



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



ANA CAROLINA DE PAULA TEIXEIRA MIRANDA

**MULHERES SOROPOSITIVAS PARA HIV/AIDS: Explorando percepções
sobre violência e vulnerabilidades**

**Salvador
2012**

ANACAROLINA DE PAULA TEIXEIRA MIRANDA

**MULHERES SOROPOSITIVAS PARA HIV/AIDS: explorando percepções sobre
violência e vulnerabilidades**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva/Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dra. Leny Alves Bomfim Trad

Salvador

2012

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

M672m Miranda, Ana Carolina de Paula Teixeira
Mulheres soropositivas para HIV/AIDS ; explorando percepções sobre violência e vulnerabilidades / Ana Carolina de Paula Teixeira Miranda ; orientadora Leny de Almeida Bomfim Trad. – Salvador, 2012.
73 f.

Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, 2012.

1. Saúde pública – Administração. 2. Mulheres HIV-positivo. 3. Violência contra mulheres. I. Trad, Leny de Almeida Bomfim, orient. II. Título.

CDU 614:578.828HIV-055.2



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



Ana Carolina de Paula Teixeira Miranda

“MULHERES SOROPOSITIVAS PARA HIV/AIDS: Explorando percepções sobre
violência e vulnerabilidades”

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 24 de outubro de 2012

Banca Examinadora:

Profa. Leny Alves Bomfim Trad /ISC/UFBA

Profa. Alda Britto Motta /FFCH/UFBA

Profa. Ceci Vilar Noronha /ISC/UFBA

Salvador
2012

Aos meus pais Francisco e Ana, meu irmão e meus sobrinhos Yan, Leticia e Caio que muito contribuem e se orgulham da minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

A todos os professores e especialmente a professora Leny Trad pelas reflexões críticas e oportunas aos objetivos de minha pesquisa, me proporcionando crescimento pessoal e profissional.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, nas pessoas de Ana Márcia e Marieta que sempre se mostraram solícitas para nos ajudar e que permitiram conciliar estudo e trabalho.

Ao CEPS (Centro de Educação Permanente em Saúde), na pessoa de Ângela Leite, por acreditar na importância de um mestrado profissionalizante para a melhoria dos serviços de saúde de Aracaju.

À professora Ceci Villar por ter me auxiliado tanto na banca de qualificação com suas reflexões e por aceitarem participar da defesa de meu projeto de Mestrado.

Aos meus colegas de trabalho, hoje caros amigos, pelos momentos que compartilhamos angústias, mas também solidariedade. E uma lembrança carinhosa pelos amigos que fazem ou fizeram parte do Programa Saúde da Mulher, Helissandra, Katita, Victor, Cris.

A minha família e em especial a minha mãe Ana, que largou sua casa em Recife e seus outros amores para me acompanhar nessa jornada tão importante para nós duas e ao meu pai Francisco (*in memoriam*) por todos os ensinamentos a mim proporcionados.

A minha tia Zeza e aos meus sobrinhos Yan, Letícia e Caio que me proporcionaram grandes risadas nos momentos difíceis que passei.

Às minhas queridas, Katinha e Rubia, amigas queridas e importantes nesse período da minha vida, mas especialmente a Cris por seu companheirismo, dedicação e colaboração em cada parágrafo desse trabalho. As minhas mães adotivas Iucema e Mariane Leite que tanto me ensinam nessa vida.

E principalmente agradeço às mulheres da minha pesquisa, pelo envolvimento sincero de suas participações que renderam ganhos significativos não só à minha pesquisa, mas também à minha vida.

“(...) nos revoltamos contra a violência porque sabemos que nada que o homem fez e que o torna humano nasceu da violência e sim contra ela. Nos horrorizamos diante da violência, não apenas porque ela e através dela o homem pode mostrar-se mortalmente destrutivo, mas porque sabemos que a vida cultural nasceu e permanece viva através de pactos sem armas, através de atos de paz”.

Jurandir Freire

RESUMO

Miranda, A. C. de P. T., Mulheres soropositivas para HIV/AIDS: explorando percepções sobre violência e vulnerabilidades. 73p. 2012. Dissertação (mestrado profissional). Área de concentração: Gestão de Sistema de Saúde - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

O Brasil tem registrado dois fenômenos importantes para a reflexão, que são a pauperização e a feminização da epidemia da Aids e a relação entre HIV/Aids e a violência contra a mulher referindo-se aos seguintes fatores de vulnerabilidade: o sexo forçado, a limitação trazida pela violência para negociar o sexo seguro e a revelação da condição de soropositividade como um fator que aumenta o risco de violência. O presente estudo teve como objetivo analisar experiências de mulheres soropositivas para HIV, explorando suas percepções sobre situações de violência e vulnerabilidade, a partir de um estudo qualitativo de caráter exploratório realizado com oito mulheres vivendo com HIV/Aids de uma organização não governamental Rede de Cidadãs PositHIVvas de Sergipe, por meio de duas técnicas, grupo focal e história de vida. Para análise dos dados foram utilizadas as seguintes categorias de análise: Representações sobre as vivências de violência das mulheres antes e após o diagnóstico de Aids, com ênfase nas relações familiares, conjugais e nas instituições de saúde; Sentimentos e enfrentamento ao diagnóstico e à violência sofrida e vulnerabilidades. O estudo demonstrou em que medida desvantagens associadas à pertença de gênero podem contribuir para promover situações violência, de exclusões e preconceitos daquelas que vivem com o vírus da Aids. Com base nas experiências e histórias de vida das mulheres investigadas, evidenciou-se que apesar de mais de duas décadas da descoberta da Aids, na condição de soropositivas, elas ainda enfrentam sentimentos e experiências de estigma. Nesse sentido as políticas de enfrentamento ao HIV devem procurar incidir tanto nos comportamentos individuais e práticas dos serviços de saúde quanto nos determinantes estruturais, institucionais, interpessoais que fazem interface entre Aids e violência..

Descritores: Violência, gênero, HIV/Aids, Vulnerabilidade.

ABSTRACT

Miranda, A. C. de P. T., Mulheres soropositivas para HIV/AIDS: explorando percepções sobre violência e vulnerabilidades. 73p. 2012. Dissertação (mestrado profissional). Área de concentração: Gestão de Sistema de Saúde - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

Brazil has recorded two important phenomena for reflection, which is the pauperization and the feminization of the AIDS epidemic and the relationship between HIV / AIDS and violence against women, referring to the following vulnerability factors: forced sex, the limitation brought on by violence to negotiate safer sex and disclosure of seropositive status as a factor that increases the risk of violence. The present study aimed to analyze the experiences of HIV-seropositive women, exploring their perceptions of situations of violence and vulnerability, from a qualitative study conducted exploratory with eight women living with HIV / AIDS from a non-governmental organization Citizens Network PositHIVvas of Sergipe, using two techniques, focus groups and life history. For data analysis we used the following categories of analysis: Representations of violence on the experiences of women before and after the diagnosis of AIDS, with an emphasis on family relations, marital and health institutions; feelings and coping with diagnosis and violence suffered and vulnerabilities. The study demonstrated the extent to which disadvantages associated with membership of gender can promote violence situations, exclusions and prejudices of those living with the AIDS virus. Based on the experiences and life stories of women surveyed showed that despite more than two decades of the discovery of AIDS in HIV-positive status, they still face feelings and experiences of stigma. In this sense policies to fight HIV should seek to address both individual behavior and practices of health services as the crucial structural, institutional, interpersonal that interface between AIDS and violence .

Keywords: Violence, gender, HIV / AIDS Vulnerability

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Objetivo	17
2.1. Objetivo Geral	17
2.2. Objetivos Específicos	17
3. Marco teórico	18
3.1. Relações de gênero e Violência contra mulher	18
3.2. Aids e Feminização na evolução da enfermidade	21
3.3. Vulnerabilidades	25
4. Metodologia	28
4.1. O Método	28
4.2. A escolha do campo	28
4.3. Os sujeitos da nossa pesquisa	29
4.3.1. Um pouco mais sobre as mulheres	29
4.4. Preparando o terreno para viabilizar a pesquisa	32
4.5. As técnicas da pesquisa	33
4.5.1. Grupo Focal	33
4.5.2. História de Vida	35
4.6. Análise dos dados	35
4.7. Aspectos éticos	36
5. Resultados e Discussões	38

5.1. Representações sobre as vivências de violência das mulheres antes e após o diagnóstico de Aids	38
5.1.1. Nas relações familiares	38
5.1.2. Nas relações conjugais.....	45
5.1.3. Nas instituições de saúde.....	48
5.2. Sentimentos e enfrentamento ao diagnóstico e à violência sofrida	50
5.3. Sobre Vulnerabilidades	56
6. Considerações finais	61
7. Referências bibliográficas	64
Apêndices.....	72
Apêndice A	72
Apêndice B	73
Apêndice C	75

Introdução

Em 2003, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) destacou que a violência sexual e doméstica e o HIV/Aids são os dois dos mais graves problemas de saúde e de desenvolvimento humano na América Latina e no Caribe e a violência por parceiro íntimo, por exemplo, têm apontado para tal situação como responsável pelo aumento da epidemia de AIDS em casais, seja de formação hetero ou homossexual.

Desde o início dos anos 90, a violência contra a mulher é reconhecida pela Organização Pan-Americana da Saúde como causa de adoecimento das mulheres, sendo considerada uma questão de Saúde Pública (HEISE et al.,1994), além de ser uma violação explícita dos direitos humanos, estima-se que esse problema cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Suas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras. Os perpetradores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado. (SCHRAIBER et al., 2007).

As mulheres sofrem várias formas de violência, mas a forma mais difundida de Violência sofrida pelas mulheres é a violência doméstica. Estas se relacionam ou estão contidas umas nas outras, entretanto pode-se considerar que a condição de ser mulher, construída socialmente, determina aspectos de vulnerabilidade a um tipo específico de violência: violência contra a mulher. Esta se caracteriza por ser uma violência cometida por um homem contra uma mulher, sendo determinada pelos modelos culturais do que é ser homem, do que é ser mulher e de qual a função da violência nas relações interpessoais e de poder. Nos termos legais do contexto brasileiro, com base na Lei Maria da Penha, a violência doméstica e familiar contra mulher, é definida como, qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial que ocorre no âmbito da unidade doméstica ou da família.

Essa condição de gênero determina a existência desse tipo de violência, mais frequentemente no espaço socialmente estabelecido para as mulheres: o espaço privado, a família, o domicílio. Neste caso, o agressor deixa de ser um estranho e passa a ser alguém com quem a mulher tem alguma ligação afetiva: parceiro, pai, padrasto ou outro familiar

(GIFFIN, 1994), sendo que parceiros ou ex-parceiros são os agressores em aproximadamente 70% das denúncias registradas nas Delegacias de Defesa da Mulher. (D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2000).

Segundo Schraiber (2000) muitas dessas agressões levam imediatamente ao óbito, enquanto outras representam “*situações crônicas de vida*”, não se apresentando como fatais, mesmo quando, muitas vezes, são de alta gravidade. Causando, dessa forma, repercussões nos índices de morbidade, que parecem não mobilizar, de uma forma geral, ações específicas do sistema de saúde. Entretanto, graças ao seu “*caráter sistemático e repetitivo*”, e não episódico, as conseqüências da situação de violência para os serviços de saúde são significativas. A violência deriva sofrimentos permanentes e cronicados, aumentando, sobremaneira, a demanda pelos serviços de saúde.

Para Schraiber & D'Oliveira (1999), a violência contra a mulher, inicialmente, foi percebida como uma doença que requeria uma intervenção baseada na racionalidade biomédica, desde que identificada com uma base anatomo- patológica, objetiva e visível que permitisse uma justificativa para a intervenção. Caso contrário, a queixa não era considerada parte das ações em saúde, sendo referidas como da ordem do social e/ou do psicológico, desqualificando-as para uma intervenção médica. Para Schraiber et al. (s.d.:3, 2000), “...além do fato de que recentes dados de estudos internacionais demonstram a grande quantidade de repercussões para a saúde de viver em situação de violência, a violência é um problema: de saúde, de organização e produção dos trabalhos em saúde, de programas de atenção e prevenção, de políticas”.

A literatura especializada vem demonstrando associação de risco entre a experiência da violência e o desenvolvimento de agravos, de ordem física e mental, os quais repercutem na diminuição de “anos saudáveis de vida” das mulheres (D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2000). São agravos que vão desde um empurrão leve até a morte. Sendo de natureza crônica, a agressão à mulher vai além dos traumas e dos agravos visíveis, estando associadas a problemas gastrintestinais, queixas ginecológicas, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, depressão, insônia e suicídio, sofrimento mental, lesões e problemas crônicos como distúrbios alimentares, dores abdominais e de cabeça e, até artrite, hipertensão e doenças cardíacas (FRANCO, 2000; GIFFIN, 1994; SCHRAIBER &

D'OLIVEIRA, 1999).

Os danos à saúde das mulheres que sofrem violências por parceiro íntimo (VPI) do tipo psicológica, física ou sexual são reconhecidos mundialmente (HEISE et al, 1999). Em estudo brasileiro que estimou prevalências de VPI psicológica, física e sexual entre mulheres de 15 a 49 anos usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) da Grande São Paulo, foi observada prevalência de 70% de VPI (por qualquer tipo de violência) entre usuárias portadoras do HIV e aquelas que procuravam os serviços para testagem da infecção. Destas, 63% relataram violência psicológica, 52%, física e 28%, a sexual. Violências físicas e sexuais, geralmente superpostas, corresponderam em conjunto a 56% (SCHRAIBER et al, 2007).

Segundo Barbosa (2003), “a vulnerabilidade feminina ao HIV necessariamente remete às formas como homens e mulheres se relacionam em nossa sociedade, a dinâmica de poder que perpassa tais relações e o imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero – que, certamente, constituem importantes variáveis na conformação do atual perfil da epidemia”. A epidemia do HIV se mantém crescente, com uma estimativa de que no mundo existam 39,5 milhões de pessoas contaminadas com o vírus. As mulheres estão especialmente vulneráveis e, globalmente, representam 48 % das pessoas vivendo com HIV. (WHO, 1997).

Desde seu início, o cenário da epidemia de HIV/Aids vem se modificando no Brasil e no mundo, o que se reflete em alterações do perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV/Aids. Nos primeiros anos da epidemia os homens representavam a imensa maioria dos casos, e os coeficientes de incidência no sexo masculino eram, expressivamente, maiores do que no sexo feminino. Entretanto, embora mais indivíduos do sexo masculino no total de casos de Aids sejam notificados no Brasil, a velocidade de crescimento da epidemia é, como em outros países, maior entre as mulheres do que entre os homens. O fato pode ser atestado pela queda progressiva da relação masculino/feminino de casos e a redução mais expressiva da mortalidade por Aids entre os homens do que entre as mulheres (BRASIL, 1999).

Na África subsaariana, as mulheres jovens, de 15 a 24 anos, são particularmente mais vulneráveis, e representam 75% das pessoas contaminadas nesta faixa etária. Em algumas localidades do Caribe há uma probabilidade, neste grupo etário, de ter seis vezes

mais mulheres contaminadas que homens. (UNAIDS, 2006). No Brasil, para esta mesma faixa etária, em 2000, a razão entre os sexos era de 0,9:1 – 9 homens para cada 10 mulheres infectadas (BRASIL, 1999).

No Quênia, segundo Fonck, (2010), 40% das mulheres que sofreram violência física por parceiro íntimo foram infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) por seus parceiros. A maior proporção de casos de infecção manteve-se associada à violência, mesmo após ajuste por variáveis sociodemográficas e em estudo transversal na Índia constatou que mulheres infectadas sofreram 3,9 vezes mais violência física e/ou sexual quando comparadas as soronegativas (SILVERMAN et al, 2001).

