à doença, o significado do que venha a ser estar com Aids pode variar entre os indivíduos a depender do sentido que tenha a doença para ele. Deste modo, as revelações eram feitas com tanta verdade que era possível identificar que algumas estavam revivendo a emoção de descobrir o diagnóstico, os olhos marejavam, a voz ficava trêmula e embargada, assim elas expressavam um profundo sofrimento, tristeza, dor e desesperança. Diante do resultado positivo alguns comportamentos apresentados foram o choro, o desespero, o choque e o pânico.

De acordo com o que foi apresentado sobre o diagnóstico do HIV, no grupo de mulheres que participaram da pesquisa, alguns aspectos que envolveram estes sujeitos aparecem sintetizados abaixo, no Quadro 3:

**QUADRO 3 Aspectos do diagnóstico de mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas em centros de referência de Salvador, Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009**

SUJEITO	ANO DE DIAGNÓSTICO	COMO DESCOBRIU	QUEM REVELOU O RESULTADO	REAÇÃO INICIAL
E1	2008	Após diarreia	Médico	Chorou
E2	2006	Após emagrecimento e febre	Ex-sogra	Ficou desesperada
E3	2003	Durante o pré-natal	Ex-cunhada	Ficou em pânico
E4	*	Após diminuição das plaquetas	Médico	Ficou em estado de choque
E5	1990	Após aborto	Médico	Ficou em estado de choque
E6	2000	Durante o pré-natal	Assistente social	Chorou
E7	2002	Após dor abdominal	Médica	Chorou
E8	2009	Após mal estar e fraqueza	Colega-acompanhante	Ficou perdida
E9	2007	Após hemorragia digestiva	Médica	Chorou
E10	2003	Após febre e vômito	Tia	Ficou nervosa
E11	2002	Após alterações no colo do útero	Médica	Não acreditou no diagnóstico
E12	2002	Após o diagnóstico do ex-companheiro	Profissional de saúde	Ficou confiante
E13	2009	Após o diagnóstico do companheiro	Assistente social	Ficou em estado de choque
E14	2005	Após triagem no Banco de sangue	Médica	Ficou desesperada
E15	2003	Após fraqueza e febre	Médica	Ficou desesperada
E16	2007	Após diagnóstico de toxoplasmose	Médica	Ficou desesperada
E17	2006	Após diagnóstico de toxoplasmose	Médica	Achou que ia morrer
E18	2000	Após mal estar e febre	Médica	Chorou
E19	2002	Após a realização de exame pré-operatório	Médica	Ficou desesperada
E20	2000	Durante o pré-natal	Assistente social	Ficou desesperada
E21	2001	Após o diagnóstico do ex-companheiro	Médica	Ficou triste
E22	2002	Após emagrecimento e diarreia	Assistente social	Ficou em pânico
E23	2003	Após emagrecimento, diarreia e fraqueza	Médica	Não acreditou no diagnóstico
E24	2004	Após Tuberculose	Médica	Ficou arrasada
E25	2005	Durante o trabalho de parto	Profissional de saúde	Ficou preocupada
E26	2003	Após o surgimento de Herpes Zoster	Assistente social	Ficou normal
E27	2004	Após emagrecimento, diarreia e fraqueza	Médica	Ficou assustada
E28	*	Após mal estar e fraqueza	Médica	Chorou
E29	2009	Após emagrecimento	Estudante de medicina	Chorou
E30	2008	Após o diagnóstico do companheiro	Médica	Não acreditou no diagnóstico
E31	2009	Após surgimento de Herpes Zoster	Médica	Não acreditou no diagnóstico
E32	2005	Após o diagnóstico do ex-companheiro	Médica	Teve uma sensação ruim

\* Essa informação não foi obtida nem através da entrevista nem na investigação do prontuário.

### 3.2.2 Vivenciando o diagnóstico

Reações fortes apresentadas por estarem diante do desconhecido, diante de uma situação que poderia trazer mudanças a sua atual condição bio-psico-social e econômica, visto que se tratava da infecção por um vírus que não tem cura, estigmatiza, segrega, mata e publiciza o passado. Um passado que é peculiar a cada um que o viveu e que é revelado junto com o diagnóstico de Aids. Até então, a Aids estava escondida e com o diagnóstico ela teve que ser revelada. (CECHIM; SELLI, 2007; ALMEIDA; LABRONICI, 2007; PARKER; AGGLETON, 2001).

Durante as entrevistas são contadas biografias que nunca haviam sido descritas, histórias interessantíssimas sobre relações íntimas, prazer, sexo, sexualidade, traição, uso de drogas, violência, serviços sexuais e tantas outras informações. Ao mesmo tempo, haviam outras narrativas que eram tão comuns, sem muitas aventuras e exposições, mas que também eram interessantes e que poderiam estar sendo faladas por muitas mulheres. Apesar da vida destas mulheres terem tido cursos diferentes, a partir do diagnóstico começam as similaridades.

O resultado de HIV positivo pode abalar a mulher de tal forma que ocorrem desequilíbrios. A crise tem a capacidade de mudar subitamente o comportamento de um sujeito, estas mudanças podem levar à maturidade, aos mais altos níveis de saúde ou ao inverso, a redução das capacidades do sujeito para enfrentar o problema de maneira eficiente (FREITAS; GIR; RODRIGUES, 2000).

Por conseguinte, o profissional que atende as pessoas soropositivas precisa reconhecer a influência da crise na vida dos indivíduos, pois alguns comportamentos podem ser gerados a partir da vivência da crise, como os enfrentamentos negativos: a tristeza, o desejo de morrer, a inapetência e a abstinência sexual, e, sobretudo, os medos. Portanto, diante do tão temido diagnóstico surge o sentimento de medo. São muitos os medos, alguns revelados como o medo da discriminação, do sofrimento, do abandono e da morte.

#### **- Percebendo a vida e a morte**

A morte parece um fantasma que assombra a vida das pessoas com HIV/Aids, após o diagnóstico elas reconheceram que a vida tem fim e para elas este fim pode estar cada vez mais perto. A morte está presente na história da Aids, ainda reconhecida como uma doença que mata. Entre as mulheres do estudo, a morte esteve sempre muito próxima quando algumas

perderam o companheiro, quando precisaram se internar por doenças oportunistas, quando em visitas aos serviços viram pessoas debilitadas e enfraquecidas.

A morte entre as pessoas que vivem com HIV/Aids é anunciada, imaginada, já definida, caracterizada e medida. Mas, nem todas as mortes por Aids seguem o mesmo padrão, alguns pacientes reconhecem a morte a partir de experiências passadas e expectativas futuras (RECODER, 2006).

No entanto, entre as pessoas que não têm a doença, geralmente, a morte não é um assunto comum nas rodas de conversa, apesar da mortalidade ser um fato real, os seres mortais tentam, a todo tempo, fingir que ela não existe. Desde que nascemos, temos a certeza de que um dia morreremos, mas vivemos diariamente esquecendo e/ou tentando nos esquecer do nosso fim e do fim dos nossos entes queridos, mas a condição patológica, o estar doente, faz com que o indivíduo retome a consciência da morte, como pode ser visto nos relatos abaixo:

Quando eu tava internada eu só ficava me tremendo, chorando, tinha medo de morrer. **(E2)**

O diagnóstico foi um choque, eu já ouvia falar da doença na televisão, mas nunca tinha visto ninguém. Eu tava sozinha, ai fiquei em choque, fui pra casa e quando cheguei fui falar com meu esposo. Foi difícil falar porque eu achava que ia morrer, eu achava que não ia mais ver minha filha crescer e que eu ia morrer. **(E4)**

É com o diagnóstico de HIV/Aids que alguns percebem a finitude da vida, experimentam a proximidade da morte, identificam o processo de deterioração e aí a morte se aproxima. A doença atrapalha os planos, desorganiza a vida, bloqueia e incomoda as mulheres, pois as posiciona diante da sua realidade - a morte. A morte evidencia a fragilidade do ser, o fim da existência, é uma exigência do corpo debilitado (KÓVACS, 2002).

Elas desafiavam e tentavam esquecer a morte, contudo a dor, o medo, o sofrimento, a perda de peso, as manchas pelo corpo não permitiam que a Aids fosse esquecida. Há um estranhamento com esse novo eu, esse novo corpo no qual elas não se reconhecem, que em certos momentos parece abstrato. É um corpo que agora é finito, mortal, que está sujeito a transformações indesejáveis e imprevisíveis, agora o corpo é um mistério... É através do corpo que a doença é exteriorizada e produz medos, sensações individuais, subjetivas, mas que precisam ser qualificadas e reconhecidas pelos sujeitos e profissionais. A doença produz

diferentes significados, são experiências pessoais e sofrimentos que interferem no modo de vida e aproximam as mulheres da morte. (SANT'ANNA, 2006; FERREIRA, 1994;).

E assim, sem saber como lidar com o novo, perdendo as esperanças de viver e temendo o desconhecido que algumas mulheres resolveram atentar contra a própria vida. Um sinal de esgotamento, de desespero, de falta de coragem de continuar a lutar pela vida.

A tentativa de suicídio foi uma atitude extrema pensada imediatamente por seis mulheres logo após conhecerem o diagnóstico. Entretanto, três delas efetivamente atentaram contra à própria vida, revelando assim a perda da vontade de viver, o desejo de morrer e acabar com o sofrimento que as afligia. A forma que usaram para tirar a vida variou entre a intoxicação exógena com comprimidos diversos, o enforcamento e se atirar em baixo de um carro. Este foi um dos momentos mais tensos das entrevistas, foi difícil ouvir a experiência que elas viveram. Impulsionadas por profundo desespero, perante uma situação ameaçadora, elas relembrou com muita emoção a tentativa. Segue os relatos de E3, E10 e E20:

Quando eu soube eu tentei me jogar debaixo do carro, eu entrei em depressão, não queria saber mais de nada. **(E3)**

A assistente social me chamou, aí, eu chorei, me desesperei, quis me matar, tomei remédio pra morrer, achei um monte de remédio lá em casa, remédio tudo misturado, de dor, de depressão, era os remédios de minha mãe, mas nem precisou eu ir pro hospital. **(E20)**

Eu fiquei nervosa, chorava, eu só pensei que eu ia morrer, corri pra roça e botei a corda no pescoço, o povo atrás pra me caçar. Eu queria morrer enforcada, ai minha mãe ficou desesperada, eu já tentei morrer cinco vezes, mas agora eu parei. **(E10)**

As sucessivas tentativas de suicídio explicitaram a desesperança de algumas diante do diagnóstico, as estratégias para alcançar a morte variaram, elas usaram os recursos que tinham e que achavam mais adequados, contudo não obtiveram êxito. Os familiares foram muito importantes para impedir a consumação do ato, eles as ajudaram a restaurar a lucidez e retomar os sentidos da vida. A fuga do enfrentamento da doença através da morte não foi identificada e/ou observada pelos profissionais de saúde que prestaram atendimentos a essas mulheres, nos prontuários não havia nenhum registro ou referência ao assunto.

O comportamento suicida tem aumentado a cada ano, alguns estados brasileiros já apresentam taxas comparáveis aos países apontados como de frequência média e elevada. Já os registros de tentativa de suicídio não são tão fidedignos, acredita-se que seus números

superem os de suicídio em pelo menos dez vezes. Entre os fatores de risco listados para o suicídio estão os transtornos mentais, fatores sócio-demográficos, alterações psicológicas e condições clínicas incapacitantes. Entre os transtornos mentais estão listados os de humor, os decorrentes do uso de substâncias psicoativas, os de personalidade, esquizofrenia e ansiedade. Entre os sócio-demográficos estão o sexo masculino, as faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos, os estratos econômicos extremos, residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente perda recente do emprego), aposentados, isolamento social, solteiros ou separados e migrantes. Entre alterações psicológicas estão perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, datas importantes, reações de aniversário, personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade e humor lábil. Por fim, nas condições clínicas incapacitantes, os fatores de risco são doenças orgânicas incapacitantes, dor crônica, lesões desfigurantes perenes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas e Aids (BRASIL, s/d).

A partir da análise dos fatores de risco podemos considerar os sujeitos da pesquisa como indivíduos susceptíveis ao suicídio, visto que várias das situações listadas foram vivenciadas por elas. A descoberta do diagnóstico foi impactante, acarretou desajustes psicológicos, algumas eram dependentes químicas (faziam uso de bebida alcoólica e maconha), participavam de contextos familiares conturbados, tinham muitos dos fatores sócio-demográficos, já discutidos anteriormente, e, por fim, tinham Aids<sup>8</sup>.

Assim, diante do diagnóstico de uma doença grave, ainda sem cura, ou seja, um evento que lhes ameaça a vida e a integridade, as mulheres ficaram abaladas emocionalmente e porque não dizer traumatizadas e buscaram o suicídio. O trauma pode ocorrer advindo de diversas situações, as mais discutidas são a vivência de episódios agressivos como as pessoas vítimas de violência e acidentes automobilísticos. Contudo, o resultado de um exame laboratorial que indique uma doença grave e sugira um diagnóstico preocupante também pode ser um elemento desencadeador para a vivência do trauma.

O diagnóstico de HIV/Aids foi considerado por algumas uma ameaça de morte e perante ele vários sentimentos como o medo, o pavor, o pânico e a impotência surgiram. Sendo assim, o diagnóstico provocou consequências emocionais que foram manifestadas imediatamente ou

---

<sup>8</sup> A tentativa de suicídio em mulheres vivendo com HIV foi objeto de estudo em uma pesquisa realizada na França, das 2932 pessoas que participaram 23% já tinha tentado o suicídio, eram mulheres jovens, que referiram dificuldades financeiras, que tinham sido contaminadas após a relação sexual com homossexuais ou usuários de drogas e estavam apresentando como sintoma da Aids, a lipodistrofia. O percentual de tentativas de suicídio foi considerado alto e o resultado sugeriu a possibilidade de intervenção em grupos vulneráveis específicos para prevenir o atentado (PREAU et al, 2008).

logo em seguida ao escutar o resultado, estes efeitos podem ser chamados de reações agudas ao estresse.

### **-A Síndrome do Estresse Pós-Traumático (SEPT)**

Quando o evento traumático provoca sintomas como tristeza, raiva, desespero, desesperança, retraimento da interação social, o indivíduo tem lembranças e sonhos do evento e evita aspectos que possibilitem a recordação do trauma, falamos que ele teve uma reação aguda ao estresse. Esse efeito pode ser leve, moderado ou grave e vai diminuindo com o passar dos dias (KAPCZINSKI; MARGIS, 2003). E foi isso que observamos nas mulheres através dos seus relatos, tais sintomas se apresentaram de maneira intensa inicialmente, desencadeando uma série de comportamentos abruptos, porém com o passar do tempo eles foram se abrandando até sumir, para algumas.

Mas com outras foi diferente, mesmo após meses e/ou anos que haviam descoberto o diagnóstico as reações e sentimentos relatados demonstravam condutas compatíveis com as reações agudas do estresse. Elas já estavam em um período da vida mais avançado, portanto, os efeitos não eram mais agudos e sim crônicos.

A relação entre o resultado agudo e o resultado crônico do trauma, em longo prazo, foi estudado inicialmente em ex-combatentes de guerras que apresentavam manutenção dos sintomas agudos com apresentações exacerbadas, sendo assim conhecida como a Síndrome do Estresse Pós-Traumático (SEPT) que posteriormente foi aplicada aos transtornos apresentados pelas pessoas vítimas de catástrofes, acidentes e agressão sexual (SCHETATSKY, 2002).

Diferentes aspectos estão envolvidos na sintomatologia da SEPT como o tipo de trauma, a vulnerabilidade do indivíduo e a rede de apoio. Existem alguns sintomas que são específicos e conhecidos como a tríade da psicopatologia: a revivescência do trauma que é a reexperimentação do trauma é como se ao lembrar, elas revivessem o trauma, as sensações estão vivas e os pensamentos que podem surgir em momentos inapropriados; a esquiva e entorpecimento emocional são algumas das estratégias para disfarçar o sofrimento, é como se eles não percebessem naquele momento a dor, o medo, o trauma; e a hiper estimulação autonômica é caracterizada por uma ansiedade excessiva, irritabilidade, hiper vigilância, estado de alerta (FIGUEIRA; MENDLOWICZA, 2003; AMERICAN PSYCHIATRIC..., 1994).

Nos comportamentos narrados pelos sujeitos da pesquisa, observamos sintomas comuns aos portadores da SEPT. Durante a entrevista muitas reviveram o trauma e isso, foi bastante



doloroso, elas se emocionaram, choraram, demonstraram tristeza, angústia e raiva. Outras já naturalizaram o diagnóstico, foram indiferentes, é como se estivessem negando o que estava lhes ocorrendo. Para muitas o trauma foi tão forte que só o tempo não foi suficiente para ajudá-las, muitas além da psicoterapia, contam com o apoio de uma rede. Nos depoimentos abaixo algumas que tentaram naturalizar ou neutralizar os seus medos:

Isso (o HIV) é bobagem porque todo mundo tem isso, lá em Valença tá cheio. **(E7)**

Eu não sei se eu tenho mesmo, pra mim eu não tenho, a médica tudo bem, disse, eu faço exame, dá, mas eu acho que eu não tenho, no sangue dá, mas eu não entendo, não caiu a ficha ainda, um dia pode cair, mas ainda não caiu. **(E27)**.

Algumas viveram profundamente os sentimentos, deixaram que a emoção do momento as dominasse, outras se controlaram inteiramente, foram fortes e aparentemente não se abalaram. Tais comportamentos racionalmente calculados foram mantidos para minorar o sofrimento de outrem, elas tiveram atitudes altruístas na intenção de proteger o parceiro, ou a família. Alguns parceiros haviam descoberto o diagnóstico antes, mas não tinham contado para elas.

No momento por incrível que pareça eu fui forte, porque eu não me considero melhor do que ninguém, e aí eu disse se acontece com várias pessoas porque não comigo, o que eu tenho de melhor, então, eu vou enfrentar, aí eu chamei ele (o companheiro) e falei que eu ia ficar do lado dele, que ele tava com medo da minha reação, aí eu abracei ele eu disse vou te levar pra minha casa e eu vou cuidar de você. Ele falava que tava com medo da minha revolta, aí eu falei com ele que não, dei apoio, falei, você tem que reagir, ele ficou mais feliz.**(E12)**

Eu sou muito forte ao ponto de resistir... então, eu busco em mim apoio e busco nele também porque ele é muito debilitado e ele precisa de apoio porque ele não tem pai e mãe. Ele foi criado com os tios, então, sabe hoje eu vivo com ele cuidando dele... eu tenho que me manter dura pra agüentar. **(E13)**

Minha preocupação no início foi com meu noivo e com meu pai também e minha mãe, mas foi muito com ele porque ele se culpou muito, tanto é que eu botava na minha cabeça que eu não podia me abalar pra eu não me prejudicar. Eu pensei, o que me deu a maior força foi pensar neles, eu pensei que se eu entrasse em desespero eu ia preocupar eles mais ainda. **(E29)**

Além delas não puderem demonstrar a dor que sentiam, ainda precisaram desprender energia para cuidar do outro que já estava doente. É muito interessante observar que até em

horas difíceis essas mulheres deixaram de se cuidar em prol do outro. Neste momento, o papel social feminino é colocado em prática, a atitude maternal de zelar pela saúde do companheiro, quando na verdade elas também estavam, naquele momento, precisando de alguém que as assistissem, que lhes dessem carinho, proteção e amor. Essa é uma das especificidades do HIV nas mulheres, e faz do problema de saúde delas uma questão familiar, pois o adoecimento e a morte das mulheres podem trazer repercussões a toda família. Outro aspecto é que mesmo doentes elas são cuidadoras da família, são mães, esposas, amantes, filhas e, muitas vezes, elas relegam a própria saúde a segundo plano, ao invés de cuidarem de si, elas cuidam do outro.

### **-Transformando as relações sociais**

A descoberta do diagnóstico é capaz de motivar grandes mudanças na vida das mulheres tanto na área da saúde, quanto no âmbito profissional, afetivo e/ou social. Ao incorporar a condição sorológica, as mulheres assumem diferentes comportamentos que são capazes de transformar as suas histórias. O conviver com o HIV/Aids não é fácil, a condição sorológica contribui para que a pessoa tenha experiências negativas e positivas.

A sorologia possibilita a desorganização da vida do ser humano e o papel social pode ser ameaçado pela nova identidade social que algumas mulheres assumem: uma pessoa com HIV/Aids. Deste modo, com a nova condição sorológica elas fazem uma reorganização biográfica e recomposição identitária (RECORDER, 2006; CROSSLEY, 1997; KNAUTH, 1996).

A condição sorológica significa expor o indivíduo a vivenciar situações constrangedoras que tragam comprometimento social e ocupacional e que dificultam a reestruturação da vida. Isto se deve por ser considerado desviante das normas, diferente, menos valorizado e até inferior aos olhos dos outros, dos “normais”. Algumas mulheres, que participaram do estudo, após o diagnóstico foram estigmatizadas, foram reclassificadas de acordo com a nova condição sorológica.

No estigma há uma convergência entre a identidade social virtual (características imputadas ao indivíduo) e a identidade social real (atributo que ele realmente possui), então o indivíduo estigmatizado possui algo, um traço que o afasta do grupo social, que impede que outros atributos sejam vistos, o sujeito surge como uma representação de certas características e certos atributos indesejáveis que os afastam do convívio social (GOFFMAN, 2008).

O surgimento das características que os estigmatizam muda toda a representação que estes indivíduos tinham, a partir de agora surge um outro ser social que reage de diferentes formas diante das situações nas quais é estigmatizado. Deste modo, a partir do intercâmbio com o meio social no intuito de se resguardar de práticas discriminatórias, algumas mulheres se precipitam e têm atitudes que acabam isolando-as, segregando-as socialmente. O preconceito às pessoas soropositivas é uma realidade e o afastamento pode ser uma estratégia para lidar com a rejeição, um recurso para a defesa pessoal.

Elas romperam relacionamentos amorosos, abriram mão da vida sexual, se afastaram da família e dos amigos, saíram dos trabalhos e abandonaram sonhos, às vezes elas fazem qualquer coisa para se protegerem de um possível sofrimento ou constrangimento imaginário. Elas tendem a se retrair diante de um ambiente que não lhes foi receptivo. Logo, elas preferem passar por privações a viver situações que lhes ameaçam o estado de paz e a tranquilidade. Algumas experiências são inacreditáveis por tamanha violência e agressividade que são impressas nos atos, houve abusos coletivos e individuais, e a maioria das agressões foi assistida por terceiros que se mantiveram passivos, ou seja, coniventes. A passividade dos espectadores também estarrece e faz sofrer aqueles que estão na condição de vítimas. A seguir um relato:

Meu vizinho mesmo quando ele descobriu, ele disse que ia me queimar, ele descobriu que eu era portadora, aí disse que se eu pisasse na casa dele e encostasse no filho dele ele me queimava de água quente... As pessoas entravam no banheiro não queriam usar o banheiro que eu usava, nos caminhos do ônibus de Monte Santo pra cá, não queriam usar o banheiro, eu ficava assim traumatizada, triste, porque eu pensava coisas, eu ficava só quieta. Na minha escola, minhas colegas, os professores que não queriam que eu fosse estudar lá, que estudasse, mas era assim, eu trouxesse meu copo, meu prato, não usava nada, não merendava, tanto que eu desisti da escola, é tanto que eu disse pra diretora que eu ia processar se não estudasse, aí ela veio atrás, foi lá na minha casa pra eu voltar a estudar. Aí ela me perguntou se eu tava usando as coisas da escola, eu disse você quer que eu mostre meu copo, porque eu tinha tudo pra mostrar, eu levava o copo; que ela própria que me deu, o copo, o prato que ela própria que me deu...(E10)

No caso acima observamos que a prática discriminatória foi generalizada e incluiu aqueles que deveriam educar, orientar, ensinar e servir como exemplo, ou seja, os professores e as professoras. Mas a escola é uma instituição social na qual participam pessoas completamente diferentes, onde há uma interação entre o meio externo e o interno, interferindo na construção da identidade do sujeito e no ser subjetivo.

O habitus é um sistema de disposição aberto, que é incessantemente confrontado por experiências novas e, assim, incessantemente afetado por elas. O acesso à escola não democratiza as oportunidades, tratar os diferentes como iguais apenas sedimenta as desigualdades sociais. De acordo com a tradição pedagógica predominante, os educandos são tratados como iguais, desconsiderando-se as suas particularidades, diferenças e disposições incorporadas (*habitus*); tal desconsideração ocasiona sérias implicações como a perpetuação e legitimação das desigualdades sociais. O sistema escolar opera uma seleção, com as aparências de equidade formal, sancionando e consagrando as desigualdades reais e tornando-as legítimas (BOURDIEU, 1998).

É triste ver a que tipo de situação essas pessoas estão expostas, em pleno século XXI as pessoas vivendo com HIV/Aids ainda serem importunadas com este tipo de preconceito? **E10** foi obrigada a abandonar a escola durante um tempo, porém diante da ameaça de processar a escola, ela foi aceita de volta na condição de levar diariamente os utensílios pessoais (copo, prato, talheres). Apesar de toda a violência que sofria ela preferiu retornar para a mesma escola, pois disse que nas outras seria pior, ela enfrentaria tudo novamente.

A relação de dominação e coerção no ambiente social (escolar e rua) foi caracterizada pela imposição da autoridade de um, para exigir determinados tipos de comportamentos do outro, a força física nem precisou ser utilizada porque já era reconhecido o papel de quem exercia poder e autoridade nestas relações. O ambiente escolar foi muito propício para a prática, para a imposição da violência simbólica, pois já existe uma hierarquia naturalizada na relação entre docente e aluno que facilita a agressão. A violência na escola é rotineira, mas muitas vezes despercebida, visto que os “castigos” disciplinadores são socialmente tolerados. **E10** foi censurada, teve os seus direitos de cidadã cerceados, não podia ir e vir livremente, nem ter acesso à educação. Mas quando ela acatou as imposições, ela estava assumindo implicitamente que aceitou o poder do outro. De acordo com Bourdieu (2008) o poder simbólico é o poder invisível que pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem, contribui para assegurar a dominação de uma classe sobre a outra.

Embora, os órgãos responsáveis pela saúde pública realizem campanhas divulgando nos meios de comunicação de massa, nos serviços de saúde, nas escolas e em outros ambientes, noções sobre como ocorre a contaminação pelo vírus, a maioria das práticas discriminatórias relatadas envolviam o temor do outro em se infectar com o HIV, e eles estigmatizavam porque queriam afastar o mal, o nocivo, aquela que era capaz de incomodar.

Já acostumadas com as constantes agressões e para se precaver de outras, as mulheres assumiam estratégias de defesa, ficavam em estado de alerta, vigilantes de si mesmas, com práticas de auto-cuidados que as protegiam e não colocavam em risco a condição sorológica do outro.

Minhas filhas querem usar o meu brinco, querem usar meu prestobarba e eu tenho que ficar escondendo as coisas tudo, porque às vezes elas pegam. **(E14)**

Quando eu estou pra menstruar eu sempre tomo os meus cuidados pra não sujar as coisas de sangue, aí eu tenho cuidado de não sujar nada. **(E17)**

Eu moro só porque eu quero, não vale a pena você tá morando com uma pessoa que dá pra você sentir o preconceito, se você pega os pratos pra lavar diz deixe meus pratos que eu lavo. Se você pega a comida diz, não, deixe que minha comida eu faço. Então, pra mim tá com nojo de mim, eu não gosto, eu não gosto porque eu não tenho nojo de ninguém. E pra mim ter nojo de mim, então, eu prefiro fazer as minhas coisas. **(E18)**

Quando eu chego na casa da pessoa eu não bebo café, eu não bebo água, eu não bebo nada, eu sei como é que pega, mas eles ficam com medo da doença, ai antes que elas tenham preconceito eu já tenho. Aí, me oferecem água, café e eu digo que já tomei e deixa que eu tô morrendo de saudade que eu sou muito cafezeira. Eu falei que já tomei, quero não, então eu quando vou na casa das pessoas eu não me sento eu só fico em pé. **(E10)**

Elas começaram a entender o lugar delas na dinâmica das novas relações sociais, para continuarem inseridas e interagindo com os outros, elas aderiram às regras impostas, mesmo que isso lhes causasse sofrimento.

A permanência no trabalho também pode se tornar difícil pelo estigma que sofrem. É importante destacar que o preconceito nem sempre é declarado e segundo elas mesmas pode nem ser real, pode ser imaginário, pois como alguns comportamentos agressivos são velados, nem sempre elas conseguem perceber a agressão. Neste momento, qualquer comportamento do outro é uma atitude suspeita, então, elas se antecipam se afastando, abandonando o trabalho ou pedindo demissão.

Eu tava trabalhando em dezembro aí o dono ficou sabendo e me demitiu, disse que não dava mais, que o movimento tinha caído e não sei o quê. Aí, depois eu descobri que foi por causa disso, da doença, eu me senti desprezada, é sempre o que eu sinto, é muito preconceito, o preconceito é

muito grande. A doença não é nem tanta coisa porque um dia todo mundo vai acabar morrendo, o ruim é o preconceito. **(E11)**

Eu não trabalho desde 2006, acho que tem três a quatro anos que não trabalho, parei por causa de preconceito. Não é que tinha preconceito declarado, mas dava pra sentir das pessoas, não sei se é eu que sinto ou é as pessoas fazem, sinto aquele negócio meio estranho. **(E18)**

Pior do que ter doença é sofrer o preconceito, as pessoas que as obrigavam a perceber sua diferença, a sentir-se diferente. Ainda que quisessem trabalhar, que soubessem desempenhar o ofício a que foram designadas elas não podiam, pois o preconceito as censurava. A estigmatização é um processo social que contribui para a expansão das iniquidades e legitima a violação dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/Aids. O estigma tem impacto na saúde, no bem-estar e na integridade dessas pessoas, pode interferir na evolução da doença e na saúde mental, principalmente quando cria situações de humilhação e discriminação até no ambiente de trabalho (GARRIDO et al, 2007).

