Márcia de Lima

**Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com
HIV e Aids: repercussões para a saúde**

**Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências**

**Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima
Schraiber**

**Co-orientadora: Profa. Dra. Heloisa
Buarque de Almeida**

**(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011.
A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP).**

**São Paulo
2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Lima, Márcia de

Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV Aids : repercussões
para a saúde / Márcia de Lima. -- São Paulo, 2012.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Lilia Blima Schraiber.

Co-orientadora: Heloisa Buarque de Almeida

Descritores: 1.Violência contra a mulher 2.Vulnerabilidade 3.Cuidados de
saúde 4.Síndrome de imunodeficiência adquirida 5.Gênero 6.Relacionamento
conjugal

USP/FM/DBD-218/12

Não me lembro mais qual foi nosso começo. Sei que não começamos pelo
começo. Já era amor antes de ser.

(Clarice Lispector)

Agradecimentos

À professora Lilia Blima Schraiber pelas orientações, ensinamentos, paciência. Quero expressar o meu sincero respeito e agradecimento.

À professora e co-orientadora Heloisa Buarque de Almeida pelas valiosas contribuições e prontidão nesta trajetória.

A todas as mulheres que gentilmente compartilharam suas histórias. Meu respeito e agradecimento pela confiança e disponibilidade.

Aos profissionais dos serviços especializados em DST/Aids do Município de São Paulo.

Aos professores integrantes da Banca de Qualificação: Prof. Ivan França-Junior, Profa. Ana Flávia D'Oliveira, Profa. Neide Emy Kurokawa e Silva, pelas contribuições e orientações para o desenvolvimento do estudo.

À Neide Emy, agora professora, mas sempre uma amiga especial. De longa data... de dias difíceis, mas de outros tantos mais alegres! Obrigada pelas contribuições, pelas motivações e pelo encontro na vida.

Aos colegas do SAE Santana meus agradecimentos pelas colaborações prestadas para a realização deste estudo. Meu afeto e carinho por cada um de vocês.

Às meninas de Santana: Ângela, Janete, Luzia e Neide (de novo) obrigada pela amizade...pelo tempo... pela convivência... pelo aprendizado...pelas alegrias...

Aos funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP por toda a atenção que nos prestam, geralmente nos momentos mais difíceis.

Aos colegas do Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo por compartilharem os desafios dos trabalhos destinados ao HIV e Aids. Obrigada pelo acolhimento, aprendizado, respeito e confiança.

Aos grandes e mais novos companheiros de trabalho, que me deram retaguarda, apoio e se dispuseram a “cobrir” minhas ausências, Luciana e Betinho. Meu carinho e agradecimento.

Aos meus filhos Caio e Flávia que não tiveram ninguém para “cobrir” minhas ausências... obrigada pelo carinho e pela torcida.

À Cris pela disponibilidade das suas horas, do seu espaço, do seu cuidado. O meu mais valioso agradecimento.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
I - INTRODUÇÃO	9
MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS: FEMINIZAÇÃO DA AIDS, VULNERABILIDADE DE GÊNERO E O CUIDADO EM SAÚDE	9
1.1 Mulheres e a epidemia da aids: a feminização	9
1.2 Vulnerabilidade de Gênero e mulheres vivendo com HIV/Aids	19
1.2.1 Violência e feminização da epidemia do HIV/Aids	31
1.3 Concepções amorosas, conjugais e familiares	43
1.4 O cuidado das mulheres vivendo com HIV/Aids	54
II. METODOLOGIA	67
2.1 Quadro teórico	67
2.2 Desenho da pesquisa	67
2.3 O trabalho de campo	69
2.4 Sujeitos do estudo	72
2.5 Técnica de produção de dados	75
2.6 Aspectos Éticos	78
2.7 Plano de Análise	78
III. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	79
3.1 Vulnerabilidade de Gênero.....	79
3.1.1 Conjugalidade e família: Entre o dever e o desejo	79
3.1.2 A experiência de violência na construção da conjugalidade: saindo de e ficando no mesmo lugar	87
3.1.3 Violência de gênero na conjugalidade: as experiências vividas	92

3.1.4 Concepções amorosas e relacionamentos íntimos: o lugar do HIV na vida dessas mulheres em situação de violência.....	101
3.2 – Cuidados em saúde	114
3.2.1 A experiência do adoecimento e a perspectiva do cuidado	114
3.2.2 A revelação do diagnóstico e o reconhecimento (ou não) das vulnerabilidades	116
3.2.3 Ecos do cuidado: os desafios de conviver com HIV e com a violência.....	131
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
V. REFERÊNCIAS.....	154
VI ANEXOS	172

RESUMO

Estudou-se a experiência de mulheres vivendo com HIV e aids também conviverem com situações de violência por parceiro íntimo, e as repercussões destes entrecruzamentos para o cuidado de sua saúde. Tomamos como referência o conceito de vulnerabilidade já formulado para a AIDS e retrabalhado especificamente para as questões de gênero, permitindo explorar o conceito nas situações de violência doméstica contra as mulheres. Partiu-se do pressuposto que os contextos do HIV/Aids podem gerar situações de violência de mulheres soropositivas e que as representações amorosas, o ideal de conjugalidade e de família podem influenciar no impacto do cuidado da saúde das mulheres. Foram realizadas 20 entrevistas em profundidade com mulheres em acompanhamento do HIV/Aids, inseridas nos Serviços de Saúde da Rede Especializada em DST/Aids da cidade de São Paulo, na modalidade história de vida. Encontraram-se diversos contextos da vulnerabilidade, denominada de gênero, nas narrativas produzidas, na infância, adolescência e fase adulta, reforçando padrões hegemônicos de gênero ao longo dos diferentes ciclos de vida dessas mulheres. O estudo aponta que as experiências do adoecimento na revelação do diagnóstico é o elemento disparador de medos e sofrimentos em decorrência da reação dos parceiros e a das preocupações com os filhos. O diagnóstico do HIV é o momento não só do contato com a doença, mas de desvelar ou reconhecer situações de violência. É a partir das concepções e contextos de vida que as mulheres identificam o modo de se situarem no enfrentamento do HIV e da violência. O cuidado da saúde foi abordado tanto como cuidado de si, quanto na relação com os serviços de saúde, o que mostrou a grande preocupação representada pelas dificuldades que, em função de suas condições de portadoras do HIV, essas mulheres viam para se manterem na condição tradicional de cuidadoras, dentro das referências do padrão social de gênero, quer em torno de seus adoecimentos e expectativas de vida futura, quer para com os filhos. Tais preocupações surgem como justificativas da

manutenção da família diante de parceiros violentos. Embora presente, observou-se que o tema violência não é pauta na atenção à saúde da mulher vivendo com HIV e aids, nos serviços de saúde especializados. A vulnerabilidade de gênero destaca-se pela ênfase na condição materna, em que por ela e para ela as mulheres dão significados às suas vidas, ao adoecimento e ao cuidado.

Descritores: 1. Vulnerabilidade de gênero; 2. Violência de gênero; 3. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; 4. Cuidado em saúde; 5. Relações conjugais.

SUMMARY

Lima M. Gender vulnerability and women living with HIV and AIDS: Implications for Health. [tese].São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012; 207p.

This work studied the experience of women living with HIV and AIDS also live with situations of violence by their intimate partner and the implications of these intersections for their health care. We took as reference the concept of vulnerability already formulated to AIDS and adapted for gender issues, allowing explore it in situations of domestic violence against women. We started from the assumption that the contexts of HIV / AIDS can lead to situations of domestic violence involving HIV positive women and that the representations of love, the ideal of marital and family can influence on health care of these women. We made 20 in-depth interviews with women living with HIV / AIDS, followed on STD / AIDS reference centers of the Municipality of São Paulo, using living history method. We found in the narratives several contexts of the so called gender vulnerability occurred in childhood, adolescence and adulthood, reinforcing hegemonic gender patterns over the different life cycles of these women. The study shows that the fact of the diagnosis disclosure to be made during an illness is the element that triggers fear and suffering in relation to the reaction of the partners and worries with their children. The time of HIV diagnosis is not only the moment of contact with the disease, but also the time to uncover or recognize situations of violence. It is through conceptions and contexts of life that women identify how to locate themselves in the struggle against HIV and violence. Health care was addressed as much as caring for oneself as well in relation with the health services. This approach showed the great concern about the difficulties perceived by these women in order to keep the condition of traditional caregivers within the references of hegemonic social pattern of gender, either about their illnesses and future life expectations either about

children. Such concerns arise as a justification for maintaining the family when there is coexistence with a violent partner. Although present, it was observed that violence is not an issue discussed in health care of women living with HIV and AIDS in specialized health services. The vulnerability of gender of these women is distinguished by an emphasis on maternal condition which gives meaning to their lives, illness and care.

Descriptors: 1.Violence against women 2.Vulnerability 3. The health care
4. Acquired Immune Deficiency Syndrome 5. Gender 6. Marital relationship

APRESENTAÇÃO

“Eu tenho 36 anos, sou casada e tenho dois filhos. Uma filha de 18 anos, do meu primeiro casamento, e um de 3 anos do meu marido atual. Estudei pouco, até a 4ª. Série, e me arrependo. Não estou trabalhando hoje porque meu marido não quer, mas trabalhei 15 anos como balconista de loja... Sou de uma família do interior e tive uma infância muito difícil. Meu pai bebia muito e brigava com a minha mãe e com a gente, batia em todo mundo e ainda amarrava a gente ao pé da cama. Era tudo muito difícil, 9 filhos pra criar e o trabalho era na roça, na colheita do milho e aí todos tinham que ajudar, inclusive os filhos menores (...) então a gente passava necessidade (...) a mãe colocava o mínimo de comida pra gente e dava mais pra ele (o pai) e ele jogava fora (...) quer dizer, a gente passava fome e o dele ele jogava fora, dizia que a comida estava uma porcaria, então assim, a pessoa alcoólatra não tem um motivo certo, o que fala é a bebida e também mistura com a ruindade, eu acho! Ele batia na minha mãe, na frente da gente, era violento dentro de casa. Depois de muitos anos a minha mãe conseguiu e se separou dele. Mas aí eu tive um padrasto também (...) foi quando eu sai de casa com 13 anos (...) arrumei um trabalho na casa de uma família e fui morar lá. Fiz isto porque o meu padrasto queria estuprar eu e minhas irmãs e a gente falava pra mãe mas...não sei a pessoa mais antiga, ela tinha medo de ficar desamparada, não que ela não aceitasse que ele era safado, mas a gente tinha impressão que ela não acreditasse no que a gente contava sobre ele, mas pra não ficar falando o que ele fazia eu resolvi sair de casa (...) Sofri muito com as sem vergonhices dos patrões que tentavam mexer em mim (...) Comecei a ter relações sexuais muito cedo com 14 anos e me envolvi com a pessoa errada, porque ele mexia com drogas e eu nunca gostei de drogas. Ele também bebia (...)mas eu queria ter uma casa, uma família e tentei ficar com ele por um tempo, mas ele era muito violento, me batia (...) chegava dentro de casa, por causa de droga, me agredia sabe...

ele não gostava de trabalhar, era vagabundo e eu trabalhava, eu sempre trabalhei (...) quando eu ia pra casa de família trabalhar ele pegava todo o meu dinheiro (...) Aos 16 anos engravidei e tive minha filha (...) ele continuava a me bater, me machucava eu vivia roxa, mas também não fazia nada e nem contava pra ninguém, sofria calada porque tinha medo (...) o meu medo era das pessoas não acreditarem e dele também machucar a minha filha. Sai fugida da minha cidade, eu e minha filha, e só consegui fugir porque ele começou a bater na menina quando ela tinha 2 aninhos, aí peguei um ônibus e vim pra São Paulo(...) Namorei muito aqui, até que conheci meu atual marido, um homem 10 anos mais velho do que eu, trabalhador, achei que era a pessoa certa pra construir de verdade uma família (...) eu sempre busquei nos homens a chance de ter uma família, mas aí começaram a aparecer os problemas: ele implicava muito com a minha filha, que já era adolescente, e nossa relação, a sexual mesmo, sempre foi muito ruim... ele é egoísta, tem que ser do jeito que ele quer na hora que ele quer, então é muito ruim e ele gritava, era ignorante, estúpido com a gente, e muito ciumento, era muito difícil conviver com ele(...) Houve uma época que eu me envolvi com outro homem (...) eu me arrependo mas aconteceu e foi bom! A gente sempre usou camisinha(...) ele era muito cuidadoso (...) mas eu nunca falei do meu problema (refere ao HIV).. .porque nesta época eu já tinha o HIV, mas ele falava que nunca fazia sexo sem camisinha, então entre nós não tinha o HIV – eu não precisava falar e ele também não – a camisinha foi a maior proteção para o amor e não para o HIV (...) por isto que eu acho que amar é ter respeito, compreensão, compartilhar, querer ter filhos, é emoção, é não passar o HIV para a mulher(...) é ser uma pessoa melhor! Mas por mais que ele tenha sido o grande amor da minha vida eu jamais largaria o meu marido pra ficar com ele, porque tem a família e o meu filho é muito apegado com ele (...) Quanto ao HIV, este foi o maior motivo de desentendimento com o meu marido e isto é até hoje... além da minha raiva, do meu desencanto com ele...O HIV surge na minha vida num momento muito difícil, quando o meu bebê nasceu, ele adoeceu e morreu com 1 mês de vida e acusou que ele morreu por causa da

aids... foi um choque, um desespero pra nós (...) eu fiz pré-natal e não tinha dado nada nos exames(...) os médicos pediram exames pra todos, pra mim, meu marido e minha filha e o pior que só o meu deu positivo e aí começaram os problemas (...) Eu acho que peguei em algum relacionamento antes do meu marido (...) Claro que fiquei feliz por minha filha não ter, mas confesso que fiquei com raiva dele não ter, e vi a alegria dele quando chegou o exame, além do olhar me culpando e, é claro, passou a me dar indiretas (...) Tudo piorou quando ele começou a beber e ao mesmo tempo eu percebi que estava grávida de novo. Usávamos camisinha, mas eu acho que estourou e só contei pra ele no 3º. mês de gravidez porque fiquei com medo... ele passou a me agredir dizendo que o filho não era dele, queria que eu abortasse e me bateu a gravidez toda(...) mas eu fiz tudo direitinho e o meu filho nasceu super bem (...) ele começou a me ameaçar dizendo que ia tirar o meu filho de mim e que ia na justiça porque nenhum juiz ia dar a guarda de uma criança para uma mulher “aidética” ele sempre gritava isto: - sua “aidética” e eu só chorava(...) Fiquei muito doente nesta época, abandonei o tratamento. Eu não tive coragem de falar pra minha médica, eles só perguntam se estamos tomando o remédio direito, ninguém quer ouvir ou ajudar uma mulher que tem este tipo de violência, acho também que ninguém pode fazer nada...acho que esta história da lei Maria da Penha não dá nenhum resultado pras mulheres (...) Hoje estou me tratando melhor por causa dos meus filhos, já pensou eu morrer e eles terem que ficar com este homem? – não, eu não quero... vou levando a vida, não me separo dele porque sei que ele vai me dar mais trabalho ainda, fora que vai me bater e bater nos meus filhos e depois o que faço da vida, eu não tenho esperanças, não penso no amanhã (...) o HIV me deixou covarde, eu era uma mulher corajosa... hoje, eu apenas me mantenho bem pra cuidar dos meus filhos... e me conformo... que uma mulher com HIV tem sim uma vida restrita, as mulheres já tem de modo geral, mas com HIV isto fica muito mais forte... (Síntese da história de vida da Neiva)

OBS: Neiva é uma mulher de 36 anos, bonita e exuberante. Alta, com um aspecto jovem e muito falante. Fala rápido, posicionada e aparenta inquietude. Apesar de estar bem de saúde refere certa tristeza por ter iniciado a terapia antirretroviral. Refere não ter projetos para o futuro, não acreditar no amor, seus sonhos são “curtos”, pois acredita que quem vive com o HIV não deve projetar sonhos a longo prazo. Hoje vive uma relação amistosa com o marido, segundo ela, e se esforça para ser assim pela manutenção da família. Revelou a seu infectologista, após 5 anos de acompanhamento, a sua experiência de violência com o marido, porque abandonou várias vezes o tratamento e da última vez chegou muito doente ao serviço.

Neiva é uma das histórias a serem contadas ao longo deste texto. Ela será o caso disparador de nossa análise e orientará as reflexões sobre as vulnerabilidades de gênero e a sua repercussão para o cuidado das mulheres vivendo com HIV e aids.

As motivações para a realização deste estudo estão relacionadas com os trabalhos desenvolvidos num Serviço Especializado em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids¹.

Ao longo destes anos no contato com a epidemia da aids, foi possível acompanhar a trajetória de importantes mudanças no contexto clínico, comportamental e institucional de um adoecimento que trouxe, e ainda traz, uma grande gama de novas questões, quer para o diagnóstico, quer para a prevenção, quer para a assistência dos casos. Dentre as questões deste estudo, chamamos a atenção para o desvelamento de temática de especial natureza, qual seja uma temática portadora de diversas questões consideradas “sensíveis”. Este conceito, que será definido no primeiro capítulo a seguir, aponta para o fato de que a aids é de difícil manejo tanto

¹ A utilização da sigla em questão seguirá o padrão do Ministério da Saúde ao recomendar a palavra aids em caixa baixa quando considerada um substantivo comum, sempre que se referir à epidemia. Ao ser referida a um setor ou título será grafada em caixa alta e baixa e junto com as demais siglas será em caixa alta.

pelo sujeito que a experimenta, quanto por outros de suas relações, o que inclui os das relações assistenciais e de pesquisadores que o tomam por objeto de estudo, com grande impacto na produção do conhecimento.

Um desses impactos trata de um entrecruzamento de problemáticas ligadas à vida de mulheres portadoras do HIV/aids e que foi pouco considerado até então, em razão, muito provavelmente da invisibilidade dessa co-existência de situações. Trata-se da violência de gênero, hoje considerada não só um dos possíveis pilares da epidemia, como uma das decorrências de situações de conflito entre casais sorodiferentes² e das dificuldades do cuidado em saúde. Nesses termos, tanto a infecção pelo HIV pode ter decorrido de situações de violência, sobretudo a sexual, quanto a violência pode surgir nos momentos de revelação diagnóstica da soropositividade por parte da mulher, ou ainda, ser responsável pelo não cuidado da saúde de mulheres vivendo com HIV e aids. Tendo em vista que a própria violência contra as mulheres não foi alvo de pesquisa sistemática, e em especial no campo da Saúde, a não ser a partir da segunda metade dos anos 1990, ela não foi considerada como uma questão quer para o diagnóstico, quer, sobretudo, implicada em questões do tratamento de mulheres portadoras do HIV.

Será exatamente nesse último aspecto que centraremos o presente estudo. Vamos considerar para as mulheres que são portadoras do HIV a existência de situações de violência em suas vidas e o quanto estas repercutem em especial no cuidado de saúde. De outro lado, como discutiremos adiante no primeiro capítulo, os estudos acerca da violência de gênero têm apontado o fato de que a principal modalidade de violência é a das relações amorosas, ou relações de intimidade, que envolvem via de regra, expectativas conjugais e de constituição familiar. Igualmente esses

² O termo sorodiferente – utilizado para referir aos casais que convivem com a diferença sorológica para o HIV. Sherr, 1993, questiona a identificação de casais sorodiferentes como grupo específico, uma vez que eles não têm propósitos comuns, não se autoidentificam ou reconhecem-se como tal. Sua única característica comum é o fato de que um dos parceiros não se infectou pelo HIV em um universo de pessoas convivendo com o HIV e em um universo ainda maior de casais. Portanto, optamos por usar este termo, pois o termo conhecido como sorodiscordante, traz já implícita a idéia de conflito, antagonismo, desarmonia e disputa.

estudos têm apontado o fato de que muitas mulheres permanecem em situação de violência por muitos anos, mesmo com formas graves de agressões, sob a alegação das expectativas amorosas e das representações que possuem não só sobre as relações conjugais e de intimidade, mas, sobretudo acerca de seu papel nestas relações, como mulher. Assim, ao entrecruzarmos violência de gênero com a feminização da aids, também estaremos trazendo à cena outro aspecto que até aqui foi pouco estudado por referência à epidemia da aids: as representações e concepções sobre o amor e as expectativas amorosas nas relações de intimidade e conjugalidade, além das expectativas maternas. Temos por tese a afirmação de que tanto a violência como as questões amorosas repercutem nas relações que as mulheres portadoras do HIV mantêm, em seus cotidianos, com a saúde: no cuidado de si e dos outros, como nas práticas terapêuticas e nas preventivas. O especial foco de serem mulheres vivendo com HIV e aids diz respeito ao contexto em que o HIV ocupa dentro da trajetória da epidemia. Isto por tratar-se de uma doença incurável, pelo menos até o momento, portanto que necessita de cuidados consistentes, mas limitantes e por dizer das relações íntimas pela forma de transmissibilidade.

Diante da complexidade apresentada na discussão de temas que emergem no cotidiano da assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids, nos serviços especializados da cidade de São Paulo, o presente estudo tem por base as seguintes perguntas:

Em que contextos o HIV e aids podem gerar situações de violência de parceiros de mulheres soropositivas?

Como se articulam o amor e suas representações, o ideal de conjugalidade, família e relações afetivo-sexual e a violência, que são questões de gênero e podem ter grande influência no contexto de mulheres vivendo com HIV e aids?

Que impactos na saúde o entrecruzamento dessas questões geram, em especial para o cuidado de si, da sua saúde e para o tratamento do HIV/Aids, bem como para as práticas preventivas?

Durante o processo de investigação, para fazer face a tais questionamentos, observou-se que a literatura tem apresentado estudos sobre violência e aids relacionados ao cenário da disseminação do HIV e o interesse do presente estudo se volta ao contexto das violências para o cuidado de si e da saúde da mulher em tratamento, portanto já vivendo com HIV e aids. Nestes contextos, serão consideradas as relações afetivo-sexuais ou de intimidade, as ligadas à família e à conjugalidade e as de violência contra as mulheres, identificadas como possíveis contextos de vulnerabilidades ao adoecimento e impeditivos de cuidados. Todo este processo dá luz às necessidades de ampliar os conceitos de tratamento e cuidado em saúde no acompanhamento da mulher vivendo com HIV e aids que, embora inserido nos dias de hoje em avanços terapêuticos, deixa de considerar questões subjetivas e o impacto destas nas dificuldades ou falhas em termos da adesão ao tratamento.

Com tais questões em tela, o presente estudo está baseado no referencial de gênero, pois relativamente às mulheres e diante da feminização da epidemia de aids, entende-se que a análise da condição subordinada das mulheres nas relações de intimidade (afetivo-sexuais), em relação aos homens, franqueada pela teoria de Gênero, pode contribuir para a compreensão do cuidado em saúde na própria trajetória da epidemia, somando com outras condições sociais e culturais para a maior vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids.

O estudo está apresentado em 3 capítulos. No primeiro capítulo, referente à introdução, busca-se uma contextualização das questões ora levantadas em termos teórico-conceituais percorrendo-se 3 recortes dessas questões. No primeiro, faz-se uma discussão acerca da epidemia da aids, sua história e a feminização. No segundo recorte, abordam-se as mulheres e a violência de gênero situando relações afetivo-sexuais e de conjugalidade, a fim de entender os conflitos e a violência praticada pelo parceiro íntimo que emergem nas situações de parceria. Busca-se explorar, também, a construção sobre as representações amorosas e familiares nas discussões

de gênero. Por fim o terceiro recorte contextualiza o cuidado em saúde das mulheres vivendo com HIV/Aids.

Assim tem-se:

Capítulo I: Introdução

- Mulheres vivendo com HIV: feminização da aids, vulnerabilidade de gênero e o cuidado da saúde.

Capítulo II: Metodologia

Neste capítulo será apresentado o trabalho de campo e os procedimentos metodológicos utilizados na investigação empírica deste estudo.

Capítulo III: Resultados e Discussão

Estão os resultados e discussão e as considerações finais.

- Vulnerabilidade de Gênero
- Cuidados em Saúde

I. INTRODUÇÃO

MULHERES VIVENDO COM HIV: FEMINIZAÇÃO DA AIDS, VULNERABILIDADE DE GÊNERO E O CUIDADO DA SAÚDE

1.1 Mulheres e a epidemia da aids: a feminização

A trajetória da epidemia da aids é a primeira aproximação com o objeto de estudo. Ela é uma realidade no Brasil e no mundo desde anos de 1980 até os dias de hoje.

Ao pensarmos na epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) historicamente, relembramos os primeiros casos, as primeiras preocupações da sociedade e das autoridades, como também os primeiros julgamentos e apontamentos direcionados aos aspectos da moral e do castigo e a relevância que assumiu para um preliminar diagnóstico da epidemia, a prática do anonimato e do sigilo dos casos.

Os anos 1980 e 1990 foram marcados por muitas mudanças no caminhar desta epidemia. Tais mudanças iniciam com as primeiras notificações que mostravam outro lado da epidemia, um lado até então desconhecido pela sociedade científica. A noção de grupo de risco é substituída por comportamentos de risco, reforçando a culpabilidade dos indivíduos quando acometidos pela infecção (Brito, 2001).

O avanço na terapia medicamentosa é um importante momento da história da epidemia da aids. Simultaneamente, surgem os grupos de apoio e a sociedade civil organizada traz significativo marco na luta pela implantação de políticas de saúde e, principalmente, para aquisição de medicamentos gratuitos no Brasil.

Ao iniciar o processo de aquisição e distribuição gratuita dos antirretrovirais, dez anos depois da aids ser identificada, a Organização Mundial de Saúde (OMS) anuncia o número de pessoas infectadas pelo HIV

no mundo, que contabilizava, em 1991, 10 milhões de pessoas (Rodrigues Jr, 2004).

A década de 1990, no Brasil, também assinala a inclusão de procedimentos para o tratamento da aids pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como o credenciamento de hospitais para o tratamento de pacientes com aids e campanhas veiculadas nos meios de comunicação. A resposta brasileira à epidemia do HIV/Aids acompanhou os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), previstos na Constituição Brasileira de 1988, por considerar em suas bases a universalidade ao acesso, a integralidade e a equidade em saúde.

Somado a estes princípios também coadunam as recomendações dos movimentos de Direitos Humanos e da Humanização em saúde, para a elaboração de políticas de saúde e práticas destinadas às pessoas vivendo com HIV e aids.

Em 1990 foi o início do processo de construção do Sistema Único de Saúde, em São Paulo, porém já em 1993 uma gestão municipal interrompe este processo com o Plano Administrativo de Saúde (PAS), que perdurou por duas gestões consecutivas e, apenas em 2001 reinicia-se a construção do SUS na cidade. Na cidade de São Paulo, em 1996, foram instituídos os serviços especializados em DST e aids, com as finalidades, de acordo com as especificidades de cada serviço de saúde, de oferecer sorologia para o HIV e outras DST, assistência ao portador do vírus, acolhimento e projetos de prevenção.

Assim as principais diretrizes de promoção, prevenção, educação para cidadania e inclusão, estimulando o protagonismo da sociedade civil e sua participação na formulação das políticas públicas, aproximava-se muito das linhas de atuação dos Programas de Aids já existentes no País, como também já eram prerrogativas da organização dos serviços municipais que atendiam as pessoas vivendo com HIV/Aids . A implantação de um Programa Municipal de saúde que oferecesse atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids surgiu como uma especial política para atender às

necessidades destas pessoas, principalmente pela morbi-mortalidade e avanço da epidemia.

A terapia antirretroviral impulsionou ações de controle das doenças consideradas oportunistas possibilitando melhor qualidade de vida, das pessoas vivendo com HIV e aids, assim como a redução na incidência de casos no Brasil.

Ainda nesta década, 1990, o controle da transmissão vertical pode ser caracterizado como um dos mais importantes acontecimentos no controle da epidemia, quando da implementação de medidas de saúde pública foram disponibilizadas com o oferecimento da sorologia, como protocolo dos exames destinados ao pré-natal, bem como a assistência especializada à mãe soropositiva.

Outro aspecto da evolução no controle da epidemia da aids está relacionado aos avanços farmacológicos, como também a implantação da rede de laboratórios para o monitoramento de pacientes com HIV em terapia antirretroviral, com a realização de exames de carga viral e contagem de células do sistema imunológico.

Na década de 2000, vivemos o reflexo dos avanços tecnológicos das pesquisas que propiciaram o desenvolvimento medicamentoso cada vez mais eficaz, como também o aumento do conhecimento e experiência dos profissionais de saúde da rede especializada. Quanto aos pacientes, o acesso ao tratamento e o controle clínico, sem dúvida trouxeram benefícios e esperança de vida, num contexto de uma patologia de impacto social importante (Rodrigues Jr, 2004).

Apesar do desenvolvimento progressivo no cuidado às pessoas vivendo com HIV e aids, os trabalhos preventivos e a disponibilização de insumos, tais como preservativos, a epidemia da aids no Brasil e no mundo ainda é um importante problema de saúde pública e, ao tornar-se uma condição de vida similar às doenças crônicas, coloca novas e preocupantes questões para seu controle. Uma delas é a feminização crescente desde os

anos 1990, que é hoje um dos desafios no enfrentamento da infecção pelo HIV.

Segundo a UNAIDS³ (2008) estima-se que no cenário mundial há 33 milhões de pessoas no mundo vivendo com HIV, dentre elas 15,5 milhões são mulheres acima de 15 anos, o que representa 50% do total de adultos infectados. O estudo indica que 77% (12 milhões) de todas as mulheres HIV positivas vivem na África Subsaariana, o que representa 59% dos adultos vivendo com HIV. Observa-se também que a prevalência em toda essa área entre mulheres jovens, é três vezes maior do que a prevalência entre homens jovens (15 a 24 anos).

Na Ásia as mulheres representam 35% (1,7 milhão) dos adultos vivendo com HIV. Os números são mais altos em alguns países da região, tais como Índia (880 mil), Tailândia (250 mil), China (200 mil), Mianmar (100 mil) e Vietnã (76 mil).

A UNAIDS informa, ainda, que no Caribe 50% (110 mil) dos adultos vivendo com HIV são mulheres, sendo a República Dominicana e o Haiti os países com os maiores percentuais de mulheres infectadas — 51% e 53%, respectivamente.

Na América Latina, uma crescente proporção de pessoas vivendo com HIV são de mulheres (550 mil). No Leste Europeu, há um crescimento no número de mulheres infectadas pelo HIV, sendo a Ucrânia o país caracterizado por uma das epidemias que crescem mais rapidamente (44% dos adultos infectados são mulheres).

Das pessoas vivendo com HIV, em todo o mundo, estima-se que 90% não sabem que estão infectadas e menos de 10% das mulheres grávidas fizeram teste de HIV (UNAIDS, 2006). A UNAIDS informa também, que a maioria das 17,6 milhões de mulheres vivendo com HIV/Aids está em idade reprodutiva (WHO, 2006).

³ UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV/AIDS) – Programa das Nações Unidas criado em 1996, que tem a função de criar soluções e ajudar Nações no combate a AIDS. Tem o objetivo de prevenir o avanço do HIV, prestar tratamento e assistência às pessoas afetadas pela doença, além de desenvolver estratégia para a redução do impacto sócio-econômico da epidemia.

No caso das mulheres grávidas a prevalência da infecção pelo HIV é bastante diversa em todo o mundo, variando desde menos de 1%, como no Brasil, a mais de 20% como na África Subsaariana (Estudos Sentinela, 2004 e UNAIDS, 2008). Não há dúvida que a feminização da aids constituiu-se num problema mundial, principalmente pelo risco da transmissão vertical. Estudos epidemiológicos demonstraram que a faixa etária das mulheres infectadas são, na sua maioria, as que se encontram sexualmente ativas e em fase reprodutiva, e, portanto, predispostas a uma gravidez (Neves, 2003).

O cenário nacional mantém-se estável desde 2004 e estima-se que 630 mil pessoas vivam hoje com HIV/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. As taxas de incidência (frequência de casos novos) foram crescentes até o início da década de 2000 e está estabilizada, embora em patamares elevados. Em 2007, a taxa de incidência observada foi de 17,9 casos para cada 100.000 habitantes. Esta frequência apresentou oscilação nos últimos anos, em média, cerca de 35 mil casos por ano. Justificam-se as diferenças regionais, apontando para os diversos perfis da epidemia (MS/SVS, 06/2009).

A região Sudeste concentra o maior percentual de casos de aids acumulados até junho de 2009, cerca de 59,3% do total de notificações no país, com 323.069 registros da doença. A região Sul concentra 19,2% dos casos, com 104.671 notificações; o Nordeste, 11,9%, com 64.706 casos; o Centro-Oeste, 5,7%, com 31.011; e, o Norte, 3,9%, com 21.389 casos notificados. Em relação à taxa de incidência por grande região do país, observou-se, após um pico em 2002, decréscimo na região Sudeste, estabilização na região Centro-Oeste nos últimos anos da década e crescimento nas demais regiões (MS/SVS, 06/2006).

O Ministério da saúde informa, também, que na faixa etária de 25 a 49 anos concentra as maiores taxas de incidência, observando que há uma tendência de crescimento, nos últimos dez anos, em indivíduos de ambos os sexos a partir de 40 anos de idade.

A razão de sexo, calculada dividindo-se o número de casos de aids em homens pelo número de casos em mulheres, diagnosticados em um ano determinado, e que possibilita avaliar qual sexo é predominante, diminuiu consideravelmente do início da epidemia para os dias atuais: em 1986, a razão era de 15,1:1, ou seja, para cada 15 casos em homens, havia 1 caso em mulher e, a partir de 2002, estabilizou-se em 15:10 (para cada 15 casos em homens, há dez casos em mulheres. Chama atenção a análise da razão de sexo em jovens de 13 a 19 anos. Nessa faixa etária, o número de casos de aids é maior entre as mulheres. A inversão ocorreu em 1998, com 8 casos em meninos para cada 10 casos em meninas e se mantém nesse patamar.