O cenário nacional vem mantendo-se estável desde 2004, e estima-se que 630 mil pessoas vivam hoje com HIV e Aids. Foram notificados 544.846 casos de Aids no Brasil, de 1980 até junho de 2009, dos quais 65,4% são homens e 34,6% são mulheres. Na análise da série histórica do ranking das Unidades Federadas, considerando as taxas de detecção, observa-se que, desde o ano 2000, cinco estados estão à frente com números mais elevados, alternando-se entre as quatro primeiras posições. São eles: Rio Grande do Sul, Roraima, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo (BRASIL, 2003).

Em Sergipe (SE), no período de 1980-2010 foram notificados 2263 casos de aids no SINAN/SE, ocupando em números absolutos a 23ª posição entre os estados brasileiros. Em Aracaju, capital deste estado, a taxa de incidência de Aids em 2007 mantinha-se em patamares elevados (15,4 casos por 100 mil hab.) quando comparado à incidência em Sergipe (9,3 casos por 100 mil hab.) e na região Nordeste com 10,8 casos por 100 mil hab., mas abaixo da incidência no Brasil que era de 17,8 casos/100.000 habitantes (PM/ DST/Aids, 2008).

Passados mais de vinte anos do início da epidemia do HIV/Aids e com todos os avanços alcançados, a importância da prevenção não é menor nos dias de hoje. Os progressos do conhecimento e da técnica não esvaziaram os desafios da prevenção, uma vez que tais avanços não chegaram a alterar substantivamente os determinantes da vulnerabilidade ao HIV e à Aids de significativos contingentes populacionais (AYRES, 1999).

Dentre os aspectos de vulnerabilidade da Aids, destacam-se a pobreza; a exclusão de base racial; a rigidez de papéis e condutas nas relações de gênero; a intolerância à diversidade, especialmente de orientação sexual; o limitado diálogo com as novas gerações e a conseqüente incompreensão dos seus valores e projetos; e a impressionante desintegração da sociedade civil no mundo globalizado (CASTELLS, 1999).

Noventa por cento dos países mais afetados pela epidemia são pobres; as mulheres são cerca de 50% dos 33,2 milhões de pessoas com HIV em todo mundo (UNAIDS, 2006). Metade das novas infecções ocorre entre os 15 e 24 anos e $\frac{3}{4}$ entre pessoas do sexo feminino. Nessa faixa etária, 225 mulheres jovens são infectadas a cada hora.

Ao se olhar à questão das classes sociais e do acúmulo de bens, o que se percebe como interface entre ser rico, ser pobre e ter Aids, é que são as desigualdades de gênero e de acesso – ao conhecimento, à informação, a insumos de prevenção e cuidados que pautam as condições de fragilidade ao HIV/Aids (MANN; TARANTOLA, 1996).

Diversos autores como Costa (2000), têm identificado a hipótese de ser esta feminização também alimentada pelo crescimento da violência contra os corpos, mentes, saúde e direitos de mulheres e meninas no mundo todo. O Unaid, em seus relatórios, relata que vários estudos no mundo confirmam a relação entre violência contra as mulheres e o HIV. Tais referências indicam que as mulheres portadoras do HIV tiveram maior probabilidade de ter vivido situações de violência, e as que sofrem violência teriam maior propensão à infecção.

No relatório do Unaid de 2006, encontramos que uma em cada três mulheres no mundo já foi espancada, forçada ao sexo ou abuso, e geralmente por algum conhecido. Isso se confirma em estudos sobre violência por parceiros íntimos que revelam a frequência de casos de mulheres que comparecem aos serviços de saúde por estarem ou por terem vivido situações de violência por parte dos parceiros íntimos. O Unaid também reforça a necessidade de intervenções nos serviços de saúde, com abordagens qualificadas para o cuidado de tão importante questão de saúde pública.

Com base nos aspectos analisados, desenvolvi um estudo orientado pelas seguintes questões: quais são as situações de violência vivenciadas por mulheres vivendo com HIV/Aids? A condição de soropositividade em mulheres as torna mais vulneráveis a

situações de violência? A pesquisa, a qual derivou na presente dissertação, focalizou experiências das mulheres vivendo com HIV-Aids pertencentes à Rede de Cidades Positivas do Estado de Sergipe.

Direcionar meu estudo para esse tema está relacionado com o fato de nos últimos anos me envolver com a questão da Aids entre as mulheres, motivada pelas observações e abordagens com este grupo como profissional de saúde. Na condição de enfermeira e coordenadora do Programa de Saúde da Mulher e membro do conselho municipal dos direitos da mulher, convivendo com as estatísticas e com as pacientes com Aids, foi possível constatar o progressivo aumento do diagnóstico de Aids nas mulheres no estado. Desenvolver uma pesquisa com o objetivo de analisar experiências de mulheres soropositivas para HIV, explorando suas percepções sobre situações de violência e vulnerabilidade representou para mim uma oportunidade ímpar. Com os seus resultados espero que o estudo contribua para o direcionamento de políticas públicas mais eficientes, que assegurem um futuro de esperança e oportunidades voltadas ao público feminino.

Quando me refiro à violência nesse trabalho, reconheço a complexidade deste fenômeno e a multiplicidade de suas formas de manifestação. Há de se considerar em sua análise, dimensões políticas, sociais e econômicas, discriminando assim, as suas origens e suas aparições em determinadas sociedades ou grupos. Por outro lado, é necessário delimitar contornos mais específicos que permitam viabilizar um estudo de caráter individual e em um curto espaço de tempo. Isto posto, ressalto que na análise das relações entre a condição de gênero, soropositividade e violência, foram privilegiadas neste estudo as experiências e visões das mulheres investigadas, considerando as situações que estas interpretavam ou vivenciaram como violentas, as quais podiam abarcar as esferas familiares ou domésticas, institucionais etc.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Analisar experiências de mulheres soropositivas para HIV, explorando suas percepções sobre situações de violência e vulnerabilidade.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1 Identificar os tipos de violência sofrida por mulheres vivendo com HIV/Aids antes e após o diagnóstico;

2.2.2 Analisar o significado atribuído pelas mulheres às situações de violência sofrida, identificando em que medida se percebe a interface da condição de gênero e a soropositividade.

3. Marco teórico

3.1. Relações de Gênero e Violência

O conceito de gênero é uma construção sociológica relativamente recente, respondendo à necessidade de diferenciar o sexo biológico de sua tradução social e papéis sociais e expectativas de comportamentos femininos e masculinos, tradução esta demarcada pelas relações de poder entre homens e mulheres vigentes na sociedade (PITANGUY, 2003).

A expressão gênero tornou-se relevante para se compreender a interação e a cumplicidade com que se constroem as relações entre homens e mulheres, ambos marcados por uma cultura machista e patriarcal (Gomes, 2003). Em resumo, as relações violentas entre homens e mulheres devem ser vistas como parte das relações sociais em geral, focalizando-se as diferenças culturais atribuídas aos gêneros masculino e feminino (Tavares, 1999). Nessa definição, há o reconhecimento de que, nas relações interpessoais, os homens raramente são agredidos por membros de sua família. Já as mulheres tanto são vítimas de maus-tratos cometidos por estranhos como por conhecidos e parentes (PITANGUY, 2003).

A construção da masculinidade como fator da violência prejudica tanto a mulher quanto os homens, como mostra o documento *Violência Intrafamiliar: Orientação para a Prática em Serviço* (BRASIL, 2001), chamando a atenção para a necessidade de se rever o mito de que a mulher é o único ser prejudicado pela cultura machista. As idéias de Bourdieu (1998) podem ser utilizadas para melhor explicar essa afirmação, uma vez que tal autor observa que, no cenário da dominação masculina, as vítimas não são apenas as mulheres. Nele, os homens também estão aprisionados, sem que se percebam como vítimas da representação dominante. Assim, o que é tido como um privilégio masculino também pode ser uma cilada, fazendo com que o ser masculino, em tensão e contensão permanentes, seja a todo o momento testado em situações em que virilidade e violência se mesclam num espaço que está *“fora de todas as ternuras e de todos os enternecimentos desvirilizantes do amor”*.

A violência contra a mulher foi expressão cunhada pelo movimento social feminista

há pouco mais de vinte anos. A expressão refere-se a situações tão diversas como a violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos, o estupro, o abuso sexual de meninas, o assédio sexual no local de trabalho, a violência contra a homossexualidade, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão, a mutilação genital feminina, a violência e os assassinatos ligados ao dote, o estupro em massa nas guerras e conflitos armados (GROSSI, 1995). Estas se relacionam ou estão contidas umas nas outras, entretanto pode-se considerar que a condição de ser mulher, construída socialmente, determina aspectos de vulnerabilidade.

Segundo o artigo 7º da Lei Maria da Penha são formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os

destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994) define tal violência como “*qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto privada*” (ASSEMBLÉIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994).

O Primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002) define, pela primeira vez, a violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade”.

Os documentos elaborados na Conferência de Beijing, segundo Abramovay, 1995, alertavam que as conseqüências sociais, de desenvolvimento e saúde do HIV e AIDS necessitam ser vistas a partir de uma perspectiva de gênero e o relatório da Anistia Internacional publicado em 2004: Informa que o HIV/Aids é uma catástrofe para os humanos, que crescentemente, afeta mulheres e meninas que cada vez são mais infectadas na medida em que a violência contra elas maximiza a infecção pelo vírus.

As relações desiguais de gênero e a violência contra as mulheres reduzem também sua capacidade de negociar o sexo seguro e evitar as doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais o vírus da imunodeficiência humana (HIV)/Aids, tornando as mulheres mais vulneráveis a essas doenças. (PITANGUY, 2003).

Neste cenário o desafio tem sido colocar a violência como um ator protagonista e não mais coadjuvante para a infecção pelo HIV, reafirmando que Aids e violência se intersectam em diferentes contextos de vulnerabilidade, produzindo a partir de processos complexos de exclusão social que articulam gênero, geração, raça e etnia, acesso à renda, acesso ao conhecimento (NILO, 2008).

Em se tratando da interface, outra questão consensual é que a violência não é apenas um fator de risco para infecção pelo HIV, sendo também um resultado da infecção na medida em que a revelação da soropositividade tornou-se um momento potencializador da violência imposta às mulheres, por parte dos companheiros, família, comunidade e serviços não preparados (NILO, 2008).

3.2. Aids e a Feminização na evolução da enfermidade

Diferentemente da epidemia de Aids na África sub-sahariana – que atingiu duramente, desde os seus momentos iniciais, as mulheres – a epidemia brasileira, nos seus primeiros anos, afetou de maneira desproporcionalmente maior os homens (BASTOS et al., 1995). Julgava-se, à época, que o Brasil se depararia exclusivamente com uma epidemia nos moldes então ditos “ocidentais”, ou seja, basicamente restrita aos homossexuais masculinos, hemofílicos (exclusivamente homens) e demais pessoas que receberam sangue e hemoderivados e, em certa medida, aos usuários de drogas injetáveis (majoritariamente homens).

O tempo se encarregou de desmentir essa avaliação, evidenciando o papel das desigualdades sociais e de gênero na contínua transformação da epidemia brasileira no sentido de uma participação proporcional cada vez maior das mulheres entre os novos casos de AIDS. Em certa medida, uma tendência semelhante vem sendo observada nos Estados Unidos, embora com uma participação menos expressiva dos estratos sociais médios (se compararmos a epidemia norte-americana à brasileira) e uma concentração muito pronunciada nas populações latinas e afro-americanas (BRASIL, 1999).

Embora certos autores, como os Wallace, (1995), acreditem em uma extensão, a médio prazo, da epidemia de AIDS às camadas médias da sociedade norte-americana (substancialmente afetadas no início da década de 80), a epidemia, hoje, crescentemente concentrada nas minorias - a um só tempo, sociais, raciais, geográficas e lingüísticas, a maioria dos pesquisadores norte-americanos (Rosenberg, 1995) avalia que, a despeito da profunda vulnerabilidade dos segmentos populacionais marginalizados dos EUA, existe um marcante “insulamento” social destes segmentos populacionais com relação aos segmentos médios e abastados daquela sociedade. Ou seja, tanto do ponto de vista geográfico como social, as interações entre os segmentos mais pobres e mais ricos seriam

muito restritas, resultando em uma “contenção” da epidemia, que seguiria então basicamente restrita aos segmentos mais pobres.

Transcorridos 20 anos do registro dos primeiros casos, a disjunção da dinâmica da epidemia de AIDS nos países da Europa setentrional, como a Inglaterra e da epidemia no Brasil é evidente. Enquanto na Europa setentrional o papel da transmissão heterossexual permanece limitado e a proporção de mulheres com Aids frente ao conjunto de novos casos pouco se alterou em anos recentes, no Brasil, a transmissão heterossexual é hoje o principal motor da epidemia e a proporção de mulheres frente ao conjunto de novos casos de Aids vem aumentando progressivamente (SZWARCOWALD et al.,1997).

Segundo Boletins Epidemiológicos, publicados pelo Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (2001), a incidência da Aids por gênero vem se alterando ao longo dos tempos. Inicialmente, quase todos os casos eram de homens, mas agora cerca de 50% dos casos novos são em mulheres. Enquanto em 1990, a mortalidade proporcional por Aids era cerca de duas vezes maior entre os homens do que entre as mulheres, o impacto da AIDS sobre a mortalidade global torna-se, em 1995, similar para homens e mulheres, representando mais de um quinto do total de mortes, para ambos os sexos, na faixa etária de 25-34 anos, em São Paulo.

Tal evidência despertou a mudança do rumo epidêmico para além dos comportamentos sexuais femininos conceituados de alto risco, ou seja, aqueles apresentados por mulheres “promíscuas” e “usuárias de drogas injetáveis”. Como assinala Guimarães, a Aids transpôs as barreiras milenares que acobertavam as mulheres tidas como normais, sexual e socialmente passivas, para revelar que o gênero feminino não era apenas reprodutor e guardião do lar e da família. Ainda assim, segue valendo a dicotomia que coloca de um lado a mulher “do lar”, vítima do parceiro bissexual e, de outro, a mulher “sexualmente promíscua”, responsável por sua própria infecção e um dos vetores da transmissão do vírus. Tal dicotomia leva a que a maioria das mulheres não se perceba em risco diante do HIV/Aids, o diagnóstico sendo tardio. Suas conseqüências são ainda mais graves para as mulheres das camadas populares porque ameaçam os valores da hierarquia, reciprocidade, honra e respeito que estruturam seu modo de vida e que têm como referencial a família (GUIMARÃES, 2001).

O trabalho de Klovdhal (1985) autor já afirmava claramente que a epidemia progrediria ao longo de redes sociais de maior “vulnerabilidade” e que esta teria uma dimensão propriamente “social” (para além da dimensão exclusivamente comportamental) inequívoca. Embora a relevância de determinados “comportamentos de risco” persista como central à difusão do HIV, o tempo deu razão a Klovdahl e aos que, depois dele, romperam com os reducionismos em termos da utilização do conceito de risco no âmbito da epidemia de Aids. Destacando perspectivas fundamentais, em primeiro lugar, no sentido de introduzir o conceito de vulnerabilidade no campo do HIV/Aids e explorar suas possibilidades heurísticas, ou seja, fazendo com que o conceito de vulnerabilidade amplie e/ou refine as tradicionais categorias de análise epidemiológica, incorporando dimensões culturais, sociais e políticas, além de funcionar como um “operador de leitura”, possibilitando “extrair” interpretações mais ricas dos dados e informações disponíveis (AYRES et al.,1999).