Se isto se passa com mulheres soropositivas com disposição para trabalhar, outras, contudo já não agüentavam, pois estavam bastante debilitadas, não tinham forças nas pernas, cansavam com facilidade, sentiam falta de ar, ou seja, tinham sensações incapacitantes, que limitavam até a realização de atividades da vida diária e do trabalho doméstico.

Agora eu não estou trabalhando não, mas eu trabalhava em casa de família. Hoje em dia eu não posso fazer nada, nem lavar prato, é tanta fraqueza aqui nas pernas (mostra pegando na região do joelho). Eu tô ficando estressada porque quero fazer as coisas e não agüento, porque eu tô vendo a hora de eu morrer. **(E8)**

O estigma e a doença limitam, restringem as suas possibilidades de sobrevivência, criam/provocam a inabilidade e atrapalham o ser humano viver. Na sociedade capitalista o trabalho assume grande importância, portanto, é necessário para subsistência do indivíduo. O trabalho promove a inserção social, gera o bem estar, através dele os sujeitos podem satisfazer suas necessidades humanas básicas. Deste modo, o desemprego restringe as possibilidades femininas de sustentação social.

#### **-Culpabilizando a si e ao outro**

Outra situação observada após a descoberta do diagnóstico foram mudanças nas relações afetivo-sexuais. Alguns casais entraram em conflito e romperam a relação. As desavenças

eram motivadas pela decepção das mulheres por terem sido contaminadas, a infecção revelava um outro que até então era desconhecido. Elas sentiam raiva, revolta e culpavam o parceiro por terem trazido o vírus para elas, apesar de muitas já terem mantido relações sexuais desprotegidas com outros homens, elas tinham uma baixa percepção de risco e viam os parceiros como aqueles que as traíram e as contaminaram.

Eu fui contaminada inocente, eu era casada como eu tenho aqui as alianças, e ele casou comigo, e quando eu tinha três filhos ele viajou pra arrumar o pão pros filho. Aí ele me deixou em casa e foi pra cidade de Ilhéus e lá ele trabalhando em uma barraquinha, lá vendendo laranja ele teve um caso com essa mulher e ela contaminou ele...eu não sei porque eu sinto essa coisa, ele me traiu, eu fui contaminada inocente, ai é uma dor muito grande, aqui eu morro e levo comigo, não passa, não sara, é uma dor muito grande, mesmo eu sendo a mãe dos filhos dele, ele teve coragem de me contaminar.(E14)

Eu não vivo mais com ele não! No caso, ele passou o vírus pra mim, aí eu separei dele, porque sei lá! Eu fiquei um pouco chateada, eu gosto dele ainda, mas a gente não vive mais junto. (E32)

A responsabilização da contaminação feminina atribuiu-se ao homem devido a sua infidelidade, que é socialmente naturalizada e considerada como um direito. Assim, as assimetrias de gênero reforçam a construção social de um padrão de comportamento sexual masculino, caracterizado pela liberdade sexual do homem e a manutenção de relações sexuais sem o uso do cóndom com várias pessoas, colocando em risco a própria saúde e da mulher-companheira. Contudo, não dá para desconsiderar que a maioria das mulheres já havia mantido outras relações sem uso do cóndom (apenas quatro delas se referiram a um único parceiro durante a vida), elas não haviam realizado teste sorológico antes de iniciar a relação sexual. Deste modo, não é conveniente atribuir àquele homem a culpa da infecção, pois elas poderiam já estar contaminadas antes desse relacionamento, pois o vírus poderia estar na fase de incubação, em alguns casos pode demorar cerca de dez anos para manifestar algum sintoma. Além disso, a intenção, do ponto de vista da saúde coletiva, não é atribuir a culpa, mas sim, identificar os infectados para que sejam implementadas medidas de prevenção para impedir a disseminação do vírus.

A culpabilização do outro possivelmente proporciona conforto às mulheres, pois as colocam na situação de vítimas, as suas identidades podem ser reconsideradas e elas passam a ser soropositivas “inocentes”, ou seja, aquelas que não têm culpa, por serem vítimas de um comportamento “desviante” do outro, que traiu e que teve multiparcerias.

Neste sentido, duas mulheres assumiram a participação na infecção, elas consideraram a não adesão do casal à comportamentos e práticas seguras de prevenção, motivo para a contaminação.

Ele nunca tinha feito exame e eu também nunca fiz, nunca tive essa preocupação porque nunca precisou e eu... sempre fui no ginecologista e nunca tive nada, mas ela nunca me pediu esse teste. Então, é uma coisa que como eu tô dizendo a você eu digo a ele, que eu não sei se era ele que já tinha a doença ou era eu que tinha, é isso que eu sempre digo, porque eu não posso condenar: “Ah, você passou pra mim, eu não lhe quero mais.” Não é por aí. Eu sou muito forte ao ponto de resistir, então eu não posso condenar ele dizendo que foi ele. Julgar, ninguém pode julgar ninguém, eu não sei. Eu já tinha tido outras relações e não tinha usado camisinha, então, eu não posso dizer que foi ele o causador de eu estar com esse problema. **(E13)**

Em nenhum momento eu quis culpá-lo, ele já vinha falando que a gente tinha relaxado, que a gente tava fazendo sem camisinha, antes ele dizia que se preocupava comigo que eu nunca tinha tido nenhum parceiro e que ele já tinha tido muitas mulheres, então ele dizia que queria fazer o exame porque jamais ele queria passar nada pra mim. **(E29)**

Ambas, após o diagnóstico reconheceram a condição de vulnerabilidade individual em que se encontravam e perceberam a situação de risco que viviam, agora mantêm uma relação harmoniosa e segura com os parceiros soroconcordantes.

Algumas abdicaram do prazer, do lazer e da vida sexual. Mulheres que antes do diagnóstico eram extremamente sociáveis frequentavam bares, serestas, tinham um grande apetite sexual, depois do resultado do exame para reconstruir sua biografia elas deram um giro de 180° (graus) em suas vidas e mudaram suas fontes de deleite. Parar com tudo (sexo, bebida, dança) foi uma opção ou a única alternativa que elas têm diante do preconceito que sofreram e dos agravos que as deixaram debilitadas, sem condições físicas para continuar vivendo como antes. Elas precisam adquirir novos hábitos de vida em prol de uma saúde melhor. Os depoimentos de E15 e E19 vão nesta direção de enfatizar mudanças na vida cotidiana:

Parei de fazer vida, parei mais de usar droga, eu não vou mentir agora eu só uso fumar maconha, aí eu continuo, eu não consegui parar ainda, mas a maconha é uma droga oh (faz o gesto como se estivesse fumando) mas maconha eu me alimento, eu me sinto...**(E15)**



Um bocado de coisa mudou, eu não faço mais nada do que eu fazia antes. Antes eu abortava, eu bebia cerveja, eu tomava purgante e bebia, ah... eu fazia, um bocado de coisa que eu fazia e que hoje eu não faço mais. (E19)

Mas também, abrir mão de tudo daquilo que as fazia se sentir bem pode ser, inconscientemente, uma espécie de punição, por terem tido condutas que as desabonassem socialmente, deste modo elas tentam se redimir consigo mesmas, com os outros, e com o Divino por tudo aquilo que imaginam ter feito de errado. Além de terem mudado o comportamento algumas aderiram a uma nova religião:

Parei de ir pra seresta, depois que eu saí do hospital nunca mais eu fui pra seresta, chegou lá na minha casa uns falando da igreja, perto da minha casa tem uma igreja, aí eles passaram lá e me convidaram para eu ir. Eu tava fraca, mas fui. (E23)

Agora eu tô indo mais pra igreja, aí parei mais de ir para as festas, antes eu ia. (E7)

Muitas vezes, a mudança radical na forma de viver ocorreu porque havia incompatibilidade entre os hábitos anteriores e a vida atual. Então, elas assumiam uma nova personalidade, passavam a ter outros comportamentos e tentavam se ocupar dos filhos, das famílias, da religião, dos afazeres domésticos e de outras atividades que lhes preenchiam o tempo.

### **- O enfrentamento positivo**

A religião foi um suporte significativo para que muitas mulheres conseguissem enfrentar as dificuldades advindas do diagnóstico, houve uma grande migração entre as religiões após a descoberta da condição sorológica. A prática religiosa foi identificada como uma estratégia de enfrentamento do evento estressor e de apoio, a religiosidade tem sido usada como um recurso que as auxilia no tratamento. A percepção da Aids como uma doença ainda sem cura, que mata, pode ter contribuído para que as mulheres buscassem uma religião ou uma nova religião. Faria e Seidl (2006), sinalizam para o papel da religiosidade no processo de enfrentamento da Aids, a importância da crença religiosa como fonte de suporte emocional, possibilitando um certo grau de aceitação da doença, aumentando a sensação de força e poder, mas alertam quanto à possibilidade de ser também fonte de conflito e sofrimento.

A crença passou a fazer parte do sistema de valores de alguns sujeitos após vivenciarem a soropositividade, através da religião muitas conseguiram amenizar o sofrimento e ter a

esperança de dias melhores. Além do conforto espiritual, na igreja elas conseguiram algum nível de inserção e interação social.

A religião surge como algo que preenche a vida de muitas mulheres, pois sem trabalho, sem parceiro e sem manter uma boa relação com os familiares a ida à igreja é o único compromisso social. Então na igreja, além de participar dos cultos, elas conversam, fazem novas amizades, encontram novos amores, participam de festas e esquecem um pouco da doença.

As pessoas com HIV/Aids podem obter diversos benefícios provenientes das crenças e práticas religiosas, entre eles podem ser citados o sentimento de conforto, a sensação de força e de poder, a diminuição da carga emocional da doença, o suporte social e o alívio do medo e incerteza perante a morte (SIEGEL; SCHRIMSHAW, 2002).

Entre as mulheres do estudo, a crença religiosa ajudou para que elas se fortalecessem espiritualmente e fisicamente, a fé suavizou o sofrimento psíquico, a dor da alma, contribuiu para a aceitação da doença e do tratamento e para a melhoria do bem-estar. A inserção religiosa favoreceu o surgimento de experiências positivas, muitas mulheres conseguiram a melhora no quadro clínico após o início da prática religiosa, elas dão verdadeiros testemunhos de cura:

Eu aceitei Jesus procurei esse caminho. Jesus derramou o milagre na minha vida, o milagre da cura, eu fiquei internada e não andava, o médico disse que eu não andaria mais e eu comecei a andar, isso tem dois meses.(E16)

Aí, eu firme e forte aceitei mesmo Jesus porque eu tava ruim, me veio aquela vontade mesmo assim de aceitar Jesus, eu tava dia de domingo eles iam lá em casa e me perguntaram se eu queria aceitar Jesus, eu não comia nada, e depois que eu aceitei passou uma semana e até as enfermeiras, elas eram ótimas, até elas diziam e brincavam e mudou. Como eu mudei de uma hora pra outra, até os médicos ficaram espantados como eu mudei de uma hora pra outra, aí eu disse: “Oh, eu vou aceitar!” (E23)

O culto religioso foi importante no tratamento de algumas mulheres, a partir da prática religiosa elas foram inseridas em outro contexto sócio-cultural, com outros relacionamentos, outras prioridades e desviaram um pouco a atenção para outros aspectos da vida. O tratamento religioso visa a agir no indivíduo como um todo, a maneira como a aflição é percebida muda, há a construção de um novo mundo fenomenológico, a experiência de ser/estar doente é ressignificada, a religião tem um papel importante na solução das doenças e das aflições cotidianas, o indivíduo é transformado durante as participações dos cultos, pois ele é

persuadido a redirecionar seus pensamentos, deste modo ele percebe a doença a partir de uma nova ótica (RABELO, 1994).

Elas associavam a melhoria do quadro clínico à fé que têm em Jesus Cristo, e tinham a expectativa de cura, mas a cura que elas tinham até o momento foi de doenças oportunistas (toxoplasmose, infecções respiratórias, câncer, entre outras), e a que elas mais desejam é cura da Aids. A descoberta da cura da Aids é aguardada mundialmente, por elas então... apesar dos avanços científicos ainda não temos nada factível para ser usado no propósito da cura, enquanto aguardam ansiosamente a divulgação da vacina, do medicamento, ou de algo que possam usar para fazer o vírus sumir dos seus corpos elas precisam lançar mão de outras estratégias para continuarem tendo esperanças de viver, muitas vezes são alternativas subjetivas. Para que possam planejar o amanhã elas precisam confiar suas vidas a alguém superior, que está em outro plano e que tem poderes que, inclusive, já foram experimentados por algumas:

Eu tenho fé em Deus que eu tomando o remédio o vírus vai embora. **(E7)**

Dizem que Jesus tudo cura, então eu tenho vontade de ser Cristã agora, só se eu for Cristã, aí eu tenho filho com ele, porque aí Jesus vai me curar, ele já foi Cristão, ele já me disse isso, minhas tias também, muitas pessoas dizem. Então, eu tô querendo ser Cristã agora, pra ver também se minha vida dá certo agora. **(E11)**

A religião surgiu como uma fonte de apoio, de força, que contribui para o enfrentamento positivo da doença, mas para continuarem a melhorar elas precisaram além de manter-se na fé dar continuidade ao tratamento, comparecer às consultas, realizar os exames e aderir aos medicamentos. Não foi referido por nenhum dos sujeitos o abandono ou a substituição do tratamento clínico pelo acompanhamento espiritual.

Outra mudança positiva relatada por algumas mulheres ao longo das entrevistas foi que a condição de terminalidade da doença as encorajou, serviu como uma mola propulsora para que buscassem novos sonhos, retomassem antigos projetos, aproveitassem para se cuidar. Algumas romperam relações que já andavam desgastadas havia muito tempo, voltaram a estudar após muitos anos afastadas, outra quer acelerar o casamento que estava sendo postergado e muitos outros planos como mostra **E24 e E32:**

Mudei muito, hoje eu faço de tudo pra ficar bem, eu me arrumo mais, me cuido mais, hoje eu me arrumo, eu gosto de me arrumar, hoje eu tenho mais atividades, eu faço ginástica, eu faço caminhada, e antes eu não fazia nada disso, antes eu bebia, fumava e hoje eu não faço nada disso. Hoje eu tenho

uma vida mais saudável, minha alimentação eu mudei porque antes eu comia muita besteira e hoje eu não como mais... hoje eu tô mais família, antes eu não dava muito valor a isso, hoje eu tô mais família com certeza, principalmente a minha mãe. Eu passei antigamente já seis anos sem vê minha mãe. Hoje não, porque ela mora longe, todo ano eu vou, antes eu usava essa desculpa e não ia, hoje todo ano eu vou... hoje eu sonho em abrir um salão muito chique pra mim! **(E24)**

Minha vida mudou, a mudança é que eu achei que pra mim, minha vida melhorou! **(E32)**

Agora, elas querem aproveitar ao máximo, incorporaram hábitos de vida saudável como a prática de exercício físico e a alimentação balanceada, comportamentos nunca antes assumidos por algumas. Outras retomaram projetos de vida adiados em função da falta de tempo ou por conta de outras prioridades, buscaram relações que estavam perdidas no passado, se reaproximaram de familiares, resolveram conflitos. A sensação que tive ao escutá-las era que tinham a intenção de se organizarem, parecia até que estavam correndo contra o tempo, traçavam planos e seguiam para alcançá-los. Após o diagnóstico muitas passaram a ver a vida de outra maneira, reconheceram a morte como uma possibilidade, mas decidiram por não aguardá-la de braços cruzados, e então se reorganizaram, se readaptaram e seguiram vivendo como podiam. Algumas descobriram que tinham muito mais a fazer, portanto a Aids e tudo a ela relacionado (medos, dores, estigmas, morte) podiam ser sentimentos/condições marginais em suas vidas e que outros sentimentos/condições poderiam ser centrais, norteadores como o amor, a amizade, a família, o sexo, a reprodução e o prazer. A partir dessa percepção, os sonhos começaram a ser realizados, e a vida a ser vivida intensamente.

### **3.3 PRÁTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS DE MULHERES ANTES E APÓS A SOROPOSITIVIDADE**

O tema sub-tema relativo a sexualidade das mulheres entrevistadas foi constituído por duas categorias: O exercício da sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV/Aids, e o exercício da sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids.

#### **3.3.1 O exercício da sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV/Aids**

Os movimentos sociais feministas, de gays e de lésbicas foram importantes para tornar a temática da sexualidade objeto de discussão em diferentes campos do saber. A partir de então, iniciou-se uma tentativa de ampliar o exercício da sexualidade para além da reprodução das espécies.

A sexualidade pode ser entendida como uma das dimensões do ser humano que inclui gênero, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, amor e reprodução. Seu exercício pode se dar através de pensamentos, desejos, valores, práticas, papéis e relacionamentos. (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004; LOYOLA, 2000).

Para o estudo e compreensão da sexualidade tem sido fundamental a sua articulação com outros conceitos como o de cultura, gênero e poder, pois para o exercício da sexualidade é preciso considerar o sujeito, a sua história, referências, origens, o tempo e as relações sociais. Assim, a sexualidade humana pode assumir contornos diferentes a depender da cultura e do gênero. De acordo com Vance (1995), atos sexuais idênticos podem ter significados sociais e subjetivos variados a depender de como são definidos e compreendidos em diferentes culturas e períodos históricos.

Deste modo, há uma dinamicidade no comportamento sexual dos povos, e a depender das comunidades existem padrões sexuais pré-determinados, com as tradições, as normas e os bons costumes reconhecidos socialmente. Nem sempre, o que é permitido e o que é proibido são universais, mas seguem uma lógica que pode delinear as desigualdades entre os sexos, pois para uns está o limite (as mulheres) e para outros está a liberdade (os homens), há uma cultura sexual desigual para homens e mulheres. Assim, direitos e poderes são internalizados e distribuídos de uma maneira variada entre homens e mulheres.

As desigualdades de gênero refletem as práticas que são apreendidas e reproduzidas na própria família e, ao longo das gerações são transmitidas e orientadas por padrões de educação rígidos que fazem do sexo ainda um tabu. Todo esse cenário restritivo, coíbe a

mulher para o exercício da sexualidade, para a descoberta e percepção do seu corpo como fontes de emoção e prazer.

Deste modo, o processo de construção da autonomia sexual feminina é social e ocorre a partir de uma ação que é relacional, assim se a relação for desigual um irá dominar e imprimir o poder sobre o outro. Para a dominação nem sempre há a necessidade de aplicar o uso da força física, pois os posicionamentos e papéis hierárquicos já estão definidos, segundo Scott (1991), o gênero é o campo no qual o poder é articulado.

Nas relações de gênero, o poder é exercido pelo homem e pela mulher só que em doses diferentes, a mulher legitima o poder masculino quando perde a sua autonomia e atribui ao outro o controle sobre o seu corpo. Assim, ao corpo feminino é conferido o sentido de objeto, ele é marcado por práticas disciplinares, pelo determinismo biológico e reconhecimento a partir de uma ciência androcêntrica.

Contudo, é preciso fazer o resgate da dimensão social do corpo e articular a condição biológica e social de gênero, para assim poder atribuir à mulher o direito de controlar seu corpo para que ela decida quando e se quer ter filhos; para que o exercício da sexualidade esteja dissociado da reprodução e da gravidez não planejada (GIFFIN; COSTA, 1999).

Para exercer a sua sexualidade a mulher precisa, ainda hoje, transpor barreiras, dizer não aos interditos e as regras sociais, para que só a partir daí possa fazer suas escolhas sexuais e reprodutivas. Apesar dos esforços dos movimentos sociais, alguns temas permanecem “intocáveis”, ou seja, a sua prática ainda aplica à mulher sanções como a condenação institucional e social. A indução do aborto<sup>9</sup>, por exemplo, criminaliza a mulher, porém apesar das suas restrições legais, o aborto é largamente praticado no Brasil de maneira clandestina, o que atribui um caráter perigoso a sua realização.

Sem dúvida o advento da Aids atribuiu uma nova conotação ao exercício da sexualidade, os casais tiveram que incluir nas suas práticas e relações um cuidado a mais: o uso do preservativo. A Aids vem influenciado no modo das mulheres viverem a sexualidade. Diante da epidemia foi preciso buscar subsídios, insumos, informações para prevenção do HIV/Aids, tem havido um processo de medicalização social, ou seja, tornaram-se objetos de

---

<sup>9</sup> O abortamento é a interrupção da gravidez entre a 20ª a 22ª semanas, ou se a idade gestacional for desconhecida com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas. E o aborto é quando o produto da concepção é eliminado. O aborto inseguro é uma importante causa de morte materna, e ele é considerado inseguro quando ocorre em serviços com condições insalubres, é realizado por pessoas despreparadas, são utilizadas técnicas que colocam em risco não só a vida do feto, mas também da mulher (BRASIL, 2005).

discussão das ciências assuntos do âmbito privado/íntimo, condutas, relações, sentimentos, conhecimentos, práticas, subjetividades, entre outros.

De acordo com Parker (2000), para que a pesquisa social e comportamental possa dar uma contribuição significativa à prevenção da Aids, é fundamental que sejam focalizados os contextos sociais e culturais onde a atividade sexual é constituída, além disso, é preciso analisar as práticas e atitudes dos sujeitos. Foi diante deste contexto social e político, que foram reconhecidos os padrões de vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids entre as mulheres que participaram do estudo, considerando a maior susceptibilidade de algumas à infecção.

A discussão da sexualidade assumiu uma grande proporção durante a realização das entrevistas, houve uma fluidez no discurso das mulheres à medida que elas falavam do assunto, elas se delongavam nas colocações, eram minuciosas nas narrativas e foi o momento em que mais ficaram descontraídas. Confesso que me senti no século XVII, quando descrito por Foucault (FOUCAULT, 2009; 2007a; 2007b), período em que as práticas sexuais não procuravam o segredo, as palavras eram ditas sem reticências excessivas e as coisas sem demasiado disfarce, assim a maioria das “locutoras” falava de sexo sem solenidade, enquanto outras mantinham a solenidade e o tom de voz baixo como se demonstrassem saber que eram subversivas. Estas não falaram menos de sexo, mas falaram de outras maneiras, diria que foram mais sutis nas colocações. Algumas entrevistadas reconstituíram as cenas, os pensamentos e foram intensas na reprodução dos discursos, eram narrativas de verdade, uma espécie de confissão. Assim, foram sendo reconstruídos os itinerários sexuais, desde a primeira experiência amorosa, a iniciação sexual, os relacionamentos afetivo-sexuais, a gravidez, o aborto, enfim os diversos contextos em que a sexualidade foi vivenciada.

### **- As experiências amorosas-sexuais**

Todas as mulheres que participaram do estudo já haviam mantido contato sexual, a maioria delas iniciou a atividade sexual com parceiro estável, ou seja, as práticas sexuais ocorreram no interior do relacionamento afetivo-sexual<sup>10</sup>. Algumas depoentes não lembravam

---

<sup>10</sup> Leal e Knauth (2006) em estudo realizado com 62 jovens do sexo masculino, residentes em Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, observaram que a primeira relação sexual masculina parece despida de expectativa romântica, pertence ao domínio da corporalidade, é pensada pelos jovens como uma situação em que eles adquirem conhecimento sexual e sobre a experiência da vida, é como se fizessem uma passagem à vida adulta. Ou seja, diferente dos sentimentos que permearam a primeira relação entre as mulheres entrevistadas neste estudo.

de detalhes do intercuro sexual, entre as informações esquecidas estavam a idade, o parceiro e a circunstância em que ocorreu o ato. Algumas inclusive, se casaram e tiveram filhos com o primeiro parceiro afetivo-sexual, a essa passagem de suas vidas foi atribuído destaque durante a fala:

Eu casei cedo, quando eu tinha treze anos, catorze anos era noiva desse homem, foi meu primeiro homem com certeza, aí com quinze anos nasceu a minha primeira filha. **(E14)**

Casei com meu marido com treze anos, ele foi meu primeiro homem. Meu primeiro namorado. **(E16)**

Eu conheci o pai de minha filha quando eu estava com uns quinze anos, assim que eu cheguei, eu conheci ele, ele foi o meu primeiro namorado, foi o primeiro, o pai de minha menina mais velha. **(E21)**

Todas tiveram a iniciação amorosa-sexual ainda na fase da adolescência, considerando a classificação de adolescência segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como a segunda década da vida, dos 10 aos 19 anos. E foi ainda nesta fase da vida, durante o primeiro relacionamento afetivo-sexual, que a maioria das mulheres engravidou, quando isto ocorreu algumas já estavam inseridas em uma relação institucionalizada, o casamento. Para elas a gravidez na adolescência surgiu como um fato natural, diante do contexto sócio-econômico que algumas estavam inseridas (desempregadas, baixa escolaridade), sem muitas expectativas sociais, o casamento e a gravidez eram os seus projetos de vida. Além disso, a “aceitação” da gravidez na adolescência também pode estar relacionada à associação comum entre o exercício da sexualidade e a reprodução.

Assim como foi identificado neste estudo, em pesquisa multicêntrica realizada no Brasil, a prevalência de gravidez antes dos 18 anos (maioridade legal brasileira) foi relatada por 8,9% dos homens e 16,6% das mulheres e a maior parte dos episódios de gravidez aconteceu no contexto de um relacionamento afetivo (AQUINO et al, 2003). Algumas mulheres quando envolvidas em um relacionamento amoroso se entregam ao momento, ao prazer, à emoção e têm a atenção “desviada” das conseqüências de uma relação sexual desprotegida: a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis.

#### **- A gravidez não planejada e o aborto**



A gravidez na adolescência tornou-se uma preocupação brasileira após o aumento no número de grávidas atendidas nas consultas de pré-natal, muitas adolescentes engravidam quando ainda não têm seus corpos preparados para gerar o conceito. A gravidez nesta fase pode trazer algumas complicações físicas para a mulher e para o bebê, além de problemas sociais e econômicos. A jovem pode apresentar dificuldades para conciliar a maternidade e as atividades de trabalho e estudo, o que contribui para que vivenciem adversidades em sua trajetória de desenvolvimento. E como conseqüências negativas da gravidez para as crianças estão um menor desenvolvimento cognitivo e um desenvolvimento social e emocional menos adequado (FIGUEIREDO, 2000).

A gravidez na adolescência pode ser planejada e desejada, a partir dos relatos observamos que apenas uma mulher **E25** planejou a gestação, interrompendo o método em uso (anticoncepcional hormonal oral) para engravidar:

Quando eu engravidei da minha primeira filha eu tomava remédio, mas parei pra engravidar. **(E25)**

Tal conduta evidencia o poder que a mulher exerce sobre o seu corpo, com o controle da reprodução a partir do uso adequado do anticoncepcional. Os métodos contraceptivos têm proporcionado à mulher uma maior liberdade sexual, contudo para vivenciar uma sexualidade saudável é importante a adesão ao condôm feminino ou masculino para a prevenção das DSTs/HIV/Aids.

Sobre o número de filhos, 25 mulheres tinham pelo menos um e sete não tinham filhos. Diante do número de abortos e do número de filhos por mulheres, podemos sugerir que a maioria delas fazia uso incorreto ou inconsistente dos métodos contraceptivos, pois apesar delas terem se referido ao uso dos métodos, engravidaram. Ao relatarem os abortos, as mulheres foram enfáticas em afirmar a espontaneidade do evento, apenas uma se referiu ao fato de já ter provocado. As justificativas mais comuns utilizadas por elas foram o susto, o aborrecimento e a raiva, conforme os depoimentos:

Eu já tive um aborto, esse rapaz disse: “procure o pai, procure o pai.” Eu que sou nervosa tomei um choque, um susto e perdi. **(E7)**

Eu já tive um aborto, eu passei raiva que meu marido me fez aí eu cheguei na maternidade tremendo e perdi. Meu filho derrubou a bacia aí fez um barulho, aí meu marido reclamou e começou a zoada. Eu fiquei até com uma roncha, me senti mal e, no outro dia, eu perdi, nunca tomei nada. **(E8)**

De acordo com a literatura as principais causas de aborto espontâneo são: o alcoolismo, o tabagismo, as alterações cromossômicas, as alterações uterinas, as infecções, as anomalias hormonais, as placentopatias e as funiculopatias (REZENDE; MOTENEGRO, 2005). Nenhuma das mulheres se referiu a estas causas como condições que desencadearam o aborto. Nem todas se hospitalizaram após o aborto, deste modo, era difícil conhecer o que desencadeou o aborto, assim elas faziam suposições, mas entre aquelas que foram atendidas em unidades de saúde o procedimento realizado restringiu-se a curetagem uterina.<sup>11</sup>

Na sociedade, a indução do aborto confere à mulher um papel de criminosa, desonesta e desnaturada. Esta concepção surgiu a partir do século XX, quando iniciou a instauração dos processos judiciais contra as mulheres que praticavam aborto, o mesmo conhecimento bio-médico que concedeu à mulher o “instinto maternal”, o utilizou para incriminar as mulheres que não correspondiam ao papel social-materno esperado. A ilegalidade do aborto contribuiu para o receio de algumas mulheres falarem do assunto, deste modo, alguns subterfúgios podem ser criados para justificar a sua ocorrência (MAYORGA; MAGALHÃES, 2008; NECKEL, 2003; PEDRO, 2003).

A sociedade espera que uma mulher que provoque o aborto sintam-se constrangida, arrependida, e que clame por misericórdia, porém nem todas se culpabilizam pela interrupção da gravidez, para muitas essa prática foi conscientemente acertada. **E19** não se intimidou para falar dos abortos que praticou:

Tomava purgante, é a água inglesa pra abortar, eu já fiz muitos abortos, muitos mesmo, é porque a camisinha às vezes estourava aí eu engravidava, todo ano eu engravidava, todo ano eu fazia um aborto. Eu nem ia no médico, tirava em casa mesmo, eu já sabia como tirava, eu tomava Citotec, comprava na farmácia nem era caro, comprava com o dinheiro dos programas. Eu não tinha problema de dinheiro, eu ia pro salão, não andava de ônibus, aí eu já fiz vários abortos, muito mais de dez, eu fiz um com sete meses e consegui perder, mas esse eu precisei internar. Tinha vezes que eu contava pro parceiro que tinha engravidado, mesmo que eu não soubesse de quem era eu dizia que era dele, sem saber eu dizia que era deles. Aí, eles me davam o dinheiro porque era eu que dava pra eles o dinheiro do programa. Aí eu ia pra rua ganhava dinheiro e depois eu ficava uma semana em casa de resguardo, eu nunca senti nada, nunca tive hemorragia. (**E19**)

---

<sup>11</sup> O Ministério da Saúde recomenda a implementação de condutas como acolhimento, atenção humanizada e procedimentos como Aspiração Manual Intra-uterina, administração de medicamentos para alívio da dor e para estimular o esvaziamento da cavidade uterina, a realização de exames laboratoriais e de imagem (ultra-sonografia e Raio X) e a curetagem uterina. (BRASIL, 2005).