O Ministério da Saúde aponta aumento progressivo do número de municípios brasileiros com pelo menos um caso de aids em mulheres, o que indica que a interiorização vem sendo acompanhada do processo de feminização da epidemia. Tal processo se apresenta mais acentuado em algumas regiões do país e tende a acompanhar o deslocamento que se verifica com a mobilidade populacional permanente em zonas de expansão das fronteiras agropecuária e de mineração (MS/SVS 06/2009).

Os dados revelam também, quanto à escolaridade, que 54% do total de casos identificados até junho de 2009, foram de mulheres com baixa escolaridade (de zero a sete anos) e 22% com oito anos e mais de escolaridade. A análise desse indicador ainda apresenta limitações em razão do alto percentual de ignorados.

No município de São Paulo, segundo Boletim Epidemiológico de 2010, o coeficiente de aids na cidade vem diminuindo desde 1999 e mantendo a razão de dois homens para uma mulher desde 1997. A faixa etária entre 20 e 39 anos em ambos os sexos apresenta o maior número de casos notificados, com tendência de elevação nas faixas etárias de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos. São 24.094 pessoas em seguimento ambulatorial nos serviços especializados, sendo 8.917 mulheres e 14.177 homens.

O aumento de outras DST assumiu papel relevante para a infecção pelo HIV. As lesões provocadas pelas DST podem possibilitar ainda mais a

entrada do vírus no organismo, aumentando os riscos de uma pessoa se infectar pelo HIV. O Programa Nacional de DST e aids informa que este aumento pode ser de até 10 vezes, caso a pessoa seja portadora de sífilis, por exemplo. Nos portadores de clamídia esse aumento é de 6 vezes, nos de herpes genital e gonorréia, de 9 vezes e naqueles com úlceras genitais de até 18 vezes (MS/SVS 06/2009).

Os casos de DST notificados no município de São Paulo de 2007 a 2009 somam 15.574, sendo 8788 são do sexo masculino e 6786 do sexo feminino. Das DST o condiloma acuminado aparece com 38% dos casos em adultos, o corrimento cervical com 34,2% entre as mulheres e 25,3% referem-se à sífilis em adultos.

Importante considerar que muitas das DST em mulheres são assintomáticas, o que pode dificultar o diagnóstico e consequentemente o tratamento. Este por sua vez é fundamental para minimizar os riscos da infecção pelo HIV.

Não há dúvida que os fatores biológicos contribuem para a alta suscetibilidade das mulheres às DST e aids, no entanto, vários outros condicionantes das relações entre homens e mulheres foram e ainda são fundamentais na trajetória da epidemia. As relações desiguais entre os mesmos, a vivência da sexualidade, o conhecimento do corpo, a negociação de medidas preventivas como uso de preservativos, a violência sexual e outras violências, as condições socioeconômicas e culturais, além do acesso aos serviços de saúde, como também a falta de ações e informações adequadas, constituem em um conjunto de prioridades à serem consideradas para a prevenção e para o cuidado em saúde.

É nesse conjunto de questões que se colocam para compreender e controlar a infecção pelo HIV, utilizando-se os estudos de gênero, que permite compreender as relações afetivas e sexuais entre homens e mulheres, como também as situações de violência contra as mulheres.

Nos estudos sobre a epidemia da aids, como detalharemos adiante, o conceito de 'vulnerabilidade' tem tido crescente papel na compreensão, acerca das infecções pelo HIV e mesmo acerca do desenvolvimento da Aids.

Tais explicações não se centram apenas no comportamento individual de homens e mulheres, na vida social e em suas relações privadas. Este comportamento individual é valorizado e central para o conceito de 'risco epidemiológico', o qual é estimado por modelos probabilísticos da ocorrência da infecção ou do adoecimento na presença de determinados fatores do contexto social e cultural que se encontram estatisticamente associados nos casos já estudados. O conceito de vulnerabilidade desloca este centramento no comportamento individual para valorizar o exame dos contextos relacionais que os indivíduos mantêm em sociedade, nos serviços de saúde e, mesmo, em termos de suas possibilidades individuais diante desses contextos, para desenvolverem relações mais protetoras ou ao contrário de maior exposição à infecção e ao adoecimento. Desse modo, cada indivíduo está em interação contextual, derivando das qualidades desses contextos a capacidade individual de proteção ou risco.

Portanto podemos considerar, hoje, que gênero e vulnerabilidade são aportes conceituais fundamentais para os trabalhos relacionados à infecção e a prevenção do HIV/Aids, sobretudo na perspectiva da feminização. O entrecruzamento dessas duas perspectivas para abordar a epidemia pode explicar a própria feminização, acrescentando-a das discussões sobre a masculinidade hegemônica e as masculinidades particulares e concretas; a sexualidade feminina e os direitos das mulheres ao seu pleno exercício; o mito da relação definitiva e da segurança conjugal; a banalização das violências, principalmente as motivadas por parceiros íntimos, seja no namoro, casamento ou parcerias estáveis; as expectativas de cuidado e atenção na família para as mulheres vivendo com HIV/Aids, em razão de representações amorosas que implicam em proteção e cuidados.

Costa (2000) tem trabalhado com 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. Em 2003 a Organização Panamericana de Saúde, órgão da Organização Mundial de Saúde, menciona 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 Caribe. Os que estudam a violência por parceiro íntimo no Brasil, por exemplo, têm apontado para tal situação como responsável por maiores taxas de infecção pelo HIV (Barros, Schraiber e França-Junior, 2011) e pelo aumento da epidemia em casais, seja de formação hetero ou homossexual (Schraiber e cols, 2008) .

Tanto a violência como o HIV são responsáveis pelo aumento das taxas de morbi-mortalidade, hospitalizações, uso dos serviços de saúde, gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis. Também, contribuem para a mortalidade materna e infantil, o consumo abusivo de álcool e outras drogas, assim como as doenças e sofrimentos mentais e os distúrbios emocionais (Ministério da Saúde, 2006).

No dia a dia dos atendimentos no serviço especializado em DST/Aids, observa-se que além das complicações que a infecção pelo HIV traz para a vida das mulheres, muitas vezes elas experimentam um cotidiano de violência. A Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, 1993, a define como:

qualquer ato de violência com base no gênero, sexo, que resulta em, ou que é possível resultar em dano físico, sexual, mental ou sofrimento para a mulher, incluindo as ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária, ocorrida em público ou na vida particular (Azambuja e Nogueira, 2008).

Neste sentido, aids e violência se assemelham por tratarem de questões que remetem aos direitos humanos, pelas iniquidades como as de gênero, de classe social ou de raça. Ambas são resultados de comportamentos culturais profundos e complexos e, além disso, parecem reforçarem-se mutuamente.

Assemelham-se, também, nas relações provocadas pelos conflitos familiares em razão de uma doença que remete a preconceitos e desqualificação da mulher por ser portadora do HIV. Nesse caso, a violência pode decorrer do diagnóstico da infecção.

De modo geral a violência é caracterizada como um tema sensível e invisível (Schraiber e cols, 2003). No caso da aids, este também parece ser

um tema com estas mesmas características, sobretudo pelas representações que ainda remetem por ocasião do início do seu surgimento.

No processo de feminização do HIV e na articulação com alguns estudos sobre as desigualdades de gênero, identificamos algumas particulares situações contextuais das mulheres que implicam em grandes dificuldades materiais ou simbólicas para que elas se protejam da infecção ou consigam desenvolver comportamentos de maior cuidado em saúde, seja o seu próprio, seja de outros. Isto nos leva a propor a 'vulnerabilidade de gênero' como categoria norteadora do presente estudo. Como se discutirá adiante, essa vulnerabilidade de gênero, focalizando às mulheres na epidemia, também pode ser pensada nos tipos individual, programática e social, tal como proposto para a vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids, de modo geral, por Ayres (2003). No caso das mulheres esses tipos dizem respeito a representações e comportamentos tais como: a prática sexual como dever da esposa; a banalização da violência de gênero pelo parceiro íntimo; as relações amorosas incondicionais e para sempre; a família como valor dos valores para a boa qualidade de vida e para os cuidados. Tais representações permeiam a vida social e as concepções das relações de gênero hegemônicas (vulnerabilidade de gênero social), os serviços de saúde e as práticas profissionais (vulnerabilidade de gênero social e programática) e os comportamentos individuais das mulheres, no adoecer e no cuidado de si mesma (vulnerabilidade de gênero individual).

Esse conjunto de questões será trabalhado a seguir em dois outros tópicos, a saber: o tópico da vulnerabilidade de Gênero e mulheres com HIV/AIDS, abordando-se a violência contra as mulheres e a feminização da epidemia, e ainda as expectativas amorosas, conjugais e familiares; o tópico do cuidado das mulheres com HIV/aids, abordando-se também as violências e as expectativas amorosa, conjugais e familiares como potencialidades ou descaminhos desse cuidado.

1.2 Vulnerabilidade de Gênero e mulheres vivendo com HIV/Aids

O início da epidemia foi associada ao sexo masculino, mais precisamente à homossexualidade, e à mudança do perfil epidemiológico da aids com o aumento da via heterossexual e a incidência da infecção entre as mulheres, numa segunda fase da epidemia. Essa mudança, como apontado acima, associa-se aos comportamentos de homens e de mulheres, mais precisamente aos tradicionais de gênero, considerando as vivências da sexualidade e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Os estudos sobre as relações de gênero promoveram importantes discussões a respeito desses comportamentos. O conceito de gênero tem sido utilizado e debatido desde a década de 1970, tratando conceitualmente das diferenças entre homens e mulheres como resultantes de construções sociais e culturais (variando, portanto conforme o contexto sócio-histórico), e não resultando da diferença biológica. A utilização de perspectivas a partir da noção de relações de gênero, e do conceito de gênero para analisar e compreender realidades sociais e culturais inicia-se pelas feministas americanas. Enfatizavam não só o caráter social e histórico dessa distinção, mas também a hierarquia nestas distinções que são baseadas em relações de poder, cabendo aos homens o maior poder nas relações, e, ainda, enfatizam as naturalizações que cercam tais construções sociais e históricas.

Scott (1990) em seu estudo “Gênero: uma categoria útil para análise histórica”, chama-nos a atenção para o uso do termo gênero quanto à linguagem - o sentido das palavras - como também para designar os diferentes papéis percebidos entre os sexos na construção dos sistemas simbólicos, enfatizando as relações de poder. A autora faz uma ampla discussão a respeito das historiadoras e sociólogas feministas ao teorizarem sobre o gênero. Estas mantinham conceitos baseados em formulações tradicionais do que nomeou de explicações “causais universais”, generalistas e, portanto, limitadas. Nesta perspectiva as causas da opressão, mesmo quando as teorias tentavam desnaturalizar as desigualdades, voltavam-se

para as origens associadas à questão da reprodução, ou seja, em última instância, voltavam-se para o corpo feminino como forma de aprisionamento social e cultural das mulheres.

Refere, também, que em muitos estudos o termo “mulheres” foi sendo substituído pelo termo “gênero”, com o entendimento de que se tratava de sinônimo. No entanto, Scott pontua que falar em “história das mulheres” coloca-as em posição de sujeitos históricos legítimos, enquanto que o termo “gênero” inclui as mulheres e procura maior legitimidade acadêmica (e não apenas política) ao tema.

Scott também refere que há várias simbologias de gênero numa sociedade. Algumas construções simbólicas tornam-se normativas, normas que dependeram das variações contextuais em termos de classe social, raça e região.

O conceito de gênero, assim, aponta e rejeita as justificativas biológicas que contribuíram para diversas formas de subordinação e de qualificações dos homens e desqualificações das mulheres. Scott afirma que gênero indica “construções sociais e históricas” sobre os papéis de homens e mulheres, sendo, portanto uma categoria social e não biológica:

O gênero oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos as mulheres e aos homens. Gênero coloca ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade (Scott, 1990, p. 11)

No campo dos estudos acadêmicos foi a antropologia a primeira a dar relevância à categoria gênero, ao analisar as formas de organização das sociedades e do comportamento dos sujeitos. Neste sentido, os estudos sobre parentesco e os papéis constituídos nas diferentes sociedades, as relações entre natureza e cultura, as dimensões do essencialismo e da universalização sobre o masculino e o feminino, a questão da opressão das mulheres, tornaram-se produtivos para as discussões do movimento social e para os estudos de gênero (Rosaldo e Atkinson ,1975; Rubin ,1986; Franchetto et al ,1981). Cabe destacar que, da mesma forma com que

gênero permite identificar a naturalização ou essencialismo dos papéis sociais em termos do sexo biológico, permite, por outro lado, realizar a desconstrução dessas compreensões. Vale dizer, ao mostrar que o maior poder masculino frente ao poder das mulheres como sujeitos sociais é uma construção social e histórica, e não deve ser entendido como uma hierarquia do mundo natural, resultante da capacidade reprodutiva das mulheres, o uso de gênero permite também rejeitar tal construção e, ao revés, elaborar de sua perspectiva e de sua crítica às desigualdades entre homens e mulheres, a proposição de maior equidade nas relações entre eles (Destaca-se aqui uma polêmica, algumas autoras continuam defendendo que o termo mulheres e feminismo são mais capazes de promover lutas contras as desigualdades, já que o termo gênero seria visto como despolitizador).

De acordo com Grossi (2004), nas produções sobre gênero existem diferentes correntes teóricas: o estruturalismo e o pós – estruturalismo.

A primeira toma gênero baseado no corpo biológico, que é sexuado, e neste caso se constituem em dualidades, machos e fêmeas, que são inseridos em diferentes modelos do masculino e do feminino, identidades que variam de acordo com a variação histórico-cultural. A corrente pós-estruturalista destaca que a linguagem, os discursos, e não somente a materialidade dos diferentes corpos, norteiam os direcionamentos do mundo e sendo assim não se constituem só em símbolos de comunicação, mas dão significado aos comportamentos práticos. Neste sentido para as teóricas do pós estruturalismo “*o discurso permeia toda a questão do gênero*” (Grossi, 2004, pg. 5).

Voltando-se a Scott (1990), pode-se considerar com esta autora que gênero se refere ao componente sócio-histórico baseado nas diferenças entre os sexos e que estrutura material e simbolicamente a vida social, estabelecendo seja entre homens e mulheres, ou mesmo entre os homens ou as mulheres entre si, relações de valor desigual, com o domínio dos indivíduos, até já independente do sexo biológico, que mais se identificam e praticam os papéis masculinos. Assim, como também reitera Grossi (2004),

não apenas para os estudos sobre mulheres volta-se a categoria gênero, senão também para os homens como objetos de estudo.

Assim, as questões de gênero permeiam a história de mulheres e de homens e as relações entre essas histórias, permitindo também notar a multiplicidade de conexões que contemplam não somente as hierarquias entre eles, mas aquelas de classe social, raça e etnia, buscando compreender como estas são perpassadas pelas questões de poder. Scott (1990), mesmo, enfatiza os aspectos relacionais, considerando que homens e mulheres não podem ser vistos em separados, contrapondo os estudos de gênero a partir de uma ótica somente das mulheres.

Reflexões sobre o feminismo a partir da antropologia, como os de Franchetto et al (1981), trouxeram importantes contribuições teóricas para a reflexão sobre os papéis sociais de homens e de mulheres. Destacam que o feminismo, como um movimento social do final da década de 1960, questiona e nega que as mulheres constituam o “segundo sexo”, lançando-as na atuação política e de luta por seus interesses, proporcionando um campo de reflexões para as ciências sociais e para afirmação das muitas identidades de gênero.

Ao afirmarem que estas questões estão inscritas em todas as culturas, mas variam enormemente, problematizando a universalização da opressão, o que poderia levar a reforçar o essencialismo, isto é, a universalidade da categoria mulher, de outro lado, mostram que as mulheres exercem diversas feminilidades, a depender de situações de raça, classe social, ciclo de vida (idade), entre outros. Assim sendo, no cotidiano concreto das vidas das mulheres a referência da identidade universal, e que figura como valor dominante, um ideal a ser aproximado, se traduz efetivamente em uma pluralidade de femininos, as muitas e diversas mulheres em condições muito distintas. Muitos estudos afirmam o mesmo relativamente aos homens (Kimmel, 1992, 1997; Connell, 2003; Couto e Schraiber, 2005).

Parece-nos que as sociedades estão estruturadas por componentes estabelecidos socialmente pela construção de gênero, que reproduzem estruturas das chamadas identidades masculina e feminina. Essa construção

normatiza as “coisas” de mulheres e as “coisas” de homens. Neste sentido, no caso dos homens, há uma espécie de pressão cultural sobre eles para que reprimam qualidades consideradas femininas (gentileza, emoção, sensibilidade), o que pode resultar numa necessidade de negar o seu lado emocional:

Enquanto a idéia do masculino é baseada nesta negação, os homens estão presos numa luta contínua e sem fim contra si próprios, vivem uma ansiedade constante, com medo de que sua natureza possa ser revelada (Seidler, 1987, p.99).

Segundo Franchetto et al (1981) e Firestone (1976) a questão do biológico, especificamente, a maternidade traduz a idéia de que a opressão feminina estaria inserida nesta condição. Já para Reed (1973) a opressão também estaria relacionada com o seu modo de “não” produção, pois com o patriarcado, caberia à mulher a vida doméstica, privada, sendo assim a família representaria a primeira relação de opressão feminina.

Franchetto et al (1981) mencionam os debates de Rosaldo e Atkinson (1975) que discutem o problema da opressão como “assimetria sexual”, que se baseia na hierarquia entre o masculino e o feminino, elaborada pela cultura. Tais aspectos poderiam simbolizar comportamentos considerados da condição da natureza (a mulher – dar a vida – aspectos da fertilidade – o controle não intencional) e os da condição da cultura (o homem – tirar a vida – aspectos da caça e da guerra – o controle intencional).

Estas autoras expressam posições radicais e consideram que a libertação das mulheres estaria na recusa pela maternidade, vislumbrando uma “cultura andrógina” e no desaparecimento do aprisionamento familiar e doméstico, na perspectiva da produção, do trabalho.

Já para Rubin (1986), a opressão das mulheres estaria no sistema social e não no biológico. Para esta autora as relações de opressão sexual estão estruturadas no parentesco: *“o parentesco instaura a diferença, a oposição, exacerbando, no plano da cultura, as diferenças biológicas entre os sexos”* (Piscitelli, 1998, p.310). Assim, Rubin discute que a divisão sexual

do trabalho instituiria a dependência entre os sexos, garantindo o casamento, o que obrigaria a formação da família. A família ocupa um importante espaço de produção de desigualdades de gênero e de geração. Muitas vezes é em nome da família que a maior parte dos direitos das mulheres são desrespeitados.

Para Rubin o parentesco instaura a diferença e cria socialmente dois sexos. A divisão sexual do trabalho remete a interdependência entre homens e mulheres, o controle da sexualidade – ou seja, Gênero é produzido pelo parentesco. Nas formulações de Lévi-Strauss, segundo Rubin, a heterossexualidade não desvincularia da reprodução e nem do desejo sexual para o outro sexo (Piscitelli, 1998).

Destacamos que as abordagens feministas que tornaram possíveis as discussões sobre a subordinação das mulheres também foram precursoras dos questionamentos entre a reprodução e gênero. Mas também se confundiu, e provavelmente se confunde, com a questão da sexualidade e gênero. Neste sentido, com a epidemia da aids há uma necessidade de situarmos as discussões que envolvem saúde sexual e saúde reprodutiva na perspectiva do referencial de gênero, para se compreenderem situações problemáticas na esfera das práticas sexuais e reprodutivas no contexto das pessoas vivendo com HIV e aids. Adicionalmente, na perspectiva dos estudos de gênero, poderíamos dizer que a trajetória da epidemia legitima discussões acerca da sua feminização, o que vem ocorrendo em todas as sociedades. Ademais, considerando-se a interface de gênero com os processos de adoecimento em geral e com o cuidado dispensado à saúde por homens e mulheres, pode-se também considerar que essa busca, em seus cotidianos, de se aproximarem do ideal de masculinidade e feminilidade, se refletirá sobre os corpos biológicos, no modo com que serão usados histórica e socialmente, assim como no modo como serão alvo de práticas de cuidado assistencial, em ações reparadoras dos adoecimentos, ou de cuidado preventivo, nos reconhecimentos diversos que homens e mulheres têm de suas necessidades de saúde (Courtenay, 2000; Gomes, 2008; Figueiredo 2008; Schraiber et al 2010a).

No que tange novamente à epidemia da Aids, esse conjunto de aspectos poderia dialogar também com a violência contra as mulheres. Diversos estudos apontam a relação desta violência com a feminização da aids. Ao fazermos um paralelo sobre os estudos e documentos sobre gênero e violência observamos o uso majoritário desta categoria interpretativa, o que nos dá a importância deste conceito tanto para a compreensão das desigualdades sociais, quanto para os processos de saúde e doença em nossa sociedade.

No campo da Saúde Coletiva, em especial, existem já alguns estudos acerca do uso do conceito de gênero e/ou da aceitação desse referencial em pesquisas teóricas ou empíricas sobre a saúde e o adoecimento (Aquino, 2006; Villela, Monteiro e Vargas, 2009). Apontam o fato de que, mesmo sem referência ao conceito de gênero, sobretudo, após os anos 1990, questões relacionadas às desigualdades de gênero com impactos na saúde foram abordadas desde os anos 1980, em especial no que diz respeito à saúde das mulheres. Essas questões cobriam em especial a saúde reprodutiva, com destaque à possibilidade e ao direito das mulheres de escolherem se, quando e em que contexto desejariam ter filhos. Assim, inicialmente, enfatizou-se a questão da não maternidade ou do controle da concepção (nas práticas de contracepção e do planejamento familiar). Também enfatizou-se a valorização da mulher, e não só da criança como ocorria na concepção de saúde materno-infantil. Ambas as ênfases dadas na Saúde refletiram o lema feminista: 'nosso corpo nos pertence' (Schraiber et al, 2009a). A saúde sexual e os direitos sexuais e reprodutivos constituíram temáticas subseqüentes à reprodução, no caso da Saúde.

No entanto, frente à possibilidade da infecção pelo HIV ou à condição de já portadoras do HIV, questões como as da violência por parceiro íntimo, do pleno exercício da sexualidade e do direito a conceber (ter filhos) é que, então, se colocam para as mulheres como igualmente problemáticas de gênero (Silva, 2006).

Ao ser a aids considerada uma epidemia, inicia-se uma série de formulações e julgamentos, das condutas das pessoas, quando os primeiros

diagnósticos surgem, principalmente, frente ao fato de a transmissão estar relacionada às relações sexuais e ao uso de drogas injetáveis. Ao caracterizar as populações específicas dos anos de 1980, vários estereótipos foram formulados, como os relacionados a uma doença incurável, contagiosa, “peste gay”, com predominância de pessoas de classe social alta e dos grandes centros urbanos.

Parece-nos que apesar de quase três décadas do surgimento da aids, e seu contínuo processo de transformação, nota-se através dos boletins epidemiológicos a significativa incidência da infecção pelo HIV estar aumentando em diferentes perfis populacionais.

Há também a questão do estigma direcionado aos chamados “grupos de risco”, ao qual a infecção pelo HIV estava associada. Tratava-se, principalmente das populações masculinas que tinham práticas homo/bissexuais, ou seja, pelo fato da aids ter se concentrado nos primeiros casos entre os homens que faziam sexo com homens, como já mencionado. O que não exclui ainda nos dias de hoje uma forte representação social sobre a aids (Nascimento, 2005).

Este perfil epidemiológico predominou durante quase toda a década de 1980, assim como os usuários de drogas injetáveis, os profissionais do sexo, os hemofílicos, estes com uma expressão diferenciada, considerados vítimas ou fatalidade pela necessidade de transfusão de sangue, em relação aos demais grupos de pessoas.

Com o decorrer do tempo e com o avanço rápido da epidemia e a extrapolação da infecção relativamente aos chamados “grupos de risco”- aqueles com comportamentos “inaceitáveis” – é que se percebeu a necessidade de novos enfoques e novas ações que repercutissem no controle da epidemia.

Há, hoje, um novo olhar epidemiológico que caracteriza a epidemia no Brasil; suas marcas são a pauperização, a juvenização, a interiorização e a feminização do HIV/Aids (Pinto, 2007). A década de 1990 foi marcada pelos avanços da terapia medicamentosa, pela heterossexualização do HIV e pelo controle da transmissão vertical (na gravidez). Ou seja, uma nova

configuração da doença, até então relacionada a grupos específicos, agora extensivos às mulheres e bebês de mães soropositivas.

Portanto, a feminização exige importantes esforços que reduzam a vulnerabilidade das mulheres, sobretudo trajetória da epidemia. Mas ao considerar estratégias que visem somente o controle da epidemia do HIV e aids, no contexto da reprodução, é quase que enfatizar uma preocupação destinada, no caso, ao componente biológico do feminino. Esta questão, na trajetória da epidemia tem sido repensada na elaboração de novas estratégias de prevenção que visem outros componentes da vida e da sexualidade que não estejam somente relacionados à reprodução, no caso das mulheres. Portanto, a feminização do HIV, chama-nos a atenção sobre as questões de gênero.

Poderíamos afirmar que neste sentido a transmissão do HIV e a preocupação somente com a transmissão vertical poderiam reforçar e delinear diferentes níveis de desigualdades e de discriminação no exercício da sexualidade feminina, e ainda um poder diferenciado entre homens e mulheres, o que poderia ampliar a vulnerabilidade das mulheres ao relegarmos a sua sexualidade, sobretudo, no cuidado da saúde reprodutiva.

Ao pensarmos a sexualidade feminina no contexto da reprodução poderíamos desencadear certo desvalor da sexualidade como forma de prazer, no universo feminino. Pontuamos também que não podemos deixar de considerar que a construção da sexualidade feminina no sistema sexo/gênero, é em grande parte, exercida em função do amor/ paixão, das relações afetivas, numa perspectiva da satisfação das necessidades do outro, muitas vezes, podendo determinar a não percepção da importância de medidas preventivas, no caso da transmissão do HIV (Villela, 1996).

No campo da discussão de outras formas de discriminação, em graus diferentes, mas sempre presente na vida das mulheres, poderíamos afirmar que a feminização do HIV/Aids explicita diversas circunstâncias e ações comuns às mulheres. Dentre estas a questão da sua identidade para estabelecer um elenco de atribuições de gênero que muitas vezes são recorrentes nas histórias das mulheres, por exemplo, as relacionadas às

violências, discriminações de raça/etnia, profissão/trabalho, vivência da sexualidade, entre outras.

Sabe-se que em diversos estudos, pelos boletins epidemiológicos e pela experiência no atendimento em aconselhamento sorológico nos serviços especializados em DST/Aids da cidade de São Paulo, que há um grande aumento da aids em mulheres que possuem relacionamentos estáveis, o que demonstrou ao longo dos anos a falsa idéia de que as mulheres casadas ou em relacionamentos fixos, heterossexuais e fiéis estariam protegidas do contágio do HIV (Soares, 1999).

Com o crescimento das taxas de infecção, apontando o aumento da transmissão entre heterossexuais e entre as mulheres, não só questões de gênero passam a ser relevantes para a compreensão do padrão epidêmico, como surge o conceito de vulnerabilidade enquanto categoria que pode orientar melhor os caminhos da epidemia, considerando ampliação das possibilidades para se contrair o HIV, até mesmo mais do que o termo “risco epidemiológico”. Na conjugação dessas perspectivas, para as mulheres e determinados segmentos de homens vistos pelo simbólico hegemônico de masculinidade como ‘mais femininos’, é possível se considerar a subordinação de gênero como a particular vulnerabilidade desses agrupamentos populacionais. A questão aqui está referida às relações de poder e dominação, evidenciando ‘gênero’ como um construto de práticas que podem vulnerabilizar homens e mulheres⁴.

Deve-se lembrar, ainda, que a própria Organização Mundial da Saúde, entre outros estudos no campo da Saúde, recentemente postulou a violência de gênero enquanto situação determinante da epidemia entre as mulheres (Krug et al, 2002). Mesmo sem pensarmos as relações como violentas, a infecção pode ocorrer devido à subordinação da mulher nas relações sexuais conjugais por referência aos desejos e disposições masculinas, como por exemplo, a do sexo obrigatório, mesmo indesejado

⁴ Um olhar de gênero permite ver que feminino e masculino não estão presos a corpos de mulheres e homens respectivamente, pois tanto as pessoas como certas esferas da vida podem ser feminilizadas ou masculinizadas.

pela mulher, e sem preservativo, ou sexo inseguro do ponto de vista da epidemia, pois que são relações baseadas no poder de um sobre o outro. Como já mencionado, o parceiro sexual pode constituir-se em principal fonte da infecção do HIV pelas mulheres. As argumentações em torno dos papéis tradicionais nas relações de gênero são as do “dever de esposa”, situação em que não caberia a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, o que justificaria o não uso de métodos preventivos com seus parceiros, como também a investigação tardia de exames sorológicos. Esta concepção tradicional ressalte-se, é compartilhada pelos profissionais de saúde, os quais também têm dificuldades em considerar a necessidade de investigação sorológica no caso, por exemplo, de mulheres casadas ou mais idosas.

Portanto, pode-se afirmar que a questão do poder está intimamente relacionada nas reflexões sobre gênero. Ele está configurado nas diversas relações da vida em sociedade e fortemente destacado nas relações que estruturam a vida de homens e de mulheres. Portanto, a hierarquia é elemento central no conceito de gênero, segundo Heilborn (1999).

Com esta noção há sempre um binômio baseado numa hierarquia – masculino/dominação e feminino/submissão, atividade/passividade, mulher/frágil ou homem/forte, principalmente na cultura brasileira. Ainda que em diferentes contextos sociais, culturais e circunstanciais as mulheres possam ser tão opressoras quanto os homens, e haja diferenças entre elas.

Neste sentido, parece-nos que a sociedade apresenta estas dualidades e que estão presentes na vida dos indivíduos, rígida e inconciliáveis. Há uma espécie de “padrão” ou uma ideologia para a feminilidade e para a masculinidade, dos quais são opostos entre si e suas conseqüências, muitas vezes, refletem em importantes situações de sofrimento e de desigualdades. No caso da feminização do HIV/aids o tema central é a questão de gênero na dimensão de várias desigualdades, seja nos macro ou micro sistemas, compreendendo a família, o político, cultural, sócio-econômico, os dos direitos fundamentais – todos estão em relações de poder. Em muitos casos as próprias mulheres não se vêem como sujeitos de

direito, não percebendo as desigualdades em que vivem e as vulnerabilidades em que estão inseridas.

Debert (2008) refere que nas relações familiares, as concepções sobre a sexualidade, condutas de comportamento, educação são revestidas de vários núcleos que dão diferentes significados. Pontua também, que diferentes categorias de poder como as relacionadas a geração, raça e classe social exercem função hierárquica que constituem posições de desigualdade e que podem compor em relações violentas.

Tais categorias também estão referidas nos estudos sobre a violência doméstica, onde no “descumprimento” dos padrões das identidades de gênero se enquadrariam justificativas para comportamentos violentos e para os conflitos familiares (Schraiber, 2005).

Examinando o conceito da vulnerabilidade, deve-se observar sua origem nos anos 1990 conexa às discussões acerca dos direitos humanos, o que foi explorado no campo da saúde por Jonathan Mann e colaboradores, por ocasião dos primeiros estudos sobre aids no mundo (Mann, 1992). A noção de vulnerabilidade passa a valorizar e lidar com o contexto social e cultural em que se inserem os casos de HIV e aids de modo diverso que a noção probabilística do risco voltada, sobretudo, para o comportamento individual. Ampliado por Ayres (2003), no Brasil, o conceito de vulnerabilidade foi desdobrado em três situações concretas e particulares: individual, programática e social. Situam-se, nestes desdobramentos, as possibilidades de infecção e adoecimento como devidas às desigualdades sociais, iniquidades em saúde, inclusive de acesso a serviços e a práticas de prevenção, e a situações familiares e individuais de violação de direitos e de carências ou ausência de apoios para os comportamentos individuais, ampliando e complexificando as dimensões da vida de relações a serem consideradas na epidemia (Ayres et al, 1998).

Diante dessas delimitações da vulnerabilidade, no caso das mulheres vivendo com HIV/AIDS, as relações de gênero surgem como uma importante categoria articulada às vulnerabilidades individual, programática e social, o que se expressa na subordinação das mulheres ao sexo inseguro, às

relações sexuais forçadas, a um modo de uso dos serviços em que essa subordinação e o comportamento de risco feminino não encontram nenhum apoio contra-cultural e valorização dos direitos das mulheres, e, por fim, se expressa individualmente na maior exposição à infecção e em diminuição do cuidado de si mesma. Essa última condição, como se discutirá, é perpassada também por outras questões relacionadas às relações tradicionais de gênero e que dizem respeito aos contextos de violência, às concepções amorosas, de conjugalidade e de família culturalmente construídos.

1.2.1 Violência e feminização da epidemia do HIV/Aids

No contexto das mulheres vivendo com HIV/Aids, em acompanhamento nos serviços especializados, percebe-se que em diversos momentos há relatos ou indícios de possível comportamento violento por parte de seus parceiros, embora isso muitas vezes se traduza em questões de ordem emocional, como tristeza, depressão e, ainda, em questões relacionadas a dificuldades na adesão ao tratamento. Dentre as preocupações dessas mulheres e a soropositividade para o HIV destacamos as questões que envolvem ou desencadeiam processos violentos, como: à revelação de seus diagnósticos para seus parceiros, sobretudo no caso destes não serem portadores do HIV; o modo como se infectaram, no caso pelas relações extra-conjugais de seus parceiros; as dificuldades no uso dos preservativos e a falta de projetos de vida por considerarem portadoras de doença estigmatizante e incurável.