A despeito de inúmeras iniciativas no sentido de uma maior igualdade - que vão das ações dos indivíduos singulares a grupos organizados de militantes, representações parlamentares, órgãos dos executivos de diferentes países ou ainda organismos internacionais como as Nações Unidas, são tratados desigualmente em termos políticos, culturais e sócio-econômicos. Estes eixos de desigualdade têm uma dimensão, simultaneamente, macro e micro-social, ou seja, compreendem a não-observância dos direitos fundamentais, relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos, e têm lugar tanto no âmbito das famílias e parcerias como da sociedade ou das culturas nacionais e supra-nacionais (organizadas, por exemplo, em sistemas de crença e códigos de valores).

Representações sociais que consubstanciam a desigualdade de gênero permeiam não só o imaginário leigo, mas também o dos profissionais de saúde que, supostamente, estariam a cargo de, por exemplo, identificar, notificar e aconselhar indivíduos e casais a adotarem, de forma consistente, práticas sexuais mais seguras. Giffin & Lowndes (1999), a partir de entrevistas com profissionais de saúde que atuavam em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), mostraram que a notificação e o aconselhamento frequentemente não são feitos de forma adequada do ponto de vista científico e da perspectiva de uma cultura que não se queira sexista e paternalista, incidindo estas inadequações e

impropriedades preferencialmente sobre mulheres de classes mais pobres, “infantilizadas” por orientações e aconselhamentos parciais e errôneos, estas do ponto de vista das intervenções preventivas desenvolvidas por profissionais, não se beneficiam das melhores práticas disponíveis, que poderiam, em parte, compensar a maior vulnerabilidade dessa população frente à infecção pelo HIV.

Segundo Lennon (1995) a idéia de uma ciência desvinculada do seu contexto histórico e das injunções cotidianas é cada vez mais insustentável na epistemologia e na sociologia das ciências contemporâneas. É inquestionável o papel dos contextos sócio-culturais em geral, e das questões de gênero em particular, na gênese do que poderíamos denominar de “ciência da Aids”, cabendo mencionar aqui como elementos que influenciaram e influenciam fortemente o desenvolvimento científico nesta área: o caráter global da epidemia, a sua dramaticidade em termos de saúde pública e o papel pioneiro e vigilante dos ativistas de diversos grupos e estratos sociais em relação a diferentes aspectos do progresso da ciência nesta área, como o desenvolvimento de testes laboratoriais e medicamentos. (BASTOS & COUTINHO, 1999).

Como que numa ironia histórica, o maior sucesso na luta contra a AIDS em anos recentes, tanto em termos da medicina clínica quanto da saúde pública, provém exatamente da inclusão das mulheres em protocolos clínicos com anti-retrovirais, a partir do protocolo ACTG 076, de intervenção medicamentosa (com a administração de AZT por via injetável) - entre outras medidas, em mulheres grávidas infectadas pelo HIV, que muitos autores acreditam poder eliminar completamente dentro de alguns anos a transmissão vertical (mãe-conceito) do HIV nos países com recursos para implementar o conjunto de medidas preventivas propostas (GUNNEBERG, 1999).

Portanto, ao se analisar a Aids num contexto de desenvolvimento, ou ausência deste, uma vez que as promessas de desenvolvimento social ainda não foram cumpridas, considerando ainda que o próprio conceito de desenvolvimento está em disputa, percebe-se a Aids como mais um fruto da iniquidade. (Nilo, 2008). Essa perspectiva de que as desigualdades de gênero conformam parte essencial da base de uma pirâmide de vulnerabilidade ao Hiv/Aids que as mulheres enfrentam coloca em foco uma outra grande epidemia que atinge as mulheres, esta muito mais antiga e perversa, justamente porque é

aceita socialmente em maior ou menor grau, a depender do espaço geopolítico e cultural no qual se localiza: a violência de gênero.(NILO, 2008).

3.3. Vulnerabilidade: dimensões individuais e coletivas

Devido à rápida disseminação da epidemia mundial da Aids e de sua íntima associação com as práticas sexuais e a sexualidade, julgava-se que os estudos e campanhas destinados a melhor orientar as pessoas em relação à questão e melhor conhecer o comportamento sexual humano se multiplicariam. No entanto, isso não ocorreu com a intensidade necessária, principalmente por causa da ignorância, do preconceito, do falseamento da questão por parte de amplas faixas populacionais, resistentes a quaisquer abordagens científicas ou sócio-culturais da sexualidade. Este vem sendo um dos principais obstáculos ao desenvolvimento de melhores estratégias de enfrentamento da epidemia pelo HIV/Aids (PARKER et al., 2000) e parece contribuir para a "pauperização" da epidemia em nosso país, através de uma difusão mais intensa para grupos mais vulneráveis e menos freqüentemente beneficiados por estratégias preventivas (mais pobres, marginalizados, mulheres, negros, jovens). (GRANGEIRO, 1994).

A percepção de risco do indivíduo, associada à sua percepção de vulnerabilidade frente à infecção, foi identificada como fator relevante para a mudança comportamental no âmbito da saúde. Logo, o conceito de "comportamento de risco" passava informar uma classificação científica do comportamento social, derivada de análises epidemiológicas ou "avaliações do risco", que passam a constituir o objeto central da discussão acerca da problemática em questão. Assim, a "passagem" da conceituação de "grupos de risco" para "comportamentos de risco" minimiza a estigmatização e exclusão de grupos e populações específicos em relação à epidemia, ampliando a preocupação com o problema e estimulando um envolvimento ativo dos indivíduos com a prevenção (AYRES, 1997).

Segundo Ayres (1997), o fator de risco transmuta-se no conceito de "grupos de risco", e estes últimos tornam-se a base das poucas e ainda rudimentares estratégias de prevenção preconizadas no referido período, mostrando-se tão equivocadas e ineficazes do ponto de vista epidemiológico quanto incitadoras de preconceitos e iniquidades. O conhecimento, ou melhor, a consciência do risco é vista então como elemento crucial de qualquer política dirigida à Aids (CASTELLS, 1999).

No âmbito da epidemiologia, o conceito de risco se incorpora gradativamente à descrição mais abrangente de "vulnerabilidade". Enquanto buscamos com o risco "calcular a probabilidade de ocorrência" de um agravo em um grupo qualquer com determinada característica, "abstraídas outras condições intervenientes", com a vulnerabilidade procuramos "julgar a suscetibilidade" de "cada indivíduo ou grupo" a esse agravo, "dado um certo conjunto de condições intervenientes". (AYRES, 1997).

A noção de vulnerabilidade busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a sua maior exposição ao HIV ou sua menor chance de proteção (AYRES, 1997).

Cabe ressaltar que a categoria vulnerabilidade emerge a partir da análise do impacto determinado pela epidemia de AIDS em nível mundial. Mann & colaboradores (1992) desenvolveram uma estrutura conceitual para avaliar criticamente a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Ayres et al. (1997) resumem a conceituação de vulnerabilidade ao HIV/Aids, definindo-a como:

O esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV/Aids, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), pragmáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento...

Segundo AYRES et al. (1997), a resposta que o conceito de vulnerabilidade pretende oferecer à necessidade de ir além da tradicional abordagem comportamentalista das estratégias de redução de risco exclusivamente individuais pode ser melhor entendida no âmbito das diferentes etapas históricas da epidemia e das respostas correspondentes da

comunidade científica.

Este conceito vem proporcionando investigações detalhadas sobre a temática do HIV/Aids, mais especificamente no que se refere à reformulação permanente das estratégias preventivas. O desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade ao HIV/AIDS pode ser descrito, em linhas gerais, como um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (AYRES, 1997).

A literatura recente sobre a Aids no Brasil tem registrado dois fenômenos importantes para a reflexão, que são a pauperização e a feminização da epidemia (BARBOSA & SAWER, 2003). Esses aspectos, curiosamente, se articulam entre si na vivência cotidiana das mulheres por meio das relações de gênero. Além disso, a Organização Mundial de Saúde, 2002, alertava para a relação entre HIV/Aids e a violência contra a mulher referindo-se aos seguintes fatores de vulnerabilidade: o sexo forçado, a limitação trazida pela violência para negociar o sexo seguro e a revelação da condição de soropositividade como um fator que aumenta o risco de violência. As vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres são históricas e apesar de ganharem novos contornos com a epidemia da Aids, reforçam sua falta de poder político e de autonomia na efetivação dos seus direitos. (NILO, 2008).

4. Metodologia

4.1. O método

Elegemos a metodologia qualitativa de caráter exploratório para esta pesquisa tendo em vista que ela nos permite abordar a realidade de uma forma conjuntural, abarcando neste processo as dimensões do social, do contexto histórico-cultural e da subjetividade. Esta perspectiva metodológica nos aproxima de uma compreensão do sujeito em constante relação com a realidade social, mediante ações que implicam em intencionalidade. E no esquema de interação e/ou transformação dos fatos impulsionados pela dinâmica social, o sujeito dá significados às suas vivências e constrói suas representações do mundo a partir de suas próprias experiências.

Segundo Minayo (1993), a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

As pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (Gil, 1995: 45).

4.2 A escolha do campo

Nosso trabalho de campo foi realizado no município de Aracaju, capital do estado de Sergipe. Esta escolha foi motivada pela minha proximidade com as mulheres com diagnóstico de HIV/Aids, em virtude de trabalhar no Programa Municipal de Saúde da Mulher, ser titular do Conselho Municipal de Direitos da Mulher e trabalharmos em agendas comuns no Plano Municipal de Enfrentamento a Feminização da Aids, o que facilitou o meu acesso a estas.

Para a realização das entrevistas, me foi cedida pela coordenação da educação permanente do município/CEPS, uma sala, que se caracteriza basicamente como um espaço estudo, mas que atendeu plenamente às exigências para a boa realização das

atividades. Os profissionais do CEPS tiveram o cuidado de identificar a sala e avisar que eu estava em atividade de campo com a amostra da pesquisa, para não haver interrupções.

O trabalho de campo foi um processo que exigiu tempo, para o seu planejamento e para o agendamento da atividade com as participantes da pesquisa, de acordo com a disponibilidade das mesmas. Com todas as situações previstas e imprevistas, o trabalho aconteceu, e ao final podemos dizer que o apoio das mulheres e da equipe de profissionais do CEPS foi fundamental para sua realização.

4.3. Os sujeitos da nossa pesquisa

O estudo foi realizado com mulheres que vivem com HIV/Aids, integrantes da organização não governamental “Rede de Mulheres Cidadãs PositHIVas” núcleo de Sergipe, que é um grupo de mulheres fundado em 06 de abril de 2002 com o objetivo de promover o fortalecimento individual e coletivo das mulheres vivendo com HIV/Aids no estado de Sergipe. Esse grupo faz parte da “Rede Nacional de Mulheres Cidadãs PositHIVas” que foi concebido e gerado por nove mulheres com HIV de diferentes estados do Brasil, no ano de 2000. Oito destas fizeram parte do nosso estudo.

4.3.1. Um pouco mais sobre as mulheres

Apresentamos a seguir um breve perfil das oito (8) integrantes do estudo, destacando-se, oportunamente, impressões apreendidas pela pesquisadora durante a interação com elas. Visando preservar o anonimato das informantes, foram adotados pseudônimos para as mulheres, adotando-se nomes de flores.

Gardênia

Trata-se de uma mulher de 38 anos, parda, solteira, 11 anos de estudo, dona de casa, 3 filhos, renda familiar em torno de 2 salários mínimos, tem diagnóstico de Aids há 11 anos. Muito simpática e comunicativa, que, paralelamente à questão da Aids em sua vida, já teve que enfrentar muitas outras “barras”. Ela por sua vez, transmite muita verdade no que diz. Agora, talvez com a Aids, tudo parece que se tornou o que realmente é. Porém ela não deixa de sorrir e de ter esperanças na vida e quer dar vãos aos seus projetos pessoais.

Melissa

Atualmente com 54 anos, parda, viúva, 11 anos de estudo, sem filhos, do lar, cuidadora da sua mãe, vive da aposentadoria da mãe e de pensão do marido, é soropositiva há 10 anos. Desde que soube estar com o vírus da Aids atravessou períodos difíceis, mas sem alterar sua rotina nos cuidados da casa, dando andamento às suas atividades. Durante as atividades da pesquisa se expressou de modo tímido.

Acácia

40 anos, negra, solteira, ensino médio completo, 2 filhos, recebe benefício do governo, é soropositiva há cerca de 20 anos, perdeu o companheiro vítima da Aids. Relata que suspeitou do diagnóstico ao assistir uma campanha do Governo Federal que era muito negativa, pois só falava de morte e usava imagens de caveiras, sendo muito difícil aceitar o diagnóstico. Acredito que, devido a essas experiências, saber que estava com a Aids lhe causou um impacto tão grande, que por muitas vezes foi internada com problemas de saúde.

No seu falar, expressando seus pensamentos, se mostra ora madura, ora infantil, estando sempre envolvida com tratamentos e novas doenças, mas, com tudo isso, é participante ativa dos movimentos de mulheres.

Verbena

Vi nessa mulher a delicadeza e beleza do rosto, do corpo miúdo. Atualmente com 30 anos, parda, com 8 anos de estudo, solteira, mãe de 2 filhas, dona de casa e com renda familiar de 2 salários mínimos, convive com o diagnóstico há 8 anos.

Observando-a durante o grupo focal inicialmente quieta, tímida, com o tempo superou isso com uma extrema simpatia e espontaneidade, dando respostas com a sua autenticidade, expondo seus sentimentos nas vivências de suas experiências. Descobriu o diagnóstico quando estava grávida da última filha e foi abandonada pelo companheiro, que tinha receio que a família soubesse do diagnóstico de Verbena e da exposição do bebê ao HIV.

Rosa

Parda, 48 anos, 11 anos de estudo, divorciada, 4 filhos, artesã, renda familiar de pouco

mais que 1 salário mínimo e com 4 anos de diagnóstico.

Parece que nada pode atrapalhar seu propósito de viver, viver e viver. Não quer pensar no momento, além de curtir sua vida e seu companheiro, com o qual tem uma relação conflituosa.

Às vezes fica muito visível para qualquer um a contradição nas suas falas, que o que está falando não é o que realmente faz. Tem atuação marcante nas atividades da ONG Cidadãs PositHIVas e no movimento de mulheres em Sergipe.

Violeta

42 anos, parda, nível superior, casada, sem filhos, desempregada, renda familiar do esposo de 3 salários mínimos, soropositiva há 1 ano. Enfrenta muitos preconceitos na família por conta da doença e diz que tinha acesso a informações sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV, mas achava que isso nunca aconteceria com ela.

Girassol

49 anos, parda, 15 anos de estudo, viúva, 3 filhos, recebe benefício do governo, diarista, renda familiar de 1 salário mínimo, sabe o diagnóstico de soropositiva há 12 anos, faz artesanato e dança e é ativista do movimento de mulheres, principalmente no enfrentamento a feminização da Aids. Relata situações de violência doméstica e intrafamiliar desde a infância até os dias atuais. Gosta da vida e passa isso quando consegue desfazer os momentos de tristeza que a apertam. Se envolve com as coisas que diz, com suas experiências, sem desvalorizar-se.

Dália

Trata-se de uma mulher alegre, comunicativa, autêntica e de atitudes fortes, de 53 anos, parda, com 10 anos de estudo, viúva, 4 filhos, trabalha como consultora de beleza, com renda em torno de 3 salários mínimos. Soube do diagnóstico há 2 anos, juntamente com seu marido, que faleceu em consequência da Aids. Atualmente convive com o silêncio e o preconceito dos poucos familiares para os quais decidiu dividir o diagnóstico.