A prática do aborto inseguro acarreta à mulher repercussões de ordem física, psicológica, social e econômica podendo levá-la até a morte. Os riscos de complicações secundários ao aborto são acentuados pelas desigualdades sociais, pois a qualidade da assistência à saúde pode variar de acordo com a classe econômica.

Diante dos agravos provocados pelo aborto inseguro as feministas lutam pela discriminação do aborto, pela humanização da assistência às mulheres em processo de abortamento, pelo direito da mulher ser sujeito de sua própria vida e destino, pela promoção do aborto seguro e pelo combate ao discurso moralizante e culpabilizador (MAIA, 2008; SANTIAGO, 2008; PEDRO, 2003). A ilegalidade do aborto contribui para que um grande número de mulheres busque por práticas inseguras e para que haja a subnotificação dos óbitos por abortamento, o que inviabiliza conhecermos a real magnitude do problema.

O grande número de mulheres que praticam o aborto denota que as necessidades sexuais e reprodutivas femininas não estão sendo atendidas, por uma inadequação das alternativas contraceptivas seja pela não adesão ou pela falha do método. Deste modo, as demandas de planejamento familiar não estão sendo satisfeitas. Isto nos preocupa, visto que em tempos de Aids, além da gravidez indesejada a não adesão aos insumos contribui para o incremento no número de mulheres infectadas com o HIV.

A indução do aborto é um ato solitário que responsabiliza a mulher e exime o homem da sua participação na reprodução. Uma série de motivos pode levar uma mulher a decidir pelo aborto, entre eles estão as dificuldades sociais e econômicas, a falta de suporte do parceiro, as dificuldades de acesso ao planejamento familiar, o risco de morte, o estupro, as falhas no método contraceptivo e as doenças como HIV/Aids(MAIA,2008).

#### **- O uso do condôm e de métodos contraceptivos**

A dupla proteção seria um recurso que poderia ter sido utilizado pelas mulheres para minimizar os riscos de uma gravidez não planejada, do aborto e das DSTs/HIV/Aids. Mas o que elas fizeram (cinco mulheres) foi a associação dos métodos contraceptivo hormonal e com o de barreira (preservativo masculino), referindo o uso irregular de ambos. Onze mulheres referiram aderir ao anticoncepcional, os parceiros de quatro mulheres faziam uso irregular do preservativo masculino, uma utilizava o método comportamental da tabelinha e onze não usavam nenhum método. A seguir alguns relatos:

**Nenhum método:**

Era eu e ele, era bom, sempre foi bom o sexo, até hoje é bom, eu gozo e tudo, nunca fiz aborto, eu nunca preveni não, todos os filhos que veio eu tive, depois da última que veio eu liguei. (E28)

**Após a esterilização:**

Eu não usava camisinha eu só usava remédio, depois eu liguei e não usava nada. Eu vou falar a verdade, eu não sabia nem que existia esse negócio de camisinha! (E8)

Eu não usava nada, como eu não posso ter filho por causa da cirurgia não usava nada, então eu nunca preveni, nunca me preocupei com prevenção, quer dizer antes, de ser operada, eu sou operada há doze anos, eu usava anticoncepcional. (E13)

**Anticoncepcional e preservativo às vezes:**

Eu tive três barrigas, nenhum aborto, eu tomava anticoncepcional pra evitar filho, camisinha eu nunca usei, aliás às vezes eu usava preservativo, mas não era sempre não, aí por isso eu fiquei contaminada, ele não gostava. Às vezes, eu pedia pra ele usar porque eu ficava com medo, ele não ficava em casa, ele viajava muito. Ele tinha um caminhão velho que ele carregava laranja pra vender na cidade que ele se contaminou. (E14)

**Anticoncepcional:**

No início a gente usava camisinha, mas depois eu passei a usar o anticoncepcional. (E29)

Os relatos acima evidenciaram situações que contribuíram para aumentar a exposição das mulheres às DSTs/HIV/Aids. Pudemos observar que alguns casais estavam mais preocupados com a contracepção do que com a prevenção de doenças, por isso o uso inconsistente do preservativo. As mulheres assumiam a responsabilidade sobre a contracepção, através do controle do período fértil e do uso de anticoncepcionais. A preocupação com os métodos acabou quando as mulheres foram submetidas à esterilização cirúrgica, parece que após a histerectomia e a ligadura tubária elas se sentiram livres para exercer a sexualidade sem reprodução, mas isto favoreceu para a não adesão ao cóndom. Outra situação observada é a soberania da vontade masculina sobre o uso do preservativo. Em se tratando de um método de barreira masculino, o seu uso depende do bel prazer do homem, restando à mulher apenas a possibilidade de negociá-lo.

A negociação sexual foi uma prática que esteve presente em momentos distintos da vida dessas mulheres, seja para barganhar o uso do cóndom com os parceiros afetivos-sexuais e com os clientes, ou para, com estes últimos, comercializar a realização de determinadas práticas sexuais.

Com os clientes eu fazia tudo, eu transava, fazia o sexo oral, o anal não, isso aqui (aponta pra trás) eu não dava não, porque doía, nem para os namorados eu não dava. Isso aqui, tinha coisa que eu fazia nos namorados que não fazia nos clientes, eu chupava eles, eu fazia oral neles sem camisinha e nos clientes só com camisinha. Com os clientes eu ia com camisinha, nessa época já se falava de camisinha, porque o HIV veio começar em 1981. Eu tava lá em Belo Horizonte, aí eu comecei a usar camisinha, os clientes tinha uns que não queriam, mas eu usava, se eles não quisessem eu me saía, eu beijava na boca fazia tudo, às vezes, também não era todos que eu beijava (dá uma gargalhada). **(E19)**

A negociação sexual fazia parte do dia a dia de E5, E15 e E19, pois elas trocavam sexo por dinheiro. Elas faziam algumas imposições aos clientes e estabeleciam limites entre o trabalho e o prazer, as reações sexuais (desejos, orgasmos) eram reservadas para os parceiros afetivos-sexuais em suas vidas privadas. Elas tentavam estabelecer fronteiras emocionais rígidas e fugiam do envolvimento amoroso com os clientes não cedendo aos pedidos de trocas de carinho como os beijos na boca. A liberalização sexual vem contribuindo para que as demandas por sexo convencional diminuam, elas tinham um trabalho árduo, mas também relataram muita aventura e prazer, mas este último só era permitido fora do ambiente de trabalho.

Com os clientes eu não engravidei. Camisinha às vezes eu usava, às vezes, não. Eu comprava as camisinhas, eu não tinha prazer com o cliente não, prazer só com o namorado que tinha por fora, aí sentia alguma coisa, mas com o cliente assim... nada de prazer. **(E5)**

As prostitutas realizam a transgressão do tabu, elas se ajustam na estrutura da transgressão do erótico, elas quebram regras, que tanto confirmam a identidade masculina, quanto questionam a estrutura de poder sobre a qual essas identidades se fundamentam. Com elas, seja no público, ou no privado, tudo pode acontecer (PARKER, 1991).

E acontecia tudo mesmo, algumas vezes o papel de prostituta era desempenhado só no início da prestação do serviço, aos poucos elas cediam aos pedidos sexuais dos clientes e quando estavam emocionalmente envolvidas elas beijavam, faziam amor ao invés de sexo e não usavam camisinha. Para Bauman (2004), na modernidade houve uma expansão na palavra amor, assim, noites avulsas de sexo são referidas como “fazer amor”, mas o amor significa renúncia, sacrifício e não é caracterizado por um sentimento de curta duração, intenso e frágil. A abundância e a disponibilidade para as experiências amorosas podem suscitar nos indivíduos a convicção de que amar é uma habilidade da qual eles adquirem domínio com a prática. Assim, quanto mais oportunidades têm, amam e são amadas. Alguns relacionamentos

são intensos e efêmeros, da mesma maneira que iniciam, terminam repentinamente. No intuito de acertar na escolha do verdadeiro amor, as mulheres vivem diversas experiências e à medida que os sonhos vão se tornando pesadelos elas rompem os relacionamentos. Poderíamos dizer que muitas mulheres eram vulneráveis ao amor, estavam sempre à espera de uma nova emoção e era em busca de sentimentos e prazer que elas se entregavam de corpo e alma.

O uso da camisinha, inclusive, está muito atrelado ao afeto e a confiança, observamos no estudo que alguns parceiros no início da relação faziam uso do preservativo, mas posteriormente, com o envolvimento sentimental deixavam de usar. Outras vezes, após a estabilidade da relação e acordo de fidelidade alguns casais se sentiam a vontade o suficiente para não mais usar o cóndom. Enquanto outras mulheres até tentavam impor as práticas sexuais seguras, contudo, na negociação sexual com o parceiro elas perdiam e mantinham relações sexuais desprotegidas como relembra E9:

Com namorado sempre na hora de pedir para usar camisinha eles não queriam, sempre tinha briga porque quando a gente começa a namorar com a pessoa no início ela até usa camisinha, você insiste e até consegue, mas você continua insistindo aí a pessoa diz: “ah não, eu não tenho doença nenhuma.” Aí você cede. No meu caso eu cedia, aí aconteceu. **(E9)**

Diante deste cenário, a camisinha feminina poderia ter sido um insumo de prevenção a ser utilizado, mas nenhuma das mulheres se referiu ao seu uso. A adesão a este método de barreira poderia conferir à mulher mais autonomia sexual e o exercício da sexualidade sem agravos à saúde. No Brasil, este insumo começou a ser distribuído gratuitamente no ano de 2000. Esta iniciativa é importante para ampliar os recursos femininos disponíveis para prevenção das DSTs/HIV/Aids.<sup>12</sup>

Entre as mulheres do estudo diversos aspectos foram identificados como capazes de terem interferido no acesso delas as informações e insumos de prevenção dentre eles as condições sócio-econômicas e culturais. Nenhum dos sujeitos declarou ter participado de práticas comunicativas sobre a prevenção do HIV/Aids, o acesso às atividades educativas poderia ter contribuído para minorar os agravos à saúde desta população, pois esta técnica

---

<sup>12</sup> No Brasil, estudo sobre o uso do cóndom, com uma amostra composta por 3324 e 5040 indivíduos, respectivamente em 1998 e 2005, mostrou que houve um aumento no uso do preservativo com o passar dos anos, a este resultado somam-se os esforços dos Programas Nacionais de Prevenção das DSTs/Aids. Por outro lado, diferenças sistemáticas com relação ao nível educacional e o uso do cóndom revelaram a necessidade de implementar políticas que aumentem o acesso à informação e os insumos de prevenção às pessoas com níveis educacionais baixos. (BERQUÓ; BARBOSA; LIMA, 2008).

pode ser uma estratégia de prevenção e cuidado quando aplicada considerando o contexto, questões subjetivas, condições materiais, as relações em que estão envolvidos e outras complexidades que envolvem os atores sociais.

Diversas situações/condições que expressavam a vulnerabilidade das mulheres às DSTs/HIV/Aids foram identificadas, entre elas se destacaram os comportamentos ancorados na afetividade, o início precoce da atividade sexual, a gravidez não planejada, os abortos, o uso insuficiente do preservativo, a passividade ao imprimir os seus desejos sexuais, as relações afetivo-sexuais pautadas nas desigualdades de gênero, condições sócio-econômica precárias e acesso restrito às informações sobre a prevenção das DSTs/HIV/Aids. Diante desse cenário, é possível perceber que o vírus não encontrou grandes dificuldades para se disseminar, houve um terreno fértil que favoreceu a sua inserção. Então, após a infecção e descoberta do diagnóstico de HIV/Aids as mulheres iniciaram uma nova etapa de suas vidas.

A partir do conteúdo das histórias, construímos abaixo o Quadro 4, com as práticas sexuais e reprodutivas das mulheres antes do diagnóstico de HIV/Aids:

**QUADRO 4 Práticas sexuais e reprodutivas de mulheres antes do diagnóstico de HIV/Aids e do atendimento nos serviços de referência em Salvador e Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009**

SUJEITOS	COITARCA (IDADE/ANOS)	FILHOS	ABORTOS	PARCEIROS SEXUAIS	MÉTODOS USADOS
E1	12	5	-	Vários	Anticoncepcional e cêndom às vezes
E2	13	-	-	3	Anticoncepcional
E3	17	2	-	1	Anticoncepcional
E4	**	3		1	Anticoncepcional
E5	15	-	1	Vários*	Cêndom às vezes
E6	**	4	-	Mais de 5	Tabela
E7	**	1	1	Vários	Anticoncepcional e cêndom
E8	**	3	1	3	Anticoncepcional
E9	18	-	-	Vários	Cêndom às vezes
E10	15	1	-	2	Nenhum
E11	17	1	-	Vários	Anticoncepcional
E12	19	-	-	1	Nenhum
E13	17	-	-	2	Anticoncepcional
E14	13	3	-	1	Anticoncepcional e cêndom às vezes
E15	**	2	-	Vários *	Cêndom às vezes
E16	13	2	-	2	Nenhum
E17	16	2	2	3	Nenhum
E18	**	2	-	Vários	Anticoncepcional
E19	14	2	Mais de 10	Vários *	Cêndom às vezes
E20	17	2	-	6***	Anticoncepcional e cêndom às vezes
E21	15	3	1	4	Anticoncepcional
E22	**	3	-	3	Anticoncepcional
E23	18	1	-	3	Nenhum
E24	14	-	1	4	Nenhum
E25	17	1	-	2	Anticoncepcional
E26	18	9	-	3	Nenhum
E27	15	-	-	2	Anticoncepcional
E28	10	5	-	5	Nenhum
E29	19	-	-	1	Anticoncepcional e cêndom às vezes
E30	18	1	-	2	Nenhum
E31	**	4	4	3	Nenhum
E32	17	7	6	2	Nenhum

\*Já trocou sexo por dinheiro. \*\* Não lembra a idade da primeira relação sexual. \*\*\* Falou um número de parceiros, mas ao narrar as histórias amorosas surgiram outros que não haviam sido relatados.

### 3.3.2 O exercício da sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids

A partir do diagnóstico de HIV/Aids a mulher é encaminhada para centros de assistência especializados, com equipes multidisciplinares, médicos infectologistas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais capacitados tecnicamente para atendê-las.



Algumas vezes, é preciso ter pressa e até correr contra o tempo, pois não se sabe ao certo quando ocorreu a infecção, a doença pode já estar em estágio avançado, é preciso realizar exames, convocar parceiros, testar os filhos, são tantas as demandas que o foco do atendimento pode deixar de ser o sujeito e passar a ser a doença.

Diante de pendências, que poderíamos chamar de biológicas ou técnicas, como o controle da carga viral, avaliação de CD4+, medicamentoso, adesão aos anti-retrovirais, reações adversas e prevenção da transmissão vertical, outras demandas como as sociais ficam preteridas.

Contudo, para favorecer o atendimento integral e o bem-estar bio-psico-social das mulheres vivendo com HIV/Aids, elas precisam ser encorajadas a falar durante os atendimentos sobre suas necessidades objetivas, mas também subjetivas, íntimas que digam respeito aos seus sentimentos, desejos, sensações, queixas sexuais, emoções e prazeres. Elas precisam ser agentes do cuidado, serem ativas no tratamento, são elas que devem sinalizar as demandas e permitirem que a assistência prestada vá além do atendimento as queixas.

A temática sexualidade deve permear as consultas, e as discussões ao seu entorno devem extrapolar as orientações sobre a prevenção da transmissão do vírus. A sexualidade pode ser entendida como a expressão das trocas eróticas entre os sujeitos, o contato corporal, sexual, neste caso, pode ou não estar ligado à atividade reprodutiva, mas de acordo com a cultura estas práticas são vistas de diferentes formas (HEILBORN, 2003).

O exercício da sexualidade por mulheres vivendo com HIV/Aids é possível pela melhoria das condições de vida e saúde delas, viabilizada pelo diagnóstico precoce, pela descoberta dos anti-retrovirais e a distribuição destes medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Mas para que este exercício seja pleno é imprescindível o amparo institucional e do Estado para que os direitos sexual, reprodutivo e de cidadã das mulheres vivendo com HIV/Aids sejam garantidos.

No intuito de atribuir um embasamento teórico e conceitual, o direito reprodutivo será entendido como o que o reconhece como o direito do casal e do indivíduo em resolver sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de conseguir informações e meios que viabilizem estes atos livres de discriminação, coerção ou violência (FNUAP; CNPD, 1999). E de direito sexual que considera que os indivíduos têm o direito de controlar sua saúde sexual livre de coerção, discriminação ou violência (CNDM, 1997).

Esses direitos independem da idade, da raça/cor, do sexo, da orientação sexual ou do status sorológico do indivíduo, além disso, possibilitam a compreensão de que os serviços e os profissionais de saúde devem estar preparados para fornecer os subsídios necessários para

que a decisão da mulher sobre os aspectos sexuais e reprodutivos seja fundamentada e acertada de acordo com convicções particulares. E para a concretização deste direito é preciso que a vida sexual e reprodutiva da mulher soropositiva seja assunto de pauta nos atendimentos de saúde, que o sujeito seja inserido na promoção do auto-cuidado, que a perspectiva de tratamento seja ampliada para além dos aspectos clínicos e a integralidade do indivíduo seja considerada.

### **- As experiências amorosas-sexuais**

No estudo, observamos que a maioria das mulheres estava tendo oportunidade de falar sobre a temática sexualidade pela primeira vez em um ambiente hospitalar, e diante da disponibilidade que demonstraram ao discorrer sobre o assunto era claro que a experiência estava agradando em demasia, a prática de falar parecia lhes fazer muito bem. Saíram da margem e foram ao fundo, sem restrições, mudaram o assunto do trivial para o insólito, e isso parecia muito mais interessante. Durante as horas em que conversamos, elas descentralizaram suas vidas da doença e invadiram outros espaços impossíveis de serem conhecidos por nós sem que elas permitissem, eram aspectos íntimos de suas vidas que estavam sendo revelados.

Considerando as características sexuais e reprodutivas dos sujeitos pudemos perceber que à medida que o tempo passa, algumas mulheres vão se reajustando socialmente, vão se adaptando à nova condição sorológica e ficam mais à vontade e seguras para vivenciar a sexualidade. No entanto, para outras mulheres nem o tempo foi suficiente para fazer com que elas retomassem suas experiências amorosas e sexuais. A sexualidade é uma dimensão da vida que é originada a partir do contexto sócio-cultural em que acontece (PARKER, 1996). Sendo assim, a condição sorológica irá influenciar estas mulheres a iniciar uma nova fase da vida.

Para o exercício da sexualidade é importante que haja uma integração entre o corpo-físico e a mente, é preciso estar bem, é preciso sentir-se bem, para poder viver a intensidade das trocas afetivas e eróticas, logo para essas mulheres existiam condições físicas e psicológicas que atrapalhavam, mesmo que momentaneamente, a plenitude deste exercício. Algumas ficaram abaladas emocionalmente após a descoberta da doença e outras, além disso, tinham acometimentos físicos decorrentes da evolução da infecção.

Então, algumas mulheres tiveram a percepção da auto-imagem alterada pela doença em curso, isto fez com que a vivência da sexualidade fosse uma tarefa um tanto quanto difícil. Os fragmentos abaixo ilustram algumas mudanças do self:

Eu já me senti bonita, hoje em dia eu não me sinto mais, acho que até na hora do sexo mudou, eu tô mais tímida, com receio, não sou tão solta, eu era melhor antes. **(E11)**

Eu tenho saudade desse tempo, mas só das coisas boas que eu vivi, eu era nova, podia tudo, era bonita, gostosa, os homens gostavam de mim, eu era alta, e agora não eu tô magrinha, velha. **(E19)**

Elas demonstraram muita percepção das mudanças corporais, do emagrecimento, da lipodistrofia, da queda de cabelo, das lesões que surgiam na pele, todas as alterações no corpo, na aparência, causaram impacto na auto-imagem, influenciou na maneira como elas se percebiam e como o outro poderia percebê-las. Algumas diziam que apesar de serem soropositivas não se sentiam como tal. E então, mantiveram suas vidas sexuais e afetivas como antes. No entanto, para outras, o diagnóstico provocou muitas mudanças, com efeitos positivos e negativos no âmbito da conjugalidade. Algumas romperam com os parceiros afetivos-sexuais:

A gente não continuou a namorar não, não tinha como, eu peguei ainda um HPV também dele, aí eu tive medo de transar... terminei com ele, eu tomei raiva dele, eu fiquei assim com trauma. **E20**

Além do HIV, diante da relação sexual sem o uso de preservativo, algumas adquiriram outras doenças sexualmente transmissíveis. Para algumas, o diagnóstico teve o papel de revelar o status sorológico e expor uma possível traição, elas associam a recente infecção à infidelidade do parceiro. O outro é culpado, o outro teve múltiplas parceiras que poderiam estar contaminadas. Elas não tinham uma auto-percepção de risco, não se reconheciam em uma condição de vulnerabilidade, então ficam surpresas, tristes, perdem a confiança no outro e se sentem no dever de romper com o parceiro, mesmo que os sentimentos de carinho que têm por eles ainda estejam preservados.

Outra situação que induziu algumas das entrevistadas a terminarem a relação foi o medo de revelar o diagnóstico. O receio de revelar esteve presente talvez por outras mulheres reconhecerem a própria condição de vulnerabilidade e saberem das diversas situações de exposição que já vivenciaram. O medo advém das possibilidades de resposta que o parceiro pode apresentar diante da revelação, contar pode significar ter que enfrentar o mundo, sofrer ameaças ou correr perigo.

Quando eu cheguei em casa eu falei com meu marido, pra ele não saber, que a gente não dava mais certo, eu já cheguei falando, eu já cheguei em casa com essa conversa. Aí, ele não entendeu nada e perguntou porque eu tava mandando ele embora? Eu disse que não dava mais certo, que eu tava cansada, que eu não gostava mais dele, aí ele perguntou o que tava acontecendo comigo e eu disse que não era nada. Eu fiquei uns três dias sem conversar com ele, mas ele não saiu de casa, ele ficou. Aí, eu resolvi falar com ele: “Oh, neguinho sabe o que acontece? É isso aí que deu no exame.” Aí peguei e mostrei o exame a ele. **(E24)**

O rompimento da relação foi uma estratégia utilizada para não revelar o diagnóstico ao parceiro, pois algumas têm medo que a revelação lhes acarrete sofrimento. Entre as justificativas para não divulgar o diagnóstico estão o receio de vivenciar o estigma, o abandono e a violência. O rompimento teoricamente poderia preservá-las de ter experiências que possam lhes constranger, elas demonstram inseguranças para enfrentar as adversidades que podem surgir. A revelação fará com que a doença seja compartilhada, saia de um espaço que é individual, solitário e transcenda para um ambiente público.

#### **- (Re)velando a soropositividade ao outro**

O sentimento de medo faz com que a vida sexual e reprodutiva dessas mulheres se configure de um modo muito particular, pois elas utilizam várias artimanhas e artifícios para esconder o status sorológico:

Ele que queria ter filho, mas eu disse que eu não tenho mais condições que eu tive problema na minha última gravidez, porque foi três cesareanas. **(E14)**

Meu marido não vê eu tomando os remédios não, é escondido, guardado no guarda-roupa, escondido. **(E15)**

Elas explicitam as dificuldades que encontram para vivenciar o diagnóstico em silêncio e dar conta das demandas geradas pela infecção, como as saídas para as consultas; o uso de medicações; a não aceitação de determinadas práticas sexuais e a recusa para ter filho. Apesar de ser cansativo e desgastante manter em sigilo a infecção, pois elas precisam ficar em constante estado de alerta, porque a qualquer momento podem ter a identidade sorológica

revelada. O medo estimula para que assumam uma ação defensiva, isto confere autoridade as ameaças reais ou imaginárias.

O medo é um sentimento conhecido por muitos, e pode ser classificado como sendo de segundo grau, um medo social e culturalmente reciclado; ou um medo derivado, que orienta o comportamento havendo ou não uma ameaça presente. O medo de segundo grau é como um rastro de uma experiência passada de enfrentamento da ameaça direta, já o medo derivado é como um sentimento de ser susceptível ao perigo (BAUMAN, 2008). O medo derivado caracteriza bastante o comportamento das mulheres vivendo com HIV/Aids, pois elas apresentam determinadas atitudes para se proteger de possíveis “ameaças”:

Depois que eu soube da doença eu não tive ninguém fixo, eu tenho medo de contar do problema para um namorado, tem homem que bate em mulher, que mata mulher, eu não tô na mente de ninguém, não sei o que ele poderia fazer.(E1)

Estabelecer relacionamentos duradouros, mais íntimos, poderia colocá-la em “perigo”, pois seria mais difícil sustentar o segredo. Mas, a recusa por manter contatos longos é também pelo receio do ato sexual ser uma ameaça para si e para o outro. Experiências negativas com o uso do cóndom contribuíram para que as mulheres ficassem inseguras durante o desempenho das práticas sexuais, alguns cóndoms já romperam durante o ato sexual. A falha no cóndom também foi observada em estudo realizado por Reis e Gir (2005).

#### **- O uso do cóndom e de contraceptivos**

Algumas mulheres mostraram incertezas sobre a confiabilidade do preservativo masculino na prevenção do HIV, elas tinham receio que este dispositivo rompesse, portanto, algumas até mantinham a abstinência sexual.

Solteira, não tenho ninguém graças a Deus, porque eu não quero, às vezes eu arrumo, mas eu tenho medo de prejudicar ele. Aí, não dá, mesmo usando camisinha, ai não dá, eu tenho medo de pegar a minha doença nele... (E10)

Funcionando como uma barreira mecânica, os preservativos masculino e feminino, são os únicos dispositivos disponíveis para prevenção da transmissão sexual do HIV/Aids e de outros vírus como o da Hepatite B e da Herpes Simples. Contudo, algumas falhas como o rompimento, deslizamento e permeabilidade podem acontecer durante o seu uso. Neste sentido, alguns depoimentos colocaram as falhas em evidência:

O namorado que eu tive antes desse, eu tive relação uma vez só, só que a camisinha lascou na hora, aí eu fiquei com aquele trauma, aí meu Deus do céu, eu passei pra ele? Sei como coloca, mas lascou, aí eu fiquei com medo não queria mais saber de nada, aí eu conversei com meu pai e ele ficou me explicando lá pra me tirar de tempo, ele disse que só uma vez assim que lasca a camisinha. Acho que não vai pegar não, aí eu terminei, disse pra ele que não queria mais nada com ele porque tava com outro. **(E2)**

Eu sempre usei camisinha, mas com o pai do meu filho a camisinha pocou, foi dessa vez que eu engravidei, eu sempre usava camisinha, mas eu fui ter relação com ele eu senti uma coisa diferente, é como se tivesse molhado... eu vi que ele não tirou, mas estourou. **(E20)**

Aí ele pega e bota outra camisinha, ele bota do jeito certo só que às vezes ele na ânsia de fazer o sexo, a camisinha poca, você sabe que essas camisinhas de marca mais inferior é mais fraca. Eu pego camisinha aqui, mas mesmo assim poca, poca. **(E22)**

Apesar da qualidade garantida, as experiências comprovaram que as falhas<sup>13</sup> podem ser mais comuns do que se imagina, porém, até o momento, esse é o dispositivo mais seguro disponível para garantir a prevenção das mulheres e de seus parceiros da reinfecção ou da infecção. Deste modo, ele passou a ser o método de escolha da maioria dos sujeitos após o diagnóstico, os parceiros de 26 mulheres usavam cóndom; cinco mulheres estavam em abstinência sexual e uma afirmou não aderir aos métodos.

Entre os casais que usavam preservativos sete fizeram uso irregular, a irregularidade ocorreu, pois o uso não era em todas as relações, era esporádico, havia também a inadequação

---

<sup>13</sup> As falhas no produto são incomuns, mas podem ocorrer em decorrência de problemas na fabricação. Mais comuns são as falhas relacionadas com o uso incorreto ou inconsistente como o uso de lubrificantes oleosos, reutilização, exposição ao sol, uso de materiais cortantes para abrir a embalagem do preservativo e colocação incorreta do preservativo. O Instituto Nacional de Metrologia (INMETRO) gerencia a qualidade do preservativo, desse modo todos os preservativos comercializados e distribuídos devem atender as exigências de qualidade (BRASILb, 2002).

no uso porque alguns parceiros só colocavam o dispositivo próximo à finalização do coito, em período anterior à ejaculação:

Agora que ele usa a camisinha, mas quando pára pra botar camisinha aí perde o ritmo, porque começa sem camisinha, ele vai mete, faz tudo, aí quando ele vai gozar aí ele quer tirar o pinto pra botar a camisinha, mas aí eu não quero que ele pare (dá uma gargalhada). Aí, eu reclamo, pô, ele parar pra botar a camisinha, mas aí ele diz não já tá aqui, já tá aqui na cama, aí eu digo: “Ah meu irmão se parar ali já foi né”... Eu só boto a camisinha nele quando ele vai gozar. **(E28)**

Diante de insucessos com o uso do cóndom como o rompimento e a recusa do parceiro algumas criaram técnicas que elas acreditavam minimizar o risco de transmissão do vírus para o parceiro:

Mas ele diz que quer sem camisinha mesmo, aí vai. Mas eu... vou, mas eu faço o possível assim... eu prendo pra eu não gozar nele, sei lá pra não sair aquele líquido, eu prendo as pernas, só ele goza, só ele se satisfazer. Eu fico lá toda dura prendendo e só esperando ele gozar, eu faço carinho nele tudo normal... às vezes eu prendo, prendo mesmo. Eu tenho um jeito dentro da vagina, eu tenho um jeito de prender, aí eu fico seca aquele líquido não sai, pra eu não sentir sensação e não despejar o meu líquido nele, porque se eu sinto bom o líquido sai, pra não sair, eu prendo. **(E22)**

Entre as sete mulheres que fizeram abstinência sexual, quatro ainda estavam sofrendo muito pelo diagnóstico, elas associavam o ato sexual à infecção pelo vírus e, deste modo, não tinham mais interesse sexual.