De outro lado, a manutenção de situações violentas e as dificuldades em lidar com tais preocupações, durante o processo de tratamento, podem contribuir com adoecimentos e a falta do cuidado de si.

Portanto ao se desencadearem episódios de violência por parte dos parceiros, isto pode colocar as mulheres cada vez mais em situações de risco no cuidado à sua saúde ou reforçar a desigualdade de gênero em suas relações. Schraiber (2005) destaca que a baixa auto estima derivada das

situações de violência, que leva a modos de relação com a saúde e o uso de serviços que resultam em negligência de cuidados de si própria ou de outros, tais como na entrada tardia para a atenção pré-natal ou a manutenção dos cuidados preventivos relativamente às suas crianças. E isso pode influir também na adesão ao tratamento ou acompanhamento de sua infecção por HIV.

Nas últimas décadas no Brasil os estudos sobre violência ganharam corpo dentre as produções acadêmicas, trazendo às discussões um recorte sobre as manifestações contra as mulheres, idosos, crianças, a família, mídia, escola, enfim, múltiplos segmentos da sociedade contribuindo com perspectivas metodológicas de diferentes ordens.

Em estudo sobre as produções científicas que envolvem o tema da violência contra a mulher por parceiro íntimo, realizado por Frank et al (2010) compreendendo o período de 2003 a 2007, informa que dos 176 artigos analisados cerca de 69% foram publicados no período de 2003 a 2006, sendo que a maioria dos autores eram mulheres e com publicações predominantemente na língua inglesa, sobretudo nos Estados Unidos e em revistas das ciências médicas (Tabela 1).

O referido estudo foi trabalhado sobre artigos de 52 países e a abordagem metodológica quantitativa foi a de maior frequência cerca de 87% (152) e 8,0% (14) a qualitativa (Frank, 2010).

Dentre os estudos realizados por Frank, os locais mais utilizados para a produção dos dados foram os serviços de saúde, seguidos pelos serviços de apoio.

O mesmo estudo revelou que o tema sobre violência contra mulher tem sido recorrente em diversos países, entre mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, que mantém relações de conjugalidade, sendo que os parceiros atuais são os identificados como principais agressores.

Tabela 1 – Número de artigos originais sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo segundo ano de publicação, sexo dos autores e idioma de publicação, 2003 a 2007 (Frank et al, 2010)

Variável	No.	%
Ano de Publicação		
2003	26	14,8
2004	30	17,0
2005	46	26,1
2006	39	22,2
2007	35	19,9
Total	176	100,0
Sexo dos autores		
Feminino	347	57,7
Masculino	141	23,5
Ignorado	113	18,8
Total	601	100,0
Idioma de Publicação		
Inglês	149	84,7
Português	13	7,4
Espanhol	14	8,0
Total	176	100,0

Pode-se dizer que o tema da violência transita por diversas linhas de pensamento, no entanto para a elaboração do presente estudo optamos por discorrer algumas destas perspectivas, tanto no campo das ciências sociais e em especial da saúde. Trataremos da violência contra a mulher, que passou a ser acolhida e considerada na década de 1980 pelo campo da justiça e em 1990 pelo campo da saúde. Embora como referem Schraiber e d'Oliveira (1999, p. 2), ambos considerados “*rotas imperfeitas*” (ao que se

consideram estudos pouco visíveis e fidedignos ao complexo em que a violência está inserida).

Estudos sobre violência contra as mulheres e violência de gênero, no Brasil, começaram a ser explorados na década de 1980 em decorrência de importantes mudanças sociais e políticas no país, e surgem no campo da saúde apenas posteriormente, conforme Schraiber et al (2005). Tais estudos são desenvolvidos a partir do desenvolvimento dos movimentos feministas e dos processos de redemocratização, que destacavam necessidade de intervenções nos campos das ciências sociais, da psicologia e do jurídico. Essa tomada de posição no campo jurídico, sobretudo, vai construindo a violência contra as mulheres, seja a conjugal ou não, como violação de direitos e, na década de 1980, surgem as delegacias especiais com o objetivo de trabalhar exclusivamente as violências praticadas contra as mulheres e, assim, prestar atendimento qualificado a esta questão.

Schraiber et al (2005) ainda destacam que, na década de 1960, no campo da saúde, as primeiras publicações sobre violência estavam relacionadas ao que se denominou violência intrafamiliar. Nelas destacavam-se as agressões sofridas por jovens e crianças, onde as mães também eram consideradas as principais agressoras, sem levar em conta os conflitos familiares baseados nas relações de gênero. No cenário internacional do movimento feminista de 1970, criou-se a terminologia “violência contra a mulher”, trazendo questões sobre a violência não só as relacionadas ao ambiente familiar, mas também as de outras natureza como os estupros, assédios, prostituição forçada, tráfico de mulheres e outras. No início dos anos 1980, a violência passa a ser percebida em diversos contextos sociais em que as mulheres estão inseridas, inclusive os familiares, passando a ser preocupação do campo da saúde. Surge a denominação “violência doméstica”, enfatizando que as situações violentas vividas pelas mulheres, também eram praticadas no ambiente doméstico, do lar. Será somente em 1990, que a denominação “violência de gênero” aparecerá com maior força e o conceito de gênero será a referência para se abordar a dinâmica familiar cristalizada em conflitos no âmbito doméstico.

Embora violência de gênero esteja mais comumente relacionada às violências contra as mulheres e, assim, constitua denominação mais freqüente nos estudos com mulheres, na atualidade o conceito de gênero já é referido, também, nas abordagens em relação aos estudos sobre homens, como nos estudos de Souza (2005); Gomes (2008); Schraiber, Gomes, Couto (2005); Schraiber e Couto (2005).

Nesta perspectiva, com a heterossexualização da aids nos anos de 1990 é reconhecida a necessidade de incorporar políticas e ações em saúde que reconheçam que as questões de gênero também devam ser consideradas em estudos sobre homens. O referencial de gênero tem se ampliado no universo de pesquisas e estudos sobre masculinidade, contemplando diversos temas e de diferentes naturezas. Neste sentido, as discussões permeiam diferentes necessidades, posições e práticas dos homens na estrutura de gênero (Connel, 1995a;1997; Figueredo, 2008).

Ao tomarmos a violência de gênero contra as mulheres, observamos que, embora considerada no senso comum, ainda é algo relacionado à intimidade e, portanto difícil de lidar. Tal questão refere-se às bases culturais em que estão compreendidas a submissão das mulheres em relação aos homens, negligenciando o reconhecimento da violência por parte da sociedade e até mesmo do setor de saúde. Se relacionada às relações afetivas, a invisibilidade é potencializada, pois estas são consideradas de cunho estritamente individual e íntimo.

No contexto do HIV/Aids a UNAIDS em seus relatórios refere 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. Um de seus relatórios, 2006, revela que uma em cada três mulheres no mundo já foi espancada, forçada ao sexo ou abuso, e geralmente por algum conhecido.

Isto se confirma em estudos sobre violência por parceiros íntimos como os de Schraiber et al (2007); Schraiber, Barros, Castilho (2010b); Que revelam a freqüência de casos de mulheres que comparecem aos serviços

de saúde por estarem vivendo ou por ter vivido situações de violência por parte dos parceiros íntimos.

A UNAIDS também reforça a necessidade de intervenções nos serviços de saúde, com abordagens qualificadas para o cuidado de tão importante questão de saúde pública. No entanto, há dificuldades em reconhecer situações de violência nos serviços de saúde. Isto se deve à tendência dos profissionais em considerar que se trata de questões relacionadas à justiça e que pouco podem contribuir para o evento. Neste sentido, a violência cometida por parceiro íntimo é considerada um problema privado em que os profissionais de saúde não se sentem preparados a atuar, e os serviços pouco estruturados para a condução de queixas que não possam ser referidas em um modelo medicalizado.

Já a violência sexual perpetrada por estranhos é melhor reconhecida, pelos profissionais de saúde, por trazer necessidades de intervenções padronizadas em protocolos medicamentosos, principalmente pela profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis e a aids. No caso da violência doméstica, às vezes, a atuação se reporta ao tratamento medicamentoso baseado na idéia de um sofrimento mental.

Schraiber e d'Oliveira (2008) argumentam que a invisibilidade da violência, no campo da saúde, ocorre pela “recusa tecnológica”, isto é, quando os profissionais evitam abordar essa situação em sua atuação assistencial por considerarem que não existem tecnologias competentes que possam ser trabalhadas no âmbito dos serviços de saúde.

Apesar disto, os serviços de saúde, em especial os da atenção primária, são os primeiros locais de assistência em saúde que as mulheres procuram quando vivem situações de violência, principalmente por parceiro íntimo. Tal ocorrência está relacionada, geralmente, a necessidade de cuidados provocados pela violência sofrida e por ser este um espaço culturalmente destinado ao atendimento das mulheres (Schraiber e d'Oliveira, 1999).

Um estudo realizado nos Municípios da cidade de São Paulo revelou que mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo tendem a freqüentar

mais vezes os serviços de saúde, principalmente quando há gravidade e repetição do evento, o que reitera estudos internacionais para a prevalência de diferentes tipos de violência entre mulheres usuárias dos serviços de atenção primária (Schraiber, Barros, Castilho, 2010a).

A violência contra as mulheres já faz parte dos repertórios de necessidades para o cuidado em saúde. No âmbito das práticas em saúde há de se considerar as especificidades das violências e traçar caminhos para romper sua trajetória e quebrar o silêncio.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as violências são caracterizadas pelo

uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação” (Organização Mundial da Saúde, 2002, p. 5).

Ela pode ser classificada, segundo a OMS, em três categorias:

1. violência dirigida contra si mesmo (auto-infligida);
2. violência interpessoal (classificadas em dois âmbitos: violência intrafamiliar ou doméstica – entre parceiros íntimos ou membros da família e violência comunitária – que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos);
3. violência coletiva (atos violentos que acontecem nos âmbitos macro-sociais, políticos e econômicos, caracterizados pela dominação de grupos e do Estado). Aos atos violentos são considerados os de: abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência e privação de cuidados (Conass, 2008).

A portaria MS/GM no. 737 de 16/05/2001 – “Política Nacional de redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”, introduziu um conceito tão semelhante quanto o da Organização Mundial da Saúde, e

assim relata: “consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (Brasil, 2001, p. 7).

Desta forma evidencia-se, nas duas referências, o caráter intencional das violências. Minayo (1998) em seus estudos chama atenção que tais definições não compreenderiam o caráter não intencional das violências.

Deste modo podemos afirmar que são inúmeras as manifestações de violência que atingem as pessoas. No entanto, dentre as populações mais atingidas pelos diversos tipos de violência, ao longo da história da humanidade, tem sido as mulheres e alguns grupos considerados desfavorecidos ou mais vulneráveis.

Tal como já apontado, no caso das mulheres, a maior vulnerabilidade é dada principalmente pela construção social do papel e atribuições femininas e a identidade social de subordinação e obediência ao homem. Sendo assim, historicamente, os papéis atribuídos aos homens sempre reforçaram a superioridade como principal característica do masculino. Ao longo de muitas décadas as mulheres foram consideradas como incapazes de exercer atos de cidadania e de participar da vida política pela inexpressividade de sua condição.

Apesar do século XX incorporar os direitos humanos nas diferentes esferas da sociedade, que incluem os direitos das mulheres, a questão da violência de gênero ainda é atribuída a valores, hábitos e costumes que justificam as atitudes dos homens como algo “natural”, que faz parte dos atributos da masculinidade (Schraiber et al, 2005).

Apesar da criação de leis e demais documentações jurídicas, principalmente a partir dos anos de 1970, os dados sobre a violência contra as mulheres e as consequências dos agravos a sua saúde tem sido objeto de estudos e de políticas públicas devido à prevalência dos casos.

O Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a mulher (UNIFEM)⁵, 2009, informa que no mundo a violência tem afetado uma em

⁵ O Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) foi criado em 1976 como resposta às demandas das organizações de mulheres presentes na Primeira Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, que se realizou na Cidade do

cada três mulheres e meninas. Refere que a maioria dos assassinatos contra as mulheres foi cometido pelos ex ou parceiros atuais, tanto maridos como namorados (OMS, 2005). A OMS (2005) informa que em alguns países 69% das mulheres declararam que já haviam sofrido agressões físicas e que até 47% tiveram, na primeira vez, relações forçadas. O Instituto de pesquisa de Madrid, 2000, em pesquisa realizada, refere que de uma amostra de 20 mil mulheres na Espanha, cerca de 12,4% afirmou se encontrar em situação de violência. Na França, em pesquisa semelhante, 10% das mulheres entrevistadas encontram-se na mesma situação.

Segato (2003), em seu estudo menciona que nos Estados Unidos da América (EUA) aproximadamente 30% das mulheres sofreram ou sofrem algum tipo de violência, assim como no Reino Unido, 41%, e na Irlanda cerca de 40%. Esta mesma autora informa que na China quase metade dos homicídios contra as mulheres foram praticados pelos companheiros, maridos ou namorados. A China Law Society, uma associação que promove os direitos humanos e que tem como objetivo desenvolver esforços para garantir o acesso de todos os cidadãos a justiça, em seu relatório publicou que a violência doméstica acontece em um terço dos 270 milhões de lares chineses.

O escritório de Registros Criminais do Ministério do Interior, citado por Segato (2003), informa que na Índia os crimes contra as mulheres são os relacionados à violência doméstica chegando a 37% dos casos.

Sabe-se que a violência doméstica, muitas vezes, é perpetrada pelo parceiro íntimo e as manifestações estão relacionadas ao estupro, assassinatos, abuso de meninas, mutilação genital, entre outros. Portanto, a violência contra a mulher é recorrente em diferentes países do mundo e conseqüentemente traz impactos para a saúde e para os processos de

México, em 1975. No Brasil desde 1992, o Escritório Regional do UNIFEM para Países do Cone Sul trabalha para promover a igualdade de gênero e os direitos humanos das mulheres na Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai.

adoecimentos, tornando necessárias intervenções que contribuam para a eliminação de tal evento.

A Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) informa que em 2009 houve um aumento de 49% de registros na “central de atendimento à mulher – disque 180”⁶, em relação ao ano de 2008. Foram registrados 401.729 atendimentos, de janeiro a dezembro de 2009, contra 269.977 do ano de 2008. Em seu relatório a SPM informa que destes atendimentos 171.178 das solicitações eram em relação à necessidade de informações sobre a Lei Maria da Penha⁷, o que corresponde a 47% a mais dos atendimentos sobre este tema no ano de 2008. A SPM registra ainda, que em 40.857 relatos de violência estão referidos como agressores os próprios parceiros. Do total destes números, 22.001 foram relacionados a violência física; 13.547 a violência psicológica; 3.595 de violência moral; 817 de violência patrimonial; 576 de violência sexual; 120 de cárcere privado; 34 de tráfico de mulheres; 8 de negligência e 154 outros tipos de violência. Destaca-se, também, que 70% das mulheres que utilizaram os registros sobre as violências vividas, através do ligue 180, referiram que a violência as atingem diariamente (SPM, 2010)

Portanto estes números indicam que as violências contra as mulheres são recorrentes em nosso país e que políticas de saúde que favoreçam a quebra do silêncio são fundamentais para dar visibilidade ao problema.

Nestes últimos anos, a implementação de políticas para a eliminação das violências contra as mulheres tem sido importante estratégia para a visibilidade destes eventos, no entanto ainda são necessárias melhorias tecnológicas, qualificação dos atendimentos, ampliação de redes sociais e

⁶ Criada em 2005 pela SPM e parceiros, a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 é um serviço de utilidade pública que presta informações e orientações sobre onde as mulheres podem recorrer caso sofram algum tipo de violência. O atendimento funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

⁷ Conhecida como Lei Maria da Penha a lei número 11.340 foi decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo presidente do Brasil Luiz Inácio Lula da Silva em 7 de agosto de 2006. Dentre as várias mudanças promovidas pela lei está o aumento no rigor das punições das agressões contra a mulher quando ocorridas no âmbito doméstico ou familiar. A lei entrou em vigor no dia 22 de setembro de 2006.

parcerias com os diferentes órgãos que atendam as mulheres atingidas pela violência.

Não há dúvida que a violência acarreta vários tipos de adoecimentos, entre eles destacamos a vulnerabilidade ao HIV e aids. Nesta vinculação entre violência e a infecção pelo HIV/Aids, estudo multicêntrico, de 2010, realizado em quatro países do MERCOSUL – Argentina, Brasil, Chile e Uruguai, aponta informações sobre a interseção destes dois problemas de saúde pública. Uma delas fala das dificuldades em relação aos dados sobre violência contra as mulheres, nos quatro países. A falta de acesso, dados incompletos, as dificuldades quantitativas como qualitativas, são obstáculos que impedem a dimensão do fenômeno. O estudo informa que apesar dos avanços legislativos de políticas públicas em relação à violência de gênero contra a mulher, nos quatro países, ainda persistem alguns enfoques políticos e técnicos baseados em abordagens patriarcais, evidenciando a orientação masculina da organização das sociedades.

Quanto aos aspectos relacionados ao HIV/Aids, refere que os quatro países possuem políticas e programas para o atendimento da patologia, no entanto, evidencia que os países não consideram as outras especificidades e necessidades das mulheres que não estejam relacionadas a prevenção da transmissão vertical do HIV. A única exceção é o Brasil, e o estudo pontua a criação do Plano de enfrentamento da feminização do HIV/Aids, de 2007, que estabeleceu estratégias para conter a disseminação do vírus, e inclui a implantação de políticas relacionadas à prevenção, promoção e atenção integral a saúde da mulher, considerando também os aspectos da violência.

Neste sentido, o estudo indica que o Brasil tem trabalhado para o enfrentamento da violência e do HIV, quando a estrutura de seus programas inclui a atenção integral à saúde da mulher, articulada com os diversos conselhos de saúde e de direitos humanos. Porém a lentidão destas iniciativas e a falta de abrangência destes programas, sobretudo os da violência, tem contribuído para a prevalência dos casos.

A pesquisa com os países do MERCOSUL afirma que 78% das 339 mulheres vivendo com HIV/Aids informaram que sofreram algum tipo de

violência na vida. A história de abuso sexual e a violência de gênero caracterizaram situações de maior vulnerabilidade ao HIV.

Dos tipos de violência, a psicológica foi citada por cerca de 70% destas mulheres. Entre as manifestações estão referidas a humilhação, insultos, piadas e desprezo. Quanto à violência física, 55,6% sofreram empurrões, tapas, socos com punhos e objetos, chutes, queimaduras e enforcamento, por parte de pais, padrasto e cônjuges. O estudo também revelou que 60% das entrevistadas referiram que suas mães sofreram violências pelos companheiros e que elas também sofriam ataques destes homens.

Como já mencionado, o estudo reforça que as violências sofridas pelas mulheres as tornam mais vulneráveis à infecção, principalmente, pela baixa autoestima, perda de autonomia e dificuldades em negociar o uso de preservativos. Neste sentido, o estudo exemplifica que das entrevistadas 36% assumiram ter sofrido violência sexual, quase sempre pelos parceiros íntimos e que 32,8% sofreram abuso sexual na infância e na adolescência.

Na violência sexual, a relação forçada aumenta a possibilidade de traumas e lacerações vaginais, contribuindo com a suscetibilidade à infecção pelo HIV e das outras DST. Este tipo de violência também produz seqüelas físicas e psicológicas. O Ministério da Saúde, em norma técnica para tratamento de agravos a saúde em decorrência da violência sexual, 1998, cita que pessoas que sofreram violência sexual ficam mais vulneráveis não só as doenças sexualmente transmissíveis, mas a outras de natureza ginecológica, à prostituição, uso de drogas, distúrbios sexuais, depressão e suicídio.

Diante deste panorama podemos afirmar que violência e aids são questões que na sua vinculação demandam necessidades de políticas articuladas de prevenção e atenção destes graves problemas de saúde pública, especialmente a partir de uma perspectiva de gênero.

Portanto, no processo de feminização poderíamos afirmar que uma particular vulnerabilidade das mulheres decorre de suas sujeições de gênero nas relações conjugais (Saldanha, 2003), entre elas as explícitas situações

de agressões físicas e abusos sexuais (Barros, Schraiber e França-Junior, 2011). Nos avanços da epidemia da aids entre mulheres, observamos que as relações tradicionais de gênero compõem importantes dificuldades para o controle da epidemia.

Assim pensar a infecção do HIV/Aids na perspectiva das vulnerabilidades requer considerar os indivíduos em suas dimensões político-sociais, entendendo a complexidade da questão. Neste sentido destacamos as relações afetivas e a violência como esferas de condutas que são vivenciadas desigualmente entre homens e mulheres. Nestas condutas fugir aos ditos “padrões aceitáveis”, pela sociedade, pode significar a perda da identidade. No caso da epidemia do HIV as dificuldades em negociação de medidas preventivas, a idéia do amor romântico e a violência como um evento “natural” do comportamento masculino podem ampliar as necessidades de se considerar os estudos de gênero.

1.3 Concepções amorosas, conjugais e familiares

Na construção social dos papéis (normativos) de homens e mulheres, o lugar simbólico da família e parcerias amorosas organiza crenças e códigos de valores que podem favorecer os riscos das mulheres e produzir impactos para o avanço da epidemia da aids. Um desses códigos diz respeito à aceitação de uma dupla moral sexual, a do comportamento de homens e a do comportamento de mulheres e que, no caso das mulheres, pode torná-las mais vulneráveis ao HIV, por dificultar tanto o reconhecimento de que sejam vulneráveis, quanto nas decisões e no exercício de comportamentos sexuais mais seguros (Bastos, 2000).

Diante disto o tema da sexualidade ganha destaque no campo da saúde pública por ser a via mais importante da infecção, na atualidade. Neste sentido, a prevenção com o uso de preservativos também nunca foi tão discutida. No entanto, é delicada a relação entre aids e sexualidade, pois

implica em explicitar fatos da intimidade, do considerado proibido, do escondido e da moral - “Há coisas que se faz, mas não se diz”.

Dentre os diversos autores que estudam a sexualidade no âmbito das sociedades, destacamos Michel Foucault, (1985, 1998) como importante pensador que proporcionou análises sobre as questões relacionadas ao corpo, à sexualidade, à medicina e às tecnologias do poder. Suas teorias, apesar das críticas feministas quanto à omissão dos aspectos de gênero em suas análises, possibilitaram amplo debate com os estudos feministas, contribuindo para as pesquisas sobre a saúde das mulheres, principalmente, ao evidenciar o corpo como lugar de poder e de dominação.

Foucault e as teorias do feminismo convergem quanto às discussões sobre a ética, a liberdade, o poder e a teoria universalizante dos sujeitos. As divergências estão tanto na omissão dos aspectos sobre o gênero, como já mencionado, como na construção histórica da sexualidade e da subjetividade, dando ênfase ao masculino como formas generalizantes de práticas eróticas, negando a erótica feminina.

Na história do feminismo como na trajetória da epidemia da aids, ao fazermos um paralelo, poderíamos afirmar que ambas são marcadas por importantes mudanças nas diferentes relações sociais, no campo da saúde e nas especificidades das relações entre homens e mulheres, e que, até o momento, na história da epidemia, pouco se destacou essa perspectiva de gênero, que nos permite desconstruir a identidade tradicional de feminino e buscar, inclusive na esfera da sexualidade, conhecer questões particulares às mulheres e não tomar as questões já construídas nas aproximações dos homens como sendo igualmente questões das mulheres.

De outro lado, embora esteja em curso novos posicionamentos das mulheres, que buscam relações mais igualitárias com os homens e, nisso, buscam seu tratamento como sujeito diferente, mas de mesmo valor, há um outro elemento das relações entre homens e mulheres e que está muito ligado à esfera das relações de intimidade que se deve examinar melhor. Isto porque este elemento responde por valores e representações que parecem bastante sedimentados e que sustentam importantes dificuldades e

questionamentos para o campo da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis: a vida amorosa, com grande conexão com a definição de família. Nesta perspectiva é que as definições de intimidade e seus padrões, considerados normativos na atualidade, diferem consideravelmente dos estabelecidos em gerações passadas. Pensar em intimidade é um exercício de enquadramento social e histórico tanto do ponto de vista do conceito como do seu significado (Neves, 2008).

Embora a intimidade seja reconhecida como um meio para atingir um fim, hoje teóricos concordam que a noção de intimidade, de vida íntima, é algo recente e, portanto multidimensional, não adstrito às motivações biológicas dos indivíduos, mas está imbuída de condicionantes histórico-culturais, podendo ser um aglutinador de elementos como o amor e o afeto, a valorização pessoal, o cuidado, a interdependência, a mutualidade, a confiança e o comprometimento (Neves, 2008).

Neste sentido a feminização da aids nos dá indícios de que as mulheres, muitas vezes, estão envolvidas nos aspectos românticos das relações e na idéia de que a fidelidade compõe importante medida de prevenção da aids. No entanto, a incidência de mulheres infectadas demonstra um perfil contrário a esta idéia, pois a maioria está em relações conjugais e a decisão de não usar o preservativo está, geralmente, relacionada ao parceiro não gostar, não se adaptar ou, também, pela idéia de fidelidade por parte da parceira.

Portanto, embora haja uma visível transformação da sociedade e da intimidade, no contexto específico da feminização da aids e numa perspectiva de estudos aprofundados sobre o tema das relações afetivas e amorosas, parece-nos que o amor é mantido como um ideal de felicidade e orientador de condutas e, no caso das mulheres, num agir moral. Destaca-se aqui que as mudanças não permeiam todas as classes sociais da mesma forma, ou todas as mulheres e em todos os lugares do mesmo modo, pois há nuances relacionadas ao maior capital cultural, escolaridade, trabalho, por exemplo.

Ocorre que na ordem social, cultural e moral em que está referida grande parte das mulheres, a conjugalidade e as relações amorosas, bem como o ideal de família, conformam um conjunto de questões bastante difíceis no que tange às práticas de prevenção, como já mencionado. Essas questões, e em especial as da intimidade, podem gerar ora dispositivos potencializadores do cuidado de si e dos outros, ora o oposto: o descrédito em projetos de vida e nos cuidados para realizá-lo.

[... à definição do conceito de intimidade é o fato dele ser não só uma experiência interpessoal, mas também uma experiência afetiva partilhada, manifestando-se ao longo de todo o ciclo de vida. Por ser uma variável multidimensional e por se instituir por via de dinâmicas relacionais, algumas propostas têm sido feitas no sentido de se considerar que o nível de intimidade que uma pessoa experimenta no interior das suas relações influi determinantemente no seu crescimento social, ajustamento pessoal e saúde física e, conseqüentemente, orienta o seu sucesso em termos de desenvolvimento, de solidificação de relações de amizade e de vinculação a relações amorosas satisfatórias ...](Neves, 2008).

Serão também nas relações amorosas e conseqüente ideal de conjugalidade que são tecidas pelas mulheres, certas justificativas para os infortúnios e as dores das violências vividas. O amor e a esperança de mudanças no comportamento violento do parceiro têm sido as principais respostas das mulheres em situação de violência para manterem seus relacionamentos (Schraiber e cols 2005).

O amor também surge como um argumento fundamental, mas ao mesmo tempo castrador da autonomia das mulheres e até uma espécie de troca, quando elas são as portadoras do HIV e seus parceiros, não. Outro aspecto a ser lembrado é que nas situações opostas, por exemplo, o amor torna-se uma espécie de obrigação da mulher, ao menos ela assim o identifica quanto a envolver-se no cuidado da saúde de seu parceiro.

Neste contexto, conforme Neves (2008), o amor pode ser entendido como um acontecimento multidimensional, diante de suas variedades de

significações históricas e culturais, e das suas variações em função do espaço e do tempo em que está situado, ou é mencionado. Nesse último sentido, isto é, como referência argumentativa das mulheres, o amor “[.. para além de ser um conceito multidimensional (...) é também um produto social e discursivo]” (Neves, p.83).

As concepções sobre o amor, sexualidade, intimidade e casamento ocupam proposições diferentes na temporalidade. A literatura fala que o amor e o casamento ganharam forma a partir do século XVIII, quando a sexualidade ganha papel importante dentro do casamento. A escolha pelas parcerias amorosas e pela paixão era vivenciada dentro das relações de adultério e a sexualidade conjugal vista como uma função especificamente para a reprodução e não para o prazer (Araujo, 2002).

Da antiguidade até a idade média, o casamento ficava sob a responsabilidade dos pais. O predomínio dos interesses familiares sobrepuja ao amor e ao prazer, onde o casamento era mais um negócio do que um relacionamento amoroso, onde as escolhas não eram consideradas e a sexualidade visava a reprodução (Araujo, 2002).

Outros estudos, como de Lévi-Strauss (1976), referem que o casamento, nesta época, se configurava como uma necessidade da divisão sexual do trabalho do que em bases afetivas.

Araujo (2002) refere em seu estudo que o casamento teve influência da igreja, porém até o século V esta prática era muito mais destinada a transferência de títulos, heranças e questões políticas. A intervenção da igreja inicia-se com a queda do império romano e abre caminho para instituir o casamento como o espaço legítimo da vivência da sexualidade, objetivando a procriação. Neste sentido a renúncia ao prazer e a valorização da virgindade e da castidade eram consideradas elementos fundamentais para a maioria das sociedades. No século XIII o casamento foi instituído como sacramento, monogâmico e indissolúvel. Portanto, a vida sexual, até o século XVIII, tanto das pessoas casadas ou solteiras era orientada pela moral cristã que restringia a procriação, a qualquer método contraceptivo e ao sexo fora do casamento.

Em relação ao amor-paixão, o casamento por amor surge na modernidade, com a ideologia burguesa, com ênfase no erotismo na relação conjugal. Portanto, o amor romântico se torna um ideal na conjugalidade e na esfera social.

Neste sentido as concepções sobre o amor e intimidade, de certo modo, designam como as sociedades e as culturas estão organizadas, comunicando como as relações entre os indivíduos são apropriadas e desejadas.

Vaitsman (1994) refere que a modernização, na segunda metade do século XIX, provocou importantes mudanças no modo de organização da vida social e também das relações familiares. O fato é que as mulheres figuravam como mães e esposas e muito menos nas atividades produtivas. Assim inicia-se a constituição familiar baseada em processos de livre escolha entre os cônjuges (ocorrendo uma reformulação dos papéis de homens e de mulheres) onde o amor e o sexo passam a ser integrados como elementos dentro do casamento.

A questão que se coloca é que, aparentemente, as mulheres tendem a se envolver mais nas relações amorosas, corroborando com a idéia do cuidado na preservação dos laços familiares e dos afetivos, da vivência da sexualidade integrada a estes, considerados como atributos femininos (Neves, 2008).

Costa (1998) ao discutir sobre a “gramática do amor romântico”, enfatiza que a prudência deve ser respeitada quando tentamos defini-lo, mas que de qualquer forma as escolhas investigativas nos levam a variedade de reflexões. Neste sentido, o autor parte da observação sobre a luz de Irving Singer, a respeito do amor no ocidente, categorizando-o em duas versões: a idealista e a realista.

Na versão idealista estão relacionados autores como Badinter (1996), Bauman (1993), Bloom (1993) e Paz (1994), que diferem em argumentos teóricos. Destacamos o amor ideal, por Badinter, como a própria experiência emocional, proteção contra a solidão, reciprocidade, igualdade entre os parceiros. As dificuldades amorosas estariam no que denominou “ética

analgésica” como inferência ao culto ao narcisismo, onde não cabe o sofrimento e tão pouco os entraves que possam colocar em risco a liberdade.

Neste sentido as frustrações amorosas dão destino às pessoas a se colocarem contra o amor e a paixão. Para esta autora a reflexão está no “mito da perfeição ontológica do amor”.

Bauman (1993), contrapondo a Badinter, considera que o amor é ambivalente e é inevitável o sofrimento. O amor é o que é, devendo ao escolhê-lo arcarmos com o ônus das relações. O idealismo do amor está no que concerne a sua obstinação, quase uma prova de força.

Nas teorias de Paz (1994) e de Bloom (1993) as discussões sobre as questões amorosas estão no campo da distinção entre sexualidade e erotismo. Para Bloom, sexo está relacionado à capacidade imaginativa – o erotismo - retirando-o unicamente do campo biológico. Refere que a cultura não contribuiu para os ideais de amor, quando converte o erotismo em sexualidade. Portanto, sem erotismo o amor deixa de ser amor. De acordo com Paz, citado por Costa (1998), “o amor é uma elaboração culturalmente determinada do exercício do erotismo” (p.144).

Paz em seu discurso poético sobre a dupla chama: amor e erotismo considera que o erotismo é o sexo em ação, porém a função sexual é posta em suspensão. Nos rituais eróticos o prazer é um fim em si mesmo. Invenção humana, ele é uma descarga do sexo. O homem, entre os demais animais da terra, é o único que não tem uma regulação automática e/ou fisiológica de sua sexualidade. Para este autor o erotismo é uma cerimônia representativa. Nele a sexualidade é transformada, torna-se metáfora passando a designar o além-realidade que a origina. Difere da mera sexualidade enquanto reprodução, na qual o prazer serve à procriação (Paz, 1994)

Outros autores como Hunt (1959) e Brain (1980) discutem sobre o amor numa versão considerada realista do tema. Em sua obra “A história natural do amor”, Hunt critica a visão romântica e idealista sobre o amor. Em suas colocações o amor é uma questão de oportunidade e de familiaridade e

que, portanto, o preceito de que “em algum lugar do mundo existirá a pessoa certa” não condiz com a praticidade da vida e que se trata de dramatizar as relações amorosas. Para este autor, citado por Costa (1998), a pessoa “certa” estaria em qualquer lugar, sobretudo na classe social e na cultura ao qual se pertence.