4.4. Preparando o terreno para viabilizar a pesquisa

A iniciativa de fazer o convite pessoalmente e individualmente às mulheres para participação na pesquisa foi muito importante para nossa aproximação, facilitando muito o meu trabalho, pois nesse primeiro contato marcávamos a data do grupo focal e algumas explicações sobre a pesquisa era dada.

No dia marcado com as mulheres para realização do grupo focal, eu esclareci a pesquisa de forma mais aprofundada e abri espaço para resolver dúvidas, fazer perguntas ou outras observações que tivessem no momento. Essa prévia foi feita em grupo. Devo ressaltar que o bom vínculo das mulheres comigo e com as outras colaboradoras da atividade trouxe ganhos, possibilitando uma boa relação inicial entre nós. Todas demonstraram em princípio boa vontade e carinho para participarem da pesquisa. Era perceptível também, embora em graus diferenciados, uma preocupação com suas participações, a qual só se desfez no decorrer do processo das entrevistas, quando elas verificaram que se tratava antes de tudo de uma conversa mais aprofundada sobre suas experiências com a Aids, quando poderiam expor seus pensamentos e sentimentos mais espontaneamente.

Muitas informações foram transmitidas pelas mulheres antes do grupo focal transcorrer, as quais foram por mim registradas na memória ou em rascunhos quando elas não estavam mais presentes na sala. O momento dos esclarecimentos dos objetivos da pesquisa e leitura do “Termo de Consentimento” (em anexo) era aproveitado para comentários e tirar dúvidas.

Desde o início do contato me preocupou a forma de abordar as mulheres do referido grupo. Atribuo essa preocupação ao fato de minha experiência implicar em uma escuta e intervenção, baseadas em conteúdos surgidos no momento do meu encontro com os usuários, sem um roteiro prévio. Foi preciso, tanto para elas, quanto para mim, ultrapassar “preocupações” diferenciadas, mas no mesmo espaço de interação.

Para contornar as expectativas delas, frente ao contato comigo, na condição de gestora do programa saúde da mulher, bem como, as minhas próprias expectativas no sentido de ajudá-las mais diretamente, coloquei em primeiro plano a necessidade de entrevistá-las,

situando-me no lugar que ali me cabia para a realização da pesquisa. Devo confessar que não foi uma tarefa fácil. Porém, após o grupo focal, com algumas mulheres conversava informalmente, sem perder de vista o que haviam mencionado, buscando sempre levá-las a falar sobre alguns assuntos que elas expuseram para mim, pois considerava importante estarem sendo ouvidas e até orientadas por alguém sobre algumas de suas questões.

4.5. As técnicas da pesquisa

No processo de coleta de dados foram adotadas duas técnicas: grupos focais e história de vida, conforme descrito a seguir.

4.5.1. Grupo focal

O grupo focal é utilizado em pesquisas qualitativas com o objetivo de investigar a visão dos participantes em relação a uma experiência ou evento através da interação grupal (MORGAN, 1997). Segundo Trad, (2009), nas últimas décadas, constata-se um incremento significativo da utilização de grupos focais como instrumento de coleta de dados em pesquisas no campo da Saúde Coletiva no Brasil. Sua adoção atende invariavelmente ao objetivo de apreender percepções, opiniões e sentimentos frente a um tema determinado num ambiente de interação.

A técnica difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da investigação, cabendo a este a criação de um ambiente favorável à discussão, que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (PATTON, 1990; MINAYO, 2000). Para Trad (2009), o planejamento dessa atividade deve considerar um conjunto de elementos que garantam seu pleno desenvolvimento: os recursos, número de participantes, quantidade de grupos e duração da atividade, o perfil dos participantes e seleção dos participantes e o papel do moderador e a dinâmica da discussão.

Neste estudo foi realizado um grupo focal com oito mulheres sob a moderação da autora e com o apoio de duas profissionais de saúde previamente convidadas e informadas sobre a temática da pesquisa.

A atividade foi realizada no Centro de Educação Permanente da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, por meio de agendamento prévio com a direção do serviço, por se tratar de um local geograficamente centralizado na cidade e conhecido de todas as participantes do estudo, no dia 11 de agosto de 2011 no horário das 8 às 14 horas e o convite das participantes para pesquisa foi feito por contato telefônico e comunicação pessoal.

A técnica foi conduzida a partir de um roteiro previamente elaborado (apêndice A), segundo o qual a atividade foi gravada com o consentimento prévio das entrevistadas.

O roteiro do grupo focal abarcou em seu conteúdo questões-problema que buscavam alcançar tanto o conhecimento quanto as representações sobre a Aids, vulnerabilidades e a violência. Daí nossa escolha pelo tipo de técnica acima referida.

A atividade foi estruturada com planejamento prévio e após o contrato inicial de convivência (horário, sigilo das informações, o registro do diálogo em áudio e transcrições e respeito com as divergentes opiniões e posicionamentos), informação das diferentes etapas do trabalho e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice B), preenchimento do questionário com variáveis de identificação (apêndice C), prosseguiu com as seguintes etapas:

Oficina de artesanato com o objetivo de integração e descontração do grupo;

Execução do grupo focal tendo como roteiro os seguintes aspectos: A percepção do conceito geral de violência, suas tipificações, condições de vulnerabilidade, dentre outras levantadas pelo próprio grupo. Ao longo da roda, que inicialmente caracterizou-se por um comportamento de participação tímida, foi se conformando em um espaço descontraído onde as mulheres foram relatando situações de violência sofrida antes e após o diagnóstico de soropositividade para HIV; seus sentimentos e reações frente a essas situações e suas percepções da interface entre violência e a condição de soropositividade para HIV. Houve uma grande interação a respeito do tema, posições coletivamente compartilhadas e redefinidas a partir do confronto de idéias, que segundo Trad, (2009) é a principal vantagem do grupo focal. Ao término da atividade a moderadora agradeceu a participação de todas e reforçou o caráter sigiloso da pesquisa.

4.5.2. História de vida

O grupo focal também tinha o objetivo de colaborar para identificação e seleção de duas mulheres para realização da técnica história de vida, as mesmas foram escolhidas em virtude da contribuição com relatos de vida com elementos importantes para o objeto da pesquisa, como: situações de violência sofrida antes e após o diagnóstico, sentimentos e reações frente a situações de violência sofrida, percepções de interface entre violência e soropositividade, visto que utilizaremos as mesmas categorias do estudo do grupo focal para essa técnica, pois ouvir as histórias particulares dessas mulheres possibilitou entrelaçar “o verdadeiro, o vivido, o adquirido e o imaginado”, que é a definição de história de vida dada por GOY (1980).(Goy,1980:743 apud Pesce, 1987:154).

Haguette (1987) considera que a técnica história de vida é aquela capaz de dar sentido à noção de processo. Este “processo em movimento” requer uma compreensão íntima da vida de outros, o que permite que os temas abordados sejam estudados do ponto de vista de quem os vivencia, com suas suposições, seus mundos, suas pressões e constrangimentos. Camargo (1984) complementa que o uso da história de vida possibilita apreender a cultura “do lado de dentro”; constituindo-se em instrumento valioso, uma vez que se coloca justamente no ponto de intersecção das relações entre o que é exterior ao indivíduo e aquilo que ele traz dentro de si.

As entrevistas foram agendadas e a gravação transcrita e submetida à análise de conteúdo, com o objetivo de preservar a opinião pessoal de cada participante.

4.6. Análise dos dados

Utilizamos a proposta de interpretação qualitativa de dados baseada na análise de conteúdo. Com este método pretendemos atingir a realidade dos atores sociais em evidência nesta pesquisa, privilegiando principalmente a linguagem, pelo fato de esta expressar seu cotidiano social, histórico e afetivo e por guardar uma forte relação com a ação (práxis) dos sujeitos, no processo de se constituir subjetivamente e coletivamente.

Os relatos dos grupos focais e das histórias de vida foram avaliados através de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), adotando o critério semântico para a identificação de categorias temáticas, baseadas nos “núcleos de sentido”, que compunham a fala do grupo e

cuja presença pode ter algum significado para o objetivo analítico escolhido. Isso possibilitou a criação de quatro categorias temáticas, considerando a percepção de vulnerabilidades e das situações de violência vivenciadas por essas mulheres.

Tendo em vista sua operacionalização, o método compreendeu os seguintes passos: (a) ordenação dos dados, que pressupõe um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo (transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação participante); (b) classificação dos dados, através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo interrogações para identificar o que seja relevante (“estruturas relevantes dos atores sociais”). A partir disso, elaboram-se as categorias específicas, o que permite determinar o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação; (c) análise final, na qual se procura estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões levantadas por esta pesquisa com base em seus objetivos e promovendo, assim, relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

As análises das narrativas foram organizadas nas seguintes categorias: 1) Representações sobre as vivências de violência das mulheres antes e após o diagnóstico de Aids: nas relações familiares, nas relações conjugais e nas instituições de saúde; 2) Sentimentos e enfrentamento frente ao diagnóstico e à violência sofrida; 3) Vulnerabilidades.

Privilegiamos também nesta pesquisa a linguagem, as narrativas e os conteúdos de fala manifestos e latentes por entendermos que estes se constituem em importantes recursos para a apreensão dos significados dos atos e das formas de relação das pessoas frente ao contexto sociocultural que compõe suas estruturas de vida.

Seguindo esses passos metodológicos em nosso trabalho de pesquisa buscamos chegar com mais profundidade ao conhecimento da realidade pretendida.

4.7. Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada sobre o número 004/12 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (CEP/ISC). Foram assegurados a confidencialidade e sigilo dos dados obtidos, utilizando-os apenas para os propósitos deste

estudo e posteriormente para publicação na comunidade local e nos meios de divulgação de trabalhos científicos, sendo obedecidas às normas da Declaração de Helsinque e da resolução Nº 196 /96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos.

5. Resultados e discussões

Ao abordarem, sob diversos ângulos, suas vulnerabilidades e as situações de violência vivenciadas, as mulheres investigadas dividiram suas histórias em várias etapas da vida. Resgatando a memória de fatos da infância, passando pela adolescência até a idade adulta, as informantes procuraram traçar um quadro histórico de suas experiências, culminando com situações e representações na atualidade. Foi possível assim estabelecer uma aproximação com os problemas que as atingiram em diversas fases de suas vidas, produzindo um olhar sobre as perdas e ganhos pessoais, sociais, políticos e culturais presentes nos diferentes percursos. Veremos, ademais, que as situações de vulnerabilidades e violências relatadas pelas mulheres constituem um marco estruturador de suas vidas e apresentam muitos pontos em comum.

Tal como referido na introdução, foram consideradas as situações que as informantes interpretavam ou vivenciaram como violentas, abrangendo esferas familiares ou domésticas, institucionais etc., respeitando seus próprios critérios. O mesmo se aplica ao tema da vulnerabilidade. Os dados a seguir são organizados em três eixos de análise: as situações de violência incluindo os contextos familiares (família de origem), sexuais/conjugais e dos serviços de saúde; as estratégias de enfrentamento frente à soropositividade/violência; percepção sobre vulnerabilidade.

5.1. Representações sobre as vivências de violência das mulheres antes e após o diagnóstico de Aids

5.1.1. Nas relações familiares

Ao tratarmos do tema da violência é importante que não percamos de vista que a violência opera nos planos concreto e simbólico, que suas origens são multicausais e que suas evidências podem estar também atreladas a expressões subjetivas, pessoais, mas não necessariamente. A violência intrafamiliar contra criança e adolescência surge como elemento relevante por parte das entrevistadas e muitas influenciaram o destino dessas mulheres, como o início precoce da vida sexual, o rompimento com a família, a saída da casa dos pais, o casamento indesejado, inserção precoce no mundo do trabalho. Em seus relatos, o que consiste também em violência, para este grupo é a passagem tumultuada para

a adolescência. Ficamos com a sensação de que, para essas mulheres, a saída do mundo infantil é quase automática. Em um momento estão brincando de boneca e em outro estão cuidando de filhos. Ou, ainda, que do mundo dos sonhos, da fantasia dos desenhos, partem direto para as brigas e conflitos, etc.

Isso nos leva a destacar a circunstância particular de ser adolescente, que segundo Aberastury e Knobel (1989), trata como o período de mudanças físicas, sexuais, cognitivas, emocionais e de transição entre a infância e a vida adulta. Uma fase de desafios, contradições, inseguranças e oposições, que podem desequilibrar relações afetivas familiares, escolares e sociais. Além de ser um momento de aprendizado e de um estabelecimento de um padrão de ser, de reorganização emocional, em que a turbulência, a impulsividade e a excitabilidade costumam estar presente.

A violência que tem sua origem no lar, patrocinada pelos diferentes atores que compõem os membros do que se convencionou chamar família é um grave problema social que atinge um número cada vez maior de famílias. Muitas vezes, esta violência acontece devido ao desconhecimento, por parte dos pais, de formas alternativas para lidar com os comportamentos dos filhos e outras dificuldades cotidianas restando –lhes apenas a coerção e a agressão como formas de resolução de conflitos, mas fortemente repercutem na vida da criança e do adolescente. Levando a agressividade, apatia, relacionamentos conflituosos, dentre outros (SALOMON, 2002).

Vejamos o que nos diz Dália sobre sua relação com a família:

“(...) eu posso dizer que eu fui violentada desde a infância, porque a minha mãe , ela não deixava a gente brincar menino com menina, ...dizia que já tava fazendo safadeza, tudo ela batia, ela batia muito, ela já tinha varinha de facão (...) aos 16 anos eu casei, fugi pra me livrar daquela opressão, ela era uma mulher mandona e ainda é, meu pai para não contrariá-la né, ele bebia, hoje eu entendo porque ele bebi (...) eu casei e continuei achando que violência só era apanhar, então como o marido não batia eu dizia que eu não sofria violência (...) mas não era todo momento que eu queria ir na casa da minha mãe que ele deixava e eu não podia ir no centro sozinha”.

Entender como a violência afeta a construção de si próprio nesta fase de desenvolvimento (adolescência) é um aspecto mais recentemente abordado. Em estudos realizados por Assis et al. (2003) e Assis e Avanci (2004), avaliando a visão que os adolescentes têm sobre si, distinguindo-os entre os que sofrem e não sofrem violência. Entre as adolescentes vítimas de violência familiar física, psicológica ou sexual, foi constatado que é mantida uma visão de si positiva, embora atributos negativos sejam mais presentes nestes do que entre os que não sofreram violência. Acreditando que a dinâmica de violência leva ao sentimento de desvalorização e diminuição da confiança nas próprias percepções e, conseqüentemente, a sentimentos de impotência.

Segundo Grossi (1995), a família é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos; quem primeiro transmite os valores, usos e costumes que irão formar as personalidades e a bagagem emocional das pessoas. A dinâmica e a organização das famílias baseiam-se na distribuição dos afetos, criando, no espaço doméstico, um complexo dinamismo de competições. Essas disputas são orientadas pelas diferenças de poder entre os sexos e, no contexto afetivo, motivadas pela conquista de espaços que garantam o amor, o reconhecimento e a proteção, necessidades básicas da condição humana.

De fato, para muitas mulheres a convivência com a violência está inscrita nas suas histórias, uma violência que inclui tanto a violação do corpo, mas especialmente, a violação de sentido de proteção e afeto que toda criança necessita para aprender a proteger-se também (NILO, 2008).