Depois que eu descobri mudou muita coisa porque eu já não quero mais... eu nunca mais tive relação, depois que eu soube tem quatro anos eu não tive relação com ninguém.**(E10)**

Tem três anos que eu não tenho nada, ninguém. Eu fiquei com isso na mente, aí, eu acho que todos os homens são iguais. **(E17)**

A maioria reconhece a via sexual como sendo a fonte de infecção, e culpabilizam o antigo parceiro afetivo-sexual pela transmissão do vírus, assim a experiência sexual passada deixou marcas que estão sendo difíceis de serem apagadas. O desinteresse pelas relações sexuais pode ser por influência de fatores psicológicos. Quanto a isso, Ferreira e Trindade (2008) afirmam que há fatores do desenvolvimento, traumáticos e do relacionamento que podem desencadear desinteresse sexual. Os fatores do desenvolvimento podem ser desencadeados em uma pessoa que cresceu vendo o sexo relacionado à culpa e vergonha, os

traumáticos podem estar presentes em vítimas de violência e os do relacionamento existem quando a mulher tem raiva ou ressentimento do parceiro.

Para caracterizar o caso das depoentes, acrescentaria entre os fatores traumáticos a infecção pelo HIV, pois a descoberta de uma doença crônica e socialmente estigmatizada, sem dúvida, acarreta repercussões psicológicas que interferem na conjugalidade, sendo assim, 16 mulheres perceberam a diminuição do desejo sexual após o diagnóstico sorológico:

O sexo ficou muito ruim, eu não gosto nem de ficar falando, meu pai mesmo fala: “Ah, menina você vai se casar”. Aí, eu digo, olhe meu pai... (sorri). Eu não sinto mais prazer na relação e eu acho que meus namorados percebem, mas eu enrolo. **(E9)**

Mesmo quando só eu sabia a relação mudou, eu ficava assim pensando...assim nele, né? Eu ficava pensativa, pensando no problema na hora da relação sexual. Aí travava, ele queria fazer certos tipos de coisa comigo e eu já não queria mais. Ele queria variar e eu nem pensar. **(E16)**

Eu não sei o que aconteceu, mas agora eu não tenho mais nada, nem tenho prazer. Eu conheço ele desde antes da doença e antes era bom e depois não é mais. Aí, ficou... não sinto mais aquele prazer que eu sentia antes, eu nem fico molhada. **(E23)**

Os relatos das mulheres entrevistadas revelam como foram incisivas as repercussões da condição sorológica no campo da sexualidade. A partir da compreensão do exercício da sexualidade como algo amplo que inclui aspectos relacionados à esfera do físico (sexo, corpo) e do mental (desejos, sensações) identificamos que tudo que de certa forma “incomoda” as mulheres interfere na vivência da sexualidade.

Apenas uma mulher afirmou manter-se ativa sexualmente e não fazer uso de nenhum método, como justificativa para esta prática ela afirmou que mantém relação sexual com uma pessoa do mesmo sexo:

Eu usava o sistema de tabela, então não usava preservativos, e com mulheres eu não usava, como não uso até hoje, apesar de que minha namorada não é soropositiva, mas a gente tem todos os cuidados... Agora também ela às vezes, quer fazer comigo o sexo oral, eu não deixo. Aí, ela pira, e ela quer e eu digo não pode, não vai, ai ela pede uma vez só, eu digo não pode, nem uma nem meia. **(E6)**

E6 tinha uma orientação bissexual, hoje ela mantinha relação sexual só com uma mulher, mas anteriormente ela já havia tido parceiros do sexo masculino e feminino. A idéia



que ela transmite quando fala das práticas sexuais atuais sugere que ela desconhece a possibilidade de transmissão do HIV entre mulheres que fazem sexo com mulheres. Ela fala de alguns cuidados tomados para prevenir a transmissão, mas trata apenas da não aceitação da prática do sexo oral, então até onde vão os cuidados? Em outras práticas pode haver a contaminação como durante a introdução de acessórios sem o uso do cóndom ou o compartilhamento de objetos.

Ainda são incipientes as discussões sobre as técnicas de prevenção para DSTs/HIV/Aids entre mulheres que fazem sexo com mulheres, contudo algumas condutas já podem ser orientadas como o uso do cóndom durante a introdução de objetos e/ou a manipulação na genitália, a contra-indicação de que acessórios sejam partilhados, pois todos esses podem ser vias de infecção. As mulheres que fazem sexo com mulheres precisam se reconhecer enquanto sujeitos capazes de se infectar e transmitir o vírus, pois elas durante o ato sexual podem entrar em contato com os fluidos vaginais da outra mulher, tais como a menstruação e o lubrificante vaginal, e elas são potencialmente capazes de transportar agentes infecciosos de um corpo para o outro, através de pequenos e ocultos acessos à circulação sanguínea, como as cutículas e a boca (ALMEIDA, 2009; BARBOSA; FACCHINE, 2009).

A possibilidade de uso do cóndom masculino ou feminino não foi nem suscitada pela entrevistada que após a descoberta do diagnóstico só teve essa parceira sexual. As outras mulheres do estudo, em razão da infecção pelo HIV/Aids, tiveram que mudar o comportamento sexual e aderir efetivamente a um método. Mas o cóndom foi único recurso disponibilizado e assim como, anteriormente fizeram uso, ainda que de modo irregular. Três mulheres engravidaram após o diagnóstico de HIV/Aids:

Ele foi lá em casa, ele viu os medicamentos... aí, ele falou que também tava, aí ele continuou indo em casa, aí depois disso começou. Ele já tava ferrado e eu também. Da primeira vez já veio logo o X. **(E5)**

Essa gravidez agora eu não queria, eu apareci grávida, eu tomava remédio, mas eu tava tomando muito remédio, aí isso tudo tava me prejudicando, eu tomava injeção, eu tava tomando muita medicação. Aí, a enfermeira do posto resolveu suspender a injeção pra dar um tempinho. **(E25)**

Assim, que eu engravidei eu já sabia que eu tinha o vírus, a gente já fazia tratamento, mas era em Salvador, mas a gente não usou camisinha. Aí, eu engravidei, mas eu fiz o tratamento na gravidez e ela não teve. **(E32)**

As três depoentes já estavam sendo acompanhadas pelo serviço de referência, mas isso não impediu uma gravidez não planejada. Tal situação evidencia a fragilidade dos mecanismos de proteção disponibilizados às mulheres e às múltiplas situações de vulnerabilidade as quais elas estão expostas. No primeiro relato podemos associar a não adesão ao cóndom ao fato de ambos serem soropositivos, alguns casais acham que como já estão infectados com o vírus não necessitam de prevenção, contudo a reinfecção pode agravar o quadro de saúde deles, à medida que vírus diferentes mais e/ou menos resistentes penetram e atacam o sistema imunológico já enfraquecido e favorece o desenvolvimento e agravamento da Aids. Além disso, o organismo está vulnerável a outras infecções sexualmente transmissíveis.<sup>14</sup>

Nos três depoimentos acima percebemos que a dupla proteção não estava sendo utilizada, pois diante da falha de um método (preservativo) o outro poderia ter prevenido a gravidez. Existe um discurso cristalizado que centraliza no uso do cóndom masculino todas as possibilidades de prevenção e não identifica outras alternativas controladas pela mulher para minimizar os riscos. A dupla proteção é importante, as mulheres precisam ser informadas e orientadas sobre os métodos de barreira, comportamentais e hormonais. Os atendimentos devem oportunizar a escolha dos métodos para que as mulheres tenham aumentadas as possibilidades de recursos para prevenção de uma gravidez não planejada e da reinfecção.

Não houve diversificação nos métodos oferecidos à mulher, quanto mais tecnologias tivesse sob o domínio dela, maior seria a chance de se prevenir da reinfecção, maior seria o controle sobre suas decisões e experiências, assim, conforme a situação, elas poderiam optar por qual método usar: abstinência sexual, sexo não penetrativo, coito interrompido, contraceptivos orais<sup>15</sup>, métodos de barreira, métodos naturais, além do preservativo masculino e feminino.

---

<sup>14</sup>Em estudo realizado em Salvador com 50 mulheres vivendo com HIV/Aids observou-se que as mulheres embora soropositivas apresentavam características individuais e sociais que as colocavam em situação de vulnerabilidade à reinfecção pelo Hiv, o que demonstra que, mesmo vivenciando a soropositividade e conhecendo o risco de reinfecção, as entrevistadas não cumpriam eficazmente as ações de prevenção (OLIVEIRA; PASSOS; PAIVA, 2005)

<sup>15</sup> A prescrição de contraceptivos hormonais em mulheres com HIV/Aids é feita com cautela devido a interação deles com alguns anti-retrovirais, podendo haver agravamento do quadro clínico da mulher, imunossupressão, progressão da Aids e risco de toxicidade pelo aumento dos níveis séricos do hormônio ou redução na concentração sérica do hormônio podendo ocorrer a gravidez. Mas, caso não possam utilizar os anticoncepcionais hormonais elas, juntamente com seus parceiros e sob a orientação dos profissionais podem escolher um outro método que previna a transmissão do vírus e a gravidez não planejada. Visto que, a gravidez tem uma série de implicações para a vida da mulher que vive com HIV/Aids e para seu filho. (LIMA et al, 2006)

### - Maternidade: algo real e/ou imaginário

Ser soropositiva e estar grávida é uma condição que repercute de maneira incisiva sobre a mulher e que pode trazer repercussões para o seu quadro clínico. Entre as mulheres do estudo a gravidez produziu estranhamento, elas tiveram sentimentos que divergiam daqueles reconhecidos como preconizados pela convenção social, naturalizados como femininos e comuns a toda mãe. A mulher com HIV/Aids ao engravidar se confronta com uma situação contraditória: a doença que trás a idéia de terminalidade, morte, tristeza e a gravidez que remete à vida e à alegria.

Deste modo, ao gestar e ao parir elas têm sentimentos negativos como raiva, insegurança, medo, culpa, sentimentos que neste momento não deveriam estar presentes e deveriam dar lugar à plenitude, à felicidade e ao prazer. A maternidade é vivida de maneira conflituosa e ambivalente.

Eu não queria pegar mais ela, eu não sei porque, acho que com medo, medo de passar pra ela, não sei explicar... medo de quando pegasse nela passasse pra ela. Eu sabia como pegava o HIV, mas mesmo assim eu achava que quando pegasse nela pudesse passar... eu tava com raiva de mim, eu tava com ódio, eu achava que eu era culpada, eu achava que a culpa era minha de tá com HIV, eu nem sei porque, eu tinha medo que ela também tivesse com HIV. **(E25)**

No parto foi tudo tranqüilo, mas eu fiquei com depressão no parto, eu morri de medo do parto, eu achei que eu ia morrer, porque a gente fica assustada, foi cesárea. Não podia ser normal não, tinha que botar o remédio no soro, eu me senti um pouco rejeitada lá... elas me disseram que eu não podia amamentar, pô, mas eu me senti mal. A gente olha assim e parece que aquela criança não é nem nossa, eu dei o remédio dele e também tomei lá, foi ruim eu não poder amamentar. Eu fiquei muito nervosa, com ele eu não senti esse prazer de dá a mama, como no outro eu dei, a aí eu olhava e achava que essa criança não era nem minha, eu senti muito diferente do outro...eu antes não agüentava nem ouvir o choro dele. Eu tava em depressão, eu pensei em tanta coisa e hoje ele é o mais carinhoso comigo...eu rejeitei ele, eu pensei tanta coisa, eu pensava: “Ah, foi porque eu me envolvi com o pai dele que aconteceu tudo isso na minha vida.”Eu achava que tinha sido uma desgraça. **(E13)**

Eu tenho vontade de ter a sensação de dar a mama, que eu não dei, eu acho que dar a mama é uma sensação boa, aí que vai saber que o filho é seu mesmo. Minha filha, eu não tenho essa sensação pelo parto ser cesárea e eu não pude amamentar, a mulher quando pari normal e dá mama tem a sensação. Foi bem difícil eu não poder dar a mama pra ela, me deixava triste (chora). Ela me chama de mãe! **(E11)**

O nascimento de um filho pode fragilizar a mulher, ainda mais quando o contexto em que ele é concebido ou gerado é repleto de conflitos. Para elas, o nascimento do filho pode ter vários significados, assim como pode lhe motivar a viver para cuidar e proteger, a criança pode lembrá-la de algo que ela quer esquecer - a doença, pois algumas descobriram-se com

HIV/Aids na gravidez ou no nascimento do bebê. Assim, a insegurança e a rejeição inicial da criança fizeram parte do processo de adaptação da mulher nesta nova fase de sua vida, a atitude de se distanciar do filho, neste primeiro momento, foi importante para que pudessem perceber o que estava ocorrendo. O pós-parto é um período de grandes modificações corporais, psíquicas que podem se manifestar com intensidades variáveis.

De acordo com Maldonato (2000), o período puerperal é um momento atípico, com peculiaridades que acentuam a propensão de algumas mulheres desenvolverem crises, devido às intensas modificações no organismo gravídico, acarretadas por fatores intrínsecos e extrínsecos, além das repercussões psicológicas.

Entre os fatores extrínsecos que geraram repercussões importantes e interferiram na maneira como as mulheres vivenciaram o parto estão as intervenções terapêuticas. Estas medidas foram fundamentais nesse momento, contudo, modificaram o cenário do parto, medicalizando e interferindo em uma ação que seria natural. Eram muitas medidas de intervenção sendo feitas ao mesmo tempo entre elas: a realização da cesárea, a administração de medicamento venoso na mãe e oral no filho, a contra-indicação do aleitamento materno e muitas orientações.<sup>16</sup>

As condutas implementadas para prevenir a transmissão do vírus de mãe para filho e proteger a saúde do bebê assustaram as mulheres e fizeram com que elas tivessem um estranhamento inicial com aquela criança que parecia não ser delas, dada a impessoalidade que foi atribuída pelo tratamento, visto a necessidade de diminuir o contato entre a mãe e o bebê e a urgência que se tinha para implementar as medidas de prevenção.

Segundo Villela e Arilha (2003), a normatização de estratégias para diminuir a transmissão vertical centraliza a atenção à mãe para livrar o feto do vírus, deixando de lado a vida sexual da mulher. As autoras fazem algumas críticas ao modelo de atenção centrado na doença e sinalizam para o esquecimento da mulher enquanto sujeito, dona do seu corpo, que requer acesso a insumos como os contraceptivos, os microbicidas, os métodos de barreira como diafragma e cóndom feminino, além do masculino. Inclusive, elas sugerem uma maior flexibilidade na adoção das medidas de prevenção da transmissão sexual, com base na idéia de que “qualquer proteção é melhor que nenhuma”- é a política de redução de danos.

---

<sup>16</sup> A maior parte dos casos de transmissão vertical (65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto; e 35% se dá intra-útero. O aleitamento materno soma um risco adicional de 7 a 22%, mas a transmissão vertical pode ser reduzida para menos de 1% com as intervenções. (BRASILa, 2005).

A existência de protocolos de profilaxia da transmissão vertical do HIV nutre o sonho de muitas mulheres vivendo com HIV/Aids de ser mães. Durante as consultas, os anseios femininos podem não ser explicitados, mas eles continuam existindo, e um desejo que é comum a muitas mulheres é o de ser mãe, e adquirir o vírus não impede as mulheres de desejarem ser mães. Junto ao sentido da maternidade, para algumas mulheres, está imputada a concretização do ser mulher. Existe um forte apelo de construção cultural e social de que ‘ser mulher’ e ‘ser mãe’ são situações indissociáveis.

A sorologia positiva não impediu as mulheres de sonharem com a maternidade. Entre as mulheres do estudo sete ainda não tinham filhos, entre estas duas não podiam ter porque tinha feito histerectomia (não tinha o útero) e a outra por problemas de fertilidade, mas as demais tinham pretensão de engravidar.

O desejo de ser mãe foi externalizado, porém os depoimentos surgiram de maneira tímida, discreta, algumas com um tom de voz mais baixo, a sensação é que estávamos falando de algo proibido. A seguir três dos depoimentos:

Eu sou louca pra ter um filho agora é que não vai dar mais, meu pai disse que eu posso ter, mas não pode se é pelo sangue, eu ainda não conversei com Dra. X, mas eu sou louca pra ter um filho... Quando eu soube logo eu disse: “Oh, meu pai, eu não vou poder ter mais filho!” E eu sou doida pra ter um filho! **(E2)**

Eu quero ter filho, mas ainda não falei com a médica não, eu acho que eu vou precisar falar com ela ...é um sonho meu ser mãe. Meu marido disse que agora não, mas que a gente vai ter um filho, por mim também eu não quero agora não. Eu quero ter uma casa, porque a gente mora de aluguel. **(E27)**

Aquela coisa, vontade eu não vou dizer que não tenho, mas aquela coisa de saber que hoje eu dia eu sei que já tem tratamento pra criança, mas mesmo assim eu tenho um pouco de receio, deixa acontecer, quando eu pensar em ter eu vejo como vai ser, então meus projetos de vida continuam. **(E29)**

As dúvidas suscitadas sobre a maternidade e da transmissão vertical demonstraram que a temática não estava fazendo parte das conversas no consultório ou que era preciso tornar mais claras as orientações acerca disso. Existem avanços científicos significativos para diminuição do risco de transmissão do vírus de mãe pra filho.

Além dos protocolos já implementados existe a técnica de reprodução assistida, mas para a aplicabilidade da técnica é interessante observar as ressalvas feitas pelos autores, conforme a referência (BRASIL, 2005), se um homem é soropositivo e deseja ter filhos ele pode usufruir de uma técnica para purificar o sêmen e a sua parceira ser submetida a inseminação artificial, pois como o HIV está no líquido seminal e nas células não espermáticas, no espermatozóide não tem o vírus. Já com relação à mulher soropositiva que deseja ter filhos, este manual recomenda que ela deverá evitar a gravidez, mesmo no caso de pacientes que estão clinicamente bem, com carga viral baixa e boa contagem de CD4+, eles sinalizam para o potencial de risco de transmissão do HIV para o parceiro e para a criança.

É interessante observar as assimetrias de gênero presentes nestas recomendações e como estas orientações podem trazer implicações severas para as diversas mulheres que sonham com a maternidade e que têm diante destas colocações seus direitos cerceados. Será que no caso das mulheres soropositivas também não poderia ser feita a inseminação artificial? Será que o protocolo elaborado para prevenir a transmissão vertical não pode ser instituído nestes casos?

Essas e outras questões devem ser levantadas para que se possa melhor entender e conhecer as possibilidades existentes para as mulheres que desejam ter filhos. Orientações como essas não foram mencionadas pelas mulheres do estudo, o que denota o desconhecimento das usuárias sobre as possibilidades existentes para que elas pudessem engravidar e reduzir o risco de transmissão vertical e sexual. Para fazerem escolhas sobre sua vida sexual e reprodutiva, as mulheres vivendo com HIV/Aids precisam que o diálogo, com a equipe multidisciplinar, seja uma prática constituinte da assistência à sua saúde.

Nesta pesquisa, a relação estabelecida entre as mulheres e os profissionais era sempre muito próxima e elas confiavam no atendimento que estavam recebendo, portanto, os servidores enquanto autoridades nos assuntos que se referem ao cuidado não deveriam privar as usuárias de informações tão relevantes como as técnicas para diminuir os riscos de transmissão vertical e sexual. Para que os sujeitos tivessem autonomia e pudessem ser agentes do cuidado eles precisavam também ser dotados de informações, conhecimento e habilidades. Guzmán (2007) sugere que a relação médico-paciente se dá em um espaço singular de negociações, no qual há o estabelecimento de vínculos sujeito-sujeito e onde o foco da atenção está voltado para o sujeito. A relação entre profissionais e “pacientes” é constituída no diálogo onde haverá durante as consultas o encontro entre os saberes técnicos e do senso comum, os objetivos e os subjetivos.

Deste modo, deveria ter sido estabelecido entre as mulheres e os profissionais um canal de comunicação que tivesse favorecido a exploração dos aspectos subjetivos dos sujeitos. Toda a trama simbólica que envolve a vida delas deveria ser enfocada, visto que existe interação entre os aspectos bio-psico-sociais. Para que o profissional compreenda as manifestações clínicas é preciso extrapolar os sinais e ir observar os contextos, a cultura, as relações, as sensações e os sentimentos vivenciados pelas mulheres soropositivas. Muitas vezes elas estabelecem com o outro (parceiro, familiar, amigo, desconhecido) relações assimétricas e conflituosas que sem dúvida irão interferir na sua condição de saúde e doença.

De acordo com o que foi apresentado, sobre a sexualidade das mulheres que participaram da pesquisa após o diagnóstico do HIV, foi construído abaixo, o Quadro 5, sintetizando alguns aspectos que envolveram estes sujeitos:

**QUADRO 5 Práticas sexuais e reprodutivas de mulheres, após o diagnóstico de HIV/Aids, atendidas em serviços de referência em Salvador e Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009**

SUJEITOS	PARCEIROS SEXUAIS	MÉTODOS USADOS	REGULARIDADE	INTERESSE/ DESEJO SEXUAL	FILHOS
E1	Vários	Cóndom	Irregular	Diminuiu	-
E2	2	Cóndom	Regular	Diminuiu	-
E3	1	Cóndom	Regular	Diminuiu	-
E4	1	Cóndom	Regular	Conservou	-
E5	Vários*	Cóndom	Irregular	Diminuiu	1
E6	1	Nenhum	Não	Diminuiu	-
E7	Vários	Cóndom	Regular	Diminuiu	-
E8	Nenhum	Abstinência sexual	-	Não	-
E9	Vários	Cóndom	Regular	Diminuiu	-
E10	Nenhum	Abstinência sexual	-	Não	-
E11	Vários	Cóndom	Regular	Diminuiu	-
E12	1	Cóndom	Regular	Conservou	-
E13	1	Cóndom	Regular	Diminuiu	-
E14	1	Cóndom	Regular	Conservou	-
E15	Vários*	Cóndom	Regular	Diminuiu	-
E16	1	Cóndom	Regular	Diminuiu	-
E17	Nenhum	Abstinência sexual	-	Não	-
E18	Vários	Cóndom	Regular	Conservou	-
E19	Vários*	Cóndom	Irregular	Diminuiu	-
E20	2	Cóndom	Regular	Conservou	-
E21	3	Cóndom	Regular	Conservou	-
E22	1	Cóndom	Irregular	Diminuiu	-
E23	1	Cóndom	Regular	Diminuiu	-
E24	1	Cóndom	Regular	Conservou	-
E25	1	Cóndom	Irregular	Conservou	1
E26	1	Cóndom	Regular	Diminuiu	-
E27	1	Cóndom	Regular	Conservou	-
E28	1	Cóndom	Irregular	Conservou	-
E29	1	Cóndom	Regular	Conservou	-
E30	Nenhum	Abstinência sexual	-	Não	-
E31	Nenhum	Abstinência sexual	-	Não	-
E32	1	Cóndom	Irregular	Conservou	1

\* Já trocou sexo por dinheiro.



### **3.4 VULNERABILIDADE À VIOLÊNCIA INTERPESSOAL NA DINÂMICA DAS RELAÇÕES SOCIAIS VIVENCIADAS POR MULHERES**

O tema vulnerabilidade à violência na dinâmica das relações sociais de mulheres foi constituído por duas categorias: a violência no cotidiano de mulheres e a vulnerabilidade à violência em mulheres vivendo com HIV/Aids.

#### **3.4.1 A violência no cotidiano de mulheres**

As diversas modalidades de violência têm permeado as relações sociais, independentemente da raça/cor, classe, sexo, cultura ou geração, é um fenômeno que tem estado presente entre os indivíduos, porém em escalas e graus diferentes. Apesar da universalidade do evento algumas condições bio-psico-sociais e econômicas influenciam a vulnerabilidade dos sujeitos às agressões, contribuindo para que alguns estejam mais expostos e permaneçam na condição de serem vitimizados no curso da vida mais uma vez.

Na vida cotidiana, tem sido comum serem presenciados episódios de violência contra a mulher, algumas dessas manifestações assustam e revoltam, mas outras ainda são naturalizados e se mantêm invisíveis aos olhos alheios. Neste sentido, a tolerância à agressão é influenciada pelo contexto em que esta ocorreu e se os atores estavam em um ambiente privado ou público e se existia um eixo de hierarquização entre eles. Além disso, a violência pode ser matizada a depender de quem estava na posição de “vítima” ou de agressor. Assim, são produzidas diversas percepções de um mesmo episódio, e uma mesma situação de violência produz ambigüidades a partir de quem faz a narrativa.

Em determinados espaços os domínios já estão simbolicamente definidos, não sendo necessário explicitar quem detém o comando, pois os subalternos já reconhecem seus limites e territórios de atuação. O poder pode estar centralizado ou distribuído de maneira desigual entre os sujeitos, e é assim que vai sendo tecida a teia das relações, uns impondo e outros cedendo, uns ativos e outros passivos, uns disciplinando e outros sendo disciplinados, uns restringindo e outros consentindo. Mas, nem sempre esses comportamentos ambivalentes são incorporados, às vezes, aquele que tem status de objeto no relacionamento, contesta a sua posição e rompe com o sujeito. A partir daí, podem surgir cenas de conflitos e violência.

A violência vai se estruturando como um problema da vida social seja na rua, na escola, no trabalho ou nos lares, ela está presente atribuindo novos significados às relações, acarretando sentimentos de insegurança, deixando marcas nas mentes e nos corpos, seqüelas

que causam sofrimento e comprometem a possibilidade de uma convivência saudável e feliz. Deste modo, a violência se configura como uma ameaça à vida<sup>17</sup> e ao bem-estar de toda coletividade, pois surge como resultado do processo de socialização.

### **- A interface complexa entre Violência e HIV/Aids**

A violência pode surgir na biografia de uma pessoa tanto como uma situação que favorece a vulnerabilidade dos indivíduos à infecção pelo HIV, como também um evento que é desencadeado, influenciado pelo status sorológico e que agrava as condições de saúde do soropositivo. Desta maneira, existe uma interface muito complexa entre a violência e a Aids e nem sempre é possível precisar qual evento surgiu primeiro. O certo é que em diversos momentos ambos podem estar articulados e coexistirem em contextos de vulnerabilidade individual, social e programática.

As multiparcerias (masculina e feminina), a parceria com dependentes químicos, o uso de drogas, a comercialização do sexo, a negociação pelo uso do preservativo, o baixo poder aquisitivo, o baixo grau de escolaridade, as relações desiguais de gênero, a imposição do poder são algumas das situações que contribuem para que os sujeitos estejam envolvidos em conflitos e/ou risco à infecção pelo HIV.

Atos de violência permearam a vida das mulheres vivendo com HIV/Aids que participaram deste estudo, os episódios de agressão estiveram presentes em várias etapas de suas vidas, os conflitos nos quais se envolveram tiveram diversos atores tanto conhecidos, como desconhecidos, familiares, vizinhos, ex-companheiros, companheiros, parceiros eventuais, entre outros. Algumas histórias foram narradas ainda em clima de comoção dada a temporalidade do fato, outras mulheres pareciam não perceber a gravidade da situação que viveu.

Durante as entrevistas as questões sobre violência tiveram que ser introduzidas com cautela, o assunto era iniciado com muito cuidado, de maneira indireta, pois era comum, logo após a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, as mulheres dizerem que não se enquadravam no estudo, pois nunca tinham vivenciado situações de violência. Muitas

---

<sup>17</sup> A violência trás sofrimentos físicos e psíquicos agudos e crônicos, a severidade das manifestações clínicas variam e podem ocasionar desde lesões físicas como hematomas e fraturas, transtornos digestivos, inflamações em mucosas, infecções urinárias, rupturas, gravidez, DST's/Aids, sintomas psicossomáticos como insônia e estresse pós traumático, manifestações sociais como isolamento e medo, e até a morte. (MINAYO, 2006; BRASIL, 2001).

mulheres não reconheciam, não percebiam em suas vidas as agressões que praticavam, que estavam sofrendo ou que já tinham sofrido. Nem sempre foi possível que elas elaborassem reflexões sobre as agressões, pois aos olhos delas as relações que estabeleciam com o outro pareciam democráticas, sem disputas de poder.

Ao discorrerem sobre suas vivências, algumas romperam o silêncio que mantiveram durante anos, e evocaram os conflitos de maneira muito tímida. Algumas histórias iam ganhando novos formatos ao longo da entrevista e relações, que no início da entrevista pareciam ser permeadas de amor e afeto, ao final, eram marcadas por constrangimentos e violência.

Ao falarem com a pesquisadora houve entrega, confiança, compartilhamento de vivências, que aparentemente, ainda não tinham sido reveladas no ambiente hospitalar. Fui surpreendida com a disponibilidade que elas tiveram em narrar episódios que lhes traziam dor. Lembranças que estavam vivas e ao serem recordadas traziam angústia, por isso, foi preciso interromper algumas entrevistas, para aliviar a aflição que elas estavam sentindo. Várias modalidades de violência estiveram presente nos relatos sobre a vida cotidiana dessas mulheres, contudo, pareceu ser um evento ainda “desconhecido” pelos profissionais de saúde que as atendem.

### **-Ignorando as situações de violência**

No prontuário das mulheres, não haviam registros de violência nas relações conjugais ou de parentesco. As anotações se restringiam aos aspectos clínicos (ano de diagnóstico, internações, resultados de exames, medicações, queixas físicas), sociais (renda, trabalho, moradia, filhos, parceiros) e psicológicos (aceitação do diagnóstico). Os episódios de violência foram ignorados, as repercussões das agressões sofridas não foram diagnosticadas ou tratadas, deste modo, houve uma invisibilidade da violência contra a mulher nos serviços.