Hunt (1959) destaca outros preceitos de expressões como: o “amor é cego às imperfeições do outro”, “o amor tudo vence”, que segundo o autor, nem sempre são as escolhas idealizadas que irão sustentar as relações amorosas ou conjugais, mas que as decisões podem estar abarcadas por outras questões do campo da racionalidade como: companheirismo e outras necessidades. Assim como as diferenças culturais, econômicas e sociais podem ser motivos de desarranjos conjugais (Costa, 1998).

Por estas razões, Hunt, citado por Costa (1998) pontua que:

muitos estudiosos atacaram o amor romântico opondo-o ao amor conjugal ou ao companheirismo amoroso, como se se tratasse de um substituto contrário e desejável. Essa, entretanto, é uma atitude equivocada. O amor romântico não é apenas uma coleção de invencionices sentimentais; é uma mistura de ilusão e realidade, de ganhos e perdas, de avanços, paradas e recuos no campo das relações humanas (p. 150).

Portanto, para Hunt no amor existem duas faces: a idealizada e a real. Estas seriam partes integrantes das relações amorosas e a sua intersecção traria experiências vantajosas aos amantes.

Para Brain somente o ocidente conhece a “mistura” do que é feito o amor romântico. Considera que o amor romântico é uma ilusão, exigindo certos sacrifícios e experiências frustrantes quando não se conhece o “grande amor”. Acena que o amor romântico impede a vivência de outros afetos, principalmente, pelo ideal e imaginário de felicidade.

Na visão considerada realista o amor perde o caráter sagrado, passa a ser visto como um produto social e não um atributo universal.

As argumentações entre as versões idealista do amor e a realista se confrontam em buscar posicionamentos radicais para ora explicar ou ora

descrever sobre a natureza do amor, assumindo posturas do que o amor deveria ser ou do que o amor é.

Costa (1998, p. 162) refere que: “discutir sobre o amor é se situar na posição de quem pensa de modo axiológico”, sendo assim ao defini-lo estaremos descrevendo-o sobre um agir moral, em que as posições estão centradas no que achamos que é bom ou que é mau, se devemos ou não amar, como devemos experimentá-lo, ou que somente há uma única forma de entendê-lo.

Assim, na construção das relações afetivo-sexuais vários tipos de vínculos são articulados entre si, entre eles os de amor, desejo, prazer e fidelidade que recebem diferentes interpretações e desdobramentos. O primeiro desdobramento que se coloca é a cisão entre o que se denomina amor, desejo e prazer, mas não cabe a questão da fidelidade e neste caso, no domínio do gênero, os homens encontram certa “permissão social” para as relações sexuais fora do âmbito da conjugalidade (Madureira e Trentini, 2008)

Ao nos depararmos com esta cisão, podemos perceber uma aparente separação entre o que é do mundo dos afetos, como primazia das relações, e o que é o mundo das outras necessidades. Ao homem cabe certo cumprimento de um dever masculino que sempre deve ser reafirmado, muito embora seja imperativo que: o que é do mundo dos afetos não tenha conhecimento do outro mundo. Parece-nos que este é um pensamento hegemônico, especialmente na sociedade brasileira, não considerando as particularidades e as pluralidades das relações sexuais e amorosas de homens e de mulheres.

Portanto as normas das relações conjugais são diferentes para homens e mulheres, assim como o cuidado de si e do outro. Na perspectiva dos homens, de modo geral, o amor dedicado à mulher e à família bastam para a manutenção das relações conjugais em razão da natureza da mulher. O domínio das relações de casamento está, no caso dos homens, em controlar a infidelidade para que nada ameace a manutenção dos laços conjugais.

Uma segunda cisão diz respeito aos aspectos da vida conjugal. O homem revela certa insatisfação com o casamento e por isto busca satisfação sexual e prazer com outras pessoas na tentativa de suprir e cumprir um comportamento regulador da vida dos homens (a impulsividade sexual). As insatisfações da vida conjugal são justificadas pela falha no atendimento de suas necessidades por parte das mulheres, principalmente pelo cuidado e dedicação aos filhos, e por isso a busca por relações fora do casamento.

Se por um lado os homens enfrentam em sua construção de gênero o que Foucault (1998) denominou de intemperança – “escolha deliberada de maus princípios” – onde o significado está na não resistência em atitudes que permitam outros comportamentos, dado uma certa submissão à virilidade, que é considerada mais forte que si próprio, por outro o sentido de incontinência perpassa ao estado de não escolha, mas de se deixar levar por atitudes que não são compatíveis ao modelo de homem esperado pelo ideal de sociedade como: bom marido, bom pai, bom companheiro, parceiro sexual e chefe de família (Foucault, 1998).

O fato é que na articulação entre as ideologias do amor e o cuidado de si e da saúde, no caso das mulheres, a questão do amor romântico pode apontar a uma necessidade incondicional para com seus parceiros, suportando situações de violência, discriminação e desigualdades.

Para as feministas radicais o amor romântico é o responsável pelas mulheres acreditarem num ideal de felicidade que está, sobretudo, relacionado ao casamento, sendo este a principal causa da sujeição das mulheres aos parceiros. Já as feministas liberais referem que os romances condicionam as mulheres ao espaço doméstico, já que socialmente lhes atribuem a responsabilidade da família, impedindo a capacidade de competir no mercado de trabalho (Neves, 2008).

Outras concepções a respeito do amor e das relações de intimidade surgem na modernidade como pontuado por Giddens (1993). O autor sugere o “amor confluyente” em transição ao “amor romântico”, referindo que esta transformação surge em decorrência das exigências de homens e de

mulheres de partilharem relações mais igualitárias. O amor confluyente se dá pelas mudanças na família, nas relações de gênero, na vivência da sexualidade, contribuindo para novas estruturas nos papéis das mulheres e dos homens.

Se por um lado as relações de gênero constroem determinismos quanto aos comportamentos e expectativas no tocante às questões do amor e das relações de intimidade para homens e mulheres, as colocações apresentadas por Giddens sugerem certa possibilidade de democracia nas relações de intimidade permitindo maior liberdade, direitos e deveres (Neves, 2008).

Neste sentido estes valores responsabilizariam os indivíduos, no sistema família, a buscar pelo bem estar de si e do outro e consequentemente das relações afetivas, indicando avanços de um viver social mais justo e menos desigual, designando responsabilidades e expectativas de reciprocidade. No entanto, as noções sobre o amor ainda são balizadas pelas questões tradicionais de gênero e pelas práticas de poder, indicando posicionamentos desiguais entre homens e mulheres.

Nem pelas posições radicais da crítica feminista sobre o amor, ou pelas posições que o poder ocupa nas relações afetivo-sexuais, ou pelas estruturas de gênero, a questão que se coloca é que ainda é frágil afirmar que mesmo nos dias de hoje as relações amorosas estejam mediadas por escolhas baseadas em autonomia.

O fato é que no entrecruzamento das questões amorosas e do cuidado, as manifestações observadas no cotidiano dos serviços de saúde é que as relações amorosas não têm sido tão democráticas, principalmente quando se observam os problemas de saúde das mulheres como consequência de dificuldades nos relacionamentos, na auto-aniquilação de suas necessidades pessoais em detrimento do parceiro ou da família.

Assim, o amor pode caminhar para o cuidado ou o descuido de si e da saúde de mulheres vivendo com HIV e aids, que na obscuridade das relações amorosas, suas interpretações, a questão do poder, a sujeição de

situações violentas sustentam um conjunto de desigualdades que desfavorecem ou limitam perspectivas construtivas.

A desigualdade social tem sido associada por muitos/as investigadores/as a taxas elevadas de depressão nas mulheres salientando-se que o estatuto a que têm sido subordinadas (um estatuto de submissão e de ausência de poder) as coloca numa situação de grande vulnerabilidade emocional e física, propiciadora de graves conseqüências para a sua qualidade de vida (Neves, 2008, p.81).

1.4 O cuidado das mulheres vivendo com HIV/Aids

Como foi visto, sofrer violências produz impactos na saúde das mulheres, assim como a qualidade amorosa das relações poderá constituir substrato importante para o cuidado de si e da saúde de outros, ou o descuido de si e da saúde de outros, no sentido de que cuidado é parte da boa qualidade das relações intersubjetivas e não necessariamente reproduzindo as relações tradicionais de gênero.

A literatura refere que as violências estão conectadas com determinadas representações de relações amorosas. É de se indagar também se a maior vulnerabilidade das mulheres não estaria alocada apenas na experiência de violências, mas também nas concepções amorosas e relacionamentos decorrentes, o que pode representar um descaminho no cuidado de sua saúde. Destacamos, então, neste tópico os temas relacionados ao cuidado da saúde da mulher, as colocações sobre as diferentes dimensões das relações amorosas e a violência como vulnerabilidades aos adoecimentos e em especial ao HIV e aids.

Parece-nos que a temática das relações amorosas é enfatizada como algo importante na vida das pessoas, mas a ênfase no tema, muitas vezes, só é percebida quando estas são vistas como um problema. Assim, diversas dimensões da vida podem ser afetadas e justificadas pelo componente amoroso das relações e pelas concepções e representações adotadas de

amor pelos sujeitos em relação. O cuidado em saúde será uma dessas dimensões.

Em relação ao tema do Cuidado de si mesmo foi abordado de forma específica durante o curso ministrado no Collège de France nos anos de 1981 e 1982, e publicado no Brasil sob o nome de “A hermenêutica do sujeito” por Michel Foucault (2004). A expressão “cuidado de si mesmo” é usada pelo seu autor para referenciar e traduzir uma noção complexa e rica que os gregos utilizavam para designar uma série de atitudes ligadas ao cuidado de si mesmo, ao fato de ocupar-se e de preocupar - se consigo que é a de *epiméleia heautoû*. Uma das primeiras tarefas que ele aponta é a de separar esta noção de *epiméleia heautoû*, de uma outra noção importante do pensamento ocidental que é a de *gnôthi seautón* – conhece-te a ti mesmo. A *epiméleia heautoû* é, antes de tudo, uma atitude ligada ao exercício da política. Isto é, um certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com o outro; uma certa forma de olhar para si mesmo; de ações que são exercidas de si para consigo pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos e nos transformamos. Isto significa, por um lado, poder construir uma cultura de si que consiga testar a capacidade de um indivíduo se manter independente em relação ao mundo exterior e, por outro, um indivíduo poder ter um objetivo, ou seja, poder produzir uma certa transfiguração de si mesmo enquanto sujeitos de conhecimentos. A *epiméleia* implica em um labor (Foucault, 2004).

Portanto, na perspectiva de Foucault, cuidar e ser cuidado são questões que podem ser abordadas em duas perspectivas: a auto referida, enquanto a disposição e capacidade de um indivíduo particular de cuidar de si mesmo, sempre pensada da perspectiva de sujeito em interação com outros na vida social e a perspectiva referida às instituições de assistência e produção de cuidados, como nas questões que envolvem o acesso a serviços de saúde e a qualidade da atenção prestada (Deslandes, 2006).

A questão do cuidado que é auto referida tem sido, no caso da Saúde, bastante explorada nas noções de auto-cuidado e auto-controle ligadas às doenças crônicas, como, por exemplo, para os portadores de

hipertensão arterial e /ou diabetes. Na medida em que a infecção pelo HIV e a aids passam a se expressar como condição crônica, tal como após a introdução da terapia antiretroviral medicamentosa que controla a evolução da infecção para situações patológicas mais graves, assim como controlar as complicações da aids, também se estende a noção do auto-cuidado e auto-controle para os portadores de HIV/Aids. Apoiando-nos em Cyrino (2009) que estuda as questões mais recentes que envolvem as práticas de prevenção e controle de condições crônicas, usando os portadores de diabetes como caso exemplar, podemos observar que as duas noções implicam em tornar o portador da condição crônica como também um agente responsável pelo cuidado relativo ao seu adoecimento. O auto-cuidado está referido a um conjunto de ações terapêuticas, dietéticas, de atividades físicas, etc., realizadas pelo próprio portador de uma enfermidade para restaurar e promover sua saúde. O auto-controle será o monitoramento das condições de saúde que também é o portador da enfermidade crônica que realiza, cumprindo agendas de exames laboratoriais e atentando para sintomas ou sinais indicativos de agravamentos ou complicações de sua condição e buscando rapidamente a assistência.

Nesse sentido, dois grandes desafios são identificados para os serviços de saúde e seus profissionais: como articular o saber científico com suas recomendações de controle sobre a doença crônica, com o saber popular e as competências que os portadores dessas condições crônicas desenvolvem no lidar com sua condição (Cyrino, 2009); e como estimular que esses pacientes façam vínculos duradouros e produtivos com os serviços de saúde e seus profissionais, reconhecidos como 'adesão' ao tratamento, aos exames laboratoriais de controle e às demais medidas preventivas do desenvolvimento agravador da doença e das suas complicações.

Cabe observar que estes desafios representam principalmente a perspectiva de atuação dos próprios serviços de saúde, sendo relevante considerar a perspectiva do portador da condição crônica. Para aquele que sofre uma doença, será a partir das representações que ele estabelece

sobre o próprio sentido de sua experiência, que orientarão seus comportamentos (Adam e Herzlich, 2000). Porém, essas representações da experiência pessoal são também construídas no modo como as práticas de atenção e saber médico sobre as doenças são desenvolvidos. Na interação com os serviços, essas representações são continuamente refeitas com a experiência assistencial vivida pelo sujeito.

Já o cuidado como questão institucional, trabalhado por Ayres (2004), refere-se às discussões sobre a humanização das práticas profissionais e dos serviços contemporaneamente. Neste sentido, a idéia que se coloca está compreendida nos desafios conceituais sobre saúde, sobretudo sobre o cuidado. Nesta perspectiva, a idéia central se refere não só ao êxito técnico das ações de controle das doenças, mas aos projetos de felicidade dos sujeitos e ao sucesso prático como eixo para os processos de humanização enfatizando o técnico e o não técnico para o cuidado da saúde.

Vamos situar como e porque esse cuidado é representado e realizado de modo distinto para homens relativamente às mulheres, levando em conta as construções de gênero nas identidades de sujeitos sociais para homens e mulheres e o modo como isso repercute nas concepções de adoecimento e de cuidado à saúde, em termos da recuperação desta ou das práticas de prevenção e promoção.

Outra questão a ser acrescentada será a dos apoios familiares, e em especial do parceiro, no empoderamento das mulheres no seu cuidado em saúde. Será nessa dimensão do apoio que situaremos nossa questão quanto à base amorosa dos apoios.

No caso das mulheres, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi elaborado pelo Ministério da Saúde, para pautar a autonomia das pessoas e das famílias brasileiras em relação às questões reprodutivas e outras necessidades de saúde. Nele se incorpora a atenção à saúde da mulher, responsabiliza o estado brasileiro por ações prioritárias da população feminina, rompendo com um modelo centrado na atenção materno-infantil.

As diretrizes do PAISM seguem os princípios norteadores da reforma sanitária, incorporando a descentralização, hierarquização, regionalização e equidade na atenção à saúde das mulheres, como também as manifestações do movimento feminista que posicionavam as mulheres como sujeitos de direitos.

Neste sentido o movimento feminista se dividiu em seus posicionamentos quanto à implantação do PAISM. Um resistente por considerar um programa controlador, enfocando a oferta contraceptiva do Estado e outro favorável diante da possibilidade de garantia dos direitos reprodutivos, que parece ter sido o mais expressivo diante do movimento, por considerar a efetividade de políticas públicas destinadas às mulheres (d' Oliveira, 1999).

No potencial das formulações do PAISM, em bases filosóficas, também estavam incorporadas a idéia de relações mais simétricas entre profissionais e pacientes dando um salto qualitativo para a organização dos serviços de saúde, sustentado por condutas que promovessem autonomia, subsidiassem maior controle sobre a saúde, sobre o corpo e a vida das mulheres. O Programa também amplia o conceito de assistência, incorpora equipe de saúde, oferecendo o cuidado em todas as fases da vida, na área da ginecologia, da prevenção e tratamento de doenças.

Somado as suas formulações o PAISM apresenta-se como um modelo de saúde que enfatiza ações educativas, prioriza os cuidados básicos em saúde, além de discutir, no âmbito dos serviços de saúde, aspectos das relações de poder, de gênero, de classe e de etnia (d' Oliveira, 1999).

Portanto, o PAISM desde 1984 vem incorporando diversas ações do contexto da saúde das mulheres. As relacionadas ao planejamento familiar, as demandas provocadas pela feminização do HIV e aids, as da saúde mental, constituindo um modelo capaz de atender as demandas da atenção integral da vida e dos direitos das mulheres.

No entanto, os conteúdos preconizados nas ações programáticas do PAISM dizem respeito muito mais aos aspectos reprodutivo da vida das

mulheres, quando em seus núcleos estão compreendidos a assistência clínica ginecológica, ao pré-natal e ao parto e puerpério (d' Oliveira, 1999).

Não há dúvida que o PAISM em sua proposta considera a mulher como um corpo reprodutivo, mas busca ampliar a atenção à saúde das mulheres ao considerar ações destinadas a diferentes faixas etárias, não só as em idade fértil, a saúde sexual, possibilitando absorver a integralidade das necessidades em saúde para além do biológico.

No entanto, apesar das políticas governamentais estabelecerem diretrizes para a implantação e implementação de ações em saúde específicas às mulheres, parece que ainda apresentam dificuldades em relação ao acesso, qualidade da atenção e desarticulação entre atividades educativas e clínicas e na relação interpessoal entre profissionais de saúde e paciente. Tais questões estão amparadas a um ideal de mulher que sobrepõe à diversidade de tantos outros tipos de mulheres e de suas necessidades na vida.

A integralidade, no cuidado em saúde, é uma prerrogativa para a atenção às necessidades dos indivíduos tanto para ações da prevenção quanto da assistência em saúde. Assim, emerge a idéia de uma sociedade mais solidária e justa ao se basear no conjunto de valores dos sujeitos e das comunidades (Coelho, 2009).

Parece-nos que obstáculos epistemológicos de um sistema de saúde baseado num modelo teórico-conceitual da biomedicina influenciam na proposta da integralidade, principalmente quando deixam de considerar os diferentes contextos sociais, culturais, econômicos, políticos, além da multiplicidade de demandas das populações.

As práticas assistenciais no cotidiano da atenção à saúde deveriam oferecer respostas articuladas com a noção de integralidade e com as especificidades de grupos populacionais.

Neste sentido o conceito do cuidado em saúde, no âmbito das práticas dos serviços, vai além das atribuições e recursos tecnológicos destinados ao um bom êxito no tratamento, mas diz respeito às relações

estabelecidas na interação dos sujeitos envolvidos numa ação em saúde. De acordo com Ayres:

uma compreensão filosófica (sobre o cuidado) e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (2004,p.74).

Ao referirmos as mulheres e o cuidado em saúde, tanto histórica e culturalmente, sempre houve maior utilização feminina dos serviços de saúde de forma espontânea, já para os homens esta relação se orienta muito mais pelas questões do trabalho ou pelo seguro social (Aquino,1992). Outros estudos revelam que a presença dos homens nos serviços de saúde indica preocupações com os aspectos curativos, as de restauração da integridade corporal e sua funcionalidade (Couto et al, 2010).

Os modelos socializadores das mulheres são distintos dos homens. Neste sentido, as diferenças estão culturalmente e socialmente estruturadas, no caso das mulheres, pela diminuição de atividades físicas, limitações estereotipadas pelas representações sobre a sexualidade, a imagem fragilizada das mulheres pela primazia do afetivo, pelo cuidado ou dádiva aos outros. Tais processos sociais presentes ainda na cultura brasileira, apesar das mudanças, ainda implicam em comportamentos e atitudes nestes valores.

No caso brasileiro, estudos apontam que as mulheres têm vivido progressivamente mais do que os homens, seja na proporção da natalidade ou na mortalidade. A esperança de vida ao nascer de crianças do sexo feminino, já em 1980, era de sete anos mais do que as do sexo masculino. Estatísticas apontam, também, maior índice de mortalidade entre os homens.

A questão do cuidado em saúde na perspectiva das masculinidades são percebidas e vivenciadas sobre a influência da construção de gênero e assim, problemáticas em relação aos homens.

Mas estudos sobre masculinidade e a posição dos homens nos diversos contextos socioculturais surgem nos anos de 1980, como crítica aos papéis sexuais normativos destinados aos homens. Nesta perspectiva, segundo Garcia (1998) os primeiros trabalhos sobre os homens e masculinidade receberam influência das críticas feministas às explicações referidas às diferenças dos papéis tradicionais de gênero.

As contribuições em estudos que consideravam os homens e as questões da masculinidade receberam a influência da teoria feminista, dos anos de 1970, além do ativismo do movimento gay que protagonizaram o reconhecimento da questão (Figueiredo, 2008).

Nos estudos de Connel (1995, 1997,) a idéia que se coloca é que os comportamentos ditos “masculinos” se modificam no tempo e no espaço e até mesmo na cultura. Assim a crítica ao modelo hegemônico de masculinidade, presente de forma naturalizada pelas sociedades, possibilita considerar não uma única masculinidade, mas “masculinidades” reconhecendo a legitimidade de suas nuances. Assim como há diversas feminilidades, certamente.

No campo da saúde, o referencial de gênero tem sido relevante para os diferenciais de saúde e de doença entre homens e mulheres. No entanto parece que ainda há necessidade de avanços que considerem os aspectos socioculturais e históricos e menos os determinantes biológicos (Courtenay, 2000; Laurenti, 1998).

No caso dos homens os referenciais de gênero para os processos de adoecimentos foram considerados somente na década de 1990, como já mencionado. Segundo Courtenay (2000), no campo da saúde masculina é importante considerar os aspectos reproduzidos pela negação ou repressão das necessidades em saúde para entender comportamentos considerados não tão saudáveis, por parte dos homens. Portanto é preciso considerar as questões do poder, recusas em admitir sofrimentos e conseqüentemente a

negação de suas vulnerabilidades, demonstrando padrões hegemônicos de masculinidades.

Em estudo realizado por Figueiredo (2008), tanto a violência como o uso do álcool e outras drogas foram referidos no processo de investigação, tanto por parte dos homens usuários dos serviços de saúde como pelos profissionais. Estes temas parecem surgir como parte integrante de condutas masculinas, uma para reafirmar a necessidade de situações de risco e assim demonstrar sua agressividade e outra pela interação social (com outros homens) e até mesmo para reaquisição de certo poder, muitas vezes perdido pelas dificuldades no cotidiano da vida.

Figueiredo (2008) também chama atenção para diferentes maneiras de referência aos homens, que ora as argumentações do cuidado em saúde são consideradas como algo que não faz parte do repertório da identidade masculina, ora os homens se sentem invulneráveis a qualquer tipo de adoecimento. Sendo assim, as questões relacionadas a saúde são consideradas como “coisa de mulher”. Ou seja, há aqui uma importante construção de gênero – as questões relacionadas à saúde são feminilizadas.

O espaço dos serviços de saúde, em especial os da atenção primária, tem sido fundamental para as demandas de diversos tipos de adoecimentos por parte das mulheres. Tradicionalmente estes serviços de saúde foram constituídos e organizados para o atendimento da mulher gestante, da criança e do idoso, constituindo um espaço de não pertencimento ao homem. No entanto novas necessidades e demandas foram surgindo para atender a saúde de homens e de mulheres, justificadas pelo surgimento de novas patologias, como foi o caso da aids ou pelo controle não adequado das já existentes.

Destaca-se também que a visão dos homens sobre o espaço dos serviços de saúde é tido como “espaço de mulher”, tal fato também é reforçado pelo processo de trabalho dos profissionais de saúde, pois tradicionalmente a responsabilidade pelo cuidado em saúde está sob a incumbência das mulheres, seja no cuidado dela, do parceiro e dos filhos.

Sendo assim, as Instituições parecem se organizar nesta lógica das relações de gênero.

No entanto é necessário que os serviços de saúde contemplem em suas ações os problemas de saúde dos homens e a discussão a respeito das masculinidades em suas práticas. Os indicadores de morbidade e mortalidade são referência para a visibilidade das necessidades de saúde dos homens e incluir a temática sobre a ótica de gênero, para o cuidado, pode contribuir para a melhor compreensão acerca da identidade masculina (Figueiredo, 2008).

Mas se o cuidado em saúde implica em promover ações que atendam as necessidades dos indivíduos na promoção de atitudes que contribuam para minimizar agravos em saúde, outras redes deverão subsidiar cuidados para além da assistência medicamentosa como no caso do HIV/aids e a violência.

Neste sentido o cuidado que se refere, no caso das mulheres, também estão nas redes de apoio para o enfrentamento de suas demandas, que nem sempre estão restritas aos recursos tecnológicos. As redes sociais como a família, as políticas públicas, os sistemas de saúde são fundamentais para a integralidade do cuidado de si e em saúde. Assim o uso das categorias gênero e sexo, estão presentes nos estudos em saúde, embora algumas considerações ainda sejam equivocadas, principalmente em estudos epidemiológicos. Tais equívocos estão relacionados, no caso da categoria sexo, às dificuldades em considerar os diferentes fatores de adoecimentos entre homens e mulheres ou, ainda, como marcador biológico de risco. E, no caso da categoria gênero, esta pode estar inscrita apenas como descrição da variável sexo (Potvin e Frohlich, 1998).

Portanto, considerar a abordagem de gênero para estudos em saúde contribui para entender as especificidades das diferenças percebidas entre homens e mulheres, para as percepções das desigualdades, como no caso das violências, assim como para as conseqüências dos processos de adoecimentos.

Como citado, o PAISM trouxe apontamentos para as necessidades de saúde das mulheres, principalmente na perspectiva da integralidade e não apenas no campo da saúde reprodutiva, incorporando as dimensões dos direitos sexuais e da apropriação do seu corpo. Portanto, no PAISM, também se incorporam as dimensões da promoção da autoestima, a idéia do lugar das mulheres como sujeitos ativos e de direitos.

A despeito da violência, no Brasil, o movimento feminista trouxe a público o que se considerava do âmbito privado. Apesar da fragilidade a respeito das considerações entre as esferas do público e do privado e violência, a condução do enfrentamento despontou para um combate baseado em políticas públicas. Nas grandes cidades a implantação de serviços especializados foram criados, como as delegacias da mulher, os centros de atendimentos jurídicos e de apoio social às mulheres em situação de violência, assim como casas abrigo (Camargo, 2000).

Tais redes e outras são fundamentais para a disposição de recursos para o cuidado, orientados na fundamentação de que a violência traz conseqüências negativas para a saúde da mulher, comparável até mesmo com as doenças do coração, tuberculose, o HIV e pelos cânceres (Camargo, 2000).

No caso da violência, para além das redes sociais, destaca-se a lei 11340/06 – Lei Maria da Penha – que propõe mecanismos de coibição da violência doméstica e familiar contra a mulher. Também introduz um novo conceito de violência, agora não adstrita as atitudes físicas do agressor, mas também as demais formas de violência e como violação de direitos humanos.

No âmbito da violência como do enfrentamento da feminização do HIV, as redes de apoio para o oferecimento do cuidado demandam intersetorialidades. Estas articuladas a um conjunto de organizações governamentais e não governamentais, comunidades, profissionais de saúde, programas sociais, setor privado, enfim redes setoriais, que priorizem a atenção integral dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

No caso brasileiro, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e de outras DST passou por revisão em 2009 diante da articulação entre governo e sociedade civil para concretizar ações diante da vulnerabilidade das mulheres ao HIV, aids e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Na atenção ao cuidado das mulheres, o plano norteia a promoção da saúde, aos direitos sexuais e reprodutivos, além de considerar aspectos que estruturam as desigualdades de gênero como os socioculturais, as violências, as questões étnicas e raciais e de orientação sexual. Sua efetivação exige esforços de vários setores integrados às políticas para as mulheres, além de ações contínuas e permanentes para o adequado acompanhamento do enfrentamento da feminização da epidemia (Ministério da Saúde, 2009).

No contexto do HIV, diante da ascensão da epidemia dos anos de 1980, a atenção às pessoas afetadas também foi impulsionada por grupos organizados atingidos direta ou indiretamente pelo HIV e aids. Surge como resposta ao enfrentamento pelas características da atuação ser organizada por pessoas envolvidas diretamente com a epidemia, minimizando as fronteiras entre o público e o privado. A constituição das Organizações Não Governamentais (ONG) Aids, gerou uma nova atuação política, a criação de matrizes de solidariedade e de diminuição de discriminação e preconceito, além de contribuírem para o reforço da autoestima, reconhecimento de direitos e de cidadania (Silva, 1998).

Outro grupo que surge como parte do movimento social para atender as necessidades das pessoas sem moradia, sem família ou que foram abandonadas em decorrência da aids, foi as casas de apoio, principalmente na cidade de São Paulo. Estas surgem para suprir a inexistência de cobertura de cuidado desta natureza, por parte do Estado (Silva, 1998).

As redes de apoio em que pautam as mulheres, além das políticas sociais e de saúde, também estão referidas nas relações interpessoais familiares, sobretudo a conjugal, do qual focalizaremos a nossa questão

relativamente às concepções de amor, e de família e suas conexões com o cuidado em saúde.

Assim, a pesquisa empírica que se realizou, por meio de entrevistas com mulheres vivendo com HIV/AIDS, teve como principal objetivo compreender de que modo as vulnerabilidades de gênero em que se situaram e/ou ainda se situam ao longo de suas trajetórias de vida como mulheres estão identificadas nas relações afetivas e amorosas e como estas convivem ou se relacionam com situações violentas, buscando como base, nessas identificações, os impactos que trazem para as questões de saúde e para seu cuidado.

II. METODOLOGIA

2.1 Quadro teórico

Os referenciais teóricos eleitos para conduzir as reflexões acerca das questões afetivas, violência e aids no contexto da vida das mulheres tornou-se uma tarefa complexa diante de temas considerados sensíveis e que são difíceis de se abordar. De um lado, tal como as relações amorosas ou as violências conjugais ou, ainda, a sexualidade das mulheres na conjugalidade, situamo-nos em temas pouco explorados, sobretudo na interface com o HIV/AIDS. De outro lado, no interior desses temas, a produção científica também não é uniforme, constituindo a temática das relações amorosas e suas representações no universo feminino um objeto menos trabalhado ainda. O modo de que nos valem para interrelacionar todas essas problemáticas foi adotando a teoria de gênero como perspectiva conceitual para a aproximação de todas essas questões no âmbito das mulheres e suas identidades sociais de femininos. Ao mesmo tempo, seguindo importante contribuição também conceitual no interior do campo de estudos sobre a epidemia do HIV/Aids, lançamos mão da vulnerabilidade para entrecruzar com as problemáticas de gênero acima arroladas, dando origem ao conceito de ‘vulnerabilidade de gênero’, explorado nos âmbitos individual das mulheres, programático, voltado para a rede de serviços de saúde e outros de apoio às mulheres, e no âmbito social, em que a desigualdade de gênero dá base à grande vulnerabilidade das mulheres diante da epidemia HIV/Aids.

2.2 Desenho da pesquisa

Considerando a problemática da investigação e os objetivos propostos, realizou-se pesquisa de natureza qualitativa favorecendo o

entendimento sobre a complexidade dos fenômenos. A pesquisa qualitativa, diante das questões enunciadas, possibilitou maior nível de aprofundamento e processos de elaborações do cotidiano da vida de mulheres vivendo com HIV e aids, suas histórias de vida na articulação entre as relações afetivas e a violência e como estas questões têm repercutido para o cuidado/descuidado de sua saúde.

A opção pela pesquisa qualitativa se apóia em Denzin & Lincoln, (2006) e no campo da Saúde Coletiva, nas afirmações de Minayo, para quem:

[...] a metodologia qualitativa é aquela que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. O estudo qualitativo pretende apreender a totalidade coletada visando, em última instância, atingir o conhecimento de um fenômeno histórico que é significativo em sua singularidade (Minayo, 1992, p.10).

A pesquisa qualitativa é de extrema atualidade e devemos destacar que os aspectos culturais e sociais têm sido progressivamente vistos como relevantes para elucidar e intervir em fenômenos do campo da saúde, sendo estes aspectos alvo prioritário da pesquisa qualitativa. Por exemplo, na compreensão das epidemias, o estudo de aspectos culturais e sociais tem sido apontado como de grande relevância, o que sem dúvida está muito claro no caso do HIV/Aids.

A pesquisa qualitativa é um campo complexo e de difícil delimitação (Denzin; Lincoln, 1994), preenchido por estudos muito variados, mas unificados em torno da idéia de que a competência do pesquisador está exatamente na sua capacidade de bem construir seu corpus empírico e a posterior análise interpretativa dos dados. É parte de sua característica também aceitar que, mesmo como produção científica, o conhecimento produzido bem como sua metodologia são resultados de processo interativo do pesquisador com a realidade que vai estudar. Em outros termos, o sujeito pesquisador está implicado na investigação que conduz. Ainda conforme

Ayres (2009), a análise interpretativa dar-se-á, nesse sentido da implicação do sujeito com seu objeto de estudo, por meio da fusão entre as questões que o pesquisador traz, e como as vê, com aquelas questões e visões que seus sujeitos de estudos, no caso as mulheres vivendo com HIV/AIDS trarão.

A tradição de estudar fenômenos culturais e processos relacionais da vida social leva a pesquisa qualitativa a uma competência própria quanto ao estudo dos sujeitos sociais e da dimensão subjetiva do real. Torna-se por isso mesmo bastante vantajosa para nossas questões.

2.3 O trabalho de campo

O lócus privilegiado para o desenvolvimento do trabalho de campo foram as unidades de saúde da rede especializada no atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids do Município de São Paulo.