Os depoimentos das mulheres sobre a violência sofrida na infância e na adolescência foram trazidos como elemento de vulnerabilidade nas suas trajetórias de vida, porque na tentativa de afastar-se dessa situação elas buscaram no parceiro e no relacionamento estável uma proteção e uma forma de romper com o ciclo da violência, mas acabaram se expondo a outras situações de vulnerabilidade, como a iniciação precoce da sua vida sexual, sem critérios de proteção, quanto à transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, prevenção de gravidez precoce e a violência doméstica. Conforme se apreende do depoimento de Gardênia:

“(...) Minha mãe colocava eu e minha irmã pra brigar, não sei que

prazer era que ela sentia (...) comecei a namorar já também pra fugir um pouco de casa, fui trabalhar com 13 anos em casa de família, sem ela deixar, porque eu queria me livrar daquilo ali (...) 16 anos e meio já na primeira gravidez, já também comecei a sofrer violência, foi meu primeiro namorado, o homem que me ensinou a ser mulher, então pra mim era o Deus (...) começaram as amizades, a beber, ficava violento, aí começou o espancamento, até eu grávida da minha menina, já quase pra ter bebê ele me espancou (...) Ciúme (...) Não tinha como me defender, nem com a minha mãe podia contar”.

Esses relatos de violência intrafamiliar envolvem trajetórias de vulnerabilidades, fragilidades e até ruptura dos vínculos sócio-familiares que nos coloca no lugar do cuidado, da compaixão e do respeito com a mulher adolescente, sujeito de direitos, capaz de elaborar, em sua fortaleza interior, as vicissitudes da vida, criando a partir delas, seu próprio universo de sonhos e possibilidades. Como mostra o depoimento de Girassol:

“(...) sou filha do coração... qualquer coisa que dava errado na vida dela, ela dizia: sai daqui que você já fez eu errar, a culpada é você de eu ter errado, a culpada é você de eu ter queimado a panela (...) ela não tinha espaço pra mim (...) sentar comigo pra dialogar ou brincar uma horinha com minha boneca (...) ela passou pra violência física de qualquer erro que eu fizesse era um motivo de uma surra (...) eu casei cedo, fui casada obrigada, tive uma gravidez (...) aí veio a segunda parte da violência, que simplesmente na hora do nascimento ela tomou o filho pra ela, ela criou, só ela que dava banho, só ela pegava nele, eu tinha leite para amamentar, ela não deixou, como tivesse sido uma barriga de aluguel, me sentia assim um pouco abandonada, o meu pai era tudo na minha vida, mas ele calado (...) casei pela segunda vez e tive minha filha, ela queria que eu tirasse a pulso (...) aí fui vivendo a vida sem companheiro conheci uma pessoa aparentemente saudável um ano depois comecei a ficar doente e ele calado, tinha levado outra violência em

silêncio, porque ele era soropositivo há 10 anos e não me disse”.

Um indício de que a violência sofrida por essas mulheres não é apenas uma única violência, e se expande no seu meio sociocultural de forma diversificada, é a presença da variedade de respostas dadas na busca de sua definição. Um fato, porém, é certo. Independente de não haver um consenso sobre sua conceituação, uma ou outra situação de violência era identificada pelas mulheres, quando elas transcorriam suas próprias histórias. As narrativas a seguir, de Dália e Girassol, referem a atual relação com seus filhos depois do diagnóstico:

“(...) hoje eu sofro outro tipo de violência familiar né, eu acho, porque começa pelos meus filhos que não deixam eu chegar em casa, dizer o que é que eu acho, o que eu não acho, a palavra Aids tá proibida de entrar na minha casa, com eles eu não tenho essa liberdade de falar, então eu me sinto violentada né”.

“(...) minha filha não tá aceitando mais que eu esteja no movimento, ela fala assim: “a senhora é o dia todo na rua, não cuida da casa, não faz mais nada”(...)ela já chegou ao ponto de dizer que eu bato nela, essa não é a minha filha que cuidou de mim...as vezes deixo de ir por causa disso, mas as meninas do movimento são a minha nova família, a gente não consegue viver mais longe uma das outras.”

Observamos que, vivenciando as situações de violência, estas em princípio podem nem ser pensadas como tal, havendo uma tolerância, que não é pequena, a certos atos violentos, alimentada por medos e ameaças, que não só são do outro, mas de si mesmas. Temem ser acusadas também de alguma ação provocativa da situação. Se são agredidas pelos familiares, até certo momento suportam, pois em alguns momentos eles são bons e podem mudar, e seu papel deve ser ajudar nisso, seguindo as divisões sociais de gênero, altamente intensas culturalmente.

Chauí (1985), afirma que há duas formas de violência contra as mulheres nas relações de gênero, sendo uma delas a percepção hierarquizada das desigualdades impostas às

mulheres com finalidade de domínio, exploração, opressão e “identificação à coisa”. Em tais situações, as mulheres são expropriadas da sua dignidade humana e são transformadas em propriedade pessoal. A violência é, portanto, um atentado direto contra a liberdade. É toda iniciativa que procura exercer coação sobre a liberdade de alguém, que tenta impedir-lhe a liberdade de reflexão, de julgamento, de decisão e, sobretudo, que termina por rebaixar alguém ao nível de meio ou instrumento num projeto que o envolve e absorve, sem tratá-lo como parceiro livre e igual.

Se ressaltarmos as evidências de violência encontradas nesta pesquisa, correlacionando-as com as formas de compreender e de reagir por parte das pesquisadas, sem perder de vista o outro lado, que é o com quem e onde interagem, notamos que cada experiência delas com agressões são perpassadas por culpas e retraimentos e que segundo Lyotard, 2006: A violência é uma tentativa de diminuir alguém, de constranger alguém a renegar-se, a resignar-se à situação que lhe é proposta, a renunciar a toda luta, a abdicar-se. E seguindo esta perspectiva, ao analisar a violência doméstica, Couto, 2005, afirma: a violência perfeita é a completa interiorização da vontade e da ação alheia na submissão ao desejo do outro.

Com relação à questão específica da Aids na vida delas, identificamos o medo da reação das pessoas em forma de preconceito e discriminação. Daí a maioria se posicionar não revelando o diagnóstico, a não ser para alguns familiares. Temem também as reações negativas dos colegas, dos novos namorados optam em princípio por nada falarem a respeito, devido a ansiedades com as ameaças de perdas, separações e exclusões. Elas sempre têm um exemplo para revelar suas expectativas e seus medos frente à Aids, considerando a reação do outro, que sempre acreditam ser a pior. Como conta Violeta:

“(...) até então eu não sabia do resultado e eu repeti o exame por 3 vezes porque eu achava que isso não ia acontecer comigo, aí todos os 3 laboratórios me chamaram pra refazer o exame e eu fiquei vários dias sem dormir, aí até então veio, definitivamente, para mim era uma sentença de morte (...) eu tive que passar por psicólogo, médico, até então cair a ficha realmente (...) uma colega minha me chamou pra ir pra igreja, antes ela não sabia, quando ela

soube da minha doença ela não chegou mais a ser como antes, então depois eu senti a diferença, então isso pra mim foi uma violência (...) a sua vida vira, sabe de cabeça pra baixo (...) acontece dentro da própria família a partir do momento que minha mãe, a minha família soube, mudou, as minhas roupas, toalha, lençol, essas coisas assim, ta tudo separado agora na casa da minha mãe, ela acha que eu não posso beijar ninguém, um sobrinho por exemplo, ou alguém conhecido que vem e me beija de repente ela já automaticamente me corta, você não pode beijar, você ta beijando é”.

Segundo Sousa (2004), ser um integrante da sociedade e da família acometido pela Aids é conviver movimentando-se para além das fronteiras físicas que a doença apresenta. É ir em direção a um mundo invisível, carregado de representações criadas a partir de interpretações da situação vivenciada. É suscitar impressões positivas ou negativas sobre o doente e ou a família, fazendo tanto a sociedade quanto o indivíduo se movimentarem em direção à aproximação ou ao afastamento, dele para com a sociedade, e desta para com o ser doente e o seu grupo familiar. Vê-se através das falas dos personagens que a reflexão acima é uma realidade.

O segredo, que é uma forma de ocultamento da doença entre os familiares, pode estar relacionado aos medos com que se defronta a família diante da experiência de ter um de seus integrantes acometidos pela Aids. Mesmo o silêncio, constituindo-se em dilemas, a família pode entendê-lo como uma necessidade de proteger-se, criando uma aura de normalidade em torno de si. Esse comportamento deriva de experiências que amparam respostas como vergonha, culpa, humilhação e medo.

Evidentemente que a presença da Aids no âmago da família é um evento marcante e foco de novas direções, pois um modo de viver da família, como se fosse um rito de passagem. Esse novo tempo é cheio de contradições e muitos desencontros que trazem ressentimentos, impotência, culpa, tristeza e vergonha.

5.1.2. Nas relações conjugais

Essas mulheres atravessaram a vida, cada vez mais se deparando com uma intrincada rede de acontecimentos que lhes atingiram diretamente, trazendo para elas experiências com diversas formas de violência e com doenças como a Aids.

Os depoimentos apresentados indicam que as mulheres já viviam num meio social onde a violência doméstica estava presente em seu cotidiano, mesmo antes do diagnóstico, como relata Girassol:

“(...) eu tinha 17 anos, não entendia o que era um casamento, não entendia o que o marido fazia com uma mulher, ao invés dele sentar e conversar comigo, ele chegou à violência, me bateu, mas eu também bati nele, depois sangrei muito e me internaram às pressas (...), minha mãe disse que só aconteceu isso porque não soube agir como esposa (...).”

As agressões físicas sejam de seus namorados ou de seus companheiros, também estão presentes, porém, no plano das ações uma está interligada à outra, estruturando-se com maior ou menor intensidade na vida de cada uma delas. Segundo Aldana (2005), a violência, a humilhação e agressão cotidianas trazem como consequência a restrição e diminuição dos prazeres, que poderiam ser possibilidades de sexualidade, da aceitação e exploração do próprio corpo, do despertar da sensualidade, entre outros. Perpassam nas dinâmicas da violência na vida dessas mulheres, tanto teores destrutivos, um tanto quanto abertos, reconhecidos diretamente, quanto àqueles mais velados, construídos sob medos e coerções, que marcam as suas experiências até hoje, culminando com a vivência da Aids. Algumas experiências, principalmente ligadas à violência de gênero, quase sempre não eram percebidas como tal, permanecendo em um plano oculto, ressaltando o modo como as mulheres compreendem e reagem às agressões sofridas.

As desigualdades de gênero, o machismo e o uso abusivo de bebidas alcoólicas revelaram-se produtores de violência. Essa violência machista nas relações afetivas contribui (Durovni, 1998) para o aumento do risco de DST/Aids. Os dados epidemiológicos atuais sobre a Aids mostram uma feminização da doença. As mulheres

casadas e monogâmicas estão se contaminando com seus maridos que têm atividade sexual extraconjugal ou são usuários de drogas injetáveis (MS, 1998). Apesar da principal via de transmissão da AIDS ser a sexual e o maior número de casos notificados ao MS ser entre homens heterossexuais, mesmo assim eles costumam ter relações sexuais com numerosas parceiras e não se sentem ameaçados pela epidemia e nem pertencentes a um grupo de risco, já que pela lógica social de gênero este é o comportamento esperado por eles (Durovni, 1998). Vejamos a colocação de Acácia sobre esta questão:

“(...) eu já sofria a violência psicológica (...) mas eu não tinha a percepção de que era uma violência, ele era um volúvel, ele bebia e vivia com muitas mulheres assim da rua, e ele não me deixava sair, ir pra canto nenhum (...) eu achava que era normal, (...) uma maneira de proteção sei lá, de me conservar (...) mas eu só fui ter percepção quando fui violentada fisicamente quando eu vi um comercial da Aids (...) um comercial da caveira, (...) na verdade eu acho que ali eu já tava até infectada e não sabia e ele também (...) falei para ele: olha ta tendo uma epidemia aí de uma doença , cuidado você que gosta de andar com essas mulheres na rua (...) então ele logo colocou que eu tava colocando homem dentro de casa (...) então ele colocou a culpa da doença em cima de mim, e aí, aí nesse dia começou o espancamento”.

Pensar que a mulher é frágil e dependente do homem ou que o homem é o chefe do grupo familiar pode levar as pessoas a concluir que é natural que os homens tenham mais poderes que as mulheres. Este tipo de pensamento sempre justificou o autoritarismo masculino, interpretando a violência do homem contra a mulher como algo natural. Isso impregnou de tal forma nossa cultura que, assim como muitos homens não assumem que estão sendo violentos, muitas mulheres também não reconhecem a violência que estão sofrendo.

Observamos que, vivenciando as situações de violência, estas em princípio podem nem ser pensadas como tal, havendo uma tolerância a certos atos violentos, alimentados por medos e ameaças, que não são só do outro, mas de si mesmas. Temem ser acusadas

também de alguma ação provocativa da situação. Se forem agredidas pelos companheiros, até certo momento suportam, pois em alguns momentos eles são bons e podem mudar, e seu papel deve ser ajudar nisso, seguindo as divisões sociais de gênero, altamente intensas culturalmente.

Na atualidade, esta fragilidade da mulher se encontra menos visível, mas nem por isso tornou-se menos efetiva, embora cada vez mais denunciada e combatida na esfera pública, mas é na esfera privada, na intimidade das casas e das relações amorosas que se localiza esta questão. A fala de Acácia nos trás de modo claro o quanto a exposição à violência no casamento tolhe a liberdade feminina:

“(...) só sabe quem passa né, viver na mão de um homem violento, é horrível, ele sente o cheiro e o faro, ela pode ir pro outro lado do oceano, ele vai atrás, parece que é uma fixação que ele tem, ele só me deixou em paz porque ele faleceu (...)”.

Segundo relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1996), a educação machista predominante em nosso continente cria a submissão feminina e estimula os homens a serem agressivos e violentos. Em algumas situações estes últimos proibem suas mulheres de usar contraceptivos, temendo que lhes sejam infiéis, noutras forçam o sexo, o não uso da camisinha, facilitando a ocorrência de uma DST em suas parceiras.

Conforme Paulilo, (1999), a Aids é uma doença cuja caracterização inicial foi apresentada pela ciência médica e reforçada pela mídia, configurada pela morte, pelo contágio através do sexo. Domínios estes que comportam componentes emocionais profundamente enraizados pela cultura e que causam enorme impacto no plano simbólico. Herzlich e Pierret, (1992), também observaram que a forma como a Aids foi representada nos anos iniciais através da mídia, “a doença tornou-se objeto de tomada de posição, de enfrentamentos e de clivagens coletivas”. O relato de Verbena mostra a incerteza sobre os mecanismos de transmissão e as representações da sociedade frente à Aids:

“(...) fiz o exame com três meses de grávida, aí deu e o dele não deu, então ele ficou comigo até minha gravidez quando minha filha

nasceu e completou 2 anos, que ele viu que a menina não tinha, ele me deixou(...) depois de 8 anos ele voltou pra mim... ele não sabia como se pegava, não sabia o que era Aids (...)hoje ele entende o que é uma Aids que não se pega de qualquer jeito (...) mas ele morre de medo da família dele descobrir”.

Segundo Nilo (2008), a percepção de que a omissão da soropositividade é outro tipo de violência, considerando também uma violência o parceiro não revelar que é soropositivo. Apesar de que na pesquisa que realizou quase nenhuma mulher relatou separação conjugal por esse motivo. Estas quando descobriram a sorologia positiva do parceiro, ficaram em casa e cuidaram deles, como se dividissem com ele a responsabilidade e também como se não fosse possível, dentro de uma relação conjugal, negar-lhe solidariedade naquele contexto. Em contrapartida em nosso estudo apareceram relatos que atestam o contrário, as mulheres são abandonadas pelos companheiros após terem o diagnóstico de soropositividade para HIV. Vejamos as explicações de Rosa e Girassol sobre esta situação:

“(...) eu acredito que eu sofri um pouco da violência na questão de meu relacionamento a gente sente as diferenças antes, e depois (...) meu marido, 15 dias que eu estava internada me abandonou lá no hospital (...) e ele foi embora, passou 20 dias fora, arranjou outra mulher, então pra mim essa foi a maior violência que eu senti”.