Para justificar a inobservância dos registros das agressões sofridas e praticadas algumas conjecturas podem ser estabelecidas, entre elas a falta de oportunidade das usuárias em compartilhar as ocorrências com os profissionais (muitas ao final da entrevista revelaram nunca ter conversado sobre aqueles assuntos nos serviços, onde já haviam sido atendidas), ou quando elas comunicavam a agressão, as informações fornecidas eram desconsideradas ou

avaliadas como irrelevantes, não sendo dignas de nota, ou os profissionais não se sentiam à vontade, confortáveis ou preparados para falar do assunto.<sup>18</sup>

No entanto, as experiências violentas deveriam ser consideradas, pois para promover o atendimento qualificado, o atendimento às mulheres em situação de violência foi uma das prioridades estabelecidas pelo II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASILc, 2008).

Ainda, no que diz respeito à invisibilidade da violência contra a mulher para os profissionais, foi incrível perceber que, no dia em que foi realizada a entrevista com E20, que estava sendo atendida no serviço para tratar de complicações decorrentes da violência que havia sofrido. Contudo, em seu prontuário não houve nenhum registro sobre o evento.

Deste modo, a questão da violência, aparentemente, não faz parte das pautas das consultas ou dos atendimentos às mulheres vivendo com HIV/Aids. Há uma invisibilidade dos atos violentos que ocorrem nos relacionamentos sociais das pacientes, que não são comunicados ou notificados por parte dos profissionais. Assim, as soropositivas não estão sendo assistidas de acordo com o princípio da integralidade. Particularmente, a relação entre os fenômenos, violência e Aids, ainda não foi percebida pelos profissionais, eles parecem não se interessar pelos problemas da vida social.

Porém, para que os sujeitos sejam atendidos conforme a teoria da integralidade, os profissionais necessitam compreender a interação entre os eventos da violência e da Aids. As mulheres requerem ser percebidas diante de suas complexidades, pois a violência acarreta agravos à saúde e morte, e os serviços precisam se readaptar para lidar com estas condições. Face a complexidade do problema da violência e da Aids, existe a necessidade de uma atuação engajada entre os diversos setores, é preciso haver uma dimensão interativa entre os serviços, ações inter-setoriais e canais de comunicação (KISS, SCHRAIBER, OLIVEIRA, 2007; MINAYO, 2006).

Para que esses temas complexos sejam abordados nas consultas é fundamental que o processo de comunicação entre profissionais e pacientes seja eficiente, é importante que a linguagem utilizada pelos profissionais seja acessível, que eles realizem uma escuta ativa, livre de preconceitos e julgamentos. Seria interessante que os profissionais contribuíssem com

---

<sup>18</sup> Estudo realizado com 170 médicas (os) e 51 enfermeiras (os), responsáveis pelo pronto-atendimento de urgência e emergência, clínica médica, ginecologia e obstetria das Unidades Básicas de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP, observou que a violência doméstica é o tema sobre o qual os profissionais se sentem mais incomodados em abordar. No estudo 39,2% dos enfermeiros e 31,8% dos médicos referiram não se sentir à vontade em falar sobre o assunto. 13,7% dos enfermeiros e 10% dos médicos nunca inquiriram as pacientes para falarem sobre possíveis situações de violência de gênero (BARALDI, 2009).

a resolutividade dos problemas apresentados pelos pacientes e os ajudassem nas tomadas de decisões. Existe uma série de atributos que poderão influenciar os sujeitos a tomarem decisões em suas vidas, entre eles alguns que são intrínsecos como os desejos e as emoções e outros que são extrínsecos como a opinião pública (familiares, profissionais, amigos, sociedade), todos são influenciados por questões sociais, econômicas e culturais. As características individuais também interferem no processo decisório, o modelo mental do sujeito interfere na codificação/decodificação dos dados (elemento bruto), das informações (dados com significado) e do conhecimento (informação processada pelos indivíduos), acarretando distorções individuais que poderão gerar problemas no processo de comunicação. Para melhorar a qualidade da comunicação os sujeitos precisam desenvolver as habilidades de se expressar e de ouvir (ANGELONI, 2003).

A comunicação ainda é influenciada pelos quesitos classe social, raça/cor e sexo que interferem no desenvolvimento das capacidades e na aquisição de conhecimentos, assim para alguns grupos as oportunidades são bem escassas, tornando desiguais os acessos à educação, às informações, aos insumos de prevenção, aos cuidados e a assistência à saúde. Segundo Araujo (1998), as evidências externas ao sujeito são percebidas por meio de um filtro de crenças, e este mesmo indivíduo tem desejos, que alteram as evidências de acordo com as expectativas pessoais; logo, diante das mesmas evidências, diferentes ações podem ser propostas por diferentes sujeitos.

Sendo assim, algumas mulheres podem determinar que não irão abordar a problemática da violência nos consultórios, outras podem decidir em publicizar as agressões que sofreram. O processo de decisão torna-se pertinente quando há alto grau de envolvimento e os seus efeitos são reavaliados sistematicamente, isso é fundamental no caso das mulheres soropositivas, pois após o diagnóstico elas irão vivenciar várias fases da doença o que produzirá a necessidade de ações diferentes.

O cenário apresentado parece sugerir que a maneira como algumas consultas estão sendo realizadas reforça a manutenção de um distanciamento entre o profissional e o usuário, e a relação entre estes pode ser estabelecida em um contexto de violência institucional, praticada pelo profissional de saúde quando coíbe o diálogo, não escuta e/ou não tem tempo para prestar atendimento de qualidade, age com falta de atenção e se mantém omissa diante das agressões sofridas pelas mulheres. Os profissionais de saúde, precisam reconhecer a violência como uma ameaça à qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/Aids, portanto, é necessário estabelecer um diagnóstico situacional para viabilizar um atendimento

integral, fazer a articulação entre os sujeitos e os serviços de referência que compõem a Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência de Gênero na Bahia.

Em Salvador, alguns serviços já estão organizados e estabelecem um fluxo de atendimento entre eles, a exemplo, do Projeto VIVER - Serviço de Atenção à Pessoas em Situação de Violência Sexual, a DEAM - Delegacia Especial de Atendimento a Mulher, o CRLV - Centro de Referência Loreta Valadares<sup>19</sup>. Embora, haja uma infra-estrutura de apoio às mulheres em situação de violência, nestes serviços, ainda não é estabelecida uma relação entre a condição sorológica e a violência. Apenas no Projeto VIVER o status sorológico dos envolvidos na agressão é questionado, neste serviço, o interesse deve-se à necessidade de implementar as medidas de quimioprofilaxia do HIV, enquanto que nos serviços de saúde de referência ao atendimento das pessoas vivendo com HIV/Aids a questão da violência não vem sendo abordada pelos profissionais.

Diante da inexistência de registros sobre as situações de violência nos prontuários, as entrevistas foram a melhor opção para investigação do fenômeno. Evidenciamos, que entre as mulheres que participaram da pesquisa, seis não tiveram envolvimento em situações de violência, enquanto as outras 16 mulheres vivenciaram alguns episódios. Em determinados momentos, elas assumiram a posição de vítimas e em outros, o oposto, de agressoras. Não sendo excluída a possibilidade de ter havido episódios omitidos. As biografias relatadas destacam a necessidade de aprofundamento nas entrevistas/anamneses realizadas pelos profissionais durante as consultas.

### **- As múltiplas faces da violência interpessoal**

No conjunto, as mulheres contaram histórias de violência física, psicológica, verbal e sexual. Vale ressaltar que para muitas, os episódios de violência eram recorrentes, portanto, tratava-se de violência crônica ou de revitimização. As agressões ocorreram durante longos

---

<sup>19</sup> O Projeto VIVER é um serviço público que tem como objetivo reduzir as conseqüências ocasionadas pela violência sexual e, para isso, presta uma assistência especial à vítima, atendendo-a física, psicológica e socialmente, o que permite melhorar a qualidade da assistência à vítima. A DEAM segue as determinações estabelecidas pela Lei Maria da Penha, que definiu a violência contra a mulher como crime, estabeleceu que após o registro da agressão no boletim de ocorrência, a queixa só poderá ser retirada diante do juiz, as penas dos crimes de violência doméstica e familiar variam entre três meses a três anos, o agressor poderá ser preso preventivamente, a mulher poderá acompanhar todos os passos do processo e após a avaliação do caso o juiz poderá instituir medidas protetivas como determinar a distância mínima entre o agressor e a vítima, seus familiares e testemunhas. O CRLV é um serviço público que oferece atendimento psicológico, social e jurídico à mulheres que sofrem violência pelo fato de serem mulheres.

períodos, de maneira continuada e progressiva. A violência física esteve quase sempre presente, embora algumas vezes os xingamentos, as humilhações e as ameaças fossem as formas de agressão, ou seja, houve co-ocorrência dos eventos violentos.

De modo geral, a mobilização de recursos para romper com os relacionamentos violentos era tardia, assim o enfrentamento das situações violentas demorou a ocorrer. Algumas vezes, as agressões ainda nem tinham sido percebidas pelos sujeitos como atos violentos, mas foram identificadas no momento do “diálogo” junto com a pesquisadora. Às vezes, os episódios de violência foram abertamente declarados e outras a agressão foi percebida pela pesquisadora nas entrelinhas das falas das mulheres. Na maioria dos casos, a violência era praticada por pessoas conhecidas, principalmente os parceiros afetivo-sexuais.

A violência entre os parceiros íntimos é bastante complexa e algumas mulheres costumam a percebê-la, pois existem laços de afeto e intimidade que as envolvem, na violência entre parceiros íntimos há uma profusão de sentimentos que acabam por camuflar e matizar as agressões.<sup>20</sup>

**A violência entre parceiros afetivo-sexuais**, ou seja, a violência entre pessoas que estabelecem vínculos íntimos, emocionais e/ou sexuais se dá em contexto relacional e de conjugalidade. Ao mapearmos a violência entre os parceiros afetivo-sexuais a partir das narrativas das entrevistadas, percebemos que colocar o homem no papel de agressor e a mulher na posição de vítima é reduzirmos o status de ambos nas teias da violência. A disputa de poder e dominação permeavam a subjetividade do masculino e do feminino, assim seria uma perspectiva minimalista, ou até mesmo simplista se alocássemos ou fixássemos o homem como agressor (ativo) e a mulher como vítima (passiva) nas situações de violência.

Contudo, o mais comum foram as mulheres estarem no papel de agredidas, algumas se mantiveram nesse posto de passividade durante muitos anos. Sofreram abuso emocional, sexual e financeiro, tapas, chutes e murros; foram constrangidas publicamente, tiveram a liberdade tolhida. Para algumas, a violência na conjugalidade já era algo recorrente, pois elas estavam no segundo ou terceiro relacionamento e continuavam sofrendo agressões. Mudavam

---

<sup>20</sup> Estudo realizado nos Estados Unidos em um Centro às vítimas de violência sexual, atendidas no período de junho/2000 a maio/2003, observou-se que das 162 mulheres que haviam sido violentadas sexualmente, 69% das mulheres conheciam seus agressores; 42% dos perpetradores referiram ter relação de amizade com as mulheres e 7% eram parceiros. A severidade da violência sexual não variou, não diferiu de acordo com a relação estabelecida entre os agressores e a mulher. Os autores concluíram que as vítimas de violência devem ser tratadas com equidade independente de quem tenha sido o agressor, pois sendo praticada por conhecidos ou não a violência é um grave problema para saúde da mulher (HAUGEN; SLUNGARD; SCHEI, 2005).

os parceiros, mas a situação de violência permanecia o que contribuiu para que algumas não percebessem as agressões e para que fizessem comparações entre os parceiros, minorando ou maximizando, alguns conflitos.

Mas eu já tive outro que me bateu, que eu passei uns tempos foi só mais um mesmo, o pai da menina que a moça cria... quando a gente chegou em casa, ele meteu o cadeado nessa grade, menina o pau comeu dentro de casa.. (E1)

... Meu marido já me deu um corte na cara, mas apanhar, apanhar não, nunca apanhei. (E28)

Não, esse marido só me bateu eu acho que foram duas vezes, não foi muito não. Só o primeiro que batia demais. O primeiro ele arrumou outra, também bebia e chegava em casa muito violento. Quando ele me batia eu ia pra casa da mãe dele e ficava lá. Aí depois a mãe dele quando ia falar com ele, ele dizia que não lembrava, que não sabia, dizia que não era ele. Aí passava um mês, dois e aí quando ele bebia era a mesma coisa, aí eu larguei dele, é porque ele também arrumou outra, mas eu nunca cheguei a sangrar não, e esse último me deu dois tapas, mas não foi pra frente não porque meus filhos não deixaram. Reclamaram logo com ele. Ele ficou chateado de eu separar dele, ele só fica atrás de mim, mas eu não quero não, não dá certo não. (E32)

Como palco da violência predominou o domicílio e, em alguns casos, as agressões tiveram a platéia composta por crianças (filhos e enteados)<sup>21</sup>. A violência contra a mulher não é um evento pontual e individual, mas é uma situação capaz de provocar a desestruturação familiar. Muitas mulheres ficavam incomodadas com as cenas e terem os filhos constantemente assistindo as agressões que sofriam, assim, determinadas em mudar as suas histórias algumas começaram a trabalhar, buscaram o empoderamento, a independência financeira para que pudessem sozinhas, mas em paz, criar seus filhos. Contudo, ao saírem e conquistarem o próprio dinheiro elas começaram a adquirir mais autonomia e isso fez com que seus parceiros se sentissem ameaçados, que o papel de provedor do lar e a posição de poder econômico fossem assumidos pela mulher. Diante da ameaça alguns reagiram com violência:

---

<sup>21</sup> Gomes (2003) em pesquisa realizada em Salvador, com homens em condição de violência conjugal, identificou que sobre a relação dos sujeitos e seus pais, eles mantinham uma boa relação apenas com as mães. Os entrevistados tiveram uma infância marcada por situações de violência, eles presenciaram situações de violência em casa. A autora afirma ainda que a identidade dos agressores foi constituída em um contexto de violência e quando eles se relacionam com as companheiras eles reproduzem as mesmas histórias de violência vividas por seus pais.



“Quando eu comecei a trabalhar nessa casa eu falei, eu vou ter meu sonho que é ter minha máquina de lavar e meu micro-ondas. Aí, eu comprei, aí ele brigou e disse que eu não posso fazer esse tipo de coisa, não sei o quê. Aí, eu falei que o único dia que eu tenho que é o meu domingo eu vou ficar lavando roupa? Não, eu quero ter minha liberdade, ter meu lazer. Ele me fazia ameaça, na época antes de eu me separar, ele cortou os fios da máquina de lavar e do micro-ondas. Ele cortou os fios de tudo pra eu não usar, ele fazia isso com raiva. Ele não teve coragem de me bater e fez isso com raiva.”(E3)

A entrevistada, ao conquistar o seu espaço no mercado de trabalho, pôde realizar o sonho de comprar os eletrodomésticos, esta aquisição poderia ter lhe propiciado mais conforto se o marido não tivesse danificado os objetos. A independência financeira de E3 incomodou o companheiro, pois ela demonstrou que não precisou dele para satisfazer os próprios desejos. O marido de E3 parece ter ficado inseguro diante das conquistas dela, pois antes só ele tinha poder, só ele ganhava e controlava o dinheiro. Agora, como E3 estava ganhando dinheiro ela também poderia exercer o poder, adquirir maior independência e comprar o que ela quisesse sem precisar pedir autorização. Além disso, ela ainda teria a possibilidade de aproveitar melhor a vida, ela demoraria menos tempo com as atividades domésticas e se cansaria menos se não fosse a atitude descontrolada do companheiro de cortar os fios dos eletrodomésticos. A ação praticada por ele foi um exemplo de violência econômica/financeira, o parceiro destruiu alguns bens da companheira, foi uma agressão indireta que lhe causou sofrimento. Neste tipo de violência, ocorrem atos destrutivos que afetam a saúde emocional da pessoa agredida. (BRASIL, 2001).

A percepção da agressão sob a ótica da mulher varia de acordo com os seus valores, as crenças, as experiências, os sentimentos e o contexto em que ocorreu o fenômeno. Deste modo, é ela quem avalia a gravidade de cada episódio de violência conjugal. Neste sentido, a humilhação pode ser mais ou menos grave que um tapa, assim como a presença de sangramento pode caracterizar a severidade máxima da agressão.

Apesar da violência, os parceiros tinham uma grande proximidade, nutriam sentimentos contraditórios (carinho, afeto, raiva, ódio) e tinham interesse em permanecer juntos, pois dependiam financeiramente do outro, precisavam dividir o mesmo ambiente/espaço, tinham carência afetiva, medo de sofrer uma agressão pior e algumas mulheres possuíam sentimentos de inferioridade que fazia com que elas se sentissem incapazes de ter um novo amor.

Os protagonistas dos conflitos buscaram justificativas para a agressão e entre as situações as mais citadas como potencialmente geradoras de conflitos e de produzir desentendimentos estavam: a infidelidade do parceiro(a), o dever e obediência da esposa para com o seu marido, o sexo cedido pelo dever sexual ou débito conjugal, o ciúme, o uso do condômio, a revelação do status sorológico, o uso de drogas e bebidas alcoólicas.<sup>22</sup>

Eles me batiam por causa de droga, por causa de ciúme, por um monte de coisa, por causa de amizade, quando eles me batiam eu largava, mas eu nunca dei queixa não, nem de mulher, nem de homem, de nenhum, porque eu ia dar queixa e a polícia não ia fazer nada e quem ia ficar na pior era eu porque eu sabia que eles iam atrás. Eu ficava com medo de eu dar queixa e depois eles irem me pegar, porque polícia é aquele momento, aquela hora, e depois? Quem ia na rua? Eles cercam a gente. **(E15)**

Já sofri violência, meu marido bebia muito e por eu ser a mulher dele eu queria saber onde ele estava, mas ele não gostava aí vinha pra cima de mim me bater, foram várias vezes. Só na Delegacia da Mulher eu já fui quatro vezes, eles chamavam ele, ele dizia que não ia, me mostrava o papel e dizia que não ia, e não ia mesmo. Que se eu fosse denunciar ele, ele dizia que ia me dar mais pau de novo. Era pau mesmo, de ficar com olho roxo e tudo. Todo mundo dizia: “Larga esse homem, larga esse homem.” Mas eu não largava, como é que largava? Eu tinha uma casa com ele, eu era casada, eu era nova, não tinha experiência. A casa que eu tinha com ele era própria, era no fundo da mãe dele, eu não tinha pra onde ir, eu era nova não tinha experiência de vida por eu ser nova, e filho vindo, né? Ele me batia, aí passava um tempão sem me bater, mas ele bebia e me batia de novo. **(E16)**

Ele começou a ser violento comigo de uns seis anos pra cá, no final já do casamento. Depois de seis anos não, do segundo filho pra cá. Ele passou a sair com os amigos pra beber e quando chegava já era brigando, me pegava pelo cabelo pra bater, ele me jogava pra lá, vinha naquela violência, me jogava na cama. Vinha pra ter relação e eu tinha, né! Aí, eu dizia: “Que ignorância pra que ser assim?” Aí, ele dizia pra eu calar a boca e me batia. Aí, pra mim, já não dava mais, já não servia mais! Aí, sempre que ele bebia era assim, ele chegava em casa assim, ele batia, dava murro na cara... Mas, quando passava o efeito da bebida ele era uma pessoa doce, amável, ninguém dizia. Quando ele não estava bêbado eu contava para ele o que ele fazia e ele dizia que não sabia porque fazia. Ele fez um tratamento, mas depois não adiantou nada voltou a beber tudo de novo. Ficou anos sem

---

<sup>22</sup> Estudo realizado com 17 homens e 21 mulheres, 38 sujeitos, que residiam em São Paulo e municípios do Pernambuco observou-se que as situações que fomentavam conflitos entre os casais para os homens foram: desemprego ou dificuldade financeira do homem, abuso de bebida alcoólica, ciúme, desconfiança, traição, cobrança e falta de compreensão da mulher. Enquanto que para as mulheres a violência surge como resultado do abuso de álcool ou drogas pelos homens e a má influência dos amigos. As autoras sinalizaram que o dinheiro é visto como fundamental para manutenção do casamento, sendo uma das principais demandas da mulher para com o seu parceiro (COUTO et al, 2007).

beber, depois voltou tudo de novo, quando ele não bebia ele não era violento, só batia quando tava bêbado. Era uma pessoa maravilhosa, era um bom pai, eu queria muito que tivesse dado certo, quem não quer hoje em dia sua família, tudo certinho. Eu só separei dele por isso. (E17)

O uso de álcool e/ou drogas é comumente utilizado para justificar atos injustificáveis como as manifestações violentas no âmbito doméstico (ZILBERMAN; BLUME, 2005). O uso de substâncias psicoativas pode favorecer para que o sujeito não tenha plena consciência de suas ações, apresente dificuldade de socialização e haja rupturas entre os casais, deste modo os impactos pelo uso de álcool e drogas podem ser sobre o indivíduo, a família e toda sociedade. Existe uma relação muito complexa entre o uso de álcool/drogas e a violência. Em algumas situações, durante a agressão, tanto o agressor, quanto o agredido, estavam sob o efeito de álcool/drogas.<sup>23</sup>

Segundo os depoimentos, o alcoolismo produziu mudanças de personalidade, amnésia, hipersensibilidade, violência, comprometimento das relações, desorganização familiar e problemas legais. O uso de álcool foi utilizado como justificativa para desencadear as reações violentas, é como se o ato agressivo fosse uma resposta a um estímulo externo: o álcool; ou seja, o sujeito não é agressivo foi o álcool que o induziu a agredir.

É verdade, que existiram casos que o agressor estava sob efeito de substâncias psicoativas, mas é um mito dizer que a violência doméstica surge a partir de problemas com o álcool e/ou drogas. A violência não é causada pela dependência química, alguns homens mesmo sem estar sob o efeito de drogas agredem suas companheiras. A violência doméstica<sup>24</sup> é um fenômeno complexo, generalizado que não tem como justificativa apenas as perturbações individuais, este evento tem encontrado diversas oportunidades para se manifestar (BRASIL, 2005). Deste modo, houve casos de agressividade independentes do uso

---

<sup>23</sup> O álcool é uma substância neurotóxica, deste modo o indivíduo que faz uso abusivo tende a apresentar confusão mental, diminuição do nível de atenção e problemas de memória. O consumo excessivo e prolongado do álcool provoca problemas hepáticos (hepatotoxicidade), transtornos cerebrais permanentes e degenerativos. O álcool é um psicotrópico que causa perturbações psíquicas, irritabilidade, hipersensibilidade e intoxicações agudas ou crônicas (CUNHA;NOVAES, 2004; BERTOLAMI, 2005).

<sup>24</sup> Vives, Alvarez-dardet e Caballero (2003) em estudo realizado na Espanha, que buscou estimar a mortalidade e a incidência da denuncia de violência do companheiro íntimo, identificaram que entre os casos de violência entre os anos de 1998 e 2000 houve aumento de 27% das denúncias e 49% dos assassinatos durante o período do estudo, sendo que uma em cada 100.000 mulheres foi assassinada por violência praticada pelo companheiro e uma a cada 200 denunciou ser vítima de violência pelo companheiro íntimo. As mulheres entre 32 e 36 anos foram as que tiveram a maior taxa de mortalidade. A pesquisa observou que existe uma evolução crescente dos assassinatos e das denúncias por violência do companheiro íntimo na Espanha.

de álcool ou drogas como em situações em que a mulher/esposa recusou manter práticas sexuais:

Já aconteceu de eu ter relação sem querer, uma vez ele já me bateu por causa disso porque eu não queria. O rapaz da casa que eu moro, ele me bateu porque eu não queria ter nada com ele, aí ele me deu um empurrão na parede, me deu um empurrão. Aí, ele me mandava embora, aí eu fingia que ia embora. Ia pra casa da vizinha, aí, quando ele saía, quando ele saía, eu voltava. **E1**

Não, meu marido é carinhoso comigo, a única coisa que acontece é eu ter que fazer sexo sem estar com vontade pra satisfazer ele, mas é só de vez em quando não é sempre não. Mas eu não me importo não de fazer sem vontade não, se é pra satisfazer ele eu faço mesmo. **E27**

A recusa do sexo na relação conjugal<sup>25</sup> pode ter significados diversos para os casais, como exemplo podemos citar que alguns homens podem entender que a recusa da parceira em fazer sexo estar relacionada com a manutenção de uma relação extra-conjugal. Deste modo, algumas entrevistadas, se propuseram a assumir o papel de objeto sexual e estiveram prontas para dar prazer ao parceiro, ainda que isso lhes causasse constrangimentos. Algumas entendiam a prática sexual como dever, como algo que fazia parte do contrato do casamento, e enquanto mulheres tinham obrigações sexuais para com os seus companheiros. Entre alguns casais eram mantidas relações assimétricas e desarmoniosas que traziam impactos ao corpo e à mente dos envolvidos.

As agressões geraram danos físicos graves, alterações psicológicas e sexuais que comprometeram a imagem corporal e a auto-estima das vítimas. Muitas mulheres tiveram baixa auto-estima porque o bem-estar delas foi afetado pelas agressões, elas se sentiram desvalorizadas pelos parceiros, elas tiveram dificuldades para se ajustar aos percalços que surgiram pela frente e seguiram inseguras, enfraquecidas e pouco confiantes nelas e na vida<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup>Dantas-Berger e Giffin (2005) em estudo realizaram com nove mulheres, atendidas no Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM) do Rio de Janeiro, encontraram que o sexo foi um dos motivos mais freqüentes para que a violência se instalasse. Na conjugalidade violenta, a relação sexual ocorreu sob a forma de coerção, se deu em um contexto de sexo cedido ou sob resistência, todas essas formas de relação eram naturalizadas ou vistas como uma cláusula prevista pelas obrigações conjugais.

<sup>26</sup> Pesquisa realizada com 300 mulheres mexicanas que sofreram violência, observou que existe uma relação entre as variáveis violência física, violência psicológica, violência social e auto-estima, quanto maior a freqüência de ocorrência de violência mais baixos são os níveis de auto-estima. No estudo, 52,6% das mulheres que sofreram violência tiveram baixa da auto-estima, dessas 27,6% possuem o mais baixo nível de auto-estima (CASIQUE, 2004).

As violências, em suas múltiplas formas, estão sempre muito próximas nas relações entre os parceiros afetivo-sexuais, as agressões podem se apresentar combinadas e/ou superpostas, então apesar de se referirem apenas a um tipo de violência, identificamos outros associados como física, sexual, psicológica e verbal.

O sexo no casamento pode se configurar como uma relação sexual tipicamente violenta, quando a mulher cede às investidas masculinas para satisfazê-los, como uma espécie de estupro matrimonial. Nem sempre o sexo sem vontade foi percebido pelas entrevistadas como violência, a isso era atribuída a conotação de sexo cedido. Assim, a mulher na condição de objeto fazia o que o outro desejava, independentemente da vontade própria.

Nesse contexto, apesar das relações sexuais terem sido não desejadas e não consentidas, as mulheres não denunciaram ou buscaram qualquer tipo de atendimento (comumente as pessoas que vivenciam a violência sexual) porque elas não qualificaram o sexo cedido como violência ou comportamento agressivo, dominador. Elas naturalizavam o sexo, ainda que tivessem pouca ou nenhuma vontade de praticá-lo. Para qualificar as relações sexuais mantidas com os parceiros elas falaram das sensações que geralmente são comuns nas relações não consentidas tais como nojo e falta de desejo.

Outros atores também protagonizaram relações de conflito com as mulheres, eram pessoas que faziam parte do ciclo social das mulheres e que com elas mantinham algum tipo de relação de confiança como a mãe, o irmão e a cunhada. Eram relações familiares tensas, marcadas por desarmonia, com algumas rupturas momentâneas e outras que já se prolongavam há muitos anos. A seguir alguns relatos:

Eu tive um problema lá em casa com meu irmão, meu irmão veio me bater, aí eu saí e quando eu cheguei em casa ele deu um murro em minha cabeça. Eu vi uma hipócrita (a vizinha) de cima da casa dela observando todo tumulto dentro de lá de casa e dizendo: “bem feito, bem feito”, é porque eu não dou ousadia... eu não gosto dela, eu não dou um pingão de atenção a ela, mas ela se preocupa, ela se incomoda com tudo que eu faço. Meu irmão me bateu porque ele tava com vontade, com raiva, possivelmente, de mim por causa de fofoca, tumulto, possivelmente, alguém falou alguma coisa de mim, meu nome tava no bolo. Eu até que sei o que foi, ele disse a mim que eu disse... ele se separou da mulher dele, né? Aí a mulher dele veio fazer queixa dele a mim, e eu disse o problema de vocês cabe a você e ele resolverem, não a mim. **(E18)**

Minha cunhada me telefona pra me xingar, a gente discute muito, um dia ela pagou um homem pra me bater, mas eu dei queixa na Delegacia da Mulher. Uma vez minha cunhada me acertou com um tijolo, depois ela lascou as roupas e foi na delegacia dar queixa minha. Ela ainda levou o

marido como testemunha, mas a delegada não acreditou na estória que ela contou.(E20)

**A violência no contexto privado**, no ambiente familiar<sup>27</sup>, provoca uma desordem no convívio entre os parentes, as agressões não ocorriam apenas entre dois personagens, mas agregavam outros atores nos conflitos como irmãos, pais, filhos, agregados, cunhada e vizinha. Então, entre pessoas onde deveriam existir vínculos afetivos havia na verdade relações conflituosas, com reações de intolerância e desavenças. As agressões eram recorrentes, gerando um clima de tensão, os sujeitos permaneciam em estado de alerta aguardando a ocorrência de um novo episódio violento.

As relações baseadas em condições de desigualdade não estiveram presentes apenas entre os familiares, alguns indivíduos como os policiais se aproveitaram do status social, do cargo público que assumiam para praticar a violência.

**A violência no contexto público foi protagonizada por desconhecidos e por policiais.** Duas entrevistadas revelaram ter sofrido violência praticada por desconhecidos. E20 foi vítima de uma situação em que um rapaz desconhecido, a encontrou no ponto de ônibus e de repente começou a xingá-la publicamente, sem entender o porquê dos insultos, ao questioná-lo sobre os motivos para tantas ofensas, E20 foi agredida fisicamente. Passaram-se alguns dias, e já na delegacia, ao depor, o rapaz confessou que havia sido contratado pela cunhada de E20 para agredi-la. A entrevistada e a cunhada vivenciaram diversos conflitos que surgiram em decorrência de disputas financeiras familiares.