A rede especializada tem sido importante campo de pesquisa na trajetória da epidemia do HIV e AIDS. Na diversidade dos estudos somam-se os destinados as práticas em saúde e o processo do trabalho, os relacionados à assistência e tratamento, como também os das demandas e necessidades das pessoas vivendo com HIV e AIDS. Assim, a realidade dos serviços que compõem esta rede também é um indicador do que acontece em outras partes do país, assim como em São Paulo, historicamente orienta um modelo para o que se denominou *resposta brasileira à epidemia* (Grangeiro et al, 2006).

Os primeiros anos dos serviços especializados no atendimento às pessoas vivendo com HIV foram difíceis por serem constituídos em decorrência de mudanças administrativas como foi o PAS. Da chegada dos profissionais da rede de saúde que não aderiram ao PAS até a consistência dos serviços especializados e as especificidades do processo de trabalho, ocorreram muitas mudanças e muitas desistências. Trabalhar com uma doença estigmatizante e desconhecida, naquela época, requeria do profissional mais do que um lugar para trabalhar, um olhar diferente para a

diversidade de pacientes, para lidar com as questões da sexualidade, os adoecimentos e conseqüentemente para a morte anunciada.

No acompanhamento das pessoas vivendo com HIV na cidade de São Paulo havia basicamente três serviços. Destes o pioneiro foi o Centro de Referência e Tratamento em DST/Aids do Estado de São Paulo e no município o Centro de Testagem – CTA Henfil e outro o Centro de Referência de DST/Aids – Betinho.

Assim a configuração e a ampliação dos serviços especializados somente tiveram consistência após a extinção do PAS, dando início aos processos organizativos, a partir de uma concepção de rede, com diretrizes técnico-políticas comuns, assegurando a unidade da política de aids na cidade e o estabelecimento de fluxos, protocolos e ações padronizadas desenvolvidas pelo conjunto de serviços.

As primeiras iniciativas relacionadas à assistência e ao processo de trabalho com a epidemia foram dedicadas à formação e qualificação dos profissionais.

Pode-se afirmar que hoje os 25 serviços pertencentes ao Programa Municipal de DST/Aids da cidade de São Paulo oferecem acesso regionalizado tanto na assistência – no caso dos 15 serviços – ou no âmbito da prevenção, além de campo de pesquisa e a integralidade de ações que inserem em seus atendimentos, tendo como eixo ético o princípio da equidade no atendimento às necessidades da comunidade.

Assim, a qualificação profissional tem acompanhado a rota de necessidades das pessoas em tratamento do HIV ao longo destes anos. O avanço no campo dos medicamentos, assistência laboratorial, de insumos e programas de prevenção, estende-se ao controle clínico, mas também à outras necessidades da “vida” de pessoas soropositivas diante de suas demandas.

O Programa de DST/Aids do Município de São Paulo, em seu papel normativo, também tem trabalhado para o controle da sífilis congênita, hepatites virais, com o oferecimento da testagem durante os atendimentos no aconselhamento e qualificação no atendimento destas patologias.

Destaca-se também, as diretrizes para o tratamento e diagnóstico do Papiloma Vírus Humano (HPV).

Atualmente o preparo da rede especializada está voltado para as normas de orientações e condutas para exposição sexual, cujo foco da prevenção do HIV vai além dos paradigmas do uso dos preservativos, mas também na oferta do conjunto de medicamentos profiláticos. Neste sentido, novos desafios são traçados na relação entre a prevenção dialogada⁸ e a exposição sexual consensual ou por acidente. O desafio é o preparo dos profissionais para oferecer atendimento isento de pré-julgamentos e subsidiar a análise de riscos efetivos da infecção e consequentemente o acesso a quimioprofilaxia. No entanto, apesar do processo de qualificação dos profissionais que trabalham com o HIV/Aids, o processo de trabalho com as questões relacionadas a vivência da sexualidade e uso do preservativos, percebe-se certa postura autoritária do poder dos profissionais diante dos usuários, dificultando a escuta empática, que pode tornar invisíveis demandas, incluindo as relacionadas à violência, objeto deste estudo.

O campo de atuação, investigado neste estudo, foram os Serviços de DST/Aids que oferecem o tratamento às pessoas vivendo com HIV e aids, os denominados SAE e CR - Centros de Referência em DST/Aids. Os Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA não foram contemplados por serem serviços estruturados para o diagnóstico, com o oferecimento de exames para o HIV como de outras DST e ações de prevenção não contemplando a área assistencial.

Para a inserção do pesquisador nas unidades de saúde da rede especializadas o processo de oferta e interesse da pesquisa acontece

⁸ Prevenção dialogada: “..modelo de prevenção que se baseia neste pressuposto é a de possibilitar que um grande número de pessoas, sobretudo grupos mais vulneráveis, participem da trama social, exerçam sua cidadania e cuidem de sua saúde de forma integral. Esse não é meramente um ensaio metodológico, mas um processo político. Levar os indivíduos a conhecer sua realidade, pensar criticamente as dimensões que os colocam mais vulneráveis à doenças e diversos níveis de violência, são partes fundamentais para o debate sobre comportamentos mais protegidos. Percebe-se que aqui não cabem os imperativos de use camisinha, não use drogas, tome remédios, mas oferecer-se ao diálogo, na compreensão dos elementos que dificultam a adoção de práticas preventivas e a experiência, em construção conjunta, da potencialização da autoestima. Estabelecer esta comunicação efetiva, para o atendimento das necessidades dos indivíduos quanto a facilitar práticas protegidas, é o que chamamos de Prevenção Dialogada” (Abbate, 2003, p. 26).

através da área de Desenvolvimento Científico do Programa Municipal de DST/Aids, que orienta os passos necessários para o desenvolvimento da pesquisa nos serviços de saúde. Assim, após a aprovação no Comitê de Ética, o pesquisador apresenta ao conjunto de profissionais denominados interlocutores de pesquisa das Unidades Especializadas em DST/Aids, os objetivos da pesquisa e estes repassam para os gerentes das Unidades e demais profissionais, com vistas a colaborarem na identificação do perfil dos sujeitos da pesquisa e facilitarem a inserção do pesquisador nestas unidades de saúde.

Das 15 unidades da rede especializada em DST e aids, com as configurações de SAE e CR, pertencentes ao Programa Municipal da cidade de São Paulo, apenas 6 indicaram mulheres para a realização das entrevistas. Ressaltando que todas as unidades receberam informações sobre o estudo, através de reuniões com interlocutores de pesquisa, como já mencionado, além do contato pessoal com os profissionais, na busca de indicação por mulheres com o perfil proposto para o desenvolvimento do presente estudo.

2.4 Sujeitos do estudo

As entrevistas foram realizadas a partir do conjunto de mulheres vivendo com HIV em tratamento nas Unidades de Saúde da rede especializada que oferecem assistência às pessoas vivendo com HIV e aids

Foram realizadas 20 entrevistas em profundidade com mulheres em acompanhamento do HIV/Aids, inseridas nos Serviços de Saúde da Rede Especializada em DST/Aids da cidade de São Paulo, que aceitaram, voluntariamente, a participar do estudo. O período de realização das entrevistas compreendeu entre 23/09/2009 a 16/09/2010.

Como critério de inclusão foram consideradas as mulheres portadoras de HIV ou Aids, de qualquer faixa etária, não importando o tempo de acompanhamento ou matrícula na Unidade de Saúde, que em algum

momento de sua vida estiveram ou estão em parceria conjugal (afetivo-sexual), que tenham revelado ou não o diagnóstico de HIV/Aids a estes parceiros e que tenham mencionado algum episódio, por parte destes, em que se sentiram desrespeitadas, agredidas, verbal ou fisicamente, constrangidas, envergonhadas, ameaçadas, ou seja, que tenha suscitado algum tipo de sofrimento ou que consideraram violência.

Assim, o processo de busca de informantes aconteceu tanto junto aos interlocutores de pesquisa, em reuniões com os profissionais dos serviços e muito mais pelo contato individual e direto entre a pesquisadora e os profissionais de saúde da rede especializada que intermediaram os contatos com as mulheres contempladas no presente estudo.

Quanto aos critérios de exclusão foram considerados: os de incapacidade de dar entrevista, os de não interesse em participar da pesquisa e mulheres que nunca tiveram parceiros.

Definiram-se como parceiros os relacionamentos afetivo-sexuais, não importando o estatuto formal de conjugalidade.

Quanto ao número de mulheres entrevistadas, considerando-se a técnica da história de vida, este número não poderia ser muito grande, como explica Schraiber (2008). Todavia teria que ser suficiente para que o todo a ser estudo fosse conseguido, isto é, que as questões de interesse no estudo fossem percorridas e os dados produzidos fornecessem possibilidades de conformação do todo buscado (vulnerabilidades de gênero e seus caminhos e descaminhos no cuidado à saúde). Este é um critério subjetivo do pesquisador e costuma estar combinado com certa repetição das respostas às indagações em torno às questões de estudo. A repetição, porém, não é o critério maior de suficiência de sujeitos, mas a conformação de progressiva compreensão do conjunto das informações de modo a configurar o todo das questões de estudo. Este critério é que é conhecido como critério de exaustão, definido por Daniel Bertaux (Schraiber, 2008).

As primeiras tentativas para as explicações sobre os objetivos do estudo nos serviços de saúde da rede especializada em DST/Aids foram

difficultadas pela invisibilidade do tema da violência dentro destas unidades. Muitas vezes, os profissionais revelavam não atender mulheres dentro do perfil do estudo.

A estratégia mais efetiva para a captação das mulheres entrevistadas se deu na conversa informal com os profissionais. Dos profissionais que sugeriram as mulheres para serem entrevistadas foram, principalmente, as ginecologistas, as psicólogas e as infectologistas. Nota-se que das 20 entrevistadas, somente 5 haviam revelado, espontaneamente, durante seu acompanhamento eventos violentos por parte dos parceiros e as outras 15 só revelaram porque o tema foi abordado por estes profissionais. Tal abordagem aconteceu por sugestão da pesquisadora para que os profissionais perguntassem à suas pacientes durante o processo de atendimento.

Chama-nos atenção às dificuldades na identificação dos sujeitos de pesquisa, por parte dos profissionais de saúde. As reações ao apresentar o objeto de estudo sempre ocorriam com grande admiração, relevância e posições afirmativas sobre a ocorrência de tais eventos enfatizando um sentido coletivo. No entanto, ao solicitar indicações, recusas imediatas eram observadas ou solicitado o postergamento para uma outra oportunidade, informando mais necessidade de investigações, denotando uma não prioridade ou dificuldades na abordagem do tema junto às mulheres.

Assim, inúmeras solicitações foram referidas aos profissionais para que colaborassem na indicação de mulheres que se enquadrassem aos objetivos do estudo. Neste sentido a estratégia dos profissionais dos serviços especializados foi desvelar junto às suas pacientes as violências vividas, através do questionamento. Tais revelações foram motivo de grande perplexidade por parte do conjunto de profissionais, que ao indicar os nomes sempre faziam observações de natureza exclamativa. Tais sentidos estavam relacionados a certa surpresa na revelação, indicando que era algo considerado inesperado na vida “daquela” mulher, segundo o julgamento do profissional.

Foram realizadas entrevistas individuais em duas ou três tomadas (entre 60 e 90 minutos cada) e em salas fechadas. Das mulheres que participaram do estudo três solicitaram que as entrevistas acontecessem em suas residências, num período em que tinham maior disponibilidade, sob a alegação de filhos na escola e que preferiam conversar fora do espaço institucional. Todas as demais entrevistas foram feitas nas dependências dos serviços de saúde.

Segue abaixo perfil das mulheres entrevistadas e destacamos, em anexo, sumário de todas as entrevistas.

Quadro 1 – Perfil das mulheres entrevistadas

Nome	Idade	Cor da pele	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Religião	Nº Filhos	Tempo Diagnóstico
Cris	40	Branca	Solt	8ª. série	Ass. Adm.	Evangélica	1	8 anos
Ione	37	Branca	Sep	5.a série	Costureira	Evangélica	1	6 anos
Maria Ângela	41	Branca	Solt	4ª. série	Costureira	Católica	3	5 anos
Neiva	37	Branca	Cas	4ª. série	Balconista	Católica	2	6 anos
Luciana	38	Preta	Solt	2º. grau	Ass. Adm.	Evangélica	2	6 anos
Andrea	38	Parda	Cas	8ª. série	Diarista	Católica	3	10 anos
Lucimara	35	Preta	Solt	5.a série	Faxineira	Evangélica	4	7 anos
Carmem	39	Preta	Viú	4ª. série	Sem prof.	Evangélica	5	7 anos
Nilza	34	Preta	Cas	6ª. série	Faxineira	Católica	2	5 anos
Maria	42	Branca	Sep	2º. grau	Massoterapeuta	S/religião	2	6 anos
Maria de Fátima	50	Preta	Viú	Alfabetizada	Diarista	Espírita	4	6 anos
Marilene	50	Parda	Sep	4.a série	Diarista	Evangélica	6	5 anos
Senilza	52	Parda	Cas	7ª. série	Emp. Doméstica	Evangélica	4	6 anos
Tânia	44	Branca	Div	2º. grau	Cantora	Católica	2	5 anos
Cecília	35	Preta	Viú	Sup. Incompleto	Administrativo	Espírita	2	5 anos
Rita	39	Branca	Cas	2º. grau	Dona de casa	Espírita	2	6 anos
Leia	37	Preta	Cas	4ª. série	Vendedora	Evangélica	2	7 anos
Sueli	40	Branca	Cas	2º. grau	Gerente	Católica	3	5 anos
Rosana	48	Branca	Cas	2º. grau	Produtora	Sem relig.	2	8 anos
Paula	35	Parda	Sep	4ª. série	Diarista	Evangélica	4	6 anos

2.5 Técnica de produção de dados

Dentre as técnicas de produção de dados empíricos que dispõe a pesquisa qualitativa, a de entrevista em profundidade, na modalidade histórias de vida e produzindo narrativas das mulheres acerca de seus vividos, foi a eleita, por permitir o aprofundamento das questões enunciadas assim como fazer emergir outras não inicialmente previstas. Kosminsky

(1984), refere que a técnica de história de vida permite aprofundar e detalhar informações a respeito dos fenômenos a serem estudados, traduz o tempo e o espaço dos acontecimentos e as convergências e divergências no comportamento dos sujeitos pesquisados. No interior dessas histórias buscou-se sempre a articulação entre aspectos individuais com contextos afetivo-amorosos, familiares, sociais e culturais das informantes.

O destaque sobre o desenvolvimento do estudo através da história de vida é que ela permite avanços e recuos, da cronologia própria, e da fantasia e idealização que costumam permear narrativas quando elas envolvem lembranças, memórias e recordações. Farias (1994) adverte que as entrevistas de história de vida trabalham com memória e, portanto, com seletividade, o que faz com que o entrevistado aprofunde determinados assuntos e afaste outros da discussão. No entanto, como nos diz Bosi (1994), o que interessa quando trabalhamos com história de vida é a narrativa da vida de cada um, da maneira como ele a reconstrói e do modo como ele pretende seja sua, a vida assim narrada. Ao atentarmos para os temas desenvolvidos neste estudo é de suma importância observar as narrativas dessas mulheres no modo como se vêem: portadoras de HIV e que vivem em situações de violência.

coloca a história de vida no quadro amplo da história oral que também inclui depoimentos, entrevistas, biografias, autobiografias. Considera que toda história de vida encerra um conjunto de depoimentos e, embora tenha sido o pesquisador a escolher o tema, a formular as questões ou a esboçar um roteiro temático, é o narrador que decide o que narrar (Queiroz, 1988).

Esta autora vê na história de vida uma ferramenta valiosa exatamente por se colocar justamente no ponto no qual se cruzam vida individual e contexto social. 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.

Becker (1994) acrescenta que a história de vida aproxima-se mais do terra a terra, a história valorizada é a história própria da pessoa, nela são os narradores que dão forma e conteúdo às narrativas à medida que interpretam suas próprias experiências e o mundo no qual são elas vividas.

No entanto, para a obtenção de narrativas relevantes para o processo investigativo, é fundamental o estabelecimento de vínculos de confiança e responsabilidade diante de contextos da vida e da intimidade dos sujeitos pesquisados, favorecendo relatos espontâneos com exposição de sentimentos e idéias sobre os temas desenvolvidos durante as entrevistas (Schraiber, 2008). Este aspecto em muito se agrava em temas considerados sensíveis para a pesquisa e sua pretensão de objetivar e publicizar situações de vida bastante íntimas, tal qual em nosso caso.

As entrevistas foram trabalhadas com um roteiro de questões amplas e seguindo a cronologia biográfica, destacando-se as trajetórias amorosas e conjugais. Foram gravadas e transcritas. Para a transcrição foi realizada a conferência de fidelidade. A organização do trabalho de campo foi em comum acordo com as gerências, respeitando a rotina dos trabalhos, assim como a disponibilidade das entrevistadas.

O roteiro foi dividido nos subítens (anexos):

- A. Infância e Vida Familiar
- B. Adolescência, Juventude e vida adulta: experiências amorosas, sexuais, conjugais e reprodutivas
- C. Experiências de Violência
- D. Adoecimento e seu cuidado: o HIV/Aids
- E. Autopercepção das experiências vividas e projetos de vida futura

2.6 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e à Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo e após apreciação foi aprovado nas duas instâncias (Anexo). As entrevistas foram precedidas de orientações a respeito do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia de sigilo (anexo).

Quanto à identificação das informantes, foram sugeridos nomes fictícios para o conjunto das 20 entrevistadas, mas somente 2 preferiram utilizá-lo, as demais mantiveram seu prenome, com a garantia da não identificação dos serviços de saúde em que estavam em acompanhamento.

O recurso da gravação facilitou o registro das falas, valorizando os conteúdos, e seguindo os cuidados éticos.

2.7 Plano de Análise

Eixos	Categoria Analítica	Categoria Empírica
1. Vulnerabilidade de gênero	1.1 – Conjugalidade e família	1.1 Dever de esposa; ser mulher, ser mãe e construir família; conjugalidade x fuga da violência familiar; concepções de família e concepções de maternidade.
	1.2 – Concepções amorosas e relacionamentos íntimos	1.2 Experiências amorosas; o parceiro como provedor; o parceiro como cuidador; fidelidade x traição; expectativas amorosas e relações de intimidade – sexualidade e relacionamentos sexuais.
	1.3. Violência de gênero	1.3 Experiências de violência por familiares; por namorados e por parceiros
2. Cuidados em saúde	2.1 – O cuidado de si	2.1 Experiências do adoecer e do cuidar
	2.2 – O cuidado das Instituições de Saúde	2.2 Uso dos serviços e a relação com os profissionais
	2.3 – Projetos de vida e o cuidado de si de outros	2.3 O papel da violência; do HIV; das relações desiguais de gênero; e perspectivas de vida

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Vulnerabilidade de Gênero

3.1.1 Conjugalidade e família: Entre o dever e o desejo

(...) Então assim, a pessoa alcoólatra não tem um motivo certo, o que fala é a bebida e também mistura com a ruindade, eu acho! Ele (refere-se ao pai) batia na minha mãe, na frente da gente, era violento dentro de casa. Depois de muitos anos a minha mãe conseguiu se separar dele e tive um padrasto também que tentava abusar sexualmente de nós (refere-se a ela e as irmãs)(...) (Neiva)

Este tópico trata das oscilações e ambivalências que as mulheres mostram, ao relatarem em suas histórias. Revelam como tentam dar conta, de um lado, das situações reiteradas de violência, desde a infância à vida afetivo-sexual adulta e ,de outro, da realização de expectativas quanto a viverem uma boa vida conjugal e familiar. Assim, entre o dever de permanecer no casamento, ser uma boa mãe e esposa, e a vivência difícil de relações violentas ensejando uma busca de outras relações amorosas e familiares, as entrevistadas relatam a construção de uma ambivalência quanto à aceitação da subordinação de gênero ou a fatalidade das relações violentas e um permanente desejo de transformação desses contextos. Tal qual se aponta no excerto acima da história de Neiva, caso relatado na apresentação deste estudo e que constitui o disparador para contextualizar as histórias de vida das mulheres vivendo com HIV e aids.

Do conjunto de entrevistas, é comum, na história de vida dessas mulheres, a infância e a adolescência marcadas pela violência paterna e as sofridas pelas mães, tema que norteará a discussão deste capítulo, sobre a construção de família, conjugalidade e a vulnerabilidade de gênero que permeia a vida das mulheres.

Parece-nos que a rota da violência segue caminhos entrecruzados, perpassando a infância – no contexto familiar conturbado; na adolescência – com iniciativas sexuais e afetivas demarcadas por espaços desprotegidos e pela busca de “saídas” da violência familiar com expectativas de outro modelo familiar; e na fase adulta – a interação entre as concepções de família e as concepções de maternidade.

Na narrativa sobre a história de vida das mulheres, a família teve importante destaque para a revelação dos sofrimentos, sobretudo nas relações durante a infância. A violência paterna para com os filhos e principalmente com suas mães parece constituir o evento de maior relevância, de maior ênfase neste período da vida.

A infância difícil é a base da referência familiar. As entrevistadas relataram que mesmo as questões econômicas não eram tão relevantes quanto o papel moral masculino no âmbito da família. Embora provedores, em alguns casos, a figura tradicional de respeitabilidade e de “guardião” da casa não era exercida e a vivência da hostilidade e medo formaram uma referência emocional negativa de família.

Minha infância foi difícil, tive um pai alcoólatra, uma mãe sofrida, um pai agressivo (...) meu pai tirava chumaços de cabelo dela (refere a mãe), e também jogava a televisão em cima dela. Ela não fazia nada porque achava que era sua sina (...) Há uns 15 anos atrás ele deu um soco nela, eu tentei interferir, chamei um advogado e queria levá-la para fazer um boletim de ocorrência, eu e meu irmão, mas na hora ela não quis. Ela era apaixonada por ele. Primeiro homem, namorado, uma pessoa antiga, onde manter a família era o principal objetivo. Meu pai era muito machista, não dava respeito para a família e quando bebia brigava na rua, batia na gente (filhos)

e na minha mãe. Eu já cheguei a ir para o hospital com o nariz quebrado por ele (Rosana).

Lembro-me que na infância o meu pai vivia pouco com a gente. Ele sumia, aparecia fazia um filho e ia embora. Somos em 8 irmãos, minha mãe lavava roupa pra fora e tinha que trabalhar muito para dar sustento aos filhos. Eu desde que eu me entendo por gente vivia na casa dos outros, sempre trabalhando. Uma infância sem saber o que era ser criança. Não tinha aniversário, não tinha Natal, só tinha dificuldade...Muitas vezes íamos dormir morrendo de fome. Como meu pai não cumpria com suas obrigações, sofriamos muito e por isto a minha mãe me colocou pra trabalhar, quando eu tinha uns 6 anos. Trabalhava em casa de família, varrendo, lavando. A minha infância me lembra trabalho e desrespeito (Maria de Fátima).

O papel fundamental da mulher na casa dá-se dentro da estrutura familiar em que a presença do homem é essencial para a própria concepção de família. Assim as questões de gênero são evidenciadas mesmo quando as mulheres conseguiam romper com seus maridos, no caso as mães das entrevistadas, separando-se deles. A busca por outros companheiros ocorria por diversos fatores, entre eles a necessidade e desejo de reconstruir uma nova família e pelas próprias concepções sobre os papéis atribuídos aos homens e as mulheres.

Apesar das mobilizações e das conquistas produzidas pelos movimentos feministas, as concepções sobre o que é ser homem ou ser mulher sofreram poucas mudanças, conforme alguns estudos sobre relações de gênero apontam (Venturini, Bazon; Biasoli-Alves, 2004; Negreiros, Féres-Caneiro, 2004; Neves, Nogueira, 2003; Dantas-Berger, Giffin, 2005)

As características essenciais e definidoras dos gêneros continuam sendo mediadas por dicotomias, masculino/feminino, favorecendo a produção de violências na medida em que eles se julgam superior a elas e procuram submetê-las aos seus interesses e desejos.

Neste sentido as relações de poder estão imbricadas no fenômeno da violência. No caso da violência contra crianças e adolescentes, este aspecto

não é um fator recente. Em longos períodos da história esta foi uma prática habitual, justificada e aceita pelas diferentes sociedades. O infanticídio, abandono em instituições, escravidão, exploração do trabalho infantil e mutilação de membros para causar compaixão e facilitar a mendicância estão abundantemente relatados na literatura.

Há historicamente relatos de atitudes violentas contra crianças e adolescentes nas civilizações greco-romanas e hebréia, ilustrada pela presença do castigo, da intolerância, da rigidez na disciplina dos filhos, da punição e até da morte de crianças, como também do abandono e rejeição de recém-nascidos. Pires e Miyazaki, 2005 em seu estudo referem que até na mitologia há relatos sobre a eliminação de crianças:

Crono, pai de Zeus, pertencia a uma geração primitiva dos deuses e dominava a todos. Sabendo que um dos filhos lhe tiraria o poder, engoliu os cinco primeiros logo após o nascimento. No nascimento do sexto, sua mulher deu-lhe uma pedra para comer em lugar do filho, tornando possível a sobrevivência de Zeus, que o destronou e se tornou o maior dos deuses gregos (Pires e Miyazaki, 2005, p.43)

Entre os séculos I e V D.C, a igreja cristã influenciou nos comportamentos e costumes das populações, reconhecendo que as crianças faziam parte da vida familiar, desestimulando a prática de castigos físicos, ressaltando o dever da mulher, como mãe, na criação dos filhos (Assis, 1999).

No caso das crianças brasileiras, os primeiros relatos datam do século XVI, com a chegada dos Jesuítas, que introduziram o castigo e a ameaça às crianças no Brasil Colonial. Os índios eram protetores de seus filhos, não os castigavam e tratavam bem. Porém eram cruéis com os filhos de seus inimigos, que os engordavam, matavam e comiam (Assis 1999).

Em 1874, nos Estados Unidos da América, começa a preocupação com o abuso infantil e a partir do século XIX surgem vários textos médicos sobre violência praticada contra criança. Na área da saúde em 1960,

principalmente na pediatria, a violência contra criança começa a ser considerada e tratada como um problema de saúde (Pires E Miyazaki, 2005)

Nota-se que a partir de 1980 houve crescente atenção do tema da violência contra criança, inclusive assegurando que a criança não pode ser vista como propriedade dos pais, garantindo este direito no texto da Constituição Brasileira. É no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que a proteção integral e especial da criança está assegurada.

No entanto a violência contra crianças e adolescentes é um grave problema mundial, que atinge e prejudica esta população durante o seu desenvolvimento. Vários são os tipos de violências que acometem as crianças e adolescentes, tipificá-las é somente discutir didaticamente as implicações práticas para a prevenção e para o manejo do cuidado, pois muitas vezes uma está interrelacionada a outra.

Os maus tratos contra a criança ou adolescente ocorre, na maioria das vezes, dentro dos lares ou no convívio familiar. Prolonga-se durante muito tempo, passando, muitas vezes, da infância para a adolescência e também para a fase adulta. Este tempo longo de episódios de violência doméstica relaciona-se, geralmente, ao fato de que a família – em especial as mulheres – tendem a acobertar ou silenciar o ato violento. Há certa cumplicidade, muitas vezes, pelo medo de que se houver a opção pela ruptura do padrão de violência, poderá ocorrer o abandono do parceiro e conseqüentemente as dificuldades de sobrevivência em relação aos filhos ou pelas expectativas amorosas das mulheres.

Em relação aos fatores que podem ser ou que colocam as pessoas a certa predisposição para a ocorrência de maus tratos, estão os associados ao agressor, à classe social, à comunidade e à família.

Quanto ao agressor, vários estudos demonstram que a dependência de drogas, alcoolismo, história de abuso, baixa autoestima, transtornos de conduta são elementos associados à vulnerabilidade para atitudes violentas, assim como o desemprego, a desigualdade social, marginalidade e a pobreza (Pires e Miyazaki, 2005).

A violência contra crianças e adolescentes tem consequências graves e duradouras. O impacto dos maus-tratos pode provocar danos para a criança, adolescente, família e sociedade por toda a vida. Entretanto, o grau de prejuízo destes impactos pode estar influenciado por alguns fatores, entre eles os relacionados a idade, ao grau de desenvolvimento, ao tipo de abuso, frequência, à duração e gravidade do abuso e a relação existente entre vítima e abusador. Estudos relataram que o impacto da violência interfere na saúde das crianças e adolescentes que presenciam situações violentas entre os pais, com maior probabilidade de apresentarem problemas emocionais e comportamentais, além das dificuldades cognitivas (Heise e Garcia-Moreno, 2002).

Miranda et al (2010) em seu estudo sobre violência conjugal física contra a mulher e a prevalência e impactos para a saúde, trabalho e família, revelaram que 66,7 % das 784 mulheres participantes do estudo referiram que os filhos testemunharam os episódios de violência conjugal física da mãe e 75,9% de violência conjugal grave por parte dos parceiros para com elas, demonstrando que a violência doméstica está presente nas famílias.

Além dos agravantes na saúde da criança e adolescente, que vive em ambientes com ocorrência de eventos violentos, também tendem a repetir os padrões de comportamento dos pais. Assim, as meninas podem se envolver em relacionamentos violentos e os meninos reproduzem um comportamento agressivo com suas parceiras ao longo da vida.

O fato é que a violência em geral ainda nos dias de hoje pode ser subestimada, e não ter visibilidade nem para a sociedade em geral, nem para o sistema de saúde e nem pela pessoa que a experimenta. Estudos têm demonstrado que violência contra a mulher, a criança e o adolescente não ocorre apenas em países em desenvolvimento, mas é frequente e banalizada nas sociedades em geral. A história mostra que a violência que a criança é submetida, sob forma de espancamentos, abandono, escravidão, mutilações e infanticídios, acontece há muito tempo e se perpetua nos dias atuais.

É fato que o próprio conceito de violência conjugal física ou psicológica contra a mulher e a prevalência dos casos podem ser subestimados, sobretudo quando algumas situações são, por vezes consideradas como “menores” tais como: os empurrões, beliscões, puxar cabelo, torcer braço, xingamentos, situações constrangedoras, preconceito, condutas agressivas e alteradas, gritos. Minimizar atitudes como essas contribuem para a invisibilidade da ocorrência destes eventos de violência.

No caso das mulheres entrevistadas neste estudo, as mesmas relataram ter presenciado violência praticada pelo pai durante a infância. Justificavam que condutas machistas e o uso de álcool foram os elementos desencadeadores dessas violências, o que justificarão, também, na vivência futura de violências conjugais.

Silva (2009) em estudo sobre maus tratos na infância de mulheres vítimas de violência, relata que dentre as 170 mulheres participantes, que estavam em situação de violência com seus parceiros íntimos, 39,7% tinham presenciado violência também na infância e/ou adolescência. O resultado da análise da associação entre ter presenciado história de violência familiar na infância e/ou adolescência e sofrer violência na vida adulta nos últimos doze meses, no período da coleta de dados, enfatizou o fenômeno da trajetória da violência contra a mulher.

Como mencionado, as mulheres entrevistadas relataram que o uso de álcool pelos seus pais era fator relevante para os comportamentos violentos. Tal fator também é evidenciado em outros estudos, sendo considerada uma importante associação como característica do agressor (Schraiber et al, 2005).

Como já dito, as práticas violentas contra a mulher ocorrem mais freqüentemente no ambiente restrito do lar, fato que reduz a sua visibilidade e o seu registro (Cavalcanti, 2003). São várias as consequências da violência para a saúde da mulher, levando-se em conta como uma das principais causas de mortalidade. Assassinato, suicídio, mortalidade materna e efeitos relacionados com a Aids e outras DST, configuram em importantes eventos em decorrência das violências. Outros efeitos que não são mortais,

mas afetam a saúde física são: lesões, alterações funcionais, incapacidade permanente, transtornos crônicos, também devem ser considerados. No tocante à saúde mental, identificam-se o estresse pós-traumático, depressão, angústia, fobias, transtorno do pânico, transtornos alimentares, disfunção sexual, baixa auto-estima e abuso de substâncias psicoativas (Velzeboer, 2003).

Das mulheres que vivenciaram eventos violentos na infância, por parte do pai e/ou padrasto, relataram que suas mães apresentavam muitas dificuldades para saírem das situações violentas. O dever de esposa, as concepções sobre família, a falta de expectativa e de empoderamento, as colocavam em situações vulneráveis, contribuindo para um ambiente familiar conturbado, produtor de tensões propiciando processos de adoecimentos e de falta de perspectivas.

Portanto, o não rompimento de relações violentas era justificado por certo “dever” de esposa, em que se a figura masculina é necessária para a sustentação da composição familiar, é da figura feminina a tarefa de manter a união da família, tendo um comportamento adequado nesse sentido e zelando pelas atitudes e comportamentos dos filhos na mesma direção conservadora do núcleo familiar. Soma-se a isso, o fato também já estudado, de que as mulheres não identificam e nomeiam os diversos episódios de agressões ou abusos experimentados como atos violentos, em franco contraste com o que os estudos científicos têm considerado. Como apontam Schraiber e colaboradores (2003), as mulheres nomeiam por violência, sobretudo, os abusos e agressões do tipo sexual, considerando algumas agressões físicas e psicológicas como parte de um comportamento instável, sob influência da bebida alcoólica, ou por fraca formação moral do parceiro, tido como uma “ignorância”.

Nesse sentido, elas tendem a aceitar relações violentas como uma espécie de destino ou fatalidade da vida conjugal adulta, embora sempre em tensão com o desejo de mudar de vida.

No eixo conduzido nesta linha de raciocínio, a repulsa pelo ambiente familiar violento foi explicitamente reconhecida pelas mulheres entrevistadas.

Também é o que impulsiona a busca por “saídas”, na perspectiva de construção de espaços sem violência, constituindo uma outra família.

Tal reconhecimento e aversão pela violência doméstica ocorrem na época da adolescência, quando outras necessidades e vivências são restritas pelas relações de poder dos pais, sobretudo da figura paterna, para com os filhos. A agressão física, o abuso sexual, ou tentativa dele são os elementos disparadores, para a busca de relacionamentos que pudessem retirá-las destas situações do contexto familiar.