“(...) ele me viu internada no hospital e foi embora, me deixou lá, assim nas mãos de Deus, para que alguém cuidasse de mim ou então eu morresse e alguém criasse a minha filha que na época tinha onze anos”.

5.1.3. Nas instituições de saúde

Poucas doenças têm suscitado questões tão complexas quanto a Aids em todos os segmentos onde o soropositivo se encontra circunstanciado, ao longo do desenvolvimento da doença ocorrem perdas significativas na vida do indivíduo afetado, tais como saúde, aparência física e família. Impõe-se a necessidade de hábitos em decorrência da doença,

ingerir medicamentos, conviver com a ameaça do aparecimento de doenças oportunistas e da morte em vida. Essas alterações no cotidiano suscitam, na família e no paciente, reações de adaptação às demandas e mudam o relacionamento com a sociedade. São os caso dos relatos sobre os atendimentos nos serviços de saúde, nos quais são repetidos os estigmas e preconceitos sociais dirigidos às pessoas soropositivas relatado por Gardênia e Girassol:

“Após o diagnóstico a minha menina recém-nascida também estava internada, quando eu tive a alta (...) uma das enfermeiras na época, sabendo do diagnóstico na ficha da menina, chegou pra mim e disse bem assim, não era nem pra você estar aqui. Então questionei, por que? Quem é você pra dizer que eu não posso estar aqui? (...) eu nem sabia o que era ativismo, nada ainda, mas sabia me defender com meus direitos. Para ir aos postos a gente se recolhe, porque a gente sofre esse tipo de violência, (...) a gerência do posto passou pra minha agente de saúde, ela não foi discreta, que mudou o comportamento na rua que eu moro, mas, só que eu já estava dentro do ativismo, não dei importância, cabeça erguida e todo mundo voltou a ser o como era, porque se eu não tivesse ia todo mundo cair em cima de mim, é a aidética, entendeu? Um dia eu ia passando e disseram “vixe nem parece”, aí a agente de saúde disse assim, “tem tratamento”, se eu tivesse em outro momento eu voltaria e fechava ali mesmo com elas, mas eu fui superior a elas”.

“(...) a agente de saúde do bairro (...) parou de ir pesar a minha filha e eu vendo ela indo na vizinha pesar os meninos eram maiores (...) qual é o problema de você não ter pesado a minha filha? Aí ela disse, “Não é porque como eu disse a balança tava quebrada”, sim mas quebrou pra mim e não quebrou pra outro? (...) ela ficou toda sem graça (...) a mesma coisa na questão da vacina H1N1, elas ficavam perguntando, porque a gente não tava naquele quadro né, nem gestante, nem idosos, aí quando ia na fila dizia assim, que doença crônica a senhora tem, disse assim, quando eu entrar eu te digo, mas só vai entrar lá pra tomar vacina se você disser, pronto muito obrigada, peguei e saí da fila.”

Os serviços públicos, embora tenham sofrido transformações nos últimos anos, visando uma melhor especialização, ainda são muito restritos, ou seja, reservam suas iniciativas de atendimento apenas às mulheres e não englobam os inúmeros outros aspectos relacionados à saúde física e mental delas. O que precisa ser discutido a fim de se promoverem soluções para muitos de nossos problemas são as iniciativas para se reconhecerem e destruírem as desigualdades, quando estas implicam em injustiças sociais. Observamos que perpassam, nas ações de muitos profissionais, conteúdos de seus valores morais e de suas crenças diante da vida, quando abordam a Aids de forma superficial, tanto por não quererem tratar esta doença quanto por não saberem lidar com as questões que se vinculam a ela. A responsabilidade por essas posturas recai com grande peso sobre os órgãos públicos da Saúde, pelo fato de estes não investirem na formação de seus profissionais para que superem as dificuldades de diversas ordens que se apresentam nos caminhos dos profissionais que trabalham com Aids, deixando escapar oportunidades de oferecer atendimentos mais humano às pessoas que vivem com HIV-Aids (Nilo, 2008).

Em meio à diversidade dos desafios trazidos pela epidemia do HIV/Aids, a assistência à saúde dos indivíduos acometidos constitui uma de suas facetas mais problemáticas. A complexidade e a variedade dos problemas suscitados pela Aids exigem respostas por parte dos serviços de saúde que considerem não somente os aspectos clínicos, mas também os impactos sociais, psicológicos e econômicos associados aos estigmas e preconceitos que ainda a permeiam. Souza, (1994), já apontava que as atividades de atenção à saúde deveriam ser executadas por equipe multiprofissional que considerasse as diferentes dimensões da doença e todas as dificuldades existentes ao lidar com a Aids: os fantasmas criados em torno do comportamento de quem se infecta, o estigma da doença, levando também o profissional a confrontar-se com seus próprios medos e preconceitos, e a questão da morte anunciada, a morte em vida. Todos esses aspectos reclamam uma abordagem do paciente de Aids baseada numa visão mais abrangente e põem em cheque as limitações da medicina em seus moldes mais tradicionais.

5.2. Sentimentos e enfrentamento frente ao diagnóstico e à violência sofrida

Da violência de se viver experimentando no corpo, nas relações e em seus espaços interativos, as marcas de algumas confusões e desigualdades, essas mulheres trazem para

dentro de si, na sua subjetividade, ainda que seja em um primeiro momento (que pode ser longo ou não, com soluções ou não), a violência contra si mesmas. Se associarmos à exposição de outros fatos, cada vez mais freqüentes, como daquelas que possuem um nível socioeconômico baixo, uma gravidez precoce, abandono de escolaridade poderemos saber dos efeitos das pressões sociais, do controle cultural sobre suas ações, e dos seus sofrimentos por acreditar que transgrediram ou fracassaram frente os mesmos.

As mulheres chegaram ao diagnóstico desde uma variedade de circunstâncias. Por solicitação médica decorrente de sintomatologia manifesta (doenças oportunistas) ou diante do diagnóstico do companheiro. O conhecimento da contaminação foi devastador para a mulher, principalmente entre aquelas que a transmissão ocorreu por relações sexuais com parceiro fixo e único, predominando sentimento de traição. Para elas o fato de manterem um relacionamento estável significava distância do risco de transmissão.

Muitas foram às situações vivenciadas e os sentimentos expressos a partir da descoberta do diagnóstico. Percebeu-se sinceridade e veracidade nos depoimentos, resultando assim, diversas implicações como: dificuldade em aceitar e acreditar no diagnóstico; tentativa de suicídio; depressão que acompanhou a ocasião, preconceito, isolamento e vergonha. A descoberta da soropositividade foi relatada como um dos momentos críticos, surgindo medos, situações de rejeição e negligência, sendo particularmente uma experiência dolorosa para elas.

A confirmação do diagnóstico é a instituição de uma identidade que gera novos comportamentos e sentimentos frente à vida. A aids é uma doença relacionada ao desvio, à sexualidade e a morte, cuja revelação para a sociedade trás sérios problemas para o cotidiano dessas mulheres (Xavier, 1997). Para essas mulheres o diagnóstico de soropositividade trouxe consigo uma profunda ruptura, desordem, desorientação. O futuro, naquele momento, deixou de existir destruindo também o presente delas, trazendo ainda uma série de conseqüências para a vida dessas mulheres. Ocultando o diagnóstico por sua associação inicial com comportamentos socialmente desviantes e, por isso mesmo, sujeitos à condenação da sociedade, a aquisição do vírus trouxe ainda para seus portadores o problema adicional de tornar pública sua condição de infectado (Regato, 2004). Diferentes sentimentos assolam as mulheres, conforme se evidencia nas citações decorrentes de suas

histórias como se segue:

“(…) quando você recebe o diagnóstico é um impacto, porque no meu caso foi impacto porque eu recebi 2, o dele e o meu recebi o dele, porque ele já tinha falecido eu não tinha nem noção, e ainda mais era numa época difícil, não tem porque a gente num vai, era um grupo de risco, gay, prostituta e drogado, era assim mesmo que se falava, então assim era um tempo difícilíssimo, como é que eu ia dizer a minha família, e agora ela não teve, tinha a caveira e agora eu me vi só no caixão, os remédios terríveis, era aquela mão cheia de quarenta comprimido, então assim era muito, muito, muito, muito difícil e o impacto pra mim foi terrível e pra falar a verdade, eu só pensei uma coisa, antes da doença me matar, eu preferia eu mesmo me matar.” (Acácia).

Essa sensação de fracasso ou culpa surge e elas quase sempre demoram a perceber que umas séries de situações de desvantagens se originam para além de fontes pessoais, delineando por sua vez seus espaços de interação e suas experiências na vida. Desta forma, nos aproximamos da dinâmica do processo que aqui chamamos de auto-violência e romper com isso, com os preconceitos, discriminações e cobranças culturais, que implicam em sofrimentos, em lutas, naquilo que limita as potencialidades e possibilidades humanas, promove ainda a reconquista de respeito, antes de tudo, delas para com elas próprias. Para ilustrar como o diagnóstico de HIV pode fazer as pessoas perderem a sua própria referência no mundo, recorro ao depoimento de Gardênia:

“(…) não, somos todos iguais, não somos, eu não aceito isso, de jeito nenhum, diga que tem AIDS, chegue num local lhe recebe ótimo, você está ali interagindo no grupo, mas se você disser que é uma pessoa vivendo com AIDS, muda tudo. Fui para um seminário, estava todo mundo lá interagindo, tinha que se dividir cama, eu não ia dizer sou pessoa vivendo com HIV, que ninguém ia querer dividir cama, eu sei que eu não sou risco pra ninguém, muito pelo contrário, as pessoas que são risco pra mim, mas se eu

falasse ninguém ia querer dividir nem o quarto, imagine a cama. Então muitas vezes a gente se reserva, porque somos obrigadas a nos reservar”.

Segundo Nilo, (2008) a associação da soropositividade com o medo da solidão, esta reforça o estigma ainda vigente na sociedade em relação às pessoas vivendo com Aids, e entre elas próprias, de modo que a fantasia ou realidade sobre o afastamento da família e da sua rede social como um todo por conta do HIV, gera o isolamento, comprometendo ainda mais sua saúde física e psíquica. Elas vão se restringindo totalmente ao campo, ou domínio privado. Parece mais um reforço da norma de gênero que encontra na condição de soropositividade da mulher e do seu próprio desejo, em alguns casos, uma forma de remontar seu social mais antigo, que é o do lar, instituído histórico-culturalmente.

Assim, um dos dilemas vivido pelas mulheres é a revelação do diagnóstico. Essa descoberta está associada às dificuldades que enfrentará em decorrência da sua infecção elas são levadas a ocultar o seu diagnóstico devido ao medo de serem estigmatizadas, rejeitadas, ou seja, vítimas do preconceito das pessoas. O HIV/aids foi construído diante de conceitos de perversidade e de misérias humanas, como as questões do homossexualismo masculino, promiscuidade feminina e uso de drogas. Essas questões foram suficientes para conduzir os acometidos com a doença a uma sensação de culpa e vitimização de situações não vivenciadas por eles. Assim, a infecção constitui para a sociedade, um significado carregado de sentidos morais (Grimberg, 2000). Pode-se observar essas situações nas palavras de Dália e Gardênia:

“(...) a violência eu sofro mais ela hoje, sou eu mesmo que tenho, que me violento, eu acho que eu não sou mais mulher pra casar, eu acho que tudo não me serve mais, então a pior violência é comigo mesmo, a auto-discriminação, nós temos medo que o outro descubra, nós temos medo de ir no posto de saúde e sair do papel e esse medo, é a maior violência que eu vejo”.

“(...) o sentimento que às vezes eu paro e digo meu Deus, se eu aceitasse aquela vida que eu tava apanhando mais não tinha Aids, entendeu? Acho que se fosse pra escolher, acho que eu diria vou

apanhar o resto da minha vida, mas não quero pegar uma AIDS, eu acho que qualquer mulher diria isso, eu acho né, na minha opinião porque viver apanhando é menos vergonhoso do que viver com uma Aids, porque as pessoas passam pra gente que AIDS é vergonha, porque é pelo sexo, então por isso que não dão muita importância, por que dão muita importância está com câncer é o coitadinho né, faz campanha, mãos amigas e por que não as amigas pra Aids”.

Atualmente, essas entrevistadas confrontam a Aids e a violência, e tudo o mais que ronda essas questões, como por exemplo, o preconceito, de acordo com seus relatos, ressignificando as próprias experiências com o alerta das discriminações e das vivências que nos transparecem como solitárias. É interessante observar o modo como algumas mulheres re – elaboram a condição de viver com HIV, com a afirmação de que o HIV mudou a minha vida, mas para melhor. De fato, para algumas entrevistadas, o diagnóstico da infecção pelo HIV lhes colocou, frente à necessidade de tomar a vida nas próprias mãos. E, tendo em vista que suas experiências com a violência, principalmente as de gênero e a sexual, serem muitas, observamos que elas não devolvem ao mundo, em suas ações, na mesma intensidade, as manifestações de violências que vivem. A esse respeito Rosa e Acácia tem a seguinte opinião:

“... apanhei muito, sofri muito, fui machucada, perdi a vontade de viver, mas além daqui do grupo, eu faço parte de Alcoólicos Anônimos há 15 anos, então isso aí me ajudou muito na aceitação, situações que eu não posso modificar, eu comecei a aprender também a amar, comecei a mudar minha vida, a me olhar, a conhecer o meu corpo, me tocar, me ver mulher, isso foi fundamental, que a gente esquece. Hoje eu confesso a vocês, eu sou uma mulher que me cuido, estou aprendendo a me amar, não quer dizer que eu to perfeita, porque eu tenho os meus defeitos, mas eu tento buscar de cada dia melhorar, eu me sinto muito mais fortalecida, depois que também me descobri”.

“(...) eu gosto de pegar e ver frases virar realidade (...) você só se deixa ser humilhado se você se permitir e é bom você conhecer o desconhecido, então foi a partir dessas duas frases que eu comecei a analisar sobre a questão da AIDS, conhecer o desconhecido, então conhecer o desconhecido é saber o que é que tinha exatamente, né? O que é conviver com a AIDS? Aí eu comecei a entrar no movimento, a fazer capacitações”.

A partir da experiência com a Aids, as mulheres nos mostraram que querem romper o silêncio sobre a sua doença, com o apoio da sua família, dos seus amigos e da sociedade em geral, uma vez que agora sabem que não são as únicas responsáveis nem pela Aids e nem pelas violências a que se submeteram ao longo de suas vidas. As mulheres afirmam o quanto o contato com o movimento de mulheres vivendo com HIV/Aids tem permitido um novo olhar e potencializando mudanças positivas em suas vidas. Então identificamos que a ONG é mais que um espaço que lhes propicia acesso e garante também relações de amizade, o contato com sua realidade e o seu reposicionamento no mundo que resulta, por meio de diferentes processos e níveis, em sua autopercepção como sujeito político. Sobre sua experiência Dália, Rosa e Girassol faz referências a essa questão:

“(...) na ajuda que a gente tem após a descoberta que eu vim descobrir todos os tipos de violência que eu sofria e não enxergava, e hoje eu quero que todas enxerguem que elas sofrem algum tipo de violência, começando pelas minhas noras, pedindo a elas que usem camisinha, o que eu posso dizer que apesar de tudo eu achava que antes do soropositivo eu era feliz e descobri que não era, mas hoje eu posso dizer com toda certeza que eu sou feliz, porque eu to tendo a oportunidade de ter um conhecimento sobre o meu próprio corpo, o que eu nunca tive, então é como se diz o ditado que a gente não deve olhar o mal que entrou porque, ainda faço muitas perguntas, e mas que eu olho pra ele que algum benefício ele vai me trazer e está me trazendo, e eu acredito né, que a partir de agora eu só vou sofrer violência se eu me permitir.”