A outra entrevistada que já tinha sido agredida por um sujeito desconhecido foi E17. Quando ela tinha 16 anos, ela estava saindo da escola para voltar para casa, quando no caminho, foi interceptada por um homem que a estuprou. A agressão a traumatizou e interferiu na maneira como ela se relacionou com os namorados, durante algum tempo ela recusou-se a ter envolvimento sexual. Posteriormente, ao conhecer o ex-companheiro e se envolver afetivamente com ele, ela revelou para ele que não era mais virgem, que tinha sido estuprada quando ainda era adolescente. Isso não impediu o casal de se relacionar, mas ela disse que não falava muito do assunto porque não gostava.

---

<sup>27</sup> A violência intrafamiliar é um problema social de grande magnitude que atinge toda sociedade, afetando de forma continuada especialmente as crianças, os adolescentes, as mulheres e os portadores de deficiência, a violência intrafamiliar pode ocorrer dentro ou fora de casa entre pessoas consanguíneas ou outras que passam a assumir a relação parental. Na violência intrafamiliar são expressas relações de poder/afeto onde estão presentes relações de subordinação e dominação. (BRASIL, 2001).

Na esfera pública é mais comum a violência contra os homens, embora, no presente estudo, as ruas tenham sido também espaços que serviram como palco da violência contra as mulheres praticada por desconhecidos. Segundo as entrevistadas, elas foram agredidas e humilhadas publicamente, isso lhes causou constrangimento, e receio de sair de casa e sofrer uma nova agressão.

Ainda no contexto público, houve a violência contra a mulher praticada por policiais. O policial é socialmente reconhecido como um sujeito que porta arma de fogo e que detém autoridade para manter a ordem pública e a segurança coletiva. Contudo, foi observado que a atuação deste profissional está aquém do desejado, pois foram relatadas agressões cometidas por estes sujeitos que evidenciaram a falta de preparo profissional, o uso da força e abordagens violentas, sugestivas de uma cultura machista e preconceituosa.

As duas mulheres que disseram ter sofrido agressão por policiais, trocavam sexo por dinheiro para sobreviver e as circunstâncias em que foram agredidas eram exatamente as da negociação de programas. Apesar de não demonstrarem resistências, quando abordadas elas foram repetidas vezes agredidas, humilhadas e coagidas, em tal nível de opressão que tinham que interromper o dia de trabalho para se recuperarem do ataque. As agressões ocorriam publicamente nas ruas, nos becos, em qualquer lugar onde estivessem “batalhando”, espaços que geralmente são compartilhados com travestis, marginais e moradores de rua. A relação estabelecida entre policiais e prostitutas é historicamente conflituosa, aqueles que deveriam zelar pela segurança tumultuavam e agrediam.

A “justificativa” dos policiais para a abordagem violenta era o fato de serem encontradas portando drogas, segue a narrativa:

Lá, eu só levava as porradas de cacete dos policiais, quando ele me encontrava na rua com droga. Pegava, batia, mas não levava presa nem nada, batia, eu levava umas cacetadas. **(E5)**.

A Polícia Militar que me batia, a civil não, a Militar batia na rua era sofrido. **(E19)**.

Havia uma tentativa por parte dos policiais de inibir o uso de entorpecente com a repressão, após a apreensão nenhuma delas contou ter recebido orientações, ter sido aplicadas medidas sócio-educativas, para as que tinham menos de 18 anos, ou ter sido encaminhadas para clínicas de tratamento/recuperação de dependentes químicos. Na condição de usuárias de crack e maconha nenhuma ajuda foi oferecida para que houvesse o abandono do vício, havia apenas muita pancada e surra. Sem dúvida, a violência não é a melhor alternativa para mantê-

las longe do vício, mas a agressão produziu o medo e a subordinação pelo uso da força. Estas ações repressoras não acabaram com o vício, no máximo, o que se conseguiu foi coibir o uso, temporário da droga no espaço público.

A violência policial afeta um grande número de pessoas e hoje é utilizada como instrumento de controle social e da criminalidade. A violência praticada por policiais é legitimada, exhibe padrões de comportamentos não profissionais e pode contribuir para a escalada de outras formas de violência.<sup>28</sup>

Embora desnecessário, há um contato hostil, o uso da brutalidade e o abuso policial para reprimir o uso de drogas, as usuárias foram tratadas como “marginais” e estigmatizadas por terem transgredido as sanções sociais dos agentes públicos e outros cidadãos. De acordo com MacRae (2000), a abordagem unidirecional da questão das drogas deixa de atentar para possibilidades de prevenção e controle dos efeitos indesejáveis que seriam mais eficazes que a proibição. Deste modo, é sensato conviver com as substâncias psicoativas ao invés de preconizar políticas de “tolerância zero”, pode-se atentar para as estratégias já implementadas e tentar minimizar os efeitos indesejáveis.

Visto que, além da violência, os usuários de substâncias psicoativas estão expostos às situações de risco e a uma série de agravos à saúde, agudos e crônicos. As mulheres demonstraram que faziam associações entre drogas lícitas e ilícitas, crack, maconha, álcool e cigarro. O crack tem se popularizado no Brasil, com custo relativamente baixo, cada vez mais usuários têm feito uso do crack, combinado ou não. A composição química desta droga ainda é desconhecida, o que acarreta grande preocupação quanto as suas repercussões à saúde.

Como estratégias para o uso do crack podem ser utilizados os cachimbos feitos com copos plásticos (de iogurte, de água), isqueiros, tubos de pasta de dente, canos de plástico, tampas de garrafa PET ou latas de alumínio, esta última é a principal matéria prima dos cachimbos. O cachimbo quando aquecido pode provocar queimaduras e lesões nas regiões em que entrou em contato como a língua, os lábios e os dedos, deste modo, o compartilhamento dos cachimbos entre os usuários favorece a transmissão de agentes patogênicos como o contágio do HIV. Soma-se a isso a combinação de crack a outras substâncias, possibilitando o

---

<sup>28</sup> A violência policial é oficial, de certa forma a população aceita e não estabelece estratégias para negociar os conflitos. (NETO, 1997). Em estudo realizado em bairros do subúrbio de Salvador os moradores estabeleceram comparações entre a polícia Militar e a Civil, eles demonstraram mais simpatia pela civil, a Militar era vista com mais desconfiança pela impessoalidade e uso ostensivo da força em operações “pesadas”, foram descritos como arrogantes, quando fazem demonstração de força e desrespeitam os habitantes (PAES-MACHADO; NORONHA, 2002).



desenvolvimento de dependências múltiplas de drogas, o que dificultaria a recuperação do usuário e retardaria sua reinserção social (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

A transmissão do HIV mediante o uso de drogas apesar de não ter sido citado pelo grupo de entrevistadas era uma possibilidade para infecção. Elas estavam expostas às situações de vulnerabilidade a partir do uso de instrumentos que geralmente são utilizados para a administração das drogas e o compartilhamento que ocorre, pela dependência química, o efeito das substâncias no indivíduo e pelo contexto como ocorre o consumo das drogas, com usos bem particulares quando se troca práticas sexuais para obter drogas ilícitas. Neste sentido, o modelo assistencial de Redução de Danos (RD), com a provisão de seringas novas em troca de seringas usadas, é uma das estratégias que pode ser utilizada para reduzir os efeitos danosos do uso de drogas.

O ambiente social (setting) tem grande influência no uso de drogas e independentemente do tipo de droga o seu uso constitui em um fator de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV/Aids, e embora haja graus diferenciados de exposição nos níveis individual, social e político, a vulnerabilidade ao HIV se dá pelo entrecruzamento de drogas com as práticas sexuais inseguras (OLIVEIRA, 2001).

O uso de drogas oferece riscos para as mulheres enquanto usuárias ou parceiras afetivo-sexuais dos usuários. A euforia, a autoconfiança, as ilusões, a amnésia e a agressividade são alguns dos efeitos produzidos pelo consumo de drogas. Como já exposto anteriormente, por vezes, as drogas também são utilizadas como justificativas para a reprodução de comportamentos violentos entre os indivíduos.

### **3.4.2 A vulnerabilidade à violência interpessoal contra mulheres vivendo com HIV/Aids**

Foi após o diagnóstico e/ou revelação do status sorológico que foram intensificadas as agressões sofridas pelas mulheres, os conflitos se apresentaram sob as formas psicológica, física, verbal e sexual. Os sujeitos que protagonizaram a violência contra as mulheres foram essencialmente pessoas conhecidas e principalmente, os parceiros afetivo-sexuais.

O (re)conhecimento do diagnóstico de HIV/Aids permitiu que as mulheres vivenciassem transformações íntimas que influenciaram os seus jeitos de ser, de pensar e de sentir. Tais mudanças, também interferiram nas suas relações com os parceiros afetivo-sexuais. A maioria das mulheres, após o diagnóstico de HIV/Aids, tiveram “alterações” sexuais que favoreceram os conflitos com os parceiros. Muitas apresentaram diminuição do apetite sexual e perderam o interesse em manter as práticas sexuais com o parceiro. Contudo, no intuito de

sustentar/manter os relacionamentos elas cederam às pressões verbais e às insistências dos parceiros e praticaram sexo.

O sexo cedido foi relatado por muitas mulheres, mas só foi narrado quando elas foram questionadas sobre o exercício da sexualidade após o diagnóstico. Algumas mulheres destacaram as mudanças apresentadas por elas e pelos parceiros no comportamento sexual após conhecerem e/ou revelarem o diagnóstico. Porém, em momento algum durante as narrativas elas classificaram o ato sexual, após o diagnóstico, como uma violência sexual. Ainda que a relação sexual tenha ocorrido em um contexto coercitivo, caracterizado como um estupro conjugal, o sexo tenha sido cedido e só consentido após muitas imposições dos parceiros, a prática sexual não foi considerada uma agressão:

Eu não queria ter relação com ele e ele foi normal, como era antes, ele sempre queria ter relação comigo. Era carinhoso, mas, às vezes, eu tinha mais por obrigação porque eu fiquei assim, tipo com trauma. **(E4)**

Ele gosta, eu faço, ele briga pra fazer, eu nunca disse não, eu nunca digo não. Acho que é por isso que ele gosta de mim. Eu tô sempre pra fazer, eu dou na boa... eu não gosto não, eu fico doída pra acabar tudo porque eu tô cansada. Eu aceito fazer, mas quero acabar logo porque eu tô cansada. **(E28)**

#### **- (Des)conhecendo as experiências violentas**

Há uma invisibilidade da violência sexual quando contextualizada como sexo cedido, se o ato sexual a incomoda, a constrange e a deixa insatisfeita ele está indo de encontro ao que o ato se propõe: PRAZER . Este tipo de agressão é sutil e encontrou respaldo, cumplicidade nas mulheres, essa coerção se apresenta de maneira ambígua.

Deste modo, poderíamos considerar que se trata ao tipo de violência simbólica (BOURDIEU, 2003). Foi difícil para elas identificarem este tipo de agressão, ou melhor, elas não perceberam os atos sexuais que praticavam sem vontade como violência, isto deve-se à maneira como a violência simbólica é praticada, é por intermédio da adesão do dominado que concede ao dominante. As mulheres incorporaram a relação de dominação e a conceberam como natural, os parceiros utilizavam algumas armas como o charme, a docilidade, palavras carinhosas ou até mesmo usufruíam da posição de parceiro íntimo para exercer a violência e conseguirem o que queriam. Este tipo de violência foi imperceptível aos olhos das mulheres que a sofreram.

A dominação masculina era exercida de uma maneira que ao mesmo tempo a dominada cedia de maneira espontânea ou sob extorsão, sem qualquer coerção física, era invisível, insidiosa. Elas eram submetidas à dominação (ato sexual), ao juízo do dominante mesmo que estivessem de má vontade ou até contra a vontade. Sentimentos de dever, respeito e devotamento afetivo contribuíram para a manutenção das relações entre dominantes e dominados.

Foi mais fácil que elas percebessem a violência relacionada à nova condição sorológica quando tratou-se de uma agressão física, quando o corpo foi ofendido, quando foram visíveis os hematomas, as lesões, os sangramentos ou quando a violência foi verbalmente declarada, sem que fossem utilizados disfarces ou subterfúgios.

Quatro mulheres (E1, E3, E15 e E16) estabeleceram associação direta entre os episódios da violência que sofreram e a nova condição sorológica, houve semelhanças entre essas quatro histórias, eram mulheres que já haviam sido agredidas por outros parceiros, mas alimentavam a esperança de que a relação atual fosse diferente. Duas (E1 e E15) não tiveram coragem de revelar o diagnóstico, elas temiam a reação do parceiro, mas eles ficaram sabendo por terceiros; E16 após sentir-se segura e ter certeza que os sentimentos do parceiro eram sinceros, verdadeiros, contou sobre a infecção e E3 contou prevendo as possíveis agressões que poderia sofrer, pois estava envolvida com um parceiro violento, usuário de drogas e que praticava furtos.

A epidemia da Aids trouxe um sentido complexo para a conjugalidade, algumas mulheres foram enfáticas em sinalizar as mudanças nos comportamentos dos parceiros após a descoberta do diagnóstico, logo perceberam as agressões, sendo que duas (E3 e E16) conseguiram terminar com o relacionamento. Após muito tempo sofrendo humilhação, menosprezo, críticas e ofensas, com o auxílio do pastor e do psicólogo, E16 conseguiu romper com o parceiro. O processo que conduziu ao término foi descrito como um processo longo, extremamente doloroso e difícil para ela, por diversas vezes ela retrocedeu e hesitou em findar a relação. Porém, com muita perseverança ela conseguiu e hoje reconhece os benefícios de não ter aceitado as agressões. Contudo, E1 e E15 ainda mantêm os relacionamentos, ambas estavam desempregadas e moravam “de favor” na casa dos parceiros, elas dependiam financeiramente deles e toleravam as agressões.

Eu não contei nada pra ele porque eu ia contar, mas foi gente e contou na frente e aí ele pegou e queimou meus documentos todos. Aí, eu disse se eu contar é pior, é capaz até de ele me matar... pois meus documentos tava tudo queimado, oh pra aqui oh, eu tô tendo que tirar tudo de novo, eu tô

gastando dinheiro, oh eu paguei esse registro meu aqui mesmo é novinho, eu tirei agora. Eu reclamei com ele, mas ele oh, oh pra qui oh, eu tirei agora” (me mostra a identidade, a certidão de nascimento, o título de eleitor), “eu paguei R\$22,00, eu tirei tudo agora, tá vendo, tá vendo? Agora, eu falto tirar o meu CPF e a carteira de trabalho. **(E15)**

Quando ele soube ele mudou, ele não soube no início do namoro não, eu fiquei com ele oito anos e ele ficou sabendo quando a gente tinha uns seis anos, porque eu já me sentia a vontade... até que um dia eu falei a verdade. Eu disse a verdade e aí ele mudou, passou a ficar frio, a eu ficar ligando e ele não atendia mais, não ia mais lá, dizia que ele tava bom que ele não podia ficar com uma pessoa AIDÉTICA”... (ênfatisa bem ao falar). “Ele falava bem assim, pra me machucar. Aí, eu tomei pavor e disse: “Eu não quero mais!” **(E16)**

As estratégias utilizadas para agredir eram diversificadas, a intenção era atingi-las direta ou indiretamente, queimando os documentos, ameaçando revelar o diagnóstico para o parceiro atual ou forçando para manter relações sexuais. Diante das situações descritas e analisadas, podemos afirmar que o status sorológico foi uma condição que favoreceu a violência entre os parceiros afetivo-sexuais, houve uma relação direta entre as agressões e o diagnóstico mesmo que este não tenha sido revelado ao parceiro por ela. Como já foi visto anteriormente, após o diagnóstico elas se sentiram inseguras, elas tiveram medos, elas vivenciaram situações estigmatizantes que contribuíram para que fossem desrespeitadas e reduzidas à condição de objeto.

De modo geral, as mulheres com perfil submisso se sentiam desprotegidas, tinham medo de ficar só e achavam que não iriam encontrar outros parceiros, ou seja, nutriam sentimentos que contribuíam para que elas se submetessem aos homens e mantivessem relações desiguais e violentas. As agressões que foram relatadas fragilizavam, entristeciam e enfraqueciam as mulheres o que possibilita o desencadear do adoecimento por Aids. A violência sofrida e praticada pelas mulheres tem relação com as vulnerabilidades no campo subjetivo, estrutural e político, assim sendo a soropositividade surge como uma situação de vulnerabilidade à violência e a violência como uma condição de vulnerabilidade à infecção pelo HIV; portanto, a soropositividade é transversalizada com as questões de gênero e com todos os seus desdobramentos como as relações sexuais como “dever” previsto no matrimônio e a violência conjugal (LIMA; LEITÃO; VIEIRA, 2008).

Os abusos e os maus tratos sofridos por algumas mulheres eram descritos, às vezes, com requintes de crueldades. Certas vezes não era suficiente apenas bater, mas era necessário ainda humilhar, espezinhar e sem titubear provocar muito sofrimento.

### - As estratégias de enfrentamento das situações violentas

Algumas mulheres já não estavam mais dispostas a se sujeitarem à violência e a se submeter ao domínio do outro, então enfrentavam os adversários e respondiam as agressões da maneira que sabiam: com muita violência. Algumas mulheres exibiam com satisfação e orgulho as agressões praticadas em represália a outros atos violentos.

Violência física não, eu nunca dei esse espaço a ninguém principalmente a homem, você é louca? Ah, não, o pai de meus filhos, o que eu vivi 10 anos e pouco com ele, um dia ele deu um tapa no meu rosto, mas pra um dia só pra ele nunca mais bater nem em mim nem em mulher nenhuma, eu derrubei a casa em cima dele, só isso. Peguei tudo que tinha na minha frente eu meti nele, quis matá-lo, peguei a faca ele segurou a faca, eu arrastei lasquei a mão dele toda. Ele não me deu um murro não, ele só fez assim...” (demonstra a agressão no próprio rosto), “nunca mais ele fez nada. Ele entendeu que eu não sou daquelas mulheres que gostam de apanhar...(Sorri). (E6)

Ele pegou e veio apertou o meu pescoço, aí eu oh “vapo”nos ovos dele, apertei, ele não largou meu pescoço não, ele queria que eu largasse primeiro e eu disse que não, era ele primeiro, eu não solto não, aí, quando ele me soltou, eu larguei ele. (E21)

As mulheres demonstravam não reconhecer outras estratégias para enfrentar a violência se não a própria violência. A análise dos discursos permitiu que fugíssemos da visão binária de alocar homens e mulheres em pólos ambivalentes, pois não existem masculinidades e feminilidades universais e, sim, casais que interagem e perpetravam agressões recíprocas. Com o acesso ao mundo subjetivo, através das narrativas, os atos violentos protagonizados pelas entrevistadas foram sendo relatados com riqueza de detalhamento:

Mas eu arrebento ele no pau, eu bato nele mesmo, arrebento ele todo, até ele não querer mais. Eu fico enraivada de ele pegar o meu dinheiro e gastar, aí ele gasta R\$20,00. Ele nunca me bateu, nunca me agrediu, eu é que bato nele, é um bom marido pra mim, faz tudo que eu quero, apanha, eu bato nele. Dou-lhe na cara dele e ele não faz nada, eu fico enraivada porque ele pega meu dinheiro e gasta. Eu tenho tudo como pobre em casa e ele não vende nada, ele só pega meu dinheiro e gasta com maconha. (E26)

A primeira a bater sou eu. Eu bato nesse mesmo e ele não me bate, eu digo que ele é descarado. Eu bato nele e em quem tiver com ele. Ano passado ele encheu a cara e chamou uma mulher defronte pra tomar cerveja quando eu vi... Ah, eu perguntei qual é a dele? Como ele faz isso? Dei porrada e mandei ele acordar, dei uma tapa na cara, e disse: “Acorde descarado, cole

vá!” Saí no portão e falei com ela que ele tinha dono. Dei nela, aí o povo veio e me segurou, as mulheres ficam loucas por ele lá na rua, mas tem 16 anos que aquele homem é meu. Ah... Não venha não, ele diz também, ele tem um medo de mim, mulher. Ele gosta de mim, ele me trata bem, a pessoa sente, não é na cama não, mas é no tratar, e ele gosta de mim mesmo, ele morre de medo de mim. Mas eu bato nele e ele não faz nada, meus vizinhos dizem que se ele for pra cima de mim ainda vai tomar murro na cara.(dá uma gargalhada). **(E28)**

Ele não queria sexo, ele dizia que tava fraco, que tava com seqüela da doença e que tava muito fraco. Aí, eu não fazia nada, mas eu pirraçava ele pra vê se ele queria” (sorri). “Eu falava as coisas pra ele,” (sorri muito) “eu dizia a ele que eu ia procurar outro, aí ele dizia: “você é que sabe, não tá vendo que hoje eu não posso, que eu tô fraco!” Mas eu não procurava não, era só pirraça. (dá uma gargalhada). **(E32)**

Para subjugar seus companheiros, elas lançaram mão da força física, da intimidação e das ameaças. Elas nutriam sentimentos de posse e dominação e agiam por acreditar que os parceiros lhes deviam obediência. Elas ao assumirem essas atitudes sugerem uma postura conhecida de dominação como algumas mães fazem com seus filhos. Elas os tratavam com carinho, afeto, amor e com violência. Esta última, legitimada e justificada pelo intuito de disciplinar, punir e controlar. As mulheres exerciam a violência para impor comportamentos “aceitáveis” e em resposta a outros tipos de violência. Elas subestimavam os parceiros que podiam atuar passivamente, sem agredi-las fisicamente, mas tinham atitudes que lhes desrespeitavam. Mas de certa forma, os companheiros exibiam comportamentos de aceitabilidade deste tipo de agressão.

Para confrontar as situações ameaçadoras, elas lançavam mão dos recursos que conheciam e possuíam, agrediam, tinham comportamentos desviantes e eram favoráveis à violação das normas sociais. Outras não tinham ciência dos direitos que lhes assistiam, tinham vergonha e se sentiam constrangidas em publicizar as agressões, então, aceitavam e se submetiam à violência.

Estratégias de resistência foram traçadas frente aos perpetradores e construídas com o apoio dos familiares, profissionais de saúde, do judiciário e de segurança, líderes espirituais e amigos. Por não suportar mais a violência a maioria das mulheres se separou e/ou fugiu de seus próprios lares, carregando apenas os filhos e a roupa do corpo. Elas saíam amedrontadas, mas diante da oportunidade de reconstruir suas histórias longe dos parceiros, e buscarem atribuir um outro significado a vida, elas não hesitaram, foram para casa de parentes, amigos, entre outros:

Eu chorava, dava queixa, mas continuava tudo igual até que ele morreu.(E24)

Ninguém agüentava mais, porque a loucura dele eu não agüentava mais. Ele era violento, batia na pessoa, ele usava droga, ele era desse tipo, ele me batia muito, ele batia até na mãe, quando ele me bateu, eu caí fora. Eu separei e vim me embora, eu morava com ele em Cruz das Almas, aí depois que eu separei dele eu conheci esse...eu arrumei minhas coisas e fui embora. (E30)

Outras mulheres (quatro) buscaram a delegacia reconhecendo-a como uma instituição mediadora de conflito, contudo em apenas um caso o registro do boletim de ocorrência gerou um processo judicial, nos demais não houve resolução legal para os casos.

Hoje, a DEAM é reconhecida como um espaço de denúncias, a instância que defende os direitos da mulher, os sujeitos sociais a legitimam como uma instância que deve ser de resolução imediata, ou seja, que só em formalizar a queixa, o registro no boletim de ocorrência já deveria produzir efeitos como as mudanças dos comportamentos agressivos. Só em prestar a queixa os sujeitos já criam uma série de expectativas como a ruptura da reciprocidade familiar, o resgate da auto-confiança e da auto-estima. Muitas se dirigem a DEAM com muita raiva, com vergonha e magoadas, outras seguem até lá convictas da denúncia para castigar o agressor, para fazê-lo melhorar ou para amedrontá-lo, embora nem sempre as vítimas desejem formalizar as queixas em registros de ocorrência (BRANDÃO, 2006).

A não resolução dos outros três casos contribuiu para que as mulheres que estiveram na situação de violência concebesssem a delegacia como uma instância omissa que não produz os efeitos desejados:

Eu denunciei, mas isso é um problema. Eu fui na Delegacia da Mulher, denunciei, mas ele é mecânico, ele tem um bom emprego, ele conhece muita gente, chamaram ele na delegacia. Ele se apresentou com um advogado e tá aí até hoje, não deu em nada. Eu nunca tirei a queixa, eu já precisei ir pra emergência, já tomei remédio. Ele já quebrou meu rosto todo com um soco que ele deu, quando eu cheguei no hospital eu falei a verdade. Eu disse que foi um murro que eu levei, foi no HGE, aí me mandaram pra casa, eu já tinha ido na delegacia e não deu em nada. Eu voltei pra casa e ficava com ele e acontecia tudo de novo. (E17)

Destaco que os registros citados antecederam o ano de 2006, período em que foi instituída a Lei Maria da Penha. Contudo, não há justificativa para a inoperância do sistema.

O relato acima demonstra que não houve articulação intersetorial, os serviços limitaram os atendimentos e vislumbraram a violência como uma questão uniforme, eles não perceberam a agressão como um evento multifacetado que requer a ação integrada das diversas disciplinas.

Assim, observa-se que foram implementadas assistências dicotômicas, o hospital viu a lesão dissociada do sujeito, do contexto de vulnerabilidades e a delegacia deu seguimento aos procedimentos legais sem focar as subjetividades dos indivíduos, cada setor visualizou a sua parte e a assistência prestada foi fragmentada. A mobilização e integração dos diversos setores seriam fundamentais para auxiliar as mulheres no enfrentamento da violência da violência contra a mulher.<sup>29</sup>

De acordo com o que foi apresentado sobre as situações de violência vividas pelas mulheres que participaram da pesquisa foi construído abaixo o Quadro 6 que focaliza a natureza, o agressor e a reação das mulheres no enfrentamento desta agressão.

---

<sup>29</sup>A violência é um fenômeno que tem representação social e integra muitos outros processos históricos complexos nos quais sendo a sua intervenção possível a partir da articulação entre os âmbitos biológico, subjetivo e social. Para dimensionar e compreender as repercussões da violência na saúde é mister a abordagem inter e transdisciplinar que incluem as visões quantitativas e qualitativas do fenômeno (MINAYO, 2006). Partindo dessa perspectiva mais ampliada do que venha ser a violência e considerando a magnitude com o que o tema deve ser tratado em 2007 foi firmado pelo presidente do Brasil, Luís Inácio Lula da Silva, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência Contra as Mulheres. O pacto plurianual 2008-2011 tem o objetivo de fortalecer a democracia, com igualdade de gênero, raça e etnia, e a cidadania com transparência, diálogo social e garantia dos direitos humanos. São áreas estruturantes do Pacto a consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Esta política vem se consolidando e teve como principais realizações: a sanção da Lei Maria da Penha; a criação do Observatório da Lei Maria da Penha, que monitora a aplicação da legislação junto ao Judiciário, Executivo e à Rede de Atendimento às Mulheres em situação de Violência; a capacitação dos profissionais da Rede de Atendimento, desde 2003; a padronização do atendimento das Delegacias Especializadas, dos Centros de Referência com ações globais e atendimento interdisciplinar (psicológico, social, jurídico, de orientação e informação), entre outros. (BRASILa, 2007; 2005).



**QUADRO 6** Faces da violência entre mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas em serviços de referência em Salvador e Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009

SUJEITO	NATUREZA	AGRESSOR (ES)	REAÇÃO
<b>E1</b>	Sexual e física	Ex- companheiro	Terminou o relacionamento
	Sexual, física e psicológica	Companheiro	Se submeteu à situação
<b>E2</b>	Física	Mãe	Saiu de casa
		Ex-namorado	Terminou o relacionamento
<b>E3</b>	Psicológica e verbal	Ex-patroa	Saiu do emprego
	Sexual, física e psicológica	Ex-companheiro	Terminou o relacionamento
<b>E4</b>	Sexual	Companheiro	Não percebeu a agressão
<b>E5</b>	Física	Policiais	Se submeteu à situação
	Sexual e física	Clientes	Se defendeu com violência
	Sexual e física	Ex-companheiro	Terminou o relacionamento
<b>E6</b>	Física	Ex-companheiro	Se defendeu com violência
<b>E7</b>	*		
<b>E8</b>	Verbal	Vizinha	Se submeteu à situação
<b>E9</b>	*		
<b>E10</b>	Verbal	Vizinhos	Se afastou
		Colegas da escola e professores	Cedeu às imposições e promoveu uma seção de educação e saúde na escola
<b>E11</b>	Sexual	Amigo do ex-namorado	Se submeteu à situação
	Sexual e física	Ex-namorado	Terminou o relacionamento
<b>E12</b>	*	*	*
<b>E13</b>	*	*	*
<b>E14</b>	*	*	*
<b>E15</b>	Sexual, física, psicológica e verbal	Clientes	Se submeteu à situação
	Física	Outras mulheres	Se defendeu com violência
	Sexual, física, psicológica e verbal	Companheiro	Se submeteu à situação
<b>E16</b>	Física e verbal	Ex-companheiros	Terminou os relacionamentos
<b>E17</b>	Sexual	Desconhecido	Prestou queixa na delegacia
	Sexual e física	Ex-companheiro	Terminou o relacionamento
<b>E18</b>	Física e verbal	Irmão	Se submeteu à situação
	Sexual	Companheiro	Não percebeu a agressão
<b>E19</b>	Física	Policiais	Se submeteu à situação
	Sexual e física	Clientes	Se defendeu com violência
	Física	Outras mulheres	Se defendeu com violência
	Sexual, física e verbal	Ex-companheiros	Se defendeu com violência
<b>E20</b>	Física e verbal	Cunhada e irmão	Prestou queixa na delegacia
	Física e verbal	Desconhecido	Prestou queixa na delegacia
	Sexual, física e verbal	Ex-companheiros	Terminou o relacionamento

<b>E21</b>	Física	Ex-companheiro	Se defendeu com violência
<b>E22</b>	Física	Ex-companheiro	Se defendeu com violência
<b>E23</b>	Física e verbal	Ex-companheiros	Se defendeu com violência
<b>E24</b>	Sexual e física	Ex-companheiro	Se submeteu à situação
<b>E25</b>	Psicológica	Ex-namorado	Terminou o relacionamento
<b>E26</b>	Sexual	Ex-namorado	Prestou queixa na delegacia
		Companheiro	Não percebeu a agressão
<b>E27</b>	Sexual	Companheiro	Se submeteu à situação
<b>E28</b>	Física	Ex-companheiro	Se defendeu com violência
<b>E29</b>	*	*	*
<b>E30</b>	Física	Ex-companheiro	Terminou o relacionamento
<b>E31</b>	Física	Ex-companheiros	Terminou o relacionamento
<b>E32</b>	Física	Ex-companheiros	Se defendeu com violência

\* Referiram nunca ter vivenciado situações de violência.