(...) Confusões, discussões, a gente sofria muito, porque ele (pai) batia na minha mãe, batia na gente, fomos crescendo desta maneira e ninguém fazia nada pra sair desta situação. Na adolescência meu pai não aceitava meus amigos e eu ficava mais dentro de casa. Posso dizer que não tive adolescência porque aos 14 anos eu casei e fui morar com o pai do meu filho. Eu não casei grávida, mas ele foi o meu primeiro namorado. Não chegamos a namorar muito tempo, so que meu pai me colocou pra fora de casa porque fui a um balinho... ele era muito rigoroso! Eu até achei que sair de casa era bom! Sai de casa e ai ele (namorado) me chamou pra morar junto com ele... pra não ficar na rua eu fui. Fomos pra um alojamento que tinham 14 homens e só eu de mulher... Foi difícil, mas depois eu me acostumei (lone).

3.1.2 A experiência de violência na construção da conjugalidade: saindo de e ficando no mesmo lugar

(...) Saí de casa aos 13 anos... arrumei um trabalho na casa de uma família e fui morar lá... fiz isto porque o meu padrasto queria estuprar eu e minhas irmãs (...) a gente falava pra mãe mas...não sei a pessoa mais antiga... tinha medo de ficar desamparada... Comecei a ter relações sexuais muito cedo com 14 anos e me envolvi com a pessoa errada. Ele mexia com drogas e eu nunca gostei de drogas. Ele também bebia... mas eu queria ter uma casa,

uma família e tentei ficar com ele por um tempo, mas ele era muito violento, me batia por causa de droga, me agredia!... Sabe, ele não gostava de trabalhar, era vagabundo e eu trabalhava... eu sempre trabalhei... quando eu ia pra casa de família trabalhar ele pegava todo o meu dinheiro...(Neiva)

Observou-se nas histórias de vida das mulheres vivendo com HIV participantes do estudo, que a situação de violência era um elemento contínuo do contexto familiar, o que as impulsionava para reações de ruptura desta violência, principalmente, pela busca de parcerias que propiciassem além da construção de uma nova família, também a “saída” da violência. Contudo, a reiteração de novas situações de violência foram observadas nos relatos.

Dentre os contextos em que ocorre a violência doméstica, analisados em vários estudos, além dos já referidos, como o uso de álcool e outras drogas, estão também os relacionados às condições do sustento (ou falta dele) da família, o desemprego, as financeiras e a relação de poder que define o binômio dominante/dominado, existente nos papéis de gênero. Na fala das mulheres, as condições de vida difícil, conforme elas denominam, também estiveram presentes, sobretudo pela ausência do pai, pela sobrecarga doméstica da mãe e sua falta de autonomia. Muitas vezes, a falta de trabalho, a baixa escolaridade e as precárias condições de moradia também somam-se aos fatores que vulnerabilizam todo o contexto familiar, gerando uma potencialização da violência.

Assim como a infância traz a lembrança de contextos familiares conturbados e da violência concreta de seus pais para com suas mães e filhos, a adolescência também é marcada por esta mesma vivência e com certa imobilidade diante da situação de violência. As mulheres enfatizavam a falta de ruptura deste padrão de violência por parte de suas mães, que viviam esta situação com certa conformidade, algo quase que natural

“daquela” época.

A passividade diante da violência vivida no âmbito familiar e em especial de suas mães, foram referidas ao contexto temporal - “naquela época” – como um dever da mulher em manter a família, além da referência amorosa, como um mito de amor romântico, em que se perpetuam as condições de subjugamento do homem sobre a mulher, em nome do “amor”. Esses dois fatores são considerados pelas entrevistadas como um lugar comum na vida de suas mães.

Apesar de certa indignação pela falta de atitude de suas mães, observamos que para as entrevistadas há também o paradoxo entre o desejo de romper com o padrão de violência e a passividade, sobretudo quanto às concepções de família, de maternidade e amorosas que surgem como elementos imobilizadores ou dificultadores da ruptura das violências, numa reprodução do modelo vivido pelas suas mães. Este aspecto é bastante estudado por autores que analisam a rota das mulheres para lidarem com suas situações de violência, em que coexistem elementos propulsores e inibidores da ruptura da situação vivida e dos silêncios que as cercam, tal como é apontado em estudos sobre o penoso caminho, denominado Rota Crítica, percorrido por essas mulheres (Meneghel, 2007; Meneghel, 2009)

Mas ao analisarmos os mecanismos possíveis, pelo menos ao que nos parece para este conjunto de entrevistadas, há certo movimento pela quebra das situações de violência no ambiente familiar. É na adolescência e juventude que a busca por uma “saída” é percebida como, talvez, a única forma de livrarem-se de tais situações. E, assim, o envolvimento amoroso passa ser uma ponte para a construção de uma nova família ou simplesmente, para o rompimento daquele ambiente já tão conhecido e vivido desde a infância. Portanto, o casamento passa a ser a possibilidade de sair de casa para se livrar da violência familiar.

No entanto, o caminho percorrido para a “saída” traz em seu cerne outros componentes da violência. O lugar central da violência, antes vivida no contexto familiar, ganha mobilidade e passa a ser o envolvimento

amoroso ou a falta de autonomia para realizar escolhas. As primeiras relações afetivo-sexuais acontecem de forma traumática e a conjugalidade acontece ora por imposição da família, ora pela possibilidade de desvencilhar-se da violência.

(...) O pai bebia e brigava com a mãe. Agredia, pegava facão e gritava, e a minha mãe tinha que sair altas horas da noite fugida com toda aquelas crianças (...) A gente adorava ir pra escola, pra não ir pra roça, a gente trabalhava muito(...) Vim pra são Paulo quando eu tinha 15 anos. Queria trabalhar, construir uma família, queria ter a minha família e a minha casa, além de sair daquela situação (...) Arrumei um namorado e foi um relacionamento muito difícil. Ele era mais velho, me embebedou e se aproveitou de mim, me machucou e me forçou a ter sexo. Eu tentei esconder da minha irmã, mas ela descobriu e queria que eu casasse e eu não queria, mas tive que casar (...) ele era uma pessoa do mundo do crime e só descobri depois ... (Maria)

(...) Meus pais me entregaram para a minha tia quando eu era bem criança, eu tinha 6 anos de idade e logo minha mãe morreu. Era difícil a vida na casa da minha tia porque os filhos dela não me aceitavam (...) nós passávamos muitas necessidades(...) eu morei com a minha tia até os 16 anos quando me envolvi com este meu marido... ele era mais velho e foi a minha tia quem me apresentou, e como eu já tava doida pra sair de casa mesmo, e queria muito uma família da qual eu nunca tive, eu aceitei(...) nós namoramos só 1 mês e já fomos morar juntos... (Lucimara)

A ideia de conjugalidade cria expectativas futuras, entre as parcerias, porém dependerá das relações estabelecidas com o parceiro, e estas estão contidas em trajetórias sociais e de gênero, já que os comportamentos esperados para homens e mulheres são distintos, mesmo considerando os diferentes fatores que influenciam as normas de conjugalidade.

O fato é que homens e mulheres investem em seus relacionamentos motivados por demandas que podem não ser compatíveis com os desejos de cada um. As motivações para a construção de família e as expectativas

amorosas podem ser diferentes e trazer contradições para a construção da conjugalidade.

No caso das mulheres entrevistadas parece que casar estava muito mais relacionado a possibilidades de saírem da violência familiar, em um movimento que denominamos “saídas”, o que, muitas vezes, as colocavam em situações desprotegidas, potencializadas pelas questões de gênero, traduzidas em novas violências. Em seus relatos observou-se que a conjugalidade era o caminho possível para a condição de uma “suposta” autonomia e as expectativas amorosas não se constituíam como a principal motivação.

Dantas-Berger e Giffin (2005), em estudo sobre as percepções e vivências femininas relacionadas à violência sexual, também referiram esta dificuldade na realização ou na busca pela conjugalidade das mulheres. Elas também não se sentiam prontas e tão pouco realizadas em suas expectativas afetivas e românticas com seus parceiros e, por conseqüência, adquiriam uma vida de relações conflituosas e queixas. Conforme pontuam as autoras:

(...) além de não se virem correspondidas nas suas expectativas de progresso a partir do enlace matrimonial, se viram comprometidas e solitárias, tanto nas funções tradicionalmente femininas de “gestão doméstica e afetiva”, como também no sustento econômico familiar (p. 421)

Assim, a construção da conjugalidade para o conjunto de mulheres participantes do estudo, inicia-se a partir da vivência de um contexto familiar orientado por expressões pouco afirmativas de afetividade, mas marcada por significativas relações de desigualdade de gênero. As relações afetivo-sexuais projetavam-se pela busca da felicidade embasada no progresso da vida por meio do casamento e ou maternidade, em que as parcerias, em diferentes arranjos conjugais, eram realizadas sem necessariamente estarem prontas para o relacionamento a dois.

3.1.3 Violência de gênero na conjugalidade: as experiências vividas

(...) tudo piorou quando ele começou a beber e ao mesmo tempo eu percebi que estava grávida de novo. Usávamos camisinha, mas eu acho que estourou e só contei pra ele no 3º. mês de gravidez porque fiquei com medo... ele passou a me agredir dizendo que o filho não era dele, queria que eu abortasse e me bateu a gravidez toda(...)(Neiva).

Diversas situações de violência em que as mulheres vivendo com HIV relataram durante a pesquisa serão discutidas aqui. Durante seus relatos, o tema mobilizou a lembrança das situações vividas no contexto da infância, adolescência e na fase adulta. Parece que a violência é um “estado” de se verem no mundo e, apesar das dificuldades, elas reconhecem não só a necessidade de rupturas desta trajetória, como buscam isso.

Observamos que a violência de gênero na vida destas mulheres é um elemento que aparece na infância e é estendido à vida adulta e às relações de conjugalidade.

Este texto pretende se debruçar sobre as experiências de violência vivida pelas mulheres entrevistadas, a natureza dos atos violentos, a relação entre as pessoas implicadas nesta situação, a legitimidade da violência no contexto familiar e os valores e normas que definem as violências no contexto de mulheres vivendo com HIV e aids.

O presente estudo tem considerado, no escopo da discussão, o termo violência de gênero no âmbito doméstico ou violência contra a mulher, distinguindo elementos como: - o uso da força física ou verbal que prejudica ou ameaça a vida e o corpo da mulher na integridade física, emocional ou sexual; a coerção como forma de perpetuar a subordinação feminina, agravo

este produzido pelo parceiro com quem estabelece ou estabeleceu uma relação íntima ou afetivo-sexual (Heise et al, 1994).

Não se trata, aqui, de querer afirmar que as mulheres soropositivas sempre encontrarão violência doméstica, nem de vitimizá-las, pois em alguns momentos também se tornaram mulheres agressivas. Mas, isto também não significa que compartilhavam das mesmas relações de poder com seus parceiros. Saffioti (1994) em seus estudos enfatiza:

Não se está, de forma alguma, afirmando que as mulheres são santas. Ao contrário, elas participam da relação de violência, chegando mesmo a desencadeá-la. Nem por isto, porém, a mulher detém o mesmo poder que o homem (...) Trata-se de uma correlação de forças que muito raramente beneficia a mulher. Socialmente falando, o saldo negativo da violência de gênero é tremendamente mais negativo para a mulher que para o homem” (Saffioti, 1994, p. 446).

O fato é que as mulheres entrevistadas vivenciaram em suas primeiras relações afetivo-sexuais, algum tipo de violência. Tanto a violência sexual, o abuso, a violência física, verbal e patrimonial foram relatadas como base das relações amorosas, sejam elas nas condições de namoro ou na conjugalidade.

Os arranjos afetivos que encontravam para romperem com a convivência de relações conflituosas na vida familiar, de modo geral, eram envolvimento na tentativa da construção de uma nova vida, conforme já descrito. No entanto, nem sempre estas relações eram baseadas numa idéia de família ou de relação amorosa por parte de seus parceiros. Como se verá, ser cuidada e encontrar provimento na vida doméstica constituem-se como uma motivação para a conjugalidade.

Apesar de nomearem e reconhecerem a violência quando as agressões dos parceiros eram físicas, os maus-tratos em geral, desqualificações por serem soropositivas, ameaças, quebras de bens que valorizavam ou xingamentos, também foram relatados, pelas entrevistadas.

Parece haver certa hierarquia quanto à natureza das violências, no relato das mulheres. Elas supervalorizavam as ameaças à integridade física.

No entanto, ao perguntarmos para as mulheres – o que é violência – as narrativas consideravam múltiplas violências, não só as físicas, mas as compreendidas como atos indesejáveis, manifestações que traziam sofrimento, constrangimento e medo. As representações deste conceito, para as entrevistadas, estavam no campo da definição do tema e não as identificadas em suas vivências. No entanto é pela a agressão física o destaque privilegiado e, é considerada algo de maior valor, ou seja, esta seria a pior das violências vividas pelas mulheres, o limite do insuportável.

Este limite é o momento em que ocorre a ruptura das situações conflituosas. É a partir da violência física que as mulheres manifestavam alguma reação de mudança, nem sempre concretizada, muitas vezes adiada, mas reconhecida.

Isto também ocorreu tanto nas relações conjugais como nas de namoro. A violência nas relações de namoro ou nos primeiros relacionamentos foi relatada, pelas mulheres, como o “primeiro caso problema” (no sentido afetivo-sexual) , considerando a origem para outros relacionamentos conflituosos e de violência, sobretudo quando identificavam como violência física. Referiam que eram diferentes as violências sofridas na época de namoro, principalmente, porque não tinham filhos, ficando mais fácil o rompimento com estes parceiros, mas queixavam-se da falta de apoio familiar quando revelavam estas violências.

Estudos sobre violência nas relações de namoro consideram este ser um importante problema social e que progressivamente vem recebendo especial atenção. No entanto é necessário incorporar esta “modalidade” como um dos preditores da violência conjugal e considerá-la impactante para a saúde das mulheres, e de homens também. (Matos, Machado, Caridade, João Silva, 2006)

A literatura sobre violência nas relações entre namorados aponta para a estreita relação entre as concepções de amor e a violência. Muitas vezes algumas práticas de violência aparecem disfarçadas de amor e justificadas

por esse sentimento, facilitando assim a vivência de relações asfíxias, provenientes do desejo de controlar o outro (Méndez & Hernández, 2001). O mesmo surge nas falas das entrevistadas.

(...) eu conheci um rapaz e foi um namoro muito traumático porque ele era uma pessoa do mundo do crime e só descobri depois de um tempo. Era uma pessoa legal comigo, gostava muito de mim, ele queria que eu ficasse junto com ele, mas ele traficava e roubava. Ele me ameaçava pra acompanhá-lo, ameaçava com arma, ameaçava que ia matar meus irmãos. Eu contava pra minha família, mas eles não se importavam e diziam que eu fantasiava. Como era namorado eu achava que isto ia melhorar ... até que começou a me bater...” (Sueli)

(...) Ele saía do serviço e ia para os bares, chegava em casa falando alto, acordando minhas crianças... ele não me batia, mas ele passava pra mim um medo (...) tanto que eu passo com a Psicóloga por causa deste bloqueio... ele jogava as coisas na parede, quebrava móveis, destruía tudo dentro de casa... ele nunca me bateu , mas ele destruía a minha casa inteira...Eu ficava nervosa, ficava com medo eu não abria a boca pra nada...mas aí ele passou a me bater, a me jogar na parede... aí sim eu tentei ir embora, porque isto nenhuma mulher pode suportar...isto pra mim é a pior que pode acontecer... eu tentava ir embora mais ele ia atrás de mim e dizia que nunca mais ia me bater...só que passava um tempo ele começava tudo de novo”. (Senilza)

Nos episódios de violência na vida destas entrevistadas vivendo com HIV, alguns aspectos foram considerados motivadores ou que desencadearam a “mudança” no comportamento do parceiro. O parceiro é reconhecido como violento em /ou a partir destas condições:

- quando ele começou a usar drogas;
- quando ela engravidou;
- quando ele começou a ter outros relacionamentos – a questão da traição;
- quando surgiu o HIV.

Estes fatores, necessariamente, não estavam isolados, mas entrecruzados. Destaca-se que eram potencializados pelas mulheres a depender das concepções de violência e das concepções amorosas consideradas por elas.

Em vários relatos o uso de drogas e as relações extraconjugais estavam relacionados, o que para elas justificavam os atos violentos dos parceiros. Neste sentido, consoante com a concepção dominante dos papéis de gênero atribuídos a homens e mulheres, explicavam tais relações extraconjugais como resultado da natureza masculina, como algo necessário por instinto, em razão da maior necessidade sexual dos homens, e entendendo suas amantes como uma mulher de menor valor, a que se presta a atender tais necessidades fora da conjugalidade.

Dentre as drogas relatadas, o consumo excessivo de álcool foi o mais recorrente, seguida pelo uso de maconha e depois cocaína inalada e injetável. O uso de álcool foi considerado o maior responsável pelos comportamentos indesejáveis dos parceiros. Além do abuso e do comportamento violento, as queixas também eram pela ausência dos parceiros devido aos longos períodos fora de casa em decorrência do uso de drogas, o que as responsabilizavam pelo cuidado da casa e dos filhos, pela manutenção e sustento da família, além do sentimento de abandono e solidão.

Em estudo transversal realizado por Viera, Perdoná e Santos, (2011), com 504 mulheres de 15 a 49 anos usuárias de unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, revelou que a chance de sofrer violência é maior para mulheres com parceiro usuário de álcool, com grande frequência, e também dentre os que já usaram outras drogas. Revelou-se, também, que o risco de violência por parceiro íntimo aumenta em 59% com o uso freqüente de álcool e em quase seis vezes com o uso de outras drogas. As mulheres também enfrentam problemas de dinheiro, com familiares ou outros, devido ao uso da bebida do companheiro, o que representou pelo menos três vezes o risco de violência por parte do parceiro íntimo. O que demonstra que

dentre os fatores associados à violência o uso de álcool e outras drogas merecem importante atenção da saúde pública.

Outro fator recorrente na fala das mulheres é a existência da violência a partir da gravidez. Neste caso os fatores desencadeadores, relatados pelas mulheres entrevistadas, estavam relacionados ao não desejo da paternidade, a desconfiança da paternidade ou pela descoberta do HIV.

Em alguns casos, o desejo por ter filhos não era considerado como projeto do casal, mas sim das mulheres, implicando nas representações sociais, a despeito da maternidade, e a associação desta com as concepções de família. Assim, em diversos casos, a gravidez acontecia por volta dos 15 anos, numa fase da vida em que tinham pouca escolaridade, sem autonomia econômica e fora do mercado de trabalho. O que contribuía para a manutenção de relações conflituosas ou a ruptura das mesmas.

O surgimento da gravidez e os episódios de violência também eram justificados pelo ciúme do parceiro, pelo uso de drogas, associado às relações extraconjugais, o que em alguns casos ocasionava as relações sexuais forçadas e a gravidez.

No começo foi bom, foi quando eu fiquei grávida que ele começou a me espancar (...) Eu usava anticoncepcional de forma errada, e quando eu engravidei ele começou a desconfiar de mim. E eu só saía de casa para escola. Ele chegou a me levar pra fazer um aborto, mas eu não quis. Eu tava de 7 para 8 meses (...) ele não aceitava, até hoje ele não aceita (...) ele me agredia na gravidez. Ele me chutava, ele chegava bêbado e me acordava pra me bater (...) Eu fui na delegacia das mulheres e eles não fizeram nada. Ele já tinha ficha, porque já tinha espancado uma mulher, depois espancou a outra e eu fui a terceira mulher dele e eu não sabia (...) Teve um dia que um policial foi lá em casa falar com ele, depois de uma hora que o policial saiu ele me espancou de novo e me falou: - hoje eu vou te bater até matar! - e eu falei: pois então seja homem e mata! E depois disto aí eu fiquei bem esperta (...) Mas ele batia de novo (Nilza).

Observamos que das 20 mulheres entrevistadas, 10 relataram a existência de violência durante a gravidez: violência física, cárcere privado, além da violência verbal.

Ressaltamos que algumas mulheres referiram a busca por ajuda, sobretudo dos recursos existentes e já conhecidos, como a procura pelas delegacias de polícia. No entanto, observa-se pelos relatos que alguns fatores como a baixa credibilidade nestes equipamentos, o medo do agravamento da violência pelo parceiro no caso dela buscar ajuda, ou ainda a necessidade de manter a constituição familiar eram fatores que as imobilizavam para a ruptura de tais situações.

(...) .Eu engravidei e ele me batia, me trancava em casa, eu não conhecia nem o açougue do bairro. O meu pai chegou a me levar na delegacia pra fazer BO (Boletim de Ocorrência) , mas eu acabava voltando pra ele e pra minha casa (...) Ele tinha ciúmes de tudo e todos(...) então se eu ria, ele tinha ciúmes, se a minha saia tava curta ... ele chegava a rasgar as minha roupas, ele me beliscava até me machucar dizendo que eu estava olhando pra outro homem. Eu saí várias vezes de jantares com amigos porque ele ficava me chutando (...)como eu disse, eu cheguei a denunciá-lo na delegacia, mas nunca deu em nada (...) mas era muito complicado a relação com ele e na gravidez era mais ainda complicado... Ele era uma pessoa indesejável, me forçava a fazer sexo e eu fazia chorando, mas deixava e pronto! (Rosana)

Outro fator, diz respeito à desconfiança do parceiro quanto à paternidade, principalmente diante da condição de soropositivas para o HIV. Tal fato ocorria nas seguintes condições: quando as mulheres se descobriam grávidas e HIV positivo, ou quando sabidamente HIV positivas, usando preservativo e por algum acidente, pelo uso inconsistente ou até mesmo pelo sexo forçado, surgia uma gravidez. Tais condições eram geradoras de vários tipos de violência e que se estendem sobre os filhos, influenciavam os processos de saúde e de doença das mulheres e

consequentemente estabeleciam dificuldades em romperem com as situações violentas, sobretudo pela presença da gravidez.

Meu marido sempre foi muito ausente e eu sei que ele tinha outras mulheres, mas era só isto, claro que eu ficava triste, mas ele me tratava bem. A violência mesmo só aconteceu na gravidez da minha filha, quando eu descobri que era soropositivo. Os exames dos meus outros dois filhos vieram negativo e do meu marido e da minha outra filha deu positivo. Na gravidez ele começou a me bater dizendo que eu peguei aids porque andei com outros homens, mas eu sei que não fiz isto (...) o que mais me dói é ele me agredir por uma coisa que eu não fiz e a família dele faz a mesma coisa... (Andrea)

Observa-se neste relato o quanto o diagnóstico do HIV desencadeia situações de violência, inclusive permitindo a inversão dos papéis na infidelidade conjugal, geralmente atribuída ao homem, quando o parceiro descobre a soropositividade a partir do diagnóstico da mulher gestante, atribuindo à ela a primeira infecção. Este caso ilustra não apenas o desencadeamento da violência nas gestações, mas a gestação como momento de inflexão na vida do casal, em termos da violência, o que levará estas mulheres a resignificarem a própria gestação e a vontade ou o direito de serem mães. Como se apontará mais adiante, as entrevistadas, na contramão de muitas mulheres soropositivas, não clamam por este direito. A gestação, aqui, ao contrário, desencadeia diversas situações indesejáveis.

A vulnerabilidade de gênero a que as mulheres entrevistadas estão submetidas resultam de um conjunto bastante diverso de situações. Os contextos violentos nas relações familiares repercutiram em desdobramentos sobre os caminhos seguidos para a sua ruptura, seja na nova formação familiar, seja na falta de oportunidades ou nas reiterações simbólicas de concepções tradicionais acerca das relações afetivas. O envolvimento em relações conflituosas se deu em condições em que a falta de autonomia e o desejo de construir uma família vigoraram e indicaram o lugar do gênero, como construto social, em que as saídas estavam sempre relacionadas a quase uma aposta no outro e menos nelas próprias. Assim, é

visível nos relatos, a insatisfação pela qualidade das relações em que as mulheres se envolveram e as conseqüências destas vivências.

Importante destacar que a maioria das mulheres era de baixa escolaridade, sem qualificação profissional e dependente dos parceiros para o sustento dos filhos. Tais fatores também compõem a vulnerabilidade social em que as mulheres, muitas vezes, estão inseridas.

Estudos constataram maior prevalência de violência entre mulheres mais pobres, as quais consultam os serviços de saúde três vezes mais do que as demais e que o número de consultas cresce proporcionalmente à gravidade das agressões, demonstrando a importância dos serviços de saúde e de profissionais preparados para o acolhimento da mulher em situação de violência (Kronbauer, 2005; Schraiber, 2002).

As múltiplas violências que as mulheres do presente estudo relataram, indicam que a violência física, em muitas situações, já vinha acompanhada pela coerção psicológica e abuso sexual, indicando relações de poder dos parceiros para com as mulheres. Embora a violência física seja mais reconhecida, outras situações também eram referidas como um desconforto, um incômodo, um sofrimento. Mesmo assim, parece que ainda há certa invisibilidade dos eventos violentos pelas próprias mulheres, muitas vezes relativizam as violências que sofrem, ou nem se dão conta de sua magnitude.

No contexto do HIV/aids, a presença da violência contribuiu ainda mais para os processos de adoecimento e conseqüentemente na falta do cuidado em saúde. A questão que se coloca é que tanto o HIV como a violência são elementos altamente estigmatizantes. Ser mulher portadora de HIV e sofrer violência são condições que potencializam as dificuldades no campo da prevenção e na assistência em saúde: - ser mulher portadora de HIV e que sofre violência.

3.1.4 Concepções amorosas e relacionamentos íntimos: o lugar do HIV na vida dessas mulheres em situação de violência

(...) Amar é ter respeito, compreensão, compartilhar, querer ter filhos, é emoção... é não passar o HIV para a mulher...é ser uma pessoa melhor! (Neiva)

O excerto acima traz elementos fundamentais para a compreensão do que as mulheres deste estudo pensam e esperam para a vida amorosa e familiar, para a relação afetivo-sexual e na maternidade. Sobre o que é o amor, suas definições são prontamente traduzidas pela palavra “respeitar”. Respeito, nesse caso, a atos em que o outro (o parceiro, o marido) exerce sua vontade sem causar prejuízo a ninguém. Isto deixa de ocorrer se seus parceiros as traem e, com isto, podem trazer como consequência a positividade para o HIV, com prejuízos quer para a qualidade de vida sexual futura, quer para a realização da maternidade. Nesta última, o prejuízo não se reduz a dificuldade de ter filhos, mas ter HIV pode simbolicamente traduzi-la em cuidadora “insuficiente”, uma mãe menos dedicada. Surge aqui uma espécie de “segunda traição” de seus parceiros, que as impedem de realizar a maternidade idealizada. Portanto, as concepções amorosas, de intimidade e as familiares irão percorrer o “estado” de ser mulher vivendo com HIV e aids. Nesse sentido, há então um “estado” particular de ser, que a diminui como mulher e mãe. Aqui se deve notar a confluência de duas questões, que se superpõem e não sem conflito. Uma, relativamente à busca por maior equidade de gênero nas relações afetivo-sexuais e conjugais, com maior autonomia das mulheres e que as libertaria das violências vividas, frente às tradições de gênero que as tornam subordinadas. Outra trata da expectativa de participar – como toda mulher e não sob certo “estado” de ser mulher – do papel e atribuições tradicionais de ser mãe. Neste cenário as concepções amorosas relatadas seguem a

ambivalência da sociedade contemporânea que oferece novas formas de vivência dos relacionamentos íntimos que, no caso das entrevistadas, ocorriam pela busca do encontro entre a construção de relacionamentos sem violência, o ideal de amor e de maternidade.

As teorias contidas nos estudos de Zygmunt Bauman (1993), sobre o aumento da solidão, de Jurandir Freire Costa (1998), sobre o amor romântico e de Antony Giddens (1993), sobre a transformação da intimidade, serão de grande valia para a compreensão dessas questões.

As transformações que incidem no universo feminino, sobretudo ao longo do século XX, foram essenciais para as reformulações do ideário amoroso. Costa (1998) argumenta que a maior herança amorosa na sociedade atual está fundamentada sobre as concepções do amor cortês e do amor romântico, que influenciaram as transformações sobre a construção e as vivências das emoções na contemporaneidade.

Segundo este autor, o amor cortês expõe um novo objeto de desejo – a mulher - que passa a ser o centro da relação amorosa e é para ela que se volta o desejo amoroso, estabelecendo construções sociais do modo de viver as relações amorosas também pautadas nos diferenciais de gênero. Em consequência disso, uma nova forma de ver o amor se instaura. É nesse momento que a gramática sentimental passa por um enriquecimento, já que a fala é o principal meio de vivência desse sentimento.

A busca pelo amor – a necessidade de amar – tem o século XVIII como referência histórica inicial, perdurando o século XIX e sendo no século XX que esta necessidade passa a ser consumida, alimentada pela cultura. A partir daí fundamenta-se o processo de construção social do indivíduo. É no amor romântico que se considera o espaço de diferenciação do indivíduo; é onde ele se encontra com o seu próprio eu e com os sentimentos mais “verdadeiros”, o que ocorre ao encontrar seu “par perfeito”. Além disso, há a promessa de viver um amor eterno.

Mas, todos estes elementos adquirem outros significados quando surge o comportamento violento e o vírus do HIV (na ocorrência da

transmissão sexual por relações infieis). Na fala das entrevistadas, a violência e a infecção pelo HIV são contrapostos ao amor.

Algumas mulheres relataram que desde suas primeiras experiências sexuais foram privadas do amor romântico. As experiências iniciais da sexualidade ou do sexo ocorreram através de atos sem consentimento, onde o abuso de poder e a violência marcaram suas vidas, reorientando suas concepções sobre o papel do amor e das relações conjugais.

(...) Eu tinha uns 13 anos e o meu primeiro namorado era um homem mais velho...andávamos de mãozinha dada e a bobona toda empolgada (...) Um dia ele me chamou pra passar na casa do tio pra pegar uns documentos, quando abriu a porta, era um apartamento vazio(...) alí eu senti medo! Quando eu recuei pra trás ele me empurrou pra dentro. Já tinham três homens e fizeram o que quiseram de mim... não me bateram... só que depois me ameaçaram, se eu contasse (...) eu não reagi, eu fiquei com medo... eu tive muito medo.. eu fiquei com medo de apanhar... eles tinham revolver... então eu fiquei ali estática (...) não contei pra ninguém, nem pra minha mãe porque tínhamos uma relação muito ruim. Pra ela eu já era uma vagabunda, pra ela eu já não tinha virgindade, pra ela eu era tudo de ruim... Como eu ia dizer pra minha mãe que eu tinha sido estuprada? ... Ela não acreditava que eu nunca tinha tido relação sexual (...) (Cris)

(...) na casa desta vizinha tinha uma menina que eu gostava de brincar, eu tinha uns 13 anos. Ela tinha um tio que tinha uns 19 anos(...) um dia eu tava lá no quarto brincando, conversando com a minha amiga e ela precisou sair com a avó e eu fiquei esperando ela voltar...de repente ele me pegou, me virou e me fez ficar de joelhos no chão e ai eu fiquei parada, paralisada e ai ele tirou a minha roupa e eu começou a forçar a penetração e eu fiquei chorando e pedindo pra ele parar, mas ele segurou a minha boca e me violentou(..) eu fui pra minha casa, tive sangramento, mas não contei pra ninguém, nem pra minha mãe, fiquei com medo dela não acreditar (...) porque o meu pai já era violento e ai fiquei com medo dela contar pra ele...eu nunca mais quis falar com esta minha amiga... (Luciana)

Se por um lado a composição familiar, desde a infância, foi marcada por relações violentas, as primeiras experiências sexuais ou de parcerias, para algumas mulheres, também estavam referidas em semelhantes comportamentos em que o papel masculino era compreendido num padrão, embora não aceitável, pertencente ao contexto da conjugalidade.

Além destas situações bastante precoces de violências vividas como obstáculos para suas vivências amorosas, no interior de suas situações reiteradas de violência doméstica, as mulheres entrevistadas apontaram para duas diferentes questões dessas vivências, ainda que sempre à sombra do mencionado “estado” menor de ser mulher e mãe, decorrentes da soropositividade. Uma delas fala dessas representações da maternidade “insuficiente”, em que as relações afetivas foram consideradas boas relações amorosas por estarem calcadas no fato de que o parceiro era cuidadoso com os filhos, sobretudo quando não era o pai biológico. Desta forma, consideravam-se mulheres em relações amorosas de boa qualidade, mesmo vivendo situações de violência, em função do afeto e cuidado destinados a seus filhos, mais do que a elas. A outra questão relacionou-se ao estatuto de uma mulher tornada “menor”, condição que estava relacionada à descoberta da soropositividade para o HIV, transmitida sexualmente pelo parceiro e denotando, portanto, a traição do parceiro, esta última considerada ato de desrespeito e desamor maior que a soropositividade adquirida.

A primeira questão mencionada designa o entendimento de que seu parceiro assumiu a responsabilidade de provedor e de referência no cuidado dos filhos, considerado uma qualidade daquele que o pratica. Muito embora, muitas mulheres em situação de violência e que não são soropositivas declarem que permanecem com seus parceiros em função do apoio financeiro ou familiar para seus filhos (Schraiber et al, 2005), não há como desconsiderar a grande repercussão que a soropositividade tem sobre a necessidade desses apoios. Neste caso, a vulnerabilidade de gênero dessas mulheres relativamente à violência aumenta, pelo deslocamento da relação amorosa para a figura do pai dedicado, independentemente das condições de intimidade, ou do comportamento violento, ou do desejo da convivência.