“(...) no movimento eu me sinto bem com as meninas, fico na depressão, porque esses dias eu estava afastada delas, aí fica aquele vazio faltando alguma coisa, dentro do movimento foi que eu vim crescer, que vim saber dos meus direitos dos meus deveres”.

“(...) tesouro é isso, é você saber que aquela menina não vai sofrer mais, que ela vai cuidar de si, que ela vai enfrentar a família, que vai enfrentar o preconceito porque esse é o nosso objetivo quando a gente forma esse grupo”.

Os conhecimentos que as mulheres têm hoje sobre os problemas como a Aids e a violência, que as fazem buscar novas parcerias nas relações sociais e afetivas com mais qualidade, questionando a responsabilidade de cada um em suas ações, não foram facilmente aprendidas, pois estão relacionados às dificuldades que elas vivenciaram, antes, por serem mulheres por estarem com o HIV-Aids. Em meio às violências do mundo social pedem mais compreensão, mais solidariedade, mais respeito. Elas assim se posicionam por terem descoberto na própria vida o quanto pesa serem marginalizadas por uma ou outra diferença. E neste caso, a diferença é que são mulheres vivendo com Aids.

5.3. Sobre vulnerabilidades

Em todas as sociedades, há diferenças entre os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres, contudo a análise dos diferentes contextos mostra que as atribuições de poder desiguais entre homens e mulheres influenciam no acesso aos recursos produtivos e na autonomia para tomar decisões, incluindo decisões sexuais e reprodutivas, como mostra Girassol:

“(...) fui criada num lema que a mulher tem que casar com o primeiro namorado, respeitar e obedecer o namorado e todos os trâmites da vida, e também com isso, eu fui assim presa de muitas coisas que eu queria fazer na minha vida. Eu queria ir ao baile, mas não podia porque moça solteira não vai. E nisso eu fui me criando, chegou na adolescência, conheci um rapaz, mas através do amigo

do meu pai que ele frequentava a nossa casa e com ele, só porque ele me olhou assim diferente, minha mãe achou que a gente já tava namorando. Eu tinha, na época 17 anos e aí eles achavam que eu tinha que casar cedo, porque já estava no tempo de casar, como eu não entendia o que um marido fazia com uma mulher no dia do meu casamento, ao invés dele vim conversar comigo, ele agiu de violência. Eu apanhei e minha mãe disse que ele só fez isso porque eu não soube ser esposa”.

A educação machista, as relações desiguais de gênero, a violência doméstica e sexual, a violação dos direitos humanos, o não reconhecimento das adolescentes e jovens como sujeitos de direitos, o racismo e desigualdades étnico-raciais, a pobreza e outras desigualdades socioeconômicas, constituem-se em possíveis fatores estruturantes da vulnerabilidade das mulheres à epidemia de Aids, gerando desafios que devem ser superados, em uma perspectiva integrada e intersetorial. Ao levar em conta os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais que influenciam ou determinam os contextos de vulnerabilidade aos quais estão submetidas as mulheres, as análises e as intervenções tendem a ser mais efetivas e adequadas.

Ao pensar as relações desiguais de poder estabelecidas entre homens e mulheres, também são explicitadas as conexões entre desigualdades de gênero, aids e violência, reforçando a necessidade de analisar e abordar a violência de gênero contra as mulheres e a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, de maneira inter-relacionada. Partindo-se das ciências sociais, o conceito de gênero refere-se à construção social da sexualidade, ou seja, a qualidade de ser homem e ser mulher são condições realizadas pela cultura (Heilborn, 1999). Em nossa pesquisa, a presença de uma violência cultural revelada na naturalização das diferenças de comportamento de gênero pode levar a um maior risco de DST/AIDS. Presentes nas relações afetivas, essas diferenças que caracterizam o “machismo” conferem prestígio e extremo poder ao homem, desvalorizam e violentam a mulher, dificultando o acordo quanto à utilização do preservativo nas relações sexuais.

Culturalmente o uso dos preservativos traz à tona a idéia de comportamentos sexuais irregulares ou desviantes do modelo monogâmico, onde estão embutidas a

fidelidade e a confiança. O pedido para o uso do preservativo normalmente é interpretado como desconfiança do parceiro ou infidelidade por parte da mulher. Isso poderia levar a um risco social e pessoal que muitas vezes a mulher não está disposta a correr. Um risco que poderia vir a acarretar discriminação, perda do parceiro e do status social (Guimarães 1994). Observemos então, a fala de Rosa:

“(...) tive relação com ele sem camisinha, porque quando eu saí do hospital não me informaram (...) ninguém informou isso, disse que a gente podia ter uma vida normal (...) (após ser informada da necessidade do uso do preservativo(...) na mente dele, traí-lo né com outro homem, já tava botando o empecilho da camisinha(...) isso me trouxe sérios problemas de saúde, porque eu peguei outros tipos de doença.”

A percepção de vulnerabilidade pessoal pelas mulheres é importante e necessária, mas não é suficiente para determinar mudanças de comportamento. Diferentes grupos sociais apresentam lógicas e concepções diferenciadas sobre a saúde e doença. A noção que cada pessoa tem acerca do risco a que está exposta tem, freqüentemente, pouco a ver com o risco real. Mesmo aqueles que sabem das medidas de proteção, admitem que nem sempre tomam as devidas precauções. Recorremos à experiência de Violeta e Gardênia para ilustrar essas questões e passamos aqui ao seu relato:

“(...) fui uma pessoa muito assim, na questão de namoro, muito desatenciosa entre aspas, eu sempre fazia sem camisinha, que eu achava que jamais esse tipo de coisa aconteceria comigo, eu poderia ter qualquer outras doencinhas né, mas HIV nem pensar”.

“(...) mesmo casando cedo, já vem marido infiel, que pega na rua e já trouxe pra você, eu já fui pra outro casamento que o primeiro não deu certo de violência já fui ficar exposta a outro homem que foi quando veio a acontecer, então às vezes eu me questiono e se eu não tivesse tido outro relacionamento, eu tava livre, mesmo sofrendo e apanhando eu tava livre da doença, mas aí fugi de uma situação e fui pra outra situação pra se livrar de uma coisa ruim”.

As atitudes conservadoras em relação ao sexo e às mulheres estão mais enraizadas em algumas religiões do que na sociedade como um todo. A relutância da igreja em falar sobre questões sexuais dificulta a discussão entre os casais sobre assuntos relacionados à sexualidade, relações extraconjugais, proteção às DST/Aids, etc. Muitas igrejas associam os preservativos à promiscuidade e, assim, falam contra a sua utilização, mesmo para o sexo mais seguro dentro do casamento. Estas questões culturais parecem reforçar as desigualdades nas relações entre os gêneros, e a submissão das mulheres religiosas aos seus companheiros, o que certamente aumenta a sua vulnerabilidade as DST/Aids.

Vieira et al , (2000) salientam os riscos aos quais os homens estão expostos, haja vista que muitos possuem múltiplas parceiras e não usam preservativos. Ainda existe a percepção de que a Aids se limita a determinados grupos, concebendo-a como doença fora de seu contexto. Assim, medidas preventivas acabam não sendo adotadas por esses indivíduos que não se consideram fazer parte de um grupo de risco. Além disso, os homens só se percebem em risco para contrair HIV fora do ambiente domiciliar. O depoimento de Dália nos apresenta o seguinte:

“(...) eu sabia que eu tava vulnerável, mas a Igreja dizia que era pecado, (...) já desde o momento que ela faz as formações de noivo, ela já mostra ali que a camisinha é pecado e ainda os maridos que traem acham que a camisinha eles usam na rua, mas em casa não, e às vezes, tem deles que nem usam na rua por isso que trazem essas doenças”.

Para Guilhem, 2005 o HIV/Aids ainda é visto como "doença da rua" ou a "doença do outro", portanto, há pouca discussão sobre o tema entre casais, fazendo com que estes abandonem a utilização de preservativos e acreditem que estão realmente protegidos, em virtude do casamento. Cabe ressaltar, que o não uso do preservativo revela íntima relação com a representação da condição de masculinidade para os homens, o que contribui para o aperfeiçoamento das relações desiguais de poder que são constantemente reproduzidas nas relações afetivas. Segundo Nilo, 2008 esses homens, nesse lugar de poder, ao desprezarem o uso do preservativo, o fazem não apenas por desconhecimento, mas, muitas vezes, para reafirmar sua condição de invulnerabilidade e fortaleza frente à vida. E, claro, situações como estas são também resultado das frágeis ações desenvolvidas no campo das políticas

públicas, no que se refere à atenção e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que são violados permanentemente pela supremacia do desejo sexual dos homens. Vejamos o que nos diz Acácia:

“(...) e também tem outra coisa importante (...) porque as mulheres, as casadas, acham que o, que a infecção só, é de prostitutas (...) eu fui mulher também de um homem só, e vivi muitos anos também, entendeu, eu tava em casa lá, guardadinha e fui, tal assim, não precisei ser prostituta, às vezes a prostituta tá lá e não tem e eu to e eu to infectada(...) sabe se conservar melhor até de quem é casada, sabe?(...) são as casadas que são mais infectadas, as prostitutas tá limpinha, eu conheci prostituta que não tem e muitas, tá dando até aula aí de práticas sexuais.”

Portanto as mulheres e meninas são vulneráveis ao HIV não unicamente por meio de relações sexuais forçadas, mas também por circunstâncias muito mais subjetivas do que a ameaça física direta, que dificultam a negociação de relações sexuais seguras e lhes negam acesso a instrumentos para o exercício da prevenção, ou seja, a vulnerabilidade delas frente ao HIV se deve, principalmente, a fatores socioculturais que interpõem e formatam relações de gênero desiguais.

Langer e Warhett, 1992 reforçam que para educação em saúde, e especialmente em relação à prevenção da aids, é importante observar aspectos individuais e sociais que possivelmente estão relacionados a uma maior vulnerabilidade ao HIV/Aids. Essa análise pode ser feita identificando-se os conhecimentos, as opiniões, as atitudes, as crenças e os valores que possam estar influenciando comportamentos de risco dos indivíduos frente à aids.

6. Considerações Finais

A Aids se apresenta como uma epidemia dinâmica, complexa e multifatorial, cujos arranjos são determinados, sobretudo, pelas condições de vida, questões de gênero, composições étnicas e etárias das populações atingidas, padrões de mobilidade populacional e comportamento sexual. Vinte anos após o início da epidemia de Aids, cresce o número de mulheres afetadas pela doença. Cabe refletir criticamente sobre as circunstâncias nas quais se incrementa o quadro de vulnerabilidade de determinados grupos sociais.

O estudo demonstrou em que medida desvantagens associadas à pertença de gênero, classe econômica e raça, podem contribuir para promover situações de exclusões e preconceitos daquelas que vivem com o vírus da Aids. Com base nas experiências e histórias de vida das mulheres investigadas, evidenciou-se que apesar de mais de duas décadas da descoberta da Aids, na condição de soropositivas, elas ainda enfrentam sentimentos e experiências de estigma. Situações que permitem indicar que a percepção do enfrentamento da doença é complexa, desgastante além de incessante, pois as mulheres que deram seus depoimentos reportaram fragilidade diante do diagnóstico, ao lembrarem suas vivências na ocasião da descoberta da doença, informam sentimentos como o medo da morte, vergonha, abandono, solidão, tristeza. A revelação do diagnóstico, também foi uma barreira presente na vida de todas as mulheres, situação relacionada ao medo de vivenciar o preconceito e a discriminação por parte das pessoas.

As oito mulheres participantes do estudo conseguiram superar experiências duríssimas, refletir sobre elas e, por meio da sua reflexão e capacidade de resiliência, fomentar questionamentos importantes para a criação de suportes mais adequados do que os que tiveram. Um desses questionamentos se refere ao próprio reconhecimento da violência, a partir da nomeação de alguns atos, estratégia essencial para o seu enfrentamento.

A intimidade com a soropositividade vivida pelas mulheres revela que as agressões e a violência sofrida por elas têm relação com condições vulneráveis no campo subjetivo, político e estrutural, como classe, gênero, escolaridade, dentre outras. A soropositividade como vulnerabilidade à violência, a violência como condição de vulnerabilidade à

soropositividade, são sofrimentos que debelam e, muitas vezes, aniquila a auto-estima.

É necessário reconstruir ativamente o sentido de algumas práticas cotidianas naturalizadas, como a violência que ocorre na família e que se oculta nas práticas de educação ou se manifestam através do ciúme ou do “amor” para que se possa propor uma nova ética para as relações entre as pessoas e exigir do Estado que essa ética seja respeitada.

A trajetória destas mulheres, em sua maioria originária das classes populares urbanas, ao se descobrirem soropositivas, por sua vez, passaram a participar do universo de uma entidade civil e de outros espaços sociais até então desconhecidos em suas vidas. Esse fato lhes proporcionou ter acesso a domínios públicos, apropriar-se de um discurso político, que até a entrada no movimento Ongs-Aids não possuíam, pois se reservavam a espaços privados, suas casas e ao cuidado de seus filhos.

A participação política feminina, mediada pela experiência da doença, no caso a Aids, interfere em suas motivações. O fato de como a experiência em Ongs ou grupos de soropositivos possibilita a vivência do HIV/Aids de forma mais positiva, implicando o aprendizado de um saber/agir sobre ela e sobre o próprio corpo, no que se refere aos diagnósticos, as terapêuticas e as redes de apoio, ao mesmo tempo em que estar inserida nestes grupos possibilita refletir sobre noções como participação política, cidadania e direitos sociais.

Em vista do que presenciamos ao longo do trabalho, pensamos que as instituições sejam de pesquisa ou de tratamento e prevenção da Aids, se ressentem de iniciativas que discriminem os acometimentos mais comuns no organismo feminino quando afetado pela doença em estudo. É importante que tais instituições prestem melhores serviços, uma vez que as pessoas afetadas pela aids, independentemente de se verem convivendo com uma doença que ainda não tem cura, mantém seus sonhos e desejos de viver e de se cuidar.

Havia desde o início de nossa pesquisa o interesse de estudar, compreender e identificar as interfaces da violência e Aids, fazendo frente à crença profundamente arraigada no imaginário social de que a sexualidade e a resposta agressiva são comportamentos privados e naturais. Por ter os mesmos determinantes sociais, as faces de

contato entre Aids e violência se interpenetram nos mesmos contextos de vulnerabilidade, produzindo a partir dos processos de exclusão social que articulam gênero, pobreza e etnia e que tem como centro de opressão a falta de respeito à mulher como sujeito de direitos.

Recomendamos a inserção da temática da interface da violência e a infecção pelo HIV em mulheres nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, com vistas ao incremento de estratégias para o seu enfrentamento. Faz-se necessário, ademais, outras pesquisas que permitam a ampliação do conhecimento acerca do tema estudado.

7. Referências Bibliográficas

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **A adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ABRAMOVAY, M. **Uma Conferência entre Colchetes**. Revista Estudos Feministas, Rio de Janeiro: IFCS/UERJ – PPCIS/UERJ, v. 3, n. 1, 1995, p. 212-218.

ALDANA, M. **Sexualidade e reprodução. Da natureza aos Direitos: a incidência da Igreja Católica na tramitação do PL 20/91- Aborto Legal – e PL 1151/95 – União Civil entre pessoas do mesmo sexo**. 2005. 78 páginas. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, UFSC, Florianópolis, 2005.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q. **Labirinto de espelhos. A formação da auto-estima na infância e adolescência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 1997.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA, J.R.I.; CALAZANS G.J.; SALETTI FILHO H.C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo Averso: Direitos, identidades e poder**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora 34/IMS-UERJ, 1992.