Para o enfrentamento da violência, além de medidas judiciais, outros atendimentos devem ser incluídos na assistência, a exemplo do atendimento psicológico. A psicoterapia feita no serviço de infectologia do Hospital Roberto Santos foi dita por uma mulher como uma estratégia importante para o enfrentamento da violência. Além dos atendimentos individuais, lá também ocorriam atividades em grupo, porém nenhuma mulher falou de sua participação efetiva nos grupos de apoio ou grupos terapêuticos, entre as justificativas para não adesão estavam a indisponibilidade de tempo, as dificuldades financeiras para custear o deslocamento/transporte e principalmente o desinteresse em compartilhar suas histórias de vida.

Eu já vim aqui, mas achei mais ou menos, eu já tenho meus problemas aí venho e ainda tenho que ouvir o dos outros? Colocar um e o outro junto, é muita coisa, você tem seu problemas, ainda tem que ouvir o dos outros? Ainda tem que se preocupar com o problema dos outros? **(E18)**

Eu nunca participei de nenhum grupo, eu conheço, mas talvez por falta de tempo, por falta de interesse também. Eu não sei como eles funcionam porque eu nunca participei de nenhum, mas já me convidaram, mas eu nunca quis, nunca. Essa falta de interesse pode ser pela falta de tempo também, porque esse negócio de grupo é tipo religião, se eu for um dia eu vou ter que ir toda semana, então eu não gosto desses compromissos, eu tenho que ir toda semana... uma das coisas que me afastou foi isso aí eu falei pro rapaz aqui” (no HRS), “ele disse que eu tinha que está pontual, toda semana, ai eu falei tô fora (sorri). **(E6)**

O estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os sujeitos poderia ter contribuído para integração deles nos grupos, para revelarem suas histórias era preciso que conseguissem estabelecer relações de confiança e dialógica. As terapias em grupo poderiam

ter integrado os sistemas de apoio às mulheres em situação de violência, os encontros poderiam ter favorecido o estabelecimento de relações de confiança, a construção de redes informais de apoio, a troca de experiências e o compartilhamento dos sentimentos. Medidas de sensibilização que poderiam ter sido utilizadas para estimular a participação dos sujeitos nos grupos de convivência.

Como critério de pertencimento ao grupo, que funcionava no ambulatório de infectologia do Bobs, estava estabelecida a categoria particular: pessoas soropositivas. O grupo favorece que o indivíduo entre em contato com o outro e com ele mesmo, compartilhe os estigmas com seres iguais, se solidarizem e estabeleçam e reconheçam a identidade entre os pares. O grupo pode funcionar como uma rede de ajuda mútua, em que os sujeitos compartilham sofrimentos e experiências semelhantes (GOFFMAN, 2008).

Os grupos terapêuticos podem ser utilizados com diversos objetivos e devem extrapolar a centralidade das discussões no aspecto sorológico, era comum observar que as discussões no grupo centravam-se na doença e em temas a ela relacionados, mas os sujeitos integrantes do grupo podem e devem ter outras situações comuns que fazem parte do cotidiano e que podem compartilhar. O grupo pode funcionar como uma estratégia para promoção da saúde, a educação em saúde interfere no processo de qualidade de vida. A proposta de compartilhar saberes e experiências no grupo contribui para o empoderamento e autonomia de seus integrantes no enfrentamento de diversas situações que acarretam agravos a sua saúde física e mental.

As narrativas acima sugerem que outras questões além da nova condição sorológica circundam o universo dos sujeitos, é importante considerar que problemas que fazem parte do cotidiano feminino também estão presentes na vida das mulheres vivendo com HIV/Aids. A visão patologizante da infecção dificulta a identificação de outras demandas das mulheres, pois centraliza na doença, na condição sorológica, a única e mais pertinente explicação para todos os agravos à saúde das mulheres soropositivas.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa tese buscou compreender as dimensões da vulnerabilidade à violência interpessoal contra mulheres vivendo com HIV/Aids, atendidas em serviços de referência para pessoas soropositivas da Bahia. Propor a discussão dessa temática foi um grande desafio, visto que a abordagem de assuntos subjetivos no âmbito hospitalar pareceu algo inusitado. As mulheres demonstraram que não estavam familiarizadas com propostas dessa natureza, contudo, acolheram muito bem a iniciativa e discorreram com sensibilidade e aprofundamento as questões levantadas.

A metodologia qualitativa adotada na pesquisa revelou-se fundamental para compreensão do objeto de estudo, embora saibamos que os achados não permitem generalizações e universalizações. As entrevistas foram permeadas por momentos de interação, choros, sorrisos e gargalhadas, reações insólitas no ambiente hospitalar, mas que circundaram corriqueiramente os discursos. A demonstração de sentimentos e emoções no contato face a face estabelecido entre a entrevistadora e as mulheres, contrastou com os comportamentos frios e distantes observados nos usuários durante o aguardo das consultas nas salas de espera do ambulatório de infectologia do Bobs e do CTA/SAE.

O contexto em que aconteceram as consultas médicas não favoreceu o envolvimento entre as mulheres e os profissionais de saúde, os atendimentos eram centralizados na doença o que não oportunizou que os sujeitos tivessem ampliadas as suas possibilidades de aquisição de conhecimentos, de informações e que fossem oportunizadas as trocas entre os saberes científicos e o senso comum.

A série de aparatos tecnológicos disponíveis, na atualidade, não contribuiu para a prevenção, diagnóstico e tratamento precoce das mulheres vivendo com HIV/AIDS. A morosidade na identificação do vírus deveu-se aos profissionais terem tido suas práticas guiadas por fundamentos teóricos ultrapassados e por ainda considerarem padrões estereotipados sobre o modo de infecção do HIV entre as mulheres. A manutenção da concepção de grupos de risco impediu o diagnóstico precoce, pois como algumas mulheres não tinham características pessoais que as classificassem nesses grupos, os exames não eram requisitados e as condutas médicas vislumbravam outras patologias, exceto a Aids. Seria fundamental a inclusão da investigação do status sorológico, como exame de rotina nas consultas periódicas de atendimento às mulheres nos diversos ciclos da vida.

A ineficiência da assistência foi acentuada, também, pelas dificuldades das mulheres em acessarem serviços de saúde de qualidade. As baixas condições sócio-econômicas que

possuíam interferiram nas suas possibilidades de auto-cuidado e de reconhecimento das situações de vulnerabilidade à infecção pelo HIV. A prevenção da infecção ou da reinfecção pelo HIV entre as mulheres foi influenciada pela dinâmica das relações entre os parceiros afetivo-sexuais, assim a exposição das mulheres ao vírus esteve relacionada ao contexto de intimidade, que incluiu relações sexuais cedidas, comportamentos impositivos para manutenção das práticas sexuais, disputas de poder na conjugalidade e negociações para aderir ao uso do cóndom. Estas foram algumas das situações que potencializaram os riscos de Aids entre os casais soronegativos, soropositivos ou sorodiscordantes.

É importante que os profissionais de saúde e as mulheres estabeleçam uma relação dialógica que viabilize o acesso às informações e aos insumos de prevenção da infecção e reinfecção pelo HIV. Esta relação deve ser pensada de acordo com toda complexidade que envolve os sujeitos e suas relações, pois é preciso que o profissional compreenda como as mulheres vivenciam a infecção pelo HIV, os sentimentos que as acometem ao conhecerem o novo status sorológico, as possíveis transformações nas relações sociais, os impactos que são ocasionados na relação delas com o outro e consigo mesmas e como eles podem ajudá-las a se reconstruírem e enfrentarem positivamente essa nova etapa da vida. Após a descoberta do diagnóstico de HIV as mulheres precisam se reestruturar e reorganizar suas vidas.

Sem dúvida, na história de vida das mulheres que adquiriram o vírus há uma linha imaginária que divide as suas biografias em um momento que vem antes e outro que segue depois do diagnóstico. Não é possível ignorar as mudanças bio-psi-sociais propiciadas pela nova condição sorológica, algumas alterações podem ser facilmente percebidas (emagrecimento e queda de cabelo) já outras são mais difíceis de serem identificadas, pois nem sempre estão localizadas no físico.

Deste modo, para conhecer as variações, é necessário que os profissionais adquiram habilidades para ver algo mais, é preciso ir além da doença, se aproximar, realizar escutas ativas e permitir se sensibilizar com o outro, as suas histórias e as suas dores, pois nem sempre os sujeitos conseguirão expressar o que sentem e o que desejam, mas os profissionais poderão perceber e sentir. Às vezes, durante o atendimento, os indivíduos se sentem acuados e inibidos com a postura prática e meramente técnica de alguns profissionais, o distanciamento nas consultas, além de afastar os sujeitos, impede que relações de confiança se estabeleçam.

A descoberta do diagnóstico trouxe repercussões para saúde e para a vida das mulheres como a vivência de medos, culpas, estigmas, rupturas, auto-agressões e violência interpessoal na esfera pública e privada. Para enfrentar tais situações alguns sujeitos procuraram motivações pessoais, buscaram forças em si e no outro, contaram com o apoio de redes sociais

composta por parceiros, amigos, familiares e líderes religiosos. A religião contribuiu para que as mulheres tivessem as energias renovadas, passassem a acreditar na possibilidade de cura, sonhassem com dias melhores nos quais elas poderiam viver intensamente. Além do envolvimento religioso, o retorno aos estudos, o fortalecimento das relações familiares foram algumas das situações que contribuíram para que os sujeitos desviassem um pouco a atenção da doença e centrassem neles próprios enquanto sujeitos sociais com direitos, deveres e com diversas possibilidades para serem felizes.

Em busca da felicidade e do exercício pleno da feminilidade algumas mulheres, após o diagnóstico, tentaram dar continuidade às suas vidas sexuais e se permitiram viver velhas e/ou novas experiências amorosas-sexuais. Em contrapartida, outras, ainda ressentidas com as decepções que viveram no campo afetivo se resguardaram dos possíveis sofrimentos e decepções, se esforçavam por ficar incólumes sentimental e sexualmente.

A manutenção de relações sexuais permeadas por um contexto “amoroso” e de prazer foi a práxis dessas mulheres antes de conhecerem o status sorológico, tendo como exceção apenas três mulheres que comercializavam o sexo. Contudo, após a descoberta da infecção muitas mudanças ocorreram nas vidas sexuais das mulheres que influenciaram para transformações no plano das relações sexuais. A diminuição da libido e a necessidade de se adaptar às novas práticas sexuais tornou o momento do sexo um tanto quanto tenso, foi muito difícil para algumas mulheres terem que se adaptar ao uso do cóndom masculino, assegurar-se da confiabilidade e manter a regularidade no uso deste preservativo. A inadaptabilidade ao uso do método implicou em conseqüências como a gravidez não planejada e a necessidade de adesão às medidas de prevenção da transmissão vertical.

Foi só após se depararem com estas circunstâncias que os profissionais de saúde perceberam a necessidade de realizar orientações circunstanciadas sobre as práticas sexuais e reprodutivas, mas estas experiências não foram suficientes para que houvesse uma reestruturação das consultas, não ocorreu a ampliação e/ou inclusão de discussões sobre os aspectos da sexualidade para todas as mulheres atendidas. Durante as consultas médicas havia apenas uma sinalização da importância do uso do cóndom durante as práticas sexuais, portanto, eram abordagens pontuais e informativas.

O tema das práticas sexuais e reprodutivas de mulheres vivendo com HIV/Aids é de interesse desses sujeitos, e deve ser também dos profissionais de saúde e de toda a população, pois diante da magnitude que a infecção pelo HIV atinge, qualquer âmbito que envolva este tópico pode ser considerado de interesse e utilidade universal. Durante os atendimentos, manter o silêncio sobre os assuntos que circundam a sexualidade propicia que as práticas

sexuais sejam mantidas de maneira insegura, porque não oportuniza o acesso das mulheres às informações, inviabiliza reflexões, desfavorece o debate e dificulta o empoderamento feminino.

Com relação ao exposto, os profissionais de saúde precisam promover mudanças paulatinas em suas práticas, acolher as demandas femininas e permitir que as mulheres sejam atendidas em suas necessidades bio-psico-sociais. A soropositiva não pode ser percebida como mulher apenas quando engravidada, para que faça uso de antiretrovirais a fim de diminuir os riscos de transmissão vertical, mas sim, durante todo o atendimento em qualquer fase de sua vida. Ademais, não se pode ignorar que as mulheres vivendo com HIV/Aids têm direitos e podem fazer escolhas sobre suas vidas sexuais e reprodutivas tais como: se quer ou não ter relações sexuais, quem será o parceiro(a) e com quantos(as) irá manter relações, se deseja ou não ter filhos, o que lhe dá ou não prazer e quais são suas fantasias sexuais. Essas e qualquer outra coisa que seja de interesse dos sujeitos devem ser incluídas nas pautas das consultas e ser objeto de diálogo entre os profissionais e as usuárias.

Embora, nem sempre as mulheres consigam identificar suas demandas pessoais, nem sempre elas percebem o que realmente está lhes afligindo. No estudo, algumas mulheres ignoravam as situações que vivenciavam que estavam contribuindo para o agravamento da saúde e desfavoreciam sua qualidade de vida. A violência foi uma situação que fez parte do cotidiano de muitas mulheres tanto antes como depois do diagnóstico de HIV/Aids.

A violência e a Aids são dois fenômenos sociais extremamente complexos e multifacetados que estiveram inseridos na dinâmica das relações desiguais de gênero e que necessitaram ser abordados simultaneamente, pois a violência contra a mulher surgiu tanto como uma causa quanto como uma consequência da infecção pelo HIV/Aids nas mulheres. O estudo da associação entre esses acontecimentos foi importante para que a violência nas relações entre parceiros afetivo-sexuais fosse identificada como uma situação que contribuiu para a vulnerabilidade de mulheres ao HIV/Aids, além disso, após instalada a infecção a violência surgiu na vida feminina, às vezes, reveladas através de posturas que as estigmatizavam, de agressões físicas e psicológicas. Já em outros momentos, a violência foi velada, surgiu disfarçada em um contexto relacional “harmonioso” e amoroso que contribuiu para que as mulheres ignorassem as agressões. Entre as condições identificadas como de vulnerabilidade à violência que estiveram presentes na vida das mulheres que participaram do estudo destacaram-se: a situação de desemprego, a troca de sexo por dinheiro, o uso de drogas, a manutenção de relações íntimas com usuários de substâncias psicoativas e com indivíduos em conflito com a lei e a revelação do diagnóstico sorológico ao parceiro.

As mulheres estiveram envolvidas em diversos episódios de violência, em determinados momentos na posição de vítima e em outros assumiram o papel de algozes, no entanto, essa postura surgiu muito mais em resposta aos atos violentos do outro. Mulheres e homens, juntos, protagonizaram cenas de humilhação, ameaça, constrangimento, estupro marital e outros tipos de violências. Porém, foram os parceiros afetivo-sexuais os principais perpetradores das violências relatadas. Foi difícil para as mulheres romperem com as agressões, poucas buscaram instituições mediadoras de conflitos, a maioria se protegeu rompendo as relações afetivas, se separando dos parceiros, apesar de algumas ainda manterem os relacionamentos violentos em virtude da dependência afetiva e econômica.

O empoderamento dos sujeitos é fundamental para que interrompam os ciclos de violência e construam outro panorama social, no qual a violência e as desigualdades cedam o lugar à paz e à cidadania plena. O reconhecimento da violência e das situações de vulnerabilidade à violência em mulheres com HIV/Aids são objetos precípuos para que seja estabelecida uma assistência de qualidade, para que sejam formuladas e ampliadas as políticas públicas para o enfrentamento da violência. É relevante que haja a identificação das mulheres em situação de violência para que elas sejam incluídas em programas de investigação e prevenção da violência após o diagnóstico da doença, considerando que devem ser assegurados os seus direitos de cidadãs. Tais medidas vêm a contribuir com a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, quando somadas aos avanços científicos que têm possibilitado o aumento da expectativa de vida dos indivíduos soropositivos.

Para a melhoria da assistência às mulheres vivendo com HIV/Aids é preponderante a implementação de mudanças que reorganizem as práticas de saúde sob a ótica da integralidade da atenção, é mister a interlocução entre as políticas de atenção à saúde das mulheres, pois ao compreendermos o enredamento que envolve o universo feminino identificamos que alguns assuntos devem ser transversais para que as políticas possam incluir as mulheres e não excluí-las.

Assim, recomenda-se que seja revista a maneira como as políticas são pensadas e como os modelos de atenção à saúde da mulher estão sendo implementados. Pois, para que haja uma reorganização das práticas se faz necessária a capacitação dos profissionais de saúde através de cursos de extensão, com o aumento da participação deles em cursos de pós-graduação, a partir da revisão dos currículos dos cursos de graduação, enfim com aprimoramento dos conhecimentos através da inclusão das temáticas, já abordadas no ensino.

Diante do panorama traçado, o estudo não teve a pretensão de exaurir as discussões sobre como as mulheres vivenciam a infecção pelo HIV, a sexualidade e as situações de



violência, mas em atribuir visibilidade social à problemática, favorecendo a compreensão de alguns aspectos que envolvem a vida de mulheres soropositivas e despertar para a necessidade de que outras pesquisas sejam realizadas. A análise apresentada e outras iniciativas do tipo, serão fundamentais para reestruturação das práticas de saúde e para o reconhecimento das mulheres vivendo com HIV/Aids como sujeitos sociais.

## REFERÊNCIAS

- ALDEODATO, VG et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista Saúde Pública**. 39(1); 108-113p. 2005.
- ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19(2), 301-331p. 2009.
- ALMEIDA, LCG de. **Violência sexual e quimioprofilaxia do HIV: percepção de mulheres**. 2004. 141 p. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador.
- ALMEIDA, MR de CB de; LABRONICI, LM. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras de HIV contada pela história oral. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(1): 263-274p, 2007.
- ALVES, JAL. **Os Direitos Humanos como temas Global**, São Paulo: Perspectivas, 1994.
- ALVES, P.C.; RABELO, M.C. Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade. In: RABELO, M.C; ALVES, P.C. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, 171-186p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington (DC); 1994.
- ANGELONI, MT. Elementos intervenientes na tomada de decisão. **Ci. Inf.** Brasília, 32(1), 17-22p., jan-abr, 2003.
- AQUINO, EM et al. Gênero Sexualidade e Saúde Reprodutiva: a construção de um novo campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p.198, 2003.
- ARAÚJO, FS. A malha técnico-científica. Porto Alegre: UFRGS, 1998.
- AYRES, JRCM et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**, 2003, 117-139p.
- AYRES, JRCM et al. Vulnerabilidade e Prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, RM; PARKER, R (org). **Sexualidade pelo Avesso-Direitos, Identidades e Poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed34, 1999, 49-72p.

AZERÊRO, S. Teorizando sobre gênero e relações raciais. **Revista Estudos Feministas**. n 2, 2ºsem/1994, p. 203-216.

BARALDI, ACP. **O conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas distritais de saúde de Ribeirão Preto –SP acerca da violência contra a mulher cometida por parceiros íntimos**. 2009. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública.

BARBOSA, RM; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(Sup 2), 291-300p., 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979, 226p.

BAUMAN, Z. **Medo líquido**. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2008. 7-34p.

BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade das relações humanas**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2004. 15-54p.

BERER, Marge. 1997. **Mulheres e HIV/AIDS: um livro sobre recursos internacionais**. São Paulo: Brasiliense.

BERGER, P.I.; LUCKMANN, T. Os fundamentos do conhecimento na vida cotidiana. In: **A Construção Social da Realidade**. 8ª edição Petrópolis: Vozes, 1973 [1966], p. 35-68.

BERQUÓ, E; BARBOSA, RM; LIMA, LP. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Rev Saúde Pública**.42(Supl 1):34-44p. 2008.

BERTOLAMI, MC. Mecanismos de hepatotoxicidade. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V85, Supl V, 25-27p., Outubro, 2005.

BOLETIM EPIDEMOLÓGICO, Secretaria da Saúde do estado da Bahia. CREAIDS-BA. Centro de Referência Estadual da Aids. Salvador, v.1, n.1 (2006).

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. 4 ed. Rio de Janeiro: Bertran Brasil, 2008, 322p.

\_\_\_\_\_. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003

\_\_\_\_\_. A dominação masculina revisitada. In: LINS, D. **A dominação masculina revisitada**. Campinas: Papirus, 1998.

\_\_\_\_\_. Escritos de Educação. NOGUEIRA, MA; CATANI, A. (org). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

\_\_\_\_\_. *Pierre Bourdieu avec Lôic Wacquant; réponses*. Paris: Seuil. 1992

BOURDIEU, P; CHAMBOREDON, JC; PASSERIN, JC. **Ofício de Sociólogo. Metodologia da pesquisa na sociologia**. 5ª Ed. Petrópolis: Vozes, , 2004, 328p.

BRANCO, ME; MORGADO, AF; CAMILO-COURA, L. **Anuário Acad. Nac. Méd.**; 161(1):14-20, jan-jun. 2001.

BRANDÃO, ER. Renunciante de direitos? A problemática do Enfrentamento Público da Violência Contra a Mulher: o Caso da Delegacia da Mulher. **PHYSIS. Rev Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 16(2): 207-231, 2006.

BRASILa, MJ. “CONVENÇÃO BELÉM DO PARÁ”. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. “Convenção De Belém Do Pará” (Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994). 1996.

BRASIL, MS. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório Situacional. Bahia. Brasília, 2009.

BRASILb, MS. Diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2007/2008 [www.saude.rio.rj.gov.br/aids//media/dstaid\\_s\\_consenso\\_adulto\\_2008.pdf](http://www.saude.rio.rj.gov.br/aids//media/dstaid_s_consenso_adulto_2008.pdf).

BRASILa, MS. Boletim Epidemiológico de Aids e DST. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. 2008.

BRASILb, MS. Boletim Epidemiológico de Aids e DST. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. 2007.

BRASIL, MS. Manual de prevenção de suicídio. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde Mental. S/d.

BRASILa, MS. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica em HIV e Aids. Brasília: Secretaria de Vigilância e Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. 2005.

BRASIL, MS. Atenção Humanizada ao abortamento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4, Brasília: MS, 2005. 32p.

BRASILa, MS. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

BRASILb, MS. Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV/ Secretaria Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.- Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 64p.

BRASILa, MS. Boletim Epidemiológico – AIDS. Ano XV nº 01 –48ª/2001 à 13ª/2002 Semanas Epidemiológicas – outubro de 2001 a março de 2002. Brasília, 2002.

BRASILb, MS. Política de Distribuição do Preservativo Masculino na Prevenção ao HIV/Aids e DST no Brasil. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids, 2002, 29p.

BRASIL, MS. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196/96. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v. 4, 1996, p. 15-25.

BRASILc. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASILa. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Enfrentando a Violência contra a Mulher. Balanço de Ações 2006-2007. Brasília: SEPM, 2007. 61p.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Enfrentando a Violência contra a Mulher* – Brasília: SEP M, 2005. 64p.

BRASIL. *RETRATO DAS DESIGUALDADES GÊNERO E RAÇA*. Fundo de Desenvolvimento para Nações Unidas para Mulher- UNIFEM e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA.

BRITO, N; CRUZ, EF. Fios da Vida: tecendo o feminino em tempos de aids. Disponível em <[http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/fios\\_vid/fios1.htm](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/fios_vid/fios1.htm)> Acesso em: 20 de janeiro de 2007.

BRITO, A.M. de; et al Tendência da transmissão vertical da Aids após a terapia anti-retroviral no Brasil. **Revista de Saúde Pública**; 2006, 40 (supl): 18-22.

BULMAN, R. J.; FRIEZE, I. H. A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2). 1983. 1-17p.

CAMPOS, EBV; COELHO JR, NE. Incidências da hermenêutica para a metodologia da pesquisa teórica em psicanálise. **Estudos de Psicologia**. Campinas: 27(2), 247-257, abril – junho/2010.

CASAES, NRR. **Suporte social e vivência de estigma: um estudo entre pessoas com HIV/Aids**. 2007. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

CASAL, A.Y. Da explicação a compreensão. In: **Para uma Epistemologia do discurso e da prática antropológica**. Lisboa: Edições Cosmos, 1996, p. 23-46.

CASIQUE, LC. **Violência perpetrada por companheiros íntimos às mulheres em Celaya-México**. 2004. Tese apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CASTRO, MMG; ABOMOVAY, MS; SILVA, LB da. *Juventudes e sexualidade*. Organizações das Nações Unidas para Educação, a ciência e a Cultura- UNESCO. 2004.

CARNEIRO, S. “Gênero, Raça e Ascensão Social.” **Revista Estudos Feministas**, vol. 3, nº 2, 1995, pp. 458-463.

CECHIM, PL; SELLI, L. Mulheres com HIV/Aids: fragmentos de sua face oculta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 60(2), mar-abr, 2007, 145-149p.

CNPD - Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Cairo+5: o caso brasileiro. Brasília: CNPD/ Ministério do Orçamento e Planejamento, 1999.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. Estratégias da igualdade: Plataforma de ação para implementar os compromissos assumidos pelo Brasil na quarta conferência mundial da mulher. Brasília: CNDM, 1997.

CUNHA, PJ; NOVAES, MA. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento/ Neurocognitive assessment in alcohol abuse and dependence: implications for treatment . **Rev Bras Psiquiatria**; 26(supl.1): SI23-SI27, maio 2004.

CHAZAN, LK. O Corpo Transparente e Panóptico Expandido: Considerações sobre as Tecnologias de Imagem nas Reconfigurações da Pessoa Contemporânea. **Physis**. 3(1),:193-214p. 2003.

COSTA, CR et al. Asymptomatic oral carriage of candida species in hiv-infected patients in the highly active antiretroviral therapy ERA. **Rev. Inst. Med. Tropical São Paulo**. 48(5):257-261, September-October, 2006.

COSTA, C de L. “O Tráfico do gênero”. **Cadernos Pagu (11): trajetórias do gênero, masculinidades...** Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero/ UNICAMP, 1998, pp. 127-140.

COUTO, MT et al. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**. 11(Sup): 1323-1332,2007.

CROSSLEY, ML. Survivors and victims: long-term HIV positive individuals and the ethos of self-empowerment. **Social Science and Medicine**, vol 45 (12), p. 1863-1873.

CUNHA, CC da. **Revelado vozes, desvendando olhares:os significados do tratamento para o HIV/AIDS**. 2004. Dissertação de mestrado -Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

CUNHA, PJ; NOVAES, MA. Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) do Instituto Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. **Rev Bras Psiquiatria**,;26(Supl I):23-27. 2004.

DANIEL, H; PARKER, R (org). **Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. São Paulo: Iglu, 1991

DANTAS-BERGER, SM; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2): 417-425, mar-abr, 2005.

DILTHEY, W. **Essência da filosofia**. Lisboa: Presença, 1979.

DRUMOND JUNIOR, M; BARROS, MB de A. Desigualdades socioespaciais na mortalidade do adulto no Município de São Paulo. **Rev. Brás. Epidemiol.** 2(1/2), , p. 34-49p. 1999

ESMANHOTO, R et al. Perfil epidemiológico da paciente HIV-positiva atendida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. **Jornal Brasileiro Aids**; 3(4):23-30, dez. 2002.

FARIA, JB de; SEIDL, EMF. Religiosidade, Enfrentamento e Bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v11, n1, p.155-164, jan/abr. 2006.

FARIAS, MSQ de; DIMEINSTEIN, M. Configurações do ativismo anti-aids na contemporaneidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.1, p. 165-174, jan/abr.2006.

\_\_\_\_\_. Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão e Literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 18(3), 381-389p. 2005

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Aurélio século XXI**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. In: Alves, PC; Minayo, MC (org). **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 101-111P.1994.

FIGUEIRA, I; MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev Bras Psiquiatria.**;25(Supl I):12-16p. 2003

FIGUEIREDO, B. Maternidade na adolescência: consequências e trajetórias desenvolvimentais. **Análise Psicológica**, 18 (4), 485-499. 2000



FREITAS, MRI de; GIR, E; RODRIGUES, ARF. Dificuldade sexual vivenciada por mulheres em crise de HIV-1. **Rev. Latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.3, p.76-83, julho 2000.

FONSECA, MG P.; TRAVASSOS, C; BASTOS, FI; SILVA, N do V; SZWARCOWALD, CL. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status ócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5):1351-1363,set-out, 2003.

FONTANA, M; SANTOS, SF dos. Violência contra a mulher. In: Saúde da Mulher e direitos reprodutivos: dossiês/ Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. – São Paulo, 2001.

FOUCAULT, M. **Historia Da Sexualidade 1. A Vontade De Saber**. Tradutor: ALBUQUERQUE, JAG. 12ªed.Editora: Graal.v.1. 2007.

\_\_\_\_\_. **Historia Da Sexualidade 2. O uso dos Prazeres**. 12ª ed.: v.2.. Editora:Graal, 2007.