Estas características designaram o principal desejo para as representações amorosas e um modo importante de constituir parcerias. Assim, o amor e a manutenção da conjugalidade estavam, sobretudo, relacionados ao cuidado com o outro, no caso dos filhos.

(...) Eu fiquei 5 anos viúva aí comecei a namorar com ele, quando ele entrou na minha vida eu já tinha meu filho ... E eu sempre falava que eu nunca ia por um outro homem dentro de casa pra não judiar do meu filho. Ai acabou ficando (...) deu certo, começou a tratar meu filho bem... No começo do namoro eu falei: - Eu não gosto de você o suficiente pra gente morar junto... mas da maneira que você ta cuidando do meu filho eu vou passar a gostar de você...mas depois ele mudou e passou a ser agressivo comigo...mas nunca foi com o meu filho...acho que por isto eu aguentei tanto viver com ele (...) (Sueli)

Esta questão também aparece na fala de outras mulheres. Mesmo quando perguntado se o parceiro atual é o que consideravam como o grande amor, as mulheres respondiam que apesar da dificuldade no relacionamento amoroso o que importava era a condição dele como pai, tal condição é que o definiria como o “grande amor”. Percebe-se que a condição de “boa” paternidade é muito relevante para o conjunto destas mulheres, inclusive quando trazíamos a discussão sobre a violência do parceiro. Neste caso, parece haver uma espécie de superposição, entre a justificativa da agressão, calcada no uso de álcool ou outras drogas, e as dificuldades delas em romperem com as relações violentas: “Ele só é violento quando bebe, mas é um bom pai”.

Por outro lado, não deixavam de lamentar as atitudes ou comportamentos violentos dos parceiros, sobretudo a violência moral, os xingamentos. Suas desqualificações por serem soropositivas, eram questões de extremo incômodo e de indignação, como surge nas falas das entrevistadas. Mas, apesar disto, continuavam vendo seus parceiros de modo positivo, pois eles seriam merecedores de uma espécie de recompensa, por conviverem com uma mulher portadora do HIV e cuidarem delas e dos filhos, ao menos no sustento da família.

(...) Eu não gosto do jeito dele me tratar, mas ele foi o único homem que aceitou a mim e ao meu filho. Tinha muitas dificuldades quando o meu primeiro marido foi assassinado. Ele era bom comigo, mas usava drogas e me deixou sem nada, nem casa pra morar eu tinha...aí conheci o meu atual marido... que embora agressivo, violento, ele é um bom pai e ainda ficou comigo mesmo depois que soube do HIV. Tá certo que ele me acusa de traição, me espancou na gravidez, mas foi difícil pra ele também... e depois quem tem 4 filhos tem que pensar no dia de amanhã... até porque as chances de eu morrer primeiro que ele são muito grandes... apesar do jeito dele eu acredito que ele me ama e a mulher tem que pensar que o mais importante é a responsabilidade com os filhos ...e depois eu tenho esperanças que Deus vai ajudá-lo a ser melhor! (Paula)

Ao elegerem tais condições como fatores importantes para as definições de amor e de serem amadas, não deixaram de referir suas “infelicidades” com seus parceiros devido as manifestações agressivas e o desrespeito para com elas. O desejo de que ele mudasse e o sentimento de sofrimento que vivenciaram foi expresso de modo emotivo pelo conjunto de mulheres.

O que se coloca em destaque é que muitas mulheres também expressavam dificuldades em projetos de vida, como descreveremos mais adiante. Algumas colocaram certa falta de perspectiva por serem portadoras do HIV e esta condição poderia ser um impeditivo de expectativas futuras para o cuidado dos filhos. Parece que se o parceiro é considerado um “bom” pai teria certa garantia do cuidado dos filhos, caso ela adoecesse ou morresse em decorrência do HIV. Neste sentido, apesar de sofrido, estar com este parceiro traz tranquilidade, valendo a pena o cotidiano de relações conflituosas e infelizes.

Embora em alguns estudos as dificuldades em reconhecer a violência, tanto daquele que a experimenta quanto do agressor seja dado comum, ao que nos parece nesta situação específica, às mulheres reconheciam atitudes de violência psicológica, moral, sexual por parte dos parceiros, mas se

submetiam a uma espécie de “barganha”, por acreditarem numa troca: “a violência pelo cuidado com os filhos ou com ela”.

A questão do cuidado e o fato de serem elas mulheres com dificuldades em cuidar, em razão da soropositividade, apresentou-se ainda como ainda mais relevante que a satisfação sexual ou a fidelidade no casamento. Muitas referiram a concepção do “grande amor” tendo por base a presença de um tal cuidado. Isto se prioriza diante da traição do parceiro, revelada pela sua infecção pelo HIV, como adiante se tratará. Cuidar do outro, interessar-se por ele, expresso por um “entregar-se” a este outro e com ele preocupar-se, com seu bem estar, parece ser a grande referência amorosa.

Amar é cuidar... é compartilhar, é entrega(...) Eu só encontrei este amor em meus filhos. Eu nunca senti que ele (o marido) se entregou pra mim, só eu fiz isto. São muitas as decepções. O que eu digo que eu sempre o amei de verdade ...” (Leia)

Amar é cuidar um do outro, é viver bem, é trazer felicidade para o outro e não sofrimento. Não tem o ditado: - Quem ama cuida! – eu acho isto também... eu sempre sonhei com um amor cuidadoso, daqueles que você se sentia amada de verdade (...) (Carmem)

O cuidado é uma forte qualificação de gênero quando se trata das mulheres, muitas vezes tornado elemento natural e da essência do “ser feminino”. A mulher é vista e se vê como cuidadora. Nisto, a maternidade surge como o cuidado para com os filhos e este cuidado é instituído no bojo familiar como tarefa natural das mulheres. Vários estudos colocam em questão essa naturalização de conceitos e práticas relacionadas à maternidade e aos cuidados maternos operados e construídos no decorrer do processo histórico. Apontam para essa construção, tida de forma acrítica, como atribuição por excelência feminina, denominada “maternagem”, e compreendendo a natureza da mulher (Moura e Araujo, 2004).

Assim, criticando o amor materno considerado um vínculo “instintivo” e “natural”, esses estudos apontam que este amor é um fato inscrito na história ocidental, tornando-se um “mito” que seja sentimento universal e ahistórico, além da função tipicamente da mulher.

Apesar da contemporaneidade trazer novos arranjos familiares, novas discussões a respeito das relações conjugais e composição familiar, tais pensamentos sobre a maternidade ainda são fortemente exercidos nas diferentes sociedades e, principalmente, nas configurações familiares das camadas médias (Badinter, 1985). Não há dúvida que a realidade é marcada pela permanência de uma construção histórica e cultural, em que as concepções de maternidade estão associadas aos construtos hegemônicos de masculino e feminino, portanto, às questões de gênero.

Outras importantes questões relativas à maternidade, quando se trata de mulheres com HIV, vão desde a possibilidade de reprodução segura até as preocupações com a saúde do bebê, que pode vir a se infectar por meio da transmissão vertical, o que implicaria em grande sentimento de culpa para as mulheres, no caso desta possibilidade. Embora no Brasil os Programas de eliminação da transmissão vertical do HIV/aids tenham sido amplamente implantados nos serviços de saúde, orientando o pré-natal adequado e o uso de antirretrovirais durante a gestação, no trabalho e no momento do parto e com o acompanhamento da criança exposta, o risco de transmissibilidade ainda causa importante impacto na vida das mulheres HIV positivas.

Várias pesquisas com homens e mulheres portadores do HIV/aids referiram que o desejo em se tornarem pais frequentemente não é afetado pelo seu status sorológico (Paiva et al., 2002; Sherr & Barry, 2004). Outros estudos com mulheres portadoras de HIV/aids que tiveram filhos, demonstraram sentimentos positivos em relação a maternidade, resignificando suas vidas (Carvalho & Piccinini, 2006; Gonçalves, 2007). Por outro lado, outros estudos demonstraram o medo de transmitir o vírus e de que ele seja privado de sua presença no futuro, atribuindo ao HIV uma doença grave e de pouca sobrevida (Kirshenbaum et al., 2004).

Entre as mulheres entrevistadas neste estudo, a presença da gravidez não surgiu exatamente como desejo do casal ou como direito à reprodução, mas como desencadeador da violência, entendida pelas entrevistadas como justificativas das atitudes violentas do parceiro.

O fato de que a grande maioria das mulheres se sabe soropositiva na gestação esse momento assume para estas mulheres a condição de desencadeador da ciência da soropositividade e da violência por seus parceiros que cerca esse diagnóstico. A gravidez neste contexto está relacionada às atitudes do parceiro que passa a desconfiar de sua virtude moral e da traição.

Considerando-se agora as representações das mulheres em relação aos relacionamentos amorosos e sua infecção pelos parceiros, observa-se o quanto a infidelidade é um elemento importante para o reconhecimento de suas vulnerabilidades e de suas expectativas amorosas.

Nestas há duas questões envolvidas. Uma diz respeito a conviver com a aids e todos obstáculos à plena vida amorosa em comparação a outras mulheres; a outra, trata da contradição entre suas expectativas amorosas e a realidade da traição, do relacionamento extraconjugal de seu parceiro, trazidos pela infecção pelo o vírus. O HIV rompe com a idéia de que o casamento é a garantia de relações protegidas, fixas, estáveis e exclusivas, o que ainda é concepção predominante na sociedade, de modo geral. Mesmo que as pessoas expressem que com o surgimento da aids houve mudanças nos referenciais de conjugalidade na nossa sociedade, em geral as pessoas referem a possibilidade da infecção quase sempre como realidade alheia e não para si próprias, o que também surge nas narrativas das mulheres entrevistadas. Sendo assim, quando as mulheres descobriam ser soropositivas para o HIV, este momento era também o de reconhecimento da condição de “infidelidade” em que se situavam.

Neste sentido a trajetória da epidemia da aids provocou várias reflexões a despeito das concepções de monogamia. Uma delas refere-se a uma falsa sensação de segurança, flagrada quando o diagnóstico de HIV positivo surgia na vida dos casais. Obviamente esta é uma situação que

coloca em dúvida relações de confiança vindo à tona sentimentos negativos sobre o outro, principalmente a mentira, o julgamento moral, a promiscuidade e a ausência de respeito para com o outro e para com a família.

A infidelidade surge nas falas das entrevistadas como um comportamento eminentemente masculino, sobretudo, quanto ao descuido em relação ao sexo seguro e conseqüentemente possibilidade de transmissão do HIV às suas parceiras estáveis. Mesmo para aquelas que relataram relações extra-conjugais (2 das 20 entrevistadas), o sexo seguro foi uma preocupação, pois afirmaram que se protegiam com uso de preservativos, se auto atribuindo uma responsabilidade, que segundo elas, as diferenciam dos homens.

Muitas vezes, a queixa principal dos casais que se descobrem soropositivo para o HIV é a questão da infidelidade. Ela causa impacto negativo no casamento, abala a sensação de algo que se acreditava garantido e que a infecção retira pela desconstrução das idealizações sobre as relações conjugais.

Pelo exposto, pode-se concluir que, em distintas dimensões da vida das mulheres, a infecção pelo HIV traz importantes mudanças. A vulnerabilidade social como o preconceito e a discriminação ainda são questões presentes nas sociedades, além das relacionadas ao próprio tratamento, como o uso de antirretrovirais, exames, freqüência aos serviços de saúde e as doenças oportunistas. Embora os avanços na assistência e prevenção tenham contribuído para minimizar os agravos em decorrência do HIV, sabemos que muitos desafios ainda são colocados.

Como já descrito, a diminuição da mortalidade por aids, a partir do ano 2000, período de massificação do uso dos antirretrovirais, ampliou a oportunidade das pessoas de (con) viverem com o HIV. Os serviços especializados disponibilizaram espaços de discussão e orientações, ampliando temáticas, não só as relacionadas ao vírus, mas ao viver com HIV, sobretudo os limites e as possibilidades da saúde sexual e reprodutiva.

Estudos sobre a saúde sexual das mulheres vivendo com HIV e aids tem sido tema de pesquisas, afim de compreender as mudanças da sexualidade pós diagnóstico. Freitas (2000), em seu estudo descreve que as mulheres portadoras de HIV deparam-se com múltiplos elementos psicossociais estressores em qualquer fase da infecção, podendo alterar seu estilo de vida.

A dificuldade frente ao diagnóstico positivo pode influenciar o exercício da sexualidade. Muitas pessoas após o recebimento do diagnóstico, num primeiro momento, decidem por abstinência sexual devido a complexidade dos sentimentos em relação ao sexo e ao HIV.

No caso das mulheres participantes do presente estudo, fica claro que as situações de violência constituem mais um elemento obstaculizador da melhor vivência da sexualidade dessas mulheres, diante da já comprometida vivência pela infecção do HIV. Se a traição ficou revelada pela soropositividade, esta também é desencadeante de violências, novas ou agravando as já existentes. Suas percepções quanto ao exercício da sexualidade neste contexto traziam não apenas o fato de ser sexual a via de transmissão do HIV, mas com o comportamento violento do parceiro. Tais eventos comprometiam a vivência da sexualidade, o sentimento de serem amadas e um distanciamento da relação conjugal.

Parece que constituir-se como sujeito sexual após o surgimento do HIV, exigiu das entrevistadas um novo olhar para suas relações sexuais, levando-se em conta as possibilidades de infectarem ao outro ou se reinfectarem pelo vírus. Assim, novas posturas e medidas, como as necessidades de proteção, surgem, resignificando os comportamentos frente ao desejo sexual.

No caso das mulheres vivendo com HIV em contextos de violência, a questão da sexualidade parece requerer ainda mais novos elementos, além das implicações relacionadas aos medos associados à soropositividade. Neles estão compreendidos a revelação do diagnóstico, o estigma e o preconceito por serem portadoras de um vírus adquirido pelo exercício de um comportamento sexual. Outro elemento importante, diz respeito à

prevenção secundária do HIV. Esta amplia muito as dificuldades das negociações com o parceiro, entre o sexo cedido e a não violência do parceiro, e/ou o sexo cedido com proteção e a não violência.

Nessa nova condição, as concepções amorosas referidas pelas mulheres tomaram outro significado. Surge então o desejo por encontrar um outro companheiro que proporcionasse uma vida sexual e afetiva considerada boa, portanto, sem a presença da violência. Mas este desejo também oscilava, entre acreditar que possa encontrar um grande amor (referido no cuidado), considerado quase impossível dado sua soropositividade, ou encontrar ao menos um parceiro não violento.

(...) Eu gosto do meu marido, mas eu não amo ele... eu acho que ele se acomodou, não faz nada do jeito que eu gostaria. Eu queria que ele fosse mais brincalhão, que saísse comigo, que andasse de mãos dadas, mas ele sai sozinho (...) A vida sexual é muito ruim, por causa dele e porque acho que eu nunca encontrei com o meu marido por amor.... O que é mais difícil com ele é ter prazer (...) antes já era ruim mas depois do HIV ficou muito pior... Quando tenho que transar com ele é um problema, primeiro porque ele me procura da cintura pra baixo, ele não me beija... e eu acabo cedendo porque senão tem briga feia... apesar que tem briga do mesmo jeito porque ele não quer usar camisinha e eu tenho medo de pegar outra doença... Sabe o que eu queria mesmo era encontrar um amor bom, mas com este meu problema (refere-se ao HIV) é muito difícil (Rita).

Em síntese, neste tópico observamos que a vulnerabilidade de gênero é demarcada por diversos aspectos na vida das mulheres participantes do estudo. As concepções amorosas foram referidas sob os seguintes argumentos: as que referiram sob a ótica da maternidade, como algo natural e esperado do comportamento feminino, portanto o desejo de cuidar do outro; as que referiram pela presença do HIV ter sido pela via sexual, portanto a quebra do amor romântico em que está implícito o comportamento monogâmico como um padrão esperado dos amantes,

sobrepondo a infecção. Por fim o destaque das relações violentas que perpassam por argumentações em que estão implícitas as atribuições de gênero entre o papel da mulher, da manutenção da família, dos seus desejos, potencializados pela presença do HIV.

Quer a violência, quer a condição de portadora do HIV são situações de difícil condução para as próprias mulheres e para o cuidado com sua saúde. As duas condições implicam em vivências em que estão presentes os tabus, as discriminações, os estigmas. Uma remete à mulher que “pega” aids, como algo inconseqüente, um comportamento duvidoso, até irresponsável; outro à mulher que “gosta” de apanhar, já que as motivações para permanecer com o parceiro nunca são facilmente compreendidas.

Essas representações estarão presentes entre os profissionais de saúde, como parte dos referenciais hegemônicos de gênero, como também nas próprias mulheres, ainda que de forma resignificada pelas suas condições de soropositivas. Assim, encontraremos impactos dessas representações no cuidado que elas buscam nos serviços de saúde, tanto quanto naquele que destinam a si próprias, devendo-se levar em conta as dificuldades aí geradas na efetivação de medidas preventivas e as da assistência à sua saúde. Além das dificuldades das mulheres, percebemos durante o processo das entrevistas, a invisibilidade das dimensões da violência no âmbito dos serviços de saúde, talvez provocada pela não reflexão sobre o referencial de vulnerabilidade de gênero por parte dos profissionais. Este talvez seja um tema relevante para futuros estudos, no sentido de minimizar-se as dimensões da vulnerabilidade programática.

3.2 – Cuidados em saúde

3.2.1 A experiência do adoecimento e a perspectiva do cuidado

O HIV surge na minha vida num momento muito difícil. O meu bebê nasceu, adoeceu e morreu com 1 mês de vida e acusou que foi por causa da aids, foi um choque, um desespero pra nós (...) Eu fiz pré-natal e não tinha dado nada nos exames (...) ai, os médicos pediram exames pra todos, pra mim, meu marido e minha filha e o pior que só o meu deu positivo e ai começaram os problemas com ele e com a família dele... (Neiva)

Discutiremos neste capítulo as várias dimensões dos processos de adoecimento e de cuidado das mulheres vivendo com HIV e aids, referidas neste estudo. Os caminhos percorridos serão entre as experiências:

- Do adoecimento: – na condição de mulheres portadoras do HIV e vivendo situações de violência.
- Do cuidado: – com si próprias, das instituições de saúde, para com outros (parceiros, filhos) e com os projetos de vida como elemento referencial do cuidado .

É conhecido que uma sorologia reagente para o HIV traz importantes mudanças na vida das pessoas, de modo geral. A descoberta da doença remete a necessidade de alguns reconhecimentos, como: os aspectos relacionados a infecção, entre eles os da via de infecção, discutida no capítulo anterior, a revelação do diagnóstico, o tratamento, os cuidados considerados para toda a vida e os efeitos colaterais do uso dos

medicamentos. Assim, as pessoas vivendo com HIV e aids passam a ter um cotidiano de negociações, decisões e novos desafios e acabam caracterizando este contexto como “usual”.

A aceitação de uma doença sem cura e estigmatizante consiste numa construção complexa para quem a vivencia, exigindo considerações importantes sobre a saúde e sobre a doença em relação a essa reinvenção permanente do viver, em que as questões culturais e sociais terão grande influência.

Não há dúvida que hoje a sociedade é dominada por valores tecnológicos que ocupam a atenção da saúde, em especial da medicina. Este modelo influencia o modo de encarar determinadas doenças, em que se aposta em enfrentamentos otimistas. No caso do HIV/AIDS, o advento da terapia antirretroviral afetou consideravelmente e positivamente a qualidade de vida das populações afetadas. Essa tecnologia terapêutica proporcionou um relativo controle da epidemia, colocando-a como uma doença com cronicidade passível de monitoramento.

No entanto, as experiências vividas pelo adoecimento e pelo autocuidado seguem examinados por distintas perspectivas, como discutido por Cyrino (2009). Vamos nos amparar sobre os temas do HIV e da violência na idéia de Cyrino, que estudou o autocuidado em pacientes portadores de diabetes, como já mencionado neste estudo. O autor fala de competências “Requeridas” e “Efetivas” para os portadores daquela condição crônica que é a Diabetes Mellitus. As designadas como “Referidas” são as de domínio do especialista em que se detém o saber para o autocuidado do outro, e concebidas, do ponto da medicina, como obrigatórias para o controle da doença. No caso dos portadores do HIV, também podem ser reconhecidas e nelas, estão, compreendidas todo o arsenal de conhecimento técnico e científico para o cuidado do HIV e aids. Já as competências “Efetivas”, segundo aquele autor, correspondem aos modos práticos de resolver problemas que os indivíduos desenvolvem ao viverem a doença em seus cotidianos, exigindo deles certa mobilização para criar diferentes competências, expressas em saberes e habilidades, e assim lidar com os

distintos campos problemáticos que experimentam em sua vivência da doença. Este é um contexto conhecido no caso das pessoas que convivem com o HIV e aids.

Poderíamos ainda acrescentar às competências efetivas o lidar com uma doença crônica, que implica a necessidade do acompanhamento medicamentoso, a realização de exames, as consultas sistemáticas com os profissionais de saúde, também as criações de novas competências nas relações interpessoais de caráter afetivo e sexual, já que a doença pode ser transmitida sexualmente. Aqui se requer, portanto, uma reinvenção da intimidade.

Esse referencial das competências requeridas e efetivas é pertinente ao contexto do HIV, permitindo-nos refletir sobre o autocuidado dessas mulheres, e como este autocuidado se interrelaciona com as situações experimentadas de violência.

3.2.2 A revelação do diagnóstico e o reconhecimento (ou não) das vulnerabilidades

A comunicação do diagnóstico é a expressão que caracteriza os processos de interação entre o profissional e o usuário do serviço de saúde com o objetivo de informar sobre o resultado do teste anti HIV. Trata-se de uma tarefa difícil que exige preparo, orientação e cuidado, principalmente, ao se considerar a gravidade da doença e o comprometimento do prognóstico, além dos impactos que repercutem nos diversos contextos da vida das pessoas que experimentam tais eventos. Com o diagnóstico, muitas mudanças podem ocorrer, exigindo do indivíduo várias resignificações, sejam elas de ordem individual, como hábitos de vida, sejam elas sociais, como as relacionadas aos contextos familiares e de sua rede social, principalmente para a comunicação da doença.

Doenças como câncer e Aids têm uma carga simbólica muito grande e são ouvidas como sentenças de morte ou remetem a sua proximidade, o que contribui para dificultar a revelação do diagnóstico de ambas as doenças (Lima 2003, p.4).

Especificamente, o diagnóstico para o HIV exige um processo de comunicação que envolve primeiro o contexto da realização do teste, o período de espera pelo resultado, a notícia do diagnóstico e o pós-diagnóstico. A “revelação do diagnóstico” é a expressão utilizada para caracterizar a comunicação aberta ou completa sobre o diagnóstico de sorologia positiva para o HIV e envolve o processo de comunicação do diagnóstico final, onde estão consideradas as decisões sobre com quem, quando, como e quais informações serão compartilhadas pela pessoa vivendo com HIV nas relações familiares e sociais cotidianas.

No caso da aids, o estigma e o preconceito permanecem associados à manutenção de segredos e silêncios acerca da revelação do diagnóstico. Para as mulheres entrevistadas o comportamento agressivo do parceiro também foi considerado outro elemento importante para a dificuldade da revelação do diagnóstico quando conheceram a sua sorologia.

Observamos que no caso disparador Neiva, usado neste estudo, o conhecimento da soropositividade para o HIV deu-se pelo adoecimento e morte do filho. Por isso, essa situação específica será considerada dentre os itens deste tópico no texto, como parte do leque de situações em que está organizada a apresentação dos resultados. Assim, as experiências do adoecimento ou da soropositividade e suas implicações, estão distribuídas da seguinte forma:

- O conhecimento da condição de portadoras do HIV quando elas (as mulheres) adoeceram;
- O conhecimento da condição de portadoras do HIV quando os parceiros adoeceram;
- O conhecimento da condição de portadoras do HIV na gestação;

- O conhecimento da condição de portadoras do HIV pelo adoecimento do filho.

Quando as mulheres adoecem...

Das mulheres entrevistadas sete tiveram a revelação do diagnóstico quando apresentaram algum tipo de adoecimento. Nem sempre as manifestações da doença foram as que desencadearam de imediato a solicitação da sorologia. Em alguns casos os exames só foram solicitados após vários agravamentos. A dificuldade dos profissionais em solicitarem exames de HIV pode ser uma das vulnerabilidades programáticas em que mulheres casadas ou com parceiros fixos vivenciam no âmbito dos serviços de saúde.

A lembrança do momento da revelação foi referida como “o momento do medo e do sofrimento”. O sentimento de “medo”, este estava associado, primeiramente, ao desconhecido, aquilo que viria pela frente e as conseqüências do diagnóstico, sobretudo pelas relações conjugais e familiares. A menção “sofrimento” destacou-se pelo modo inadequado em que ocorreu a revelação do diagnóstico pelo profissional.

O medo do desconhecido, a ameaça que representou e ainda representa para a sociedade, fez com que a infecção por HIV gerasse grande estigma e discriminação. A “morte social” pode preceder a qualquer condição de risco de vida em termos biomédicos, como bem apontam Couto, Schraiber e Ayres (2009). Tal situação em muito agrava o adoecimento e as necessidades de ampliação do leque de competências práticas que essas mulheres devem criar em seu enfrentamento.

As crenças naturalizadas sobre a aids como a idéia de pertencer somente a determinado grupo de risco nortearam práticas baseadas em grupos específicos. Isso tornou invisível a vulnerabilidade histórica de gênero das mulheres casadas ou em relacionamentos estáveis, o que contribuiu para disseminação da infecção neste e em outros segmentos populacionais. As mulheres entrevistadas reproduziam este mesmo

pressuposto, chegando a não acreditar no resultado do exame porque se diziam não pertencentes a um “grupo de risco”.

Nas narrativas das mulheres “os medos da revelação” foram referidos pelos questionamentos que emergiram no momento do diagnóstico, sobretudo, em decorrência das reações dos parceiros:

- O medo da reação violenta do parceiro ao revelar o diagnóstico:- *Ele vai me matar!*
- O medo do parceiro fazer o exame: - *E se o exame dele der positivo? e se for negativo?*
- O medo de terem infectado seus filhos: - *E se eu infectei o meu filho? O que ele vai fazer?*
- O medo da doença: *E se eu morrer? Quem vai ficar com meus filhos?*
- O medo do preconceito que poderiam vir a sofrer: - *E agora, como dizer isto para os outros? O que vão pensar de mim?*

Diante destes questionamentos e dúvidas, as entrevistadas referiam que a experiência do diagnóstico partindo de um exame realizado pela mulher, exige mais justificativas sobre a infecção do que para os homens. Neste sentido, a representação de gênero está bem vinculada à dupla moral sexual, pois há a noção de que, dada a grande liberdade sexual masculina, a infecção por via sexual seria mais aceitável para os homens, do que para as mulheres. A desigualdade de gênero estaria na impossibilidade de encontrarem explicações imediatas, pois se nomeavam mulheres de vida sexual “controlada” ou “regrada”, ou em seus próprios termos “*honestas e fiéis*”. Estes argumentos exigiam das mulheres um tempo maior para as elaborações sobre a soropositividade e até mesmo coragem diante da revelação do diagnóstico para repassarem este resultado a seus parceiros ou familiares.

Portanto, as dificuldades em revelar o diagnóstico ao parceiro e o tempo atribuído a isto, contribuíam para o acompanhamento tardio de suas

necessidades de saúde, fazendo com que, em alguns casos, adiassem ou ocultassem a busca pelo tratamento nos serviços de saúde especializados. Tais questões também as preocupavam devido à necessidade de orientar o parceiro a realizar o exame e a urgência ou oportunidade de tratamento, caso tivessem sorologia positiva.

Teve uma época que eu ficava sempre doente. Não sabia o que tinha, mas me sentia mal. Tinha febre, diarreia, mal estar, não conseguia comer. Eu estava com este meu marido ainda, e não me sentia bem (...) como a relação era muito difícil também não contava nada pra ele (...) até que fui num pronto socorro e me falaram que era bom eu fazer um exame de aids (...) quase morri ali mesmo (...) E o medo que eu sentia... o que que eu ia dizer pra aquele homem! (Rosana)

Eu descobri o HIV na gravidez da minha filha, quando fui fazer o pré-natal, até porque não me sentia bem e já fazia um bom tempo (...) Eu fiquei com muito medo, porque eu não tinha idéia de como poderia ter pego, porque a mulher sempre tem culpa de alguma coisa. No momento eu me preoquei com o bebê, mas confesso que a maior preocupação era de contar pra ele porque o que eu ia dizer? E o que ele ia fazer comigo? Ele vai ter que vim no médico também... ele não vem! Apesar de achar... achar, não; eu tenho certeza, que foi ele que me contaminou, eu tinha medo da reação dele. Levei uns 3 meses pra contar, já tava bem barriguda. Nossa! Foi uma briga, ele me espancou, deixou minhas pernas toda roxa e só fez o exame bem depois que ele já tava doente...(Paula)

Do ponto de vista da vulnerabilidade programática, entende-se essa experiência do adoecimento, tal como narrada pelas entrevistadas, pelas dificuldades e constrangimentos em lidar com o diagnóstico no momento de seu conhecimento. Isto se constitui em um “sofrimento” para as mulheres e uma necessidade de cuidado mal suprida pelos serviços, ou seja, na revelação do diagnóstico, essas mulheres sentiram que o serviço não ofereceu suporte adequado para o enfrentamento da doença.

O Ministério da Saúde preconiza que os profissionais da saúde, ao revelarem o diagnóstico do HIV, especialmente quando positivo, ofereçam apoio emocional e orientações que ajudem a amenizar a ansiedade e esclarecer as dúvidas. Dentre essas orientações, destacam-se: a diferença entre o HIV e as manifestações da Aids, a disponibilidade do tratamento e sua oferta pelo Sistema Único de Saúde e os cuidados para evitar a possibilidade de transmissão vertical do HIV, além das orientações quanto a adesão à quimioprofilaxia (MS, 2006).

A prática denominada aconselhamento⁹ sorológico desempenha um papel fundamental no contexto da epidemia da aids e se reafirma como uma tecnologia de cuidado estratégico para o momento da revelação do diagnóstico do HIV e na promoção da integralidade na atenção à saúde. O trabalho no campo da aids tem, por um lado, demonstrado a falência do modelo técnico-científico-normativo, prescritivo e coercitivo – que é insuficiente para atender as necessidades das pessoas que vivem e convivem com a aids. E, por outro lado, tem revelado o quanto ainda faltam respostas no cotidiano dos profissionais de saúde, nos diversos setores. O aconselhamento é uma tecnologia estratégica, que favorece o emergir de respostas indispensáveis para o processo de cuidado à saúde, à medida que o profissional estimula a autonomia e possibilita a escuta. (Ministério da Saúde, 1998).

No entanto, as mulheres que tiveram seus exames realizados no momento em que adoeceram, relataram que nos serviços de saúde em que estiveram, a revelação de seus diagnósticos ocorreu de maneira pouco

⁹ Aconselhamento é uma ação em saúde que tem por princípio um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário do serviço de saúde. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. Especialmente no âmbito das DST e HIV/aids, o processo de aconselhamento contém três componentes: apoio emocional; apoio educativo, que trata das trocas de informações sobre DST e HIV/aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco. (Ministério da Saúde, 1998)

acolhedora e com evidentes falhas de aconselhamento, conforme depoimento abaixo.

Saiu um carocinho no meu pescoço, em 2003, achei esquisito... Eu tava casada com ele... E eu achava esquisito, tinha dor, um incômodo e fui procurar um médico de cabeça e pescoço... que pediu alguns exames... Fui a consulta pra pegar o resultado, assim que ele leu o exame ele afastou a cadeira e eu não entendi nada, sabia que ele tinha pedido vários exames, mas não sabia do exame do HIV, mas aí quando ele leu os exames ele se afastou de mim bruscamente, empurrou a cadeira e disse: - mas também a senhora é HIV positiva! E aí eu disse pra ele: - eu sou? Aí ele percebeu que eu não sabia, porque o tom da voz dele é de quem achava que eu sabia e que não tinha dito nada pra ele... Aí foi aquele choque! A minha mãe tava junto e a minha filha mais nova, eu comecei a chorar... Fiquei desesperada... HIV naquela época ainda era pegou – morreu...Cheguei em casa e fiquei quieta... levei um tempo pra procurar um infectologista do convênio ... criei coragem e fui! A médica falou que ele (o marido) tinha que fazer o exame também, mas eu não tinha coragem de contar pra ele... porque além de eu ter que contar que eu tinha AIDS, eu teria que falar que ele também tinha que fazer o exame!... Uma coisa é a doença só sua; a outra é ter que lidar com a do outro... Eu pensava: - ele já me bate, se eu falar uma coisa desta, ele me mata! (Maria)

Dessa fala pode-se depreender, ainda, outras questões e aspectos da vulnerabilidade programática. Parece haver, em geral, na assistência prestada nos serviços de saúde, uma dificuldade na orientação dos profissionais, nas competências requeridas pela medicina de entendimento de que o portador de doenças crônicas tem que se valer do cuidado de si e também de outros, bem como de todas as esferas de questões que cercam a vida prática das pessoas portadoras (Cyrino, 2009). Políticas públicas para o tratamento e controle do HIV/Aids, já mostram grandes avanços na direção de qualificar a atenção à saúde das pessoas, ao introduzir a estratégia do “aconselhamento”. Mas, à medida que este não se qualifica no cotidiano dos serviços, a grande distância entre as competências requeridas e as efetivas volta a se estabelecer, deixando aos portadores de HIV/Aids, como

atribuição solitária e sem suporte cuidador, a criação de suas próprias competências efetivas no cuidado de si e de outros.

Quando os parceiros adoecem...

O conhecimento do diagnóstico em decorrência do adoecimento do parceiro foi relatado por cinco entrevistadas.

Este modo de conhecer a sorologia para o HIV por mulheres tem sido considerado em outros estudos. Braga et al (2007) ao pesquisar 1229 pacientes apontou que 36% das mulheres realizaram o exame anti-HIV em decorrência da soropositividade de seus parceiros e 12% durante o pré-natal. Em outro estudo realizado em treze municípios brasileiros, com 1777 mulheres com diagnóstico positivo para o HIV, revelou que 24,7% das mulheres conheceram o diagnóstico pelo adoecimento de seus namorados ou parceiros, 24,6% porque ela apresentou algum sintoma, 19,6 % durante o pré-natal e 12,7% por vontade própria. (Santos, 2009)

Tais informações indicam dificuldades no reconhecimento de suas vulnerabilidades, tanto no caso de homens quanto mulheres, já que os exames nem sempre são realizados pela busca espontânea.

Do conjunto de vinte mulheres entrevistadas neste estudo nenhuma referiu ter realizado o exame por iniciativa espontânea, mesmo nos casos em que sabidamente os maridos tinham outros relacionamentos. A baixa percepção de risco tem implicações importantes para o cuidado em saúde, sobretudo do ponto de vista clínico, como é o caso do diagnóstico tardio, o que contribui para o adoecimento. Outro fato diz respeito ao aspecto epidemiológico, pois o não conhecimento da sorologia pode favorecer a transmissão do HIV (Santos, 2009).

A falta de motivação para a investigação do diagnóstico para o HIV está relacionada a um conjunto de fatores, entre eles, as questões relacionadas aos papéis tradicionais de gênero, sobretudo, na situação de conjugalidade estável, considerada pelas mulheres fator protetor; e as

questões programáticas, sejam pela fragilidade nas orientações, em especial as relacionadas à violência sexual, ou as do acesso ao diagnóstico. A ausência da procura espontânea pelo teste anti-HIV nos relatos das mulheres, confirma que dificuldades no reconhecimento de vulnerabilidades são fatores decisivos pela não realização do exame para detecção precoce do HIV, constituindo-se em barreira para o controle da epidemia e para o cuidado em saúde.

As entrevistadas expressaram o sentimento de “raiva” do parceiro quando revelado o diagnóstico pelo adoecimento dele. Tal fato confirmava a suspeita das mulheres em relação ao sexo fora do casamento, o que despertava certa inconformidade na fala delas, alegando que além da “vida difícil”, dado o comportamento agressivo dele, se sentiam injustiçadas pela possibilidade de terem se infectado e possivelmente aos filhos.

A condição de saúde do parceiro comprometia o cuidado da saúde das mulheres, pois as necessidades dele eram consideradas como prioridade, já que apresentavam importantes adoecimentos. Acreditavam que neste momento, em que eles necessitavam dos cuidados dela, um certo poder lhes era atribuído, uma vez que a dedicação para a melhoria da saúde do parceiro poderia ser uma forma de reconhecimento do seu valor. Em contrapartida, em alguns momentos, deixavam de cuidar-se ou adiavam o acompanhamento de sua saúde.

Ele teve várias mulheres de cabaré. Eu achava que não tinha traição, pelo jeito dele, mas ele me traiu... Uma vez eu peguei ele com uma revista que falava sobre “ bonecas adotadas” – eram homens que procuravam homens... Eu acho que ele gosta de travestis... Sei que durante 3 meses ele ficou muito doente. Tinha muita febre e diarreia, mas ele estava se tratando com um médico. Eu me lembro que ele pedia para que eu doar sangue... acho que ele queria saber do exame e não tinha coragem... até que um dia o médico pediu o exame pra ele, e veio o resultado positivo, ele ficou desesperado e pedia pra eu ficar com ele... dizia que me amava! Ele me bateu tantas vezes... agora diz que me ama! Mas eu achava bom ele ficar se humilhando pra mim! (...) aí eu fiz o exame e deu positivo... no começo eu fiquei com muita raiva dele, depois fiquei muito

triste... cuidei dele porque fiquei com medo dele se matar... como ele ficou muito doente eu não tinha condições de me cuidar... e isto não foi bom pra mim (Rita).

Quando na gestação surge o adoecimento...

O diagnóstico revelado na gestação, por ocasião dos exames de pré-natal, foi referido como o “pior” momento na vida das mulheres. Na fala das entrevistadas que tiveram conhecimento da sorologia no pré-natal, esta revelação foi considerada como a mais difícil de todas as outras, pois a existência do HIV passa a ser mais importante do que o estado da gravidez. Neste sentido, para as mulheres, a gestação passou a ser um período de espera, de expectativas pelo nascimento de um filho não infectado.

Como destacamos anteriormente o medo de terem infectado seus filhos e o sentimento de culpa foi recorrente nos depoimentos. Neste caso a experiência de ser portadora do HIV seguramente remetia ao estado da maternidade. A transmissão vertical, a exposição do bebê ao HIV durante a gestação e no momento do parto são fatores preocupantes para a mulher e para os profissionais da saúde que prestam assistência a estas mulheres. Estes fatores são complexos no caso da infecção, pois as mulheres têm que lidar com múltiplas preocupações, como as relacionadas ao seu acompanhamento para não infectarem seu filho, ao do bebê, ao dos outros filhos e ao parceiro.

Pode-se dizer que a estes fatores somam-se às questões de violência. Assim, a experiência do adoecimento nesta condição caracterizava-se como mais um aspecto das vulnerabilidades das mulheres, pois além de lidarem com a gestação no contexto do HIV passaram a lidar com a gestação no contexto da violência, também.

Outro fator relacionado à maternidade, diz respeito à amamentação. Embora não tivéssemos perguntado diretamente para as mulheres que tiveram seu diagnóstico na ocasião da gestação, sobre o que pensavam a esse respeito, uma vez que existe a recomendação do não aleitamento

materno, este impedimento foi relatado com certa indiferença ou tido como menos relevante do que as orientações relativas à transmissão do vírus aos seus filhos. Na fala das mulheres, seguir as orientações da não amamentação era considerado uma forma de proteção, de responsabilidade.

Em alguns relatos a pressão social pela amamentação era mais percebida por questionamento do grupo familiar, sobretudo as mulheres: mães e sogras.

As mulheres que tiveram sorologia reagente para o HIV na gestação, afirmavam que tomaram todas as medidas necessárias para evitar a transmissão vertical. Esta proteção do filho é vista por Moreno (2006), como uma ação que não objetiva apenas proteger o outro, mas também proteger a si mesma. Para este autor a adoção de medidas protetoras para a criança tem também o intuito de demonstrar responsabilidade no cuidado com o filho, de forma a ter uma chance de ser perdoada e aceita pela sociedade de modo geral.

(...) Eu fiz tudo direitinho, tomei os medicamentos, fui às consultas, fazia exames... ficava preocupada (...) meu filho nasceu de 7 meses, nasceu miudinho, ficou na incubadora e aí o médico foi lá falar com ele (marido) : - olha seu filho tem uma saúde ótima e falou do HIV e explicou, que tinha os anticorpos da mãe, que tinha que fazer tratamento e aí com 3 meses a criança ficou ótima, começou a engordar (...) ficou enorme sabe! Mas eu me cuidei...dava o leite certinho... o xarope! (Neiva)

Apesar de todas estas preocupações, a existência dos filhos sempre foi considerada para as mulheres entrevistadas, como a principal motivação para o cuidado de sua saúde, a razão para não desistirem da vida.

A experiência da revelação do diagnóstico na gestação e os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres vivendo com HIV e aids tem sido debatido ao longo dos anos e considerado um importante cuidado à saúde da mulher. As necessidades de estudos que compreendam as dimensões da maternidade neste contexto, incluem questões não só da pessoa que

vivencia a doença, mas o cuidado dos profissionais em lidarem com as demandas reprodutivas das mulheres soropositivas. Estudos atuais recolocam as discussões de direitos sexuais e reprodutivos em mulheres vivendo com HIV e aids não só os destinados à concepção, mas também os das escolhas reprodutivas (Villela, 2012).

Neste estudo, as questões da maternidade planejada ou o desejo de engravidarem não foram relatados pelas mulheres. A gestação surge como algo inesperado e o HIV também, pelo menos as mulheres assim identificavam. Portanto, não foram questões discutidas no âmbito dos serviços de saúde.

O surgimento da soropositividade para o HIV na fala das mulheres entrevistadas foi reconhecido pelas preocupações do cuidado na perspectiva da redução da transmissão vertical.

Eu engravidei sem esperar e aí fui fazer o pré natal e descobri que tinha o HIV, eu quase morri ali mesmo no Posto de Saúde. Fiquei pensando como isto podia estar acontecendo, o que ia fazer agora com este filho na barriga. Fiquei desesperada por causa disto e ao mesmo tempo com muito medo dele (o marido). – Sabe um filho é pra trazer felicidade, mas não pra quem descobre que tem aids – “ Deus que me perdoe!”... e ainda tinha que contar pra ele (o marido)... Fui pra casa e contei... claro que ele duvidou e ficou perguntando o que eu tinha feito. Foi uma briga horrível! Depois de uns dias ele foi fazer o exame e deu positivo também. Há 20 anos que eu estou com este homem e nunca tive mais ninguém e ele que me traiu várias vezes e vem me acusar... eu quis morrer de tristeza e de desespero, mas não desisti por causa do meu filho que estava na barriga, eu só pensava nisto...Eu tenho certeza que só me cuidei porque estava grávida e passei nove meses com tanto medo de contaminar o meu filho... é horrível esta sensação (Leia).

Quando o filho adocece...

Na história de Neiva, a soropositividade pelo adoecimento e morte do filho foi, por ela, considerado o momento em que a vida mudou. As palavras “inesperado” e “pega de surpresa” foram expressivamente relatadas pelas

mulheres que também estiveram nesta situação. Tais expressões foram referidas diante da afirmação de um exame contrário quando afirmavam também, terem realizado o pré-natal na gravidez destes filhos. Assim, a perplexidade diante do fato foi considerada o marco das mudanças na conjugalidade.

Na fala destas mulheres a menção da violência do parceiro foi expressa de forma mais enfática do que o diagnóstico ou mesmo a perda dos filhos. Referiram sofrimento diante desta questão, mas a ênfase estava dada na mudança da vida conjugal.

A partir do adoecimento dos filhos importantes dificuldades surgiram nas relações com o grupo familiar, e não só com o parceiro. A violência para estas mulheres passa a ser verdadeiramente identificada a partir da revelação da soropositividade dos filhos e obviamente a dela. Embora em seus relatos a existência de dificuldades no comportamento do parceiro tenha sido considerada desde o início do relacionamento - ***“...e ele gritava, era ignorante, estúpido com a gente, muito ciumento, sempre foi muito difícil conviver com ele...(Neiva)*** - o reconhecimento de atos agressivos só se deram por ocasião desta revelação da soropositividade dos filhos, sobretudo, porque para algumas mulheres os atuais parceiros tiveram resultados negativos para o HIV. Assim, o conhecimento de sua própria infecção, por meio do conhecimento da infecção dos filhos, desencadeia o reconhecimento de vivências de desqualificações ou agressões físicas como experiência de violência.

Considerando a soropositividade e as relações familiares, a revelação do diagnóstico parece desencadear questões para além das fronteiras físicas de seu corpo doente; um mundo carregado de preconceitos se apresenta a partir das representações dessa doença na vida das pessoas, suscitando impressões positivas e negativas, tanto sobre a doença quanto a vida com a doença. Ocorrem aproximações e distanciamentos antes não esperados, por ser agora uma pessoa portadora do HIV. Embora o segredo da sorologia tenha sido recorrente na fala das mulheres, a não revelação de sua condição ao conjunto de pessoas de sua convivência dava-se por

considerarem uma forma protetora de suas relações, uma não exposição a julgamentos, seja pela dúvida que se instala sobre suas condutas morais e de mulheres sérias, casadas, ou pelo comportamento do parceiro.

O segredo, como forma de ocultamento da doença entre os familiares, pode também estar relacionado aos medos com que a família se depara diante da experiência de ter um dos seus integrantes acometido pela AIDS, surgindo o silêncio como uma necessidade da família proteger-se, criando um ambiente de normalidade em torno de si. Esse comportamento, no contexto da aids, deriva de sentimentos, que surgiram nas falas, de vergonha, culpa, humilhação e medo, principalmente no caso da mulher em relação à condição de mãe. Neste sentido, tanto a AIDS, quanto a violência assemelham-se na manutenção do segredo e do silêncio em torno às situações vividas, o que pode significar que se reforcem mutuamente na condição das entrevistadas, implicando sérias vulnerabilidades na busca para o cuidado.

Até 1990, de acordo com Bor, Miller e Goldman (1993), os estudos sobre as implicações psicológicas e sociais do HIV e aids focalizavam o indivíduo, mas já indicavam certa tendência à investigação do impacto da doença no sistema familiar. Tais necessidades investigativas foram influenciadas pela própria trajetória da epidemia e os impactos por ela provocados, principalmente pelo estigma social, com a comunicação e revelação do diagnóstico, pelas respostas ao adoecimento e pelas alterações na estrutura e nos papéis familiares que a doença acarreta. Estes autores salientam que em outras doenças crônicas, há o reconhecimento da participação e do apoio da família e da rede social da pessoa acometida pela doença.

No caso do HIV, Moreira (2002) mostra que a revelação do diagnóstico pode contribuir para rupturas ou fortalecimentos das relações, dependendo das características dos relacionamentos prévios ao diagnóstico. No caso das entrevistadas, a presença do HIV potencializou situações violentas e suscitou a falta de apoio familiar ou dificuldades de convivência pós - diagnóstico.

Quando minha filha tinha 10 anos ela começou a ficar muito doente. Eu levava no pediatra e ninguém sabia o que ela tinha... cada hora eles desconfiavam de uma coisa... ela teve várias pneumonias, febre, diarreia e estava sempre doente... até que um dia pediram vários exames e o médico me disse que, só por protocolo, ele ia pedir o de HIV. Bem, eu fiquei sossegada porque no pré-natal eu tenho certeza que pediram este exame e depois como poderia ser positivo se eu não tinha nada, não sentia nada... Hoje eu acho que o médico deveria ter pedido primeiro o meu exame e depois da minha filha... Quando voltei pra consulta dentro da sala dele (refere-se ao médico) tinha umas três funcionárias, enfermeira, assistentes social, psicóloga... bem de cara eu levei um susto e pensei: - deve ter algum problema! E foi aquele susto, desespero, e inconformismo quando ele me falou! Quando falei pro meu marido ele quase me matou... me deu dois tapas na cara, me xingou e já foi me acusando... além de achar que peguei de alguém durante o casamento ele também duvidou que eu tinha feito o pré-natal da menina... Claro, porque ele não me acompanhava em nada, como não me acompanha no tratamento nem da menina e nem do meu... e pra “ajudar” o exame dele deu negativo, ainda bem que dos outros meus filhos também deu negativo...A família dele nunca mais falou comigo, porque é lógico que ele me obrigou a contar, só pra me humilhar (...) as irmãs dele não vêm mais na minha casa...mas quando eu encontro na rua ou em algum lugar e às vezes por telefone elas me xingam de aidética e de uma mãe irresponsável... isto me dói muito! (Andrea).

Assim, as experiências do adoecimento das mulheres relacionam-se ao modo como o HIV surge em suas vidas e o que este evento repercute em seus relacionamentos e no modo de resignificar as relações sociais. Diversas expressões da vulnerabilidade individual, programática e social podem ser identificadas, destacando-se a condição materna, em que por ela e para ela, as mulheres dão significados ao seu adoecimento e ao seu cuidado.

3.2.3 Ecos do cuidado: os desafios de conviver com HIV e com a violência

O diagnóstico do HIV na vida das entrevistadas foi o momento não só do contato com a doença, mas de desvelar situações de violência a partir das suas concepções e contextos de vida, como já mencionado. É a partir destas representações que as entrevistadas identificavam o modo de se situarem na vida, seja no enfrentamento do HIV como no da violência. Veremos a seguir como se dão ambos os enfrentamentos, abordando diretamente o modo como as entrevistadas percebem e falam sobre esse cuidado com a saúde, o que implica não somente o seu cuidado, mas o de seus filhos e de seu parceiro.

Cuidar de si para cuidar do outro

Como vimos anteriormente a condição de mãe, em qualquer forma de conhecimento do diagnóstico, é entendida como a principal motivação para o cuidado das mulheres entrevistadas; é, por exemplo, nesta perspectiva que elas compreendiam as necessidades e a importância da adesão ao tratamento. É esta condição de cuidadora também, que as restitui novamente como mulheres dignas, colocando-as acima de qualquer suspeita, seja pelo controle da transmissão do HIV na gestação – demarcando que havendo a infecção esta seria em decorrência do comportamento do outro (no caso do parceiro) – ou caso houvesse a confirmação da infecção do filho, ela seria uma mãe cuidadora.

Parece que a maternidade é encarada como o amor incondicional, um dever, para essas mulheres – **“tudo pelos filhos”** – tema este explorado na discussão sobre o “Mito do amor materno”, de Elisabeth Badinter em 1980, em que questiona e reflete sobre o amor materno como uma condição instintiva que foi, e parece que ainda é, considerada quase que um

determinismo do ser feminino. Badinter em seu livro "Um amor conquistado: O mito do amor materno", (1985), questiona e discute tais afirmações ao fazer uma trajetória histórica sobre os conceitos do amor de mãe para com os filhos. O excerto do livro de Badinter reproduz a idéia explorada pelas mulheres entrevistadas e suas expectativas de cuidado.

Essa insistência geral em falar de "deveres" da mãe tende a mostrar que as coisas não caminhavam bem por si mesmas. Por mais que se afirmasse por toda parte que "o coração da mãe é um abismo insondável de ternura, de devotamento e de sacrifício, etc." essas palavras eram sempre completadas por outras, mais normativas e imperativas. Enunciava-se uma longa lista de deveres a que nenhuma mãe devia se furtar. Prova, sem dúvida, de que a natureza precisava ser solidamente respaldada pela moral! Contrariamente aos seus contemporâneos, que pensavam que o devotamento materno era a única possibilidade de felicidade para a mulher, Paul Combes lançou uma advertência mais franca às suas leitoras: "Mesmo aquelas que desempenharam a sua missão na terra com a mais rara perfeição, não devem sempre esperar obter aqui embaixo as alegrias que tinham podido esperar de sua abnegação". Esse texto tem o mérito de pôr fim ao mito da felicidade feminina no sacrifício, e de substituir claramente o tema do instinto pelo da moral. Em seguida, utilizando o vocabulário religioso, ele mostra que os sofrimentos da maternidade são o tributo pago pelas mulheres para ganhar o céu. A dolorosa virtude materna é paga a longo, longuíssimo prazo. Paul Combes, como todos os moralistas crentes, percebia perfeitamente que o sacrifício de si, mesmo feminino, não era natural e que era preciso prometer uma recompensa sublime para que as mães aceitassem fazer calar seu egoísmo a ponto de se esquecerem tão completamente quanto se lhes exigia. Essa interpretação predominou no século XIX: adquiriu-se o hábito de falar da mãe e de suas funções em termos místicos. Afirmava-se com o mesmo ardor que o sacrifício materno estava enraizado na natureza feminina e que a boa mãe era uma "**santa**" (Badinter, 1985, p. 268).

Cuidar-se é preocupação que surge com a doença, diante de suas conseqüências e reordenando expectativas de futuro. Mas é, no caso destas mulheres, exclusivamente, pautado pela preocupação com os filhos, tal qual já considerado a propósito da violência conjugal e as justificativas da

manutenção da família. São por eles, também, que retomam ao tratamento, quando têm dúvidas sobre o quanto manter a adesão ao projeto terapêutico.

Eu só tenho vontade de cuidar da minha saúde por causa dos meus filhos. Eu acho que já vivi o que tinha que viver... uma vida sofrida e não quero que os meus filhos sofram por mim... então vou me cuidando por causa deles. Eles são a minha alegria, a minha vontade de levantar todos os dias, tomar o meu remédio e pensar que preciso daquilo pra ver os meus filhos crescerem... tudo o que faço e que agüento é pelos meus filhos (Paula)

Por outro lado, chama atenção a força que a relação mãe –filho pode ter quando estes são mais acolhedores da situação materna do que outro adulto, como é o caso do parceiro. É o que vemos no relato abaixo em que pelo amor da filha, a entrevistada recobra a vontade de tratar-se.

Quando ela (a filha) me viu jogando a medicação fora– ela disse: Mãe você vai jogar fora porque não precisa mais? – Eu falei que precisar eu precisava, mas só que não queria tomar mais... ai eu deitava e ela me acordava com um copo de água toda a noite pra eu tomar o remédio, então toda noite ela fazia isto. Toda noite ela vai lá e pergunta: - mãe você já tomou o remédio? Ai eu pensei: - se as minhas filhas estão interessadas em cuidar de mim eu tenho mais é que me cuidar. E eu retomei ao meu tratamento e to tomando direitinho e voltei a passar na médica também (Lucimara)

O cuidado do outro

O (des) cuidado com saúde do parceiro era fator preocupante para as mulheres entrevistadas e mais um componente para os conflitos conjugais.

As mulheres argumentavam que os parceiros não aderiam ao tratamento porque não acreditavam na soropositividade, duvidando do

resultado do exame, principalmente, por não se sentirem doentes, no caso dos assintomáticos. O receio do uso de muitos medicamentos também foi mencionado como uma das dificuldades dos homens. Tais questões influenciavam no cuidado da saúde das entrevistadas, sobretudo no início da terapia antirretroviral, pois muitas vezes os efeitos dos medicamentos causavam incômodos e os parceiros as motivavam a interromper, alegando desnecessário e prejudicial para a saúde.

A adesão ao tratamento tem sido tema de estudo entre os pesquisadores e de discussão entre os profissionais, nos serviços de saúde, principalmente, após 1996 quando foi introduzida a terapia antirretroviral no Brasil. A adesão ao tratamento para o controle da epidemia e melhora na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e aids constituem-se hoje como grandes desafios para o controle dos adoecimentos e mortes por aids.

Melchior (2007), em estudo sobre os fatores que comprometem o sucesso terapêutico, indica que fatores sociais e estilo de vida têm sido importantes argumentos relacionados às dificuldades no acompanhamento contínuo das pessoas portadoras de HIV, assim como a crença negativa nos antirretrovirais.

Outra dificuldade considerada pelas mulheres no cuidado da saúde dos parceiros é a crença de que os homens não se cuidam mesmo, sendo este um atributo natural do masculino, e por isto não gostam de medicamentos e tampouco de freqüentarem os serviços de saúde. Assim, nos discursos das mulheres, os estereótipos de gênero moldados socialmente e indicam como a construção social das masculinidades dificulta o bom cuidado da saúde dos homens (Schraiber e cols, 2010b).

A falta de cuidado dos parceiros, que interfere no cuidado das mulheres, também está na negação do uso do preservativo, o que remete às dificuldades na prevenção secundária. Na fala das mulheres esta questão foi recorrente e relevante para o cuidado não só no tratamento do HIV, mas de outras doenças como o HPV. As dificuldades com o uso do preservativo foi relatado como questão de difícil condução para estas mulheres, pois desencadeiam problemas de diversas ordens, como os:

- do comprometimento no tratamento das doenças
- das relações conjugais: vivência da sexualidade, o sexo forçado, a violência.

Estas preocupações com as dificuldades do uso do preservativo estiveram presentes nos relatos das mulheres com parceiros com sorologia positiva ou negativa para o HIV. Portanto, as manifestações das mulheres em relação ao preservativo é que este é também mais um problema a ser enfrentado quando surge o HIV em suas vidas, não só pela transmissibilidade, mas para a vivência da sexualidade.

No caso dos parceiros sorodiferentes, a diminuição no desejo sexual esteve presente na fala das mulheres. Acreditam que os parceiros desconfiam do preservativo como um método seguro contra a infecção sexual do HIV, o que contribui para o afastamento dos mesmos. Por vezes não conseguem usar o preservativo e preferem não ter vida sexual com elas.

Outro argumento que surge é quando o parceiro também é soropositivo e por esta condição não entende porque deveria usar o preservativo.

Estas dificuldades eram enfatizadas pelas mulheres como falta de orientação do parceiro, por não comparecerem ao serviço de saúde ou por não acreditarem nas orientações delas. Para alguns parceiros, segundo as entrevistadas, o uso do preservativo, mesmo no contexto do HIV, ainda tem certa representação de infidelidade nas relações conjugais.

A falta de hábito do uso da camisinha e a mudança “obrigatória” para o uso sistemático também interferia nas relações afetivo-sexuais, tanto de parceiros soropositivos como de soronegativos.

Sabe-se que em casais sorodiferentes o uso do preservativo em todas as relações sexuais é uma condição necessária para evitar a transmissão sexual do HIV entretanto, pode-se perceber que as concepções negativas e de resistência dos homens ao uso do preservativo independe da condição

sorológica da parceira, o que constitui em importante aspecto da vulnerabilidade das mulheres e deles próprios.

Além disso, as mulheres se deparam com a dificuldade de convencerem seus parceiros quanto ao uso do preservativo pela questão da violência instituída.

(...) O HIV atrapalha porque eu fico assim... constrangida na minha vida sexual com ele. Ele quer fazer algumas brincadeiras sexuais e eu não aceito, né! Eu até tenho vontade, mas ele não quer usar a camisinha, então eu tenho medo... a minha vida mudou sexualmente... Nós até tínhamos uma vida sexual boa, prazerosa... mas mudo. Ele não quer usar camisinha e mudou né! E quando me lembro das coisas que ele fazia assim, embora ele não fosse violento assim... so verbalmente, mas eu tinha uma vida sexual assim prazerosa...mas depois da doença mudou tudo, porque eu fico lembrando que ele me maltratada e ai eu não consigo, também! (Senilza).

Ele reclama, mas eu falo que tem que usar a camisinha... porque agora eu vi que não pode. Mas eu sempre levo a camisinha, mas ele é que não queria usar... e ele sabe que foi ele que me passou e ainda não quer usar a camisinha ...Outro dia eu até pedi para o médico escrever uma cartinha para ele, porque o vírus dele é mais forte do que o meu e se não usar camisinha eu posso ficar mais doente (Carmem).

Diante das dificuldades do uso do preservativo masculino, pelos parceiros, e as preocupações com o cuidado, perguntamos sobre o uso da camisinha feminina, já que ela amplia os métodos disponíveis de barreira para as infecções transmitidas sexualmente, o que seria outra opção. Constatou-se que o uso deste insumo é pouco utilizado pelas mulheres, que apontavam dificuldades na colocação, incômodo durante o uso e desaprovação do parceiro. Opiniões sobre a camisinha feminina ser “esquisita” também foram referidas, assim como a pouca divulgação dentro dos serviços de saúde.

O cuidado das Instituições de saúde

A dinâmica da rede de relações perpassa as questões do processo saúde-doença das pessoas soropositivas. O acolhimento ou não do doente, a aceitação maior ou menor do soropositivo, a aproximação e o distanciamento de pessoas dependem de vários fatores que podem estar ligados a situações que ocorreram antes da doença.

Vimos que a revelação do diagnóstico explicita diferentes conflitos nas relações familiares e conjugais, provocando de oscilações à rupturas destas relações ou novas concepções da vida amorosa. Vimos também que o momento do diagnóstico tem diferentes representações, mas expressam que o cuidado da saúde se dá pelas preocupações com o outro e, é nesta condição que se relacionam com o cuidado.

Na relação do cuidado das instituições de saúde para com as entrevistadas, de modo geral, as falas das mulheres eram muito positivas, indicando que se sentem cuidadas e acolhidas pelos profissionais dos serviços especializados.

A maioria das mulheres relatou que o acompanhamento do HIV nos serviços especializados oferece aos pacientes um tratamento “amigável” o que consideram ser de boa qualidade. Referiam que além dos exames e medicamentos, os serviços também oferecem atividades educativas com vistas ao cuidado da saúde das pessoas em acompanhamento.

(...) colaborou muito pra eu sair daquela situação... colaborou muito e eu acho que se eu não tivesse vindo aqui eu não sei o que eu teria feita né! Provavelmente se eu não tivesse vindo aqui pra falar com a médica, com a psicóloga e até mesmo com as meninas da copa, talvez eu nem voltaria mais... vai saber como é que eu estaria hoje... pra mim o serviço aqui é fundamental pra gente se sentir melhor ... (Neiva)

A boa relação com os profissionais não garante a abertura para expor suas situações de violência, relataram as mulheres, mas é fundamental para o acompanhamento do HIV. Consideram que os profissionais médicos, assistentes sociais, enfermeiros ou mesmo os de apoio, como copeiras e o pessoal da área da limpeza são muito importantes para o cuidado de sua saúde, indicando que a qualidade do serviço depende também das relações de confiança entre as mulheres e os profissionais em geral. Acreditam que isto depende muito do tempo de tratamento e frequência ao serviço, assim como do perfil dos profissionais.

No relacionamento com os profissionais dos serviços consideram que o vínculo é o principal fator para o cuidado da saúde, mas só ele, necessariamente, não as motiva para falar sobre as violências. Portanto, nem só a boa relação e nem só o vínculo garantem a discussão sobre as violências vividas pelas mulheres, mas a capacidade de escuta, de abertura e da facilidade do profissional em provocar esta discussão. Tais colocações foram referidas porque, as mulheres, relatam muitas dificuldades em tocar neste tema, espontaneamente, sobretudo pela vergonha.

Outras mulheres relataram que não falaram de suas vivências em situações violentas porque não gostam de falar sobre o assunto, e por isto não discutem nos seus atendimentos. Acreditam que o tempo é o melhor caminho para enfrentarem a violência. Falar da violência é lembrar de situações em que os profissionais de saúde não podem ajudar, então preferem não comentar.

Eu não gosto de lembrar disto. Tento encarar como um passado. Claro que a violência era um destino, mas tiveram coisas que eu tinha que passar mesmo. Eu nunca culpei ninguém por nada... mas eu não falei porque não quero lembrar e depois como tá lá no passado, ninguém vai poder me ajudar (Maria Ângela)

O perfil do profissional de saúde contribui para o diálogo e para abertura de outras necessidades, segundo as mulheres. Assim, relataram que não se fala tudo para todos os profissionais do serviço de saúde.

Com os infectologistas, falar de temas não relacionados ao HIV é mais difícil, alegam algumas mulheres, sobretudo porque eles direcionam o tratamento para os exames, não dando abertura para outros diálogos. Já as ginecologistas apresentam mais condições de esclarecimentos sobre suas dúvidas e abertura para outros temas, assim como com as psicólogas, referem as mulheres.

(...) não sei... quando venho aqui, ele (o infectologista) pergunta como é que tá o meu peso... sobre a minha saúde assim né! Não pergunta destes problemas né! E eu nunca encontrei muita brecha pra falar (Senilza).

(...) Não, eu não falei pra ninguém sobre este assunto (a violência) só agora que a ginecologista perguntou e falou sobre a sua pesquisa. Sabe o infectologista, o meu médico, a gente entra na sala, senta lá e ele não conversa, só fala do HIV (Rita).

A abordagem de temas não específicos do HIV e aids, pelos profissionais em seus atendimentos, na visão das entrevistadas, depende do perfil e da disponibilidade dos mesmos em abordar outros temas.

A experiência de violência na vida, tema central deste estudo, era o perfil das mulheres em atendimento nos serviços especializados em DST e aids. Como mencionado, tivemos muitas dificuldades na captação destas informantes, tanto que entre o processo de apresentação aos serviços, divulgação da pesquisa e o término das 20 entrevistas foram mais de 15 meses para a sua realização.

A invisibilidade da violência sofrida pelas mulheres nos serviços de saúde foi identificada concretamente, quando os profissionais não reconheciam mulheres com o perfil do estudo. Alegavam o desconhecimento

de pacientes com histórias de situações violentas por parte dos parceiros e por isto não tinham nomes para indicar. Numa estratégia sugerida pela pesquisadora, os profissionais começaram a perguntar às suas pacientes sobre as possíveis vivências de situações que consideraram violência, por parte dos parceiros afetivo-sexuais. Diante de respostas afirmativas e inesperadas de suas pacientes, estes profissionais ofertaram a elas, a participação no estudo. A estratégia do questionamento parece corroborar com as narrativas das mulheres ao referirem que, em certos casos, é mais fácil o profissional abordar o tema do que as mulheres espontaneamente relatarem.

Apesar da maioria das entrevistadas referirem que os serviços especializados oferecem um acompanhamento de qualidade para as pessoas vivendo com HIV, condutas consideradas inadequadas foram apontadas. Dificuldades com o processo de trabalho que considerem somente a dinâmica do vírus, certamente irão comprometer outros cuidados, inclusive os relacionados às situações de violência.

A referência das dificuldades no campo programático, relatado, suscitou reações comparativas com as dos conflitos familiares, principalmente em relação aos descréditos em serem cuidadoras, apesar de assim se colocarem em reconhecimento deste papel atribuído como uma das responsabilidades da mulher.

No relato de uma das entrevistadas, os profissionais de saúde duvidavam da administração de medicamentos à criança devido a falência do tratamento e conseqüentemente dos constantes adoecimentos de sua filha. As manifestações ao relatar os episódios vividos dentro do serviço de saúde e o modo como os profissionais a tratavam, suscitavam muita emoção e dúvidas na qualidade do serviço de saúde. A entrevistada afirmava que o “jeito” dos profissionais duvidarem de suas atribuições maternas, também se caracteriza como uma violência.

Nota-se que a questão do HIV em crianças promove uma série de preocupações das pessoas envolvidas com o diagnóstico, tanto pelos cuidadores/família como pelos profissionais de saúde. Além das questões

clínicas e controle da doença, certamente as emocionais também compõem o cenário do lidar com crianças vivendo com HIV e aids.

A vulnerabilidade social presente no viver de crianças com aids, entre outras questões, apresenta relação com o grau de comprometimento de seu familiar/cuidador no que se refere ao acompanhamento aos serviços de saúde