BARBOSA, L.M.; SAWER, D.O. Aids: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemiologia nos municípios das regiões nordeste e sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 241-257, jul – dez. 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BASTOS, F.I.; COUTINHO, K. Tão longe, tão perto: As pesquisas de AIDS no Brasil (1983–1997). In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M.S. (Org.). **Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas frente à AIDS no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999.

BASTOS, F.I; TELLES, P.R.; CASTILHO, E.A.; BARCELLOS, C. A epidemia de AIDS no Brasil. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Os muitos brasis: Saúde e população na década de 80**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec & ABRASCO, 1995.

BRANDÃO, E. R. **Nos corredores de uma Delegacia da Mulher: um estudo etnográfico sobre as mulheres e a violência conjugal**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

_____. Juventude, Sexualidade e Gênero: mudanças e permanências. In: TARQUETE, S. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BOURDIEU, P. La domination masculine. In: **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**. Paris: Minuit, n.84, 1998. p. 2 - 31.

CAMARGO, A. Os Usos da História Oral e da História de Vida: trabalhando com elites políticas. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p. 5-28, 1984.

CASTELLS, M. **The Information Age, III: End of Millenium**. Oxford: Blackwell, 1998.

_____. **A Era da Informação 1: A Sociedade em Rede**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

CASTILHO, E. A.; LANDMANN, C. Mais uma pedra no meio do caminho, dos jovens brasileiros: a Aids. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília, DF: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998.

CHAUÍ, M. Participação do debate sobre mulher e violência. **Perspectiva antropológica da mulher**. Rio de Janeiro. Zahar. Volume 4, 1985.

CHIRIBOGA, C.R. Introducción. Mujer y SIDA: conceptos sobre el tema. In: RICO, B.; VANDALE, S., ALLEN, B.; LIGUORI, A.L. (Eds.). **Situación de las Mujeres y el VIH/SIDA en América Latina**. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1997.

CONCHÃO, S. Masculino e feminino a primeira vez: a análise de gênero sobre a sexualidade na adolescência. **Série Saúde em Debate, Santo André: Cescos**, São Paulo: Hucitec, v. 218, 2011.

COSTA, S. M. S. **Vivendo com AIDS e enfrentando a violência: a experiência das adolescentes**. Dissertação (Mestrado). 2000. 103 p. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. Disponível em portal teses http://portaleses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00002901&lng=pt&nrm=iso (acesso em 22/01/2012).

COUTO, S. **Violência doméstica: uma nova intervenção terapêutica**. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC/FCH, 2005.

D'OLIVEIRA, A. F.; SCHRAIBER, L. B. Violência doméstica como problema para a saúde pública: Capacitação dos profissionais e estabelecimento de redes intersetoriais de reconhecimento, acolhimento e resposta ao problema. In: **VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, Anais, CD-ROM, Salvador: ABRASCO, 2000.

DUROVNI, B.; MAY, S. Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Saúde em Foco**, Rio de Janeiro. 17:13-15, 1998.

FRANCO, I. R. Mulheres em situação de violência doméstica: Produção e enfrentamento do fenômeno. In: **VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, Anais, CD-ROM, Salvador: ABRASCO, 2000.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas do Registro Civil**. Rio de Janeiro: FIBGE, 1995.

FURTADO, C. **Em busca de novo modelo, reflexões sobre a crise contemporânea**, Paz

e Terra. 1992.

GALVÃO, J. **SIDA en la mujer brasileña: entre el ocultamiento y la revelacion**. Salud, cambio social e política: perspectivas desde América Latina. México: Instituto Nacional de Saúde Pública / Foro Internacional de Ciências Sociais e Saúde, 1999.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, p.146-155, 1994.

GIFFIN, K.; LOWNDES, C.M.G. Sexuality, and the prevention of sexually Transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. **Social Science and Medicine**, v. 48, p.283-92, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GOLLUB E.L.; STEIN, Z.A. Commentary: the new female condom - item 1 on a women's AIDS prevention agenda. **American Journal of Public Health**, v. 83, p. 498-500, 1993.

GOMES, M. R. O. Epidemia da AIDS no Brasil: Atualização. **Boletim Epidemiológico – AIDS**, XI (4), 1998.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(3):825-829, 2003.

GOY, J. (1980) Histoire Orale. In: Encyclopaedia Universalis, suppl. p.743, Paris apud PESCE, A. (1987) Trajectoires de femmes dans la famille ouvrière. In: **Histoires de vies, Histoires de familles, Trajectoires sociales**. Paris: Annales de Vauresson, n.26.

GRANGEIRO, A. O perfil sócio-econômico da AIDS no Brasil. In: PAKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, S. **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ/Editora Relume-Dumará, pp. 91-128, 1994.

GRIMBERG, M. Género y VIH/SIDA: um análisis de los diferenciales de gênero em la experiência de vivir con VIH. **Cuad Med Soc**. v. 78, p. 41-54, 2000.

GROSSI, M. O significado da violência nas relações de gênero no Brasil. **Sexualidade, Gênero e Saúde**. v.2, n.4, 1995.

GUILHEM, D. **Escravas do Risco: bioética, mulheres e Aids**. Brasília: Editora UnB/Finattec, 2005.

GUIMARÃES, C.D. Mulheres, homens e AIDS: o visível e o invisível. In: PARKER, R.G. et al, **AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1994.

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

GUNNEBERG, C. Prevention of vertical transmission of HIV in South Africa. Findings probably do not apply to rest of sub-saharan Africa. **British Medical Journal**, v. 319, p.14, 1999.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.
HEILBORN, M. L.; SOY, B. Estudos de Gênero. **Seminário: As Ciências Sociais no Brasil: Tendências e Perspectivas (1970-1995)**. Caxambu: ANPOCS, 1998.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **Violence Against Women: The Hidden Health Burden**. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1994.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Population Reports**, v.27, n.4, p.1-43, 1999.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. Uma doença no espaço público: A AIDS em seis jornais franceses. **Physis**, 2:7-35, 1992.

KLOVDAHL, A.S. Social networks and the spread of infectious diseases: The AIDS example. **Social Science and Medicine**, 21:1.203-1.216, 1985.

KRIEGER, G. P.; TAVARES, A.F.; OLIVEIRA, S.B. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. *Athenea Digital*, 14, 267-280, 2008. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/538> (acesso em 30/11/2011).

KWEDER, S.L.; O'NEILL R.T.; BERINGER, P. The new drug evaluation process: FDA perspective. In: FINKELSTEIN, D.M.; SCHOENFELD, D.A. (Eds.). **AIDS Clinical Trials**. Nova York: Wiley-Lis, 1995.

LANGER, L.M.; WARHETT, G.J. The pre-adult health decision-making model: linking decision-making directness/orientation to adolescent health-related attitudes and behavior. **Adolescence**, v. 27, p. 919-948, 1992.

LENNON, K. Gender and knowledge. **Journal of Gender Studies**, v.4, p.133-143, 1995.

LENT, C; VALLE, A. **Aids, sujeito e comunidade**. Rio de Janeiro: Programa Nacional de DST/AIDS, 1997.

LYOTARD, J. F. **A condição pós-moderna**. Rio de Janeiro. José Olímpio, 9ª edição, 2006.

MANN, J.M; TARANTOLA, D.; NETTER, T.W. **AIDS in the World**. Harvard University Press, 1992.

MAYANS, M.V; MAGUIRE, A; MIRET, M.; CASABONA. Disproportionate high incidence of invasive cervical cancer as an AIDS-indicative disease among young women in Catalonia, Spain. **Journal of Sexually Transmitted Diseases**, n. 26. p.3, 1999.

MBOI, N. Women and AIDS in South and South-East Asia: the challenge and the response. **World Health Statistics Quarterly**, n. 49, p.94-105, 1996.

MINAYO, M.C.S. A Violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, vol.10, supl.1, p. 7-18, 1994.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: 22ª Ed, Vozes, p. 7-31, 2003.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist Ciênc Saúde**, Mangueiras, v. 4, n. 5, p. 513-31, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **AIDS no Brasil: Um Esforço Conjunto Governo-Sociedade**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1998.

_____. **Boletim Epidemiológico – AIDS XII**, 1999.

_____. **A epidemia de HIV-Aids entre crianças e adolescentes**. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de DST e Aids. Brasil, 1991-2001. Brasília (DF); 2001.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. London: SAGE Publications, 1997.

NILO, A. (org.). **Mulher, Violência e Aids: explorando interfaces**. Recife: Gestos, 2008.

NJAINÉ, K. et al. (Org.) **Impactos da violência na saúde - 2ª ed**. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz, Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 384 p., 2009.

OLIVEIRA, E.M.; VILELLA, W. O campo da saúde coletiva à luz das relações de gênero: um diálogo difícil e conflituoso. In: SWAIN, N.T.; MUNIZ, G.D. (Org.) **Mulheres em ação: práticas discursivas, práticas políticas**. Florianópolis: Editora das Mulheres. p. 101-120, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra (Suíça): OMS, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La Violencia en las Américas: La Pandemia Social del Siglo XX. **Serie de Publicaciones Comunicación para la Salud 10**. Washington, DC: OPS., 1996.

_____. **Repercusión la Violencia en la salud de las poblaciones americanas**. Washington, (US): OMS, 2003.

PARKER, R.; CAMARGO, J.R.; KENNETH, R. Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos. **Caderno de Saúde Pública**. v. 6, n.3, Rio de Janeiro, 2000.

PAULILO, M.A.S. **AIDS**: os sentidos do risco. São Paulo: Veras, 1999. p. 239.

PITANGUY, J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (Org.). **Questões da Saúde Reprodutiva**, p.12, 2005. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

RAMOS, C.; MAY, S. Aspectos históricos das doenças sexualmente transmissíveis. **Saúde em Foco**. v.17, p.5-11, 1998.

REGATO, V.C.; ASSMAR, E.M.L. A aids de nossos dias: quem é o responsável? **Estudos em Psicologia**, v.9, p.167-75, 2004.

ROSENBERG, P.S. **Scope of the AIDS epidemic in the United States**, 1995.

SAFFIOTI, H.I.B; ALMEIDA, S.S. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1995.

SALOMON, Z. Situação da criança e do adolescente em Israel: crescendo em ambientes violentos: vulnerabilidade e resiliência. In: WESTPHAL, M.F. (Org.) **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, p. 73-92, 2002.

SCHRAIBER, L.B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p.797-807, 2007.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P. Violência contra a mulher: Interfaces com a saúde. **Interfaces: Comunicação, Saúde, Educação**, v.5, p.11- 27, 1999

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e Saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Publica**, vol. 40 (N esp), p.112-120, 2006.

_____. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Caderno de Saúde Pública**, vol.25, supl.2, Rio de Janeiro, 2009.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FALCÃO, N.T.C.; FIGUEIREDO, W.S. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P.; STRAKE, S.S.; LIBERMAN, M.D.S.D. **Violência contra a Mulher e Políticas de Saúde no Brasil: O que Podem Fazer os Serviços de Saúde?** São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2000. (mimeo.)

SENNETT, R. **Carne e Pedra**. Rio de Janeiro: Editora Record, p. 61, 2001.

SILVERMAN, J.G. et al. Dating violence against adolescent girl and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy and suicidality. **Journal of the American Medical Association**, 286: 572-579, 2001.

SMITH, S.R; KIRKING, D.M. Access and use of medications in HIV disease. **Health Services Research**, n.34, p.123-44, 1999.

SOUSA, A.S.; KANTORSKI, L.P.; BIELEMANN, V.L.M. A Aids no interior da família: percepção, silêncio e segredo na convivência social. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26; p.1-9, 2004.

SOUZA, H. Uma proposta mínima para um programa de Aids no Brasil. In: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. (Org.) **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, v. 8, p. 353, 1994.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; ANDRADE, C.L.T.; CASTILHO, E.A. AIDS: o mapa ecológico do Brasil, 1982-1994. In: **A Epidemia de AIDS no Brasil: Situação e Tendências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

TARQUETTE, S. (Org.). **Violência Contra Mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: UERJ, p. 208, 2007.

TARQUETTE, S. et al. **Mulher adolescente/jovem em situação de violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, p.128, 2007.

TAVARES DOS SANTOS, J.V. A violência como dispositivo de excesso de poder. **Revista Sociedade & Estado**. Brasília, UnB, v. 10, n. 2, julho-dezembro, p. 281-98, 1995.

_____. **Violências em tempo da globalização**. São Paulo: Hucitec, 1999.

TRAD, L.A.B. Grupos Focais: Conceitos, procedimentos e incorporações na pesquisa em saúde coletiva. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, v.19, p. 10-15, 2009.

UNAIDS. **AIDS epidemic update: special report HIV/AIDS, dec/2006**. Disponível em http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf (acesso em 30/07/2011).

VIEIRA, E.M. et al. Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens de Município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, n.4, p. 997-1009, 2000.

WALLACE, R.; WALLACE, D. U.S. apartheid and the spread of AIDS to the suburbs: a multi-city analysis of the political economy of spatial epidemic threshold. **Social Science and Medicine**, v. 41, p. 333-45, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Female Condom: A Review**. Geneva: WHO, 1997.

XAVIER, I.M. et al. Enfermagem e aids: saber e paradigma. **Rev. Lat. Am. Enferm.** v. 5, n.1, p. 65-73, 1997.

ZUMA, C.E. **A violência no âmbito das famílias:** Identificando práticas sociais de prevenção. Rio de Janeiro: LTDS; UFRJ; SESI/DN, 2004. (Mimeo).

APÊNDICE A

**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva**

Roteiro norteador do grupo focal

1. Conceito de violência
2. Que situação(ões) na vida as mulheres sofrem violência
3. Que violência(s) as mulheres sofrem mais
4. Que violência(s) é(são) mais vivida (s) pelas mulheres com Aids
4. Reação frente a essas duas vivências e Sentimentos
5. Situações de vulnerabilidade e interfaces entre violência e Aids

APÊNDICE B

**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezadas participantes,

Estamos fazendo uma pesquisa sobre Violência de Gênero e Aids: Interfaces da Vulnerabilidade, autora Ana Carolina de Paula Teixeira Miranda e orientadora Prof^ª Dra. Leny de Almeida Bomfim Trad e para tal, você está convidada a participar. Sua participação é voluntária e de fundamental importância para conclusão desse estudo.

Decidindo participar, suas informações serão mantidas em sigilo, de acordo com as disposições da Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Ressaltamos que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Bahia.

EU _____, RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações anteriormente apresentadas, e cientes dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar da pesquisa.

- 1 A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.
- 2 A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento sem nenhum prejuízo.
- 3 A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade.

- 4 O compromisso de que será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.
- 5 O compromisso de que serei informado do resultado da pesquisa.

Aracaju, ____ de _____ de _____

Assinatura:

APÊNDICE C: QUESTIONÁRIO DE PESQUISA



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva**

Questionário de Pesquisa

1. Idade:

2. Cor ou raça:

3. Anos de estudo:

4. Estado conjugal:

Solteira () Vive junto () Casada () Divorciada () Viúva ()

5. Número de filhos:

6. Renda familiar:

7. Fonte de renda:

Trabalho () Aposentadoria () Pensão () Benefícios do governo () Outras fontes.

Qual?

8. Ocupação:

09. Quem sustenta financeiramente a família?

10. Tipo de domicílio:

11. Número de cômodos:

12. Município de residência:
13. Há quanto tempo sabe do diagnóstico de soropositividade para HIV?
14. Faz uso de preservativo nas relações sexuais?
15. Você tem conhecimento sobre os serviços de atenção a mulheres em situação de violência?