\_\_\_\_\_. **Historia Da Sexualidade 3. O Cuidado de si**. Tradutora: ALBUQUERQUE, MTC. 9ªed. v3. Editora:Graal. 2007.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa Nacional: A mulher brasileira nos espaços público e privado**. 2001. In [www.fpa.org.br/nop](http://www.fpa.org.br/nop)

GADAMER, H. Os traços fundamentais de uma teoria da experiência hermenêutica. In: Verdade e Método I. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.

GAIARSA, JA. O corpo fala? **Motriz**, 8(3), 85-90p. set/dez, 2002,

GALVÃO, MTG; CERQUEIRA, AT de AR; MACHADO, JM. Medidas contraceptivas e de Proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Rev. Saúde Pública**;; 38(2):194-200. 2004

GARCIA, GD. Conceptos y metodología de la investigación histórica. **Revista Cubana de Salud Pública**. 36(1)9-18, 2010.

GARRIDO, PB et al. AIDS, stigma and unemployment: implications for health services **Rev Saúde Pública**.;41(Supl. 2). 2007

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas**. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993, 228p.

GIELEN AC, FOGARTY L, O'CAMPO P, ANDERSON J, FADEN R. Women living with HIV: disclosure, violence, and social support. **Journal Urban Health**; 77(3): 480-91, Sep.,2000

GIELEN AC, MC DONNELL KA, BURKE JG, O'CAMPO P. Women's lives after an HIV-positive diagnosis: disclosure and violence. **Maternal and child journal**. Vol 4, nº2, 2000.

GIELEN AC, O'CAMPO P, FADEN RR, EKE A. Women's disclosure of HIV status: experiences of mistreatment and violence in a urban setting. **Women Health**; 25(3): 19-31, 1997.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18 (Supl):, p 103-112. 2002

GIFFIN, Karen M. & COSTA, Sarah (orgs.) **Questões da saúde reprodutiva**.Rio de Janeiro: Fiocruz, 79-91p. 1999

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ed. Rio de Janeiro: LTC, 158p., 2008.

\_\_\_\_\_. **Estigma: la identidad deteriorada**. 5. ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 172p.;1993.

GOMES, NP. **Violência conjugal: análise a partir da construção da identidade masculina**. 2003. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador.

GRAHAM, SL. Proteção e obediência. São Paulo: Companhia de Letras, 1992. Cap. 4, **Os Padrões**, pp. 107-125.

GUZMÁN, JLD. **Eu não sou um número não... (des) encontros de uma relação médico-paciente-tecnologia no contexto da Aids.** 2007311p. Tese de doutorado. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador.

HAUGEN K; SLUNGARD A; SCHEI B. Sexual assault against women-- injury pattern and victim-perpetrator relationship. **Tidsskr Nor Laegeforen**; 125(24): 3424-7, Dec/2005.

HEILBORN, ML. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GODEMBERG, P; MARSIGLIA, R; GOMES, MH (organizadores) **O clássico e o novo. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 197-208. 2003.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2009. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Características gerais da população. Resultados da amostra. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2000, 1-178p.

JESUS, JS. **Perfil epidemiológico dos usuários atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em HIV/Aids do Estado da Bahia.** 2006, 60p. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.Salvador.

KAPCZINSKI, F; MARGIS, R. Transtorno de estresse pós-traumático:critérios diagnósticos . **Rev Bras Psiquiatria**;25(Supl I):3-7p, 2003.

KISS, LB; SCHRAIBER, LB; D'OLIVEIRA, AFPL. Possibilidade de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface-Comunicação, Saúde, educação**, v11, n.23,p.485-501,set/dez 2007.

KNAUTH, DR. **Uma doença dos outros: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da Aids.** Corpus, 1996.

\_\_\_\_\_. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, Regina Maria e PARKER, Richard (Orgs). **Sexualidades pelo avesso: Direitos, Identidade e Poder.** São Paulo: Ed. 34. 1999.

KÓVACS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2002

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A Construção do Saber. Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas.** Porto Alegre: Editora UFMG, 1999, 340p.

LEAL, AF; KNAUTH, DR. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7): 1375-1384, jul. 2006.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade.** Campinas: Papirus. 1999, p. 13-66.

LIMA, ALM et al. **Perguntas e respostas HIV/Aids. Uma equipe multiprofissional da USP tira as suas principais dúvidas.** São Paulo: Atheneu, 2006.

LIMA, BG de C; COSTA, MCN; DOURADO, MIC. **Característica da assistência pré-natal entre usuárias da rede SUS em SSA-BA, 2006.** Artigo de tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades.** 2003; 208p. Dissertação de mestrado- Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia. São Paulo; s.n.

LOYOLA, MA. A antropologia da sexualidade no Brasil. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 10 (1): 143-167, 2000.

LUPPI, CG. **A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em mulheres atendidas em centro de testagem e aconselhamento: um estudo caso controle.** 2002. Tese de doutorado- Universidade de São Paulo. Medicina preventiva. São Paulo s.n.

LORENCI, BDB; FERRARI, DC de A; GARCIA, MRC. Conceito de redes. In: FERRARI, DCA; VECINA, TCC. **O fim do silêncio na violência familiar. Teoria e Prática.** São Paulo: Ágora, 2002, 298-310p.

MACHADO, LZ. Masculinidade, sexualidade e estupro: as construções da virilidade. **Cadernos Pagu (11): trajetórias do gênero, masculinidades...** Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero/ UNICAMP 1998, p. 231-273.

MACRAE, E. Antropologia: Aspectos Sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S.D. e TOSCANO, A. (org). **Dependência de Drogas.** São Paulo, Atheneu, 2000. PP 25-34.

MAIA, MB(org). **Direito de Decidir. Múltiplos olhares sobre o aborto**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2008.

MAIA, C; GUILHEM, D; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública**, 42(2): 242-248, 2008.

MAJUMDAR, B. An exploration of socioeconomic, spiritual, and family support among HIV-positive women in India. **Journal Assoc. Nurses Aids care**; 15(3):37-46, May-Jun. 2004.

MALBERGIER, A; SCHÖFFEL, A. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. **Revista de psiquiatria**. 23(3): p. 160-167, 2001.

MALDONADO, MT. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva. 2000

MAMAN, S et al. HIV-positive women report more life time partner violence: findings from voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. **American Journal Public Health**; 92(8): 1331-7, aug 2002.

MANN,J; TARANTOLA, DJM. **Aids in the world II**. Nova York Universit Press, 1996, 441-476p.

MARQUES, MC da C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro. v. 9(supl):41-65, 2002.

MARQUES, HHS; GUTIERREZ, PL; LACERDA, R; AYRES, JRCM; et al. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(3):619-629, mar.2006.

MAYORGA, C; MAGALHÃES,M de. S. Feminismo e as lutas pelo aborto legal ou por que a autonomia das mulheers incomoda tanto? In: MAIA, MB (org). **Direito de Decidir Múltiplos Olhares sobre o Aborto**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008, 141-167p.

MC DONNELL, KA; GIELEN, AC; O'CAMPO, P. Does HIV status make a difference in the experience of lifetime abuse? Description of life time abuse and its context among low-income urban women. **Journal Urban Health**; 80(3): 494-509, sep, 2003.

MC DONNELL, KA; GIELEN, AC; O'CAMPO, P; BURKE, JG. Abuse, HIV status and health-related quality of life among a sample of HIV positive and HIV negative low income women. **Quality Life Res**: 14(4): 945-57, 2005 May.

MELLO, VA; MALBERGIER, A. Depression in Women infected with HIV. **Revista Brasileira de psiquiatria.**; 28(1):10-17p. 2006.

MENDONCA, RF. Movimentos sociais como acontecimentos: linguagem e espaço público. **Lua Nova**. 2007, no. 72. pp 115-142.

MINAYO, MC de S. **Violência e Saúde**. Rio Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, 132p.

\_\_\_\_\_. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992. 269 p.

MINAYO, MC; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**. 9(3):239-262. 1993.

MINAYO, M.C. de S; SOUZA, E. R. de. É possível prevenir a violência? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

NASCIMENTO, AMG do. **Representação Social e Vulnerabilidade Feminina em Tempos de Aids**. Recife, 2003. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas, Departamento de Saúde Coletiva.

NECKEL, R. Em silêncio... as mulheres que decidam! In: PEDRO, JM (org). **Práticas Proibidas. Práticas costumeiras de aborto e infanticídio no sec XX**. Florianópolis: Cidade Futura, 2003, 289-294p.

NETO, P. M. Violência policial no Brasil: abordagens teóricas e práticas de controle. **Cidadania, justiça e violência**. 129-148p. 1997

NICHOLSON, L. Feminismo e Marx: integrando o parentesco com o econômico. In: S Benhabib e D. Cornell. **Feminismo como crítica da modernidade**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1993, p. 23-37.

NILO, A. **Mulher violência e Aids. Explorando Interfaces**. Recife: Gestos, 2008, 182p.

NISSAPATORN, V et al. Toxoplasmosis in HIV/Aids Patients: A Current Situation. **Jpn J infect. Dis.** 57, 160-165, 2004.

OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Est. Avançados**, v.18, n.50, p.57-60, 2004.

OLIVEIRA, JF de. **Mulheres Convivendo com Drogas: Vulnerabilidade e Representações Sobre AIDS**. 2001. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil.

OLIVEIRA, JF; PASSOS, DS; PAIVA, MS. Vulnerabilidade de mulheres soropositivas frente a reinfeção pelo HIV e as representações sociais da AIDS - Versão PDF. 6º Congresso - Comunicação - Tema: Ciência Social e Comportamental (Social and Behavioural Science) - Data: 2005-10-19, <http://www.aidscongress.net/ar>, 2005.

OLIVEIRA, LG de; NAPPO, SA. . Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso **Rev Psiquiatria Clínica**. 35(6):212-8 213, 2008.

OMS, Organização Mundial de Saúde. TB/HIV. MANUAL CLÍNICO. 2ª edição. Departamento Stop TB. Departamento de HIV/SIDA. Departamento de Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2005, 215p.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/Opas; 2002.

OSIS, MJMD. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Supl.1); 25-32, 1998

PAES-MACHADO, E.; NORONHA, C, V. A polícia dos pobres: violência policial em classes populares urbanas. **Sociologias**, v. 7, p.188-221, 2002.

PAIVA, MS. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para HIV.** 2000, 170p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem- Universidade de São Paulo. São Paulo.

PAIVA, V; LATORRE, MR; GRAVATO, N; LACERDA,R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1609-1920, nov-dez, 2002.

PAIVA, V; PUPO, LR; BARBOZA, R. O direito a prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 40 (supl); 109-119, 2006.

PAIXÃO, M; CARVANO, LM. Censo e demografia. A varável cor ou raça nos interior dos sistemas censitários brasileiros. In: PINHO, O; SANSONE, L (org). **Raça. Novas Perspectivas Antropológicas.**- 2ed.rev.Salvador: Associação Brasileira Antropologia: EDUFBA, 2008, 25-61p.

PARKER, RG. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção e política.** Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34. 2000. 29-62p.

\_\_\_\_\_. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil.** Relume-Dumará, 1994 – 141p.

\_\_\_\_\_. **Corpos, Prazeres e Paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo.** São Paulo: Editora Nova Cultural LTDA/ Editora Best Seller. 1991.

PARKER, R; AGGLETON, P. **Estigma, Discriminação e Aids.** Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

PARKER, R; CAMARGO JUNIOR, KR de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (supl. 1): 89-102p. 2000.

PEDRO, JM. Aborto e infanticídio. Práticas muito antigas. In: PEDRO, JM (org). **Práticas Proibidas. Práticas costumeiras de aborto e infanticídio no sec XX.** Florianópolis: Cidade Futura, 2003, 19-57p.

PEREZ, E; TOIBARO, JJ; LOSSO, MH. Motivos de internacion vinculados a la infeccion por HIV en la era Pre y post-tratamiento antirretroviral de alta eficacia. **MEDICINA** , Buenos Aires, 65( 6), 482-488p, 2005

PISCITELLI, A. Sexo Tropical: comentários sobre gênero e raça em alguns textos da mídia brasileira. **Cadernos PAGU** (6-7),09-34p. 1996



PORRO, AM; YOSHIOKA, MCN. Manifestações dermatológicas da infecção pelo HIV. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, 75(6):665-691, nov./dez. 2000.

POTTES, FA; BRITO, AM de; GOUVEIA, GC; ARAUJO, EC de; CARNEIRO, RM. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Rev. bras. epidemiol**; 10(3): 338-351, set. 2007.

PREAU, M et al. Suicide attempts among people living with HIV in France. **AIDS Care**; 20(8): 917-24, sep/ 2008.

QUIVY, R et al. **Manual de investigação em Ciências Sociais**. Lisboa:Gradiva. 1992.

RABELO, MCM. Religião, ritual e cura. In: ALVES, PC; MINAYO, MC (org). **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994. 47-53p.

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. **Ciências & Saúde Coletiva**. 9 (4):1067-1078p , 2004.

REBELLO, LEF de S; GOMES, R. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2):653-660, 2009.

RECODER, ML. **Vivir con HIV-Sida. Notas etnográficas sobre el mundo de La enfermedad y SUS cuidados**. 2006, 257p. Tese de doutorado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia..

REIS, RK; GIR, E. Dificuldade de enfrentamento pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. **Rev latino-am Enfermagem**, 13(1):32-37p. jan-fev, 2005.

REIS, AC; SANTOS, EM; CRUZ, MM. A mortalidade por Aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Epidemiologia e serviços de saúde. Brasília, 16(3): jul-set, 2007.

REZENDE, M. **Obstetrícia fundamental**. 8. ed. Rio de Janeiro – RJ: Guanabara, 1999.

REZENDE, J. de ; MONTENEGRO, C. A. B. Abortamento. In: Rezende, J de. **Obstetrícia**. RJ: Guanabara Koogan. 10ª Ed, 2005, 749-775p.

RICOEUR, P. **O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica**. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

ROCHA-COUTINHO, ML. “As estratégias de controle feminino como resultado do papel e da posição da mulher na sociedade.” In: \_\_\_\_\_. **Tecendo por Trás dos Panos: A Mulher Brasileira nas Relações Familiares**, Rio de Janeiro: Rocco, 1994, pp. 126-150.

ROTHENBERG, KH; PASKLEY, SJ. The risk of domestic violence and women with HIV infection: implications for partner notification, public policy, and the law. **American Journal Public Health**. 85(11): 1569-76, Nov. 1995.

SAFFIOTI, H. Rearticulando gênero e classe social. In: BRUCHINI, C. **Uma Questão de Gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1992, p. 183-215.

\_\_\_\_\_. Violência de Gênero no Brasil contemporâneo. In: \_\_\_\_\_ e MUÑOZ-VARGAS, M. (orgs). **Mulher Brasileira é Assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: NIPAS; Brasília, D.F.: UNICEF, 1994, pp. 151-186.

SALDANHA, AAW. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. Ribeirão Preto, 2003. Tese de doutorado- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP- Dep. de Psicologia e educação.

SANT'ANNA, D. É possível realizar uma história do corpo? In: SOARES, C. **Corpo e história**. 3ª Ed. Campinas : São Paulo. Autores associados, 2006.3-23p.

SANT'ANNA, ACD; SEIDL, EMF; GALINKIN, AL. Mulheres soropositividade e escolhas reprodutivas. **Estudos de Psicologia/Campinas**. 25(1)101-109, jan-mar, 2008.

SANTIAGO, RC. Saúde da mulher e aborto. In: MAIA, MB(org). **Direito de Decidir. Múltiplos olhares sobre o aborto**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2008, 29-41p.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/SAE). Bahia-Brasil, 2009.

SANTOS, C de O; IRIART, JAB. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(12): 2896-2905, dez, 2007

SANTOS, N de A. **Vulnerabilidade de Mulheres interioranas soropositivas à infecção pelo HIV/Aids**. 2007. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

SANTOS, NJS et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, 2002; 36(4 supl): 12-23.

SARDENBERG, CMB. Estudos Feministas: um esboço crítico. In: GURGEL, C. (org). **Teoria e Práxis do enfoques de Gênero**. Salvador: REDOR-NEGIF, 2004, pp.: 17-40.

SCHESTASTSKY, S. Trauma na história da psiquiatria. **Jornal on line Centro de Estudos Luis Guedes**, Ano 13, jan. 2002.

SCHRAIBER, LB; et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev Saúde Pública**. 2007; 41(3): 359-67.

SCHRAIBER, LB; D'OLIVEIRA, AFPL; FRANÇA JUNIOR, I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Rev Saúde Pública**. 2008;42(Supl 1):127-37

SCOTT, J. Gender: a useful category of historical analysis. In: \_\_\_\_\_, **Gender and Politics of History**, New York: Columbia University Press, 1988, pp. 28-52.

SCOTT, J. **Gênero uma categoria útil de análise histórica**. Tradução Cristiane Rufino Dobat e Maria Betânia Ávila. Recife: S.O.S. Corpo, 1991.

SEIDL, EMF; TRÓCCOLI, BT. Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Set-Dez 2006, V 22, n 3, p. 317-326.

SELLI, L; CHECHIN, PL. Mulheres HIV/AIDS: silenciamento, dor moral e saúde coletiva. **Mundo saúde**; 29(3):353-358, jul-set 2005.

SIEGEL, K ; SCHRIMSHAW, E. HIV-infected mothers' disclosure to their uninfected children: Rates, reasons, and reactions. **Journal of Social and Personal Relationships**. 19:19-43. 2002.

SILVA, LS. **Vulnerabilidade ao HIV/Aids de Homens e Mulheres de 50 a 59 anos**. 2006. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

SILVA, R. C. P. **Pesquisa sobre formação de professores/educadores para abordagem da educação sexual na escola.** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

SOARES, LE. Hermenêutica e Ciências Humanas. In: \_\_\_\_\_ **O Rigor da Indisciplina.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 1994. pp.17-69.

SODRÉ, O. Contribuição da fenomenologia hermenêutica para a psicologia social. **Psicologia USP.** 15(3), 55-80, 2004.

SORJ, B. O Feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. In: A. O. Costa e C. Bruschini (orgs). **Uma Questão de Gênero,** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fund. Carlos Chagas, 1992, pp. 15-23.

SOUZA, SLS et al. Causas de óbito em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida, necropsiados na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 41(3):247-251, mai-jun, 2008

TERRA, MG et al. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem,** 22(1): 93-99, 2009.

TOBAR, F; YALOUR, MR. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 2001. 172 p.

TOURAINÉ, A. Na fronteira dos movimentos sociais. **Sociedade e Estado, Brasília,** v.21, n.1, p. 17-28, jan/abr. 2006.

TRAUMANN, T; MONTEIRO, K. Dormindo com o inimigo. **Veja.** São Paulo, ano 31, n 43, 1570,p. 114-121, out. 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais.** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992. p. 175.

TUNALA, LG. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Rev. Saúde Pública,** 2002; 36 (4 supl): 24-31.

TUNALA, LG et al.. Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. In: TEIXEIRA, P. R.; et al. (Org.). **Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**. São Paulo: Nepaids, 2000. p. 83-113.

UNIFEM. UNITED NATIONS DEVELOPMENT FUND FOR WOMEN. Tackling AIDS pandemic requires guarding rights of women, UN meeting told <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=18715&Cr=hiv&Cr1=aids> consultado em 10 de janeiro de 2010.

VANCE, C. A antropologia descobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis**, v5 (1), , 7-31p. 1995

VÁZQUEZ, ML et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (sup): 141-155, 2005.

VERMELHO, LL; BARBOSA, RHS; NOGUEIRA, SA. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):369-379, abr-jun, 1999.

VERONESE, MV; GUARESCHI, PA. Hermenêutica de Profundidade na pesquisa social. **Ciências Sociais Unisinos**. p 85-93, 2006.

VILLELA WV, ARILHA M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: Berquó E, organizadora. **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da UNICAMP; 2003. p. 95-150.

VILLELA, W; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: . **Gênero e Saúde. Programa de Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; Brasília:UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas, 2005, p. 15-31.

VIVES, C; ÁLVAREZ-DARDET, C; CABALLERO, P. **Violencia del compañero íntimo en España**. **Gac Sanit**. Alicante. 2003;17(4):268-74p.

XAVIER, I de M. **A mulher e a convivência com a Aids: uma questão de gênero**. Rio de Janeiro; s.n; 1997, 194p. tab. Tese de doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública.

WELLER, W. **A hermenêutica como método empírico de investigação**. GT: Filosofia da Educação/n 17. s/d.

WIIK, FB. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os índios Xoklém de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**; 17(2): 397-406, mar.-abr. 2001.

ZANELLA, A.V.; PEREIRA, R.S. Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na construção do coletivo. In: **Estudos de Psicologia**, v.6, n.1, p.105-114, jan./jun., 2001

ZAQUIEU, AP. Os desafios da alteridade: considerações sobre gênero e sexualidade entre militantes de uma ONG/Aids carioca. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro. V13, n.1, p.33-54, jan-mar.2006.

ZILBERMAN, ML; BLUME, SB. Domestic violence, alcohol and substance abuse. **Rev Bras Psiquiatr**. 2005;27(Supl II):51-55p.

ZIELER, S; CUNNINGHAM, WE; ANDERSEN, R; SHAPIRO, MF; NAKAZONO, T; MORTON, S e colaboradores. Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in primary care. **American journal Public Health**. 90(2): 2008-15, Fev, 2000.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****ROTEIRO DE ENTREVISTA****Data:****Local:****Início:****Fim:****1 - Perfil socioeconômico**

- Idade:
- Escolaridade:
- Raça/Cor (auto-referida):
- Religião:
- Naturalidade/UF:
- Situação conjugal:
- Número de filhos:
- Com quem mora:

**2- Trabalho e estratégias de sobrevivência**

- Ocupação profissional:
- Recebe apoio de programas governamentais (bolsa-escola, bolsa-família, benefício de previdência) ou instituições (Igreja, ONG'S):
- Quem contribui com o sustento da casa:
- Qual a renda familiar:

**3- Qualidade de vida e saúde**

- Fale sobre você antes do diagnóstico de HIV/Aids (comportamento, trabalho, relações afetivas e sociais, saúde, lazer, projetos de vida).
- Fale sobre como soube do diagnóstico de HIV/Aids.
- Fale sobre você após o diagnóstico de HIV/Aids (comportamento, trabalho, relações afetivas e sociais, saúde, lazer, projetos de vida)
- Fale sobre como se deu a revelação do diagnóstico de HIV/Aids a terceiros
- Fale sobre a assistência que recebe nos serviços de saúde (como se deu o fluxo de atendimento, acesso, qualidade)



**4- Vivencia da violência**

- Fale sobre a vivencia da violência (o contexto em que ocorreu, o início, os fatores motivacionais, os agressores, os tipos de violência que já sofreu)
- Fale sobre como lidou com esta vivencia (os sentimentos, as estratégias que utilizou para o enfrentamento das situações de violência)

**5- Vida sexual e reprodutiva**

- Fale sobre como era o exercício da sexualidade antes do diagnóstico de HIV/Aids (uso de métodos contraceptivos, uso do condôm e preservativo feminino, aborto, gravidez, prazer na relação sexual, parceiro)
- Fale sobre como é o exercício da sexualidade agora após o diagnóstico de HIV/Aids (uso de métodos contraceptivos, uso do condôm e preservativo feminino, aborto, gravidez, prazer na relação sexual, parceiro)

**6- Participação em grupos de apoio e movimentos sociais**

- Fale sobre a sua participação em grupos de apoio e movimentos sociais (como ocorreu, descrição das atividades desenvolvidas, os encontros, influências em sua vida)

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

### Entrevista

- Linguagem não-verbal
  - Comportamentos
  - Gestos
  - Alegrias;
  - Tristezas;
  - Dúvidas;
  - Constrangimentos
- Incongruências entre o que é dito e o que feito ou expressado

### Grupos de apoio

- Relação entre os participantes do grupo de apoio
- Formas de comunicação estabelecida;
- Atitude acolhedora e amistosa entre os participantes;
- Escuta ativa;
- Vínculo e confiança estabelecido entre os participantes;
- Respeito às concepções, desejos e hábitos dos participantes;
- Verbalização das dúvidas, sentimentos, medos, culpas;
- Verbalização das situações de violência (de gênero, doméstica, institucional sob a forma física, psicológica, verbal, sexual);
- Discussão sobre as estratégias de enfrentamento à violência;
- Discussão sobre os encaminhamentos aos serviços de saúde e delegacias;
- Estímulo ao auto cuidado;
- Estímulo a autonomia;
- Estimulo a adesão do tratamento;

- Estimulo a adesão ao grupo de apoio;
- Incentivo ao reconhecimento e exercício da cidadania;
- Incentivo a inserção em movimentos sociais;
- Construção de orientações dialógicas;
- Adequação da linguagem técnica.

## APÊNDICE C - CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

**Pesquisadora responsável:** Doutoranda Lilian Conceição Guimarães de Almeida- CPF 783971465-04. **Orientadora:** Ceci Noronha

Estou desenvolvendo doutorado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, através do projeto de pesquisa intitulado: **“Violência entre parceiros íntimos em mulheres que vivenciam o HIV/Aids: as múltiplas expressões da vulnerabilidade feminina”**. O Objetivo geral deste estudo é compreender as diversas expressões da violência praticada por parceiros íntimos contra mulheres que vivenciam o HIV/Aids, residentes em Salvador/Bahia. Este projeto se justifica pela necessidade de ampliar os conhecimentos sobre as situações de vulnerabilidade à violência entre parceiros íntimos em mulheres que vivenciam o HIV/Aids e sobre as estratégias de enfrentamento à violência para garantir a saúde e a cidadania das mulheres com HIV/Aids.

Solicito a sua participação na pesquisa e autorização para fazer uso dos seus depoimentos, observações e entrevistas que serão gravadas. A gravação e análise das entrevistas são de responsabilidade desta pesquisadora e serão tratadas de forma sigilosa e anônima, exclusivamente para fins acadêmicos, resguardando a identidade e a privacidade das pessoas envolvidas neste estudo e evitando qualquer tipo de dano ou constrangimento, obedecendo a todos os demais requisitos éticos, de acordo com a resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclareço que a sua colaboração é muito importante, mas a sua participação é voluntária sendo garantida a liberdade de recusar-se a estar na pesquisa em qualquer fase do processo de coleta dos dados sem ser penalizada. Não haverá qualquer despesa ou custos envolvidos em sua participação nesta pesquisa. Caso aceite fazer parte do estudo, agradeço a sua colaboração e solicito a sua assinatura ao final deste termo de consentimento livre e esclarecido que está em duas vias, uma sua e outra minha, pesquisadora responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Local e data)

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da entrevistada

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE D – INFORMAÇÕES SOBRE O PROJETO DE PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

**Pesquisadora responsável:** Doutoranda Lilian Conceição Guimarães de Almeida- CPF 783971465-04.

**Orientadora:** Ceci Vilar Noronha

### **1-Proposta do projeto de pesquisa**

A doutoranda, Lilian Conceição Guimarães de Almeida, através do projeto de pesquisa intitulado “**Violência entre parceiros íntimos em mulheres que vivenciam o HIV/Aids: as múltiplas expressões da vulnerabilidade feminina**”, tem como objetivo compreender as diversas expressões da violência praticada por parceiros íntimos contra mulheres que vivenciam o HIV/Aids, residentes em Salvador/Bahia.

### **2- Relevância**

Os resultados deste estudo podem fornecer maiores subsídios para o reconhecimento das situações de vulnerabilidade à violência entre parceiros íntimos em mulheres que vivenciam o diagnóstico de HIV/Aids e o aperfeiçoamento das estratégias de enfrentamento da violência, contribuindo para garantir a melhoria na qualidade de vida e saúde, e o exercício da cidadania das mulheres vivendo com HIV/Aids.

### **3- Procedimentos**

Para coleta de dados serão feitas observações nas reuniões realizadas pelos grupos de apoio às pessoas vivendo com HIV/Aids, grupo focal com profissionais de saúde que atuam como moderadores nos grupos de apoio às pessoas vivendo com HIV/Aids, entrevistas gravadas com mulheres que vivem com HIV/Aids que estejam inseridas em grupos de apoio e tenham sofrido violência praticada pelos parceiros íntimos, além da análise das observações registradas no diário de campo e nos prontuários e registros dos sujeitos feitos pelos profissionais de saúde que as atendem. Após a sua realização as entrevistas gravadas serão transcritas sob inteira responsabilidade da pesquisadora.

### **4- Confidencialidade, riscos e desconfortos**

A pesquisadora compromete-se com a confidencialidade, sigilo e respeito à privacidade dos sujeitos envolvidos na coleta de dados, assim as mulheres e os profissionais de saúde não terão suas identidades divulgadas em nenhuma circunstância, sendo que para construção da tese de doutorado, defesa pública e divulgação dos resultados serão idealizados nomes

fictícios. As informações obtidas serão utilizadas apenas com fins acadêmicos evitando dano ou constrangimento a todos os envolvidos na pesquisa. Ressalta-se o compromisso com a transcrição literal do discurso e das observações, sendo fidedigna e opondo-se a qualquer distorção do conteúdo das mesmas. As mulheres para serem entrevistadas deverão ser acompanhadas, assistidas por profissionais dos serviços de saúde e do grupo de apoio que após avaliá-las quanto aos aspectos sociais, físicos e emocionais sinalizarão para a pesquisadora a possibilidade de a entrevista ser realizada. Durante a realização da entrevista diante de qualquer desconforto ou constrangimento o processo de coleta será interrompido.

#### **5- Custos**

Os custos com a operacionalização dessa pesquisa são de inteira responsabilidade da pesquisadora, portanto, os envolvidos na coleta de dados não terão qualquer compromisso com despesas da investigação.

#### **6- Participação voluntária**

Todos os participantes do estudo serão comunicados sobre o início do processo de coleta de dados e apenas serão envolvidos mediante a concordância voluntária em participar do trabalho, sendo garantida a liberdade da recusa de participar em qualquer fase do processo de coleta de dados, sem que haja qualquer prejuízo.

#### **7- Consentimento**

Mediante as considerações acima, declaro que aceito participar da referida pesquisa, por livre e espontânea vontade, e autorizo, através da assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido, a pesquisadora a fazer uso dos meus depoimentos, das observações e informações que constam em prontuário para serem incluídas na referida pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Local e data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistada

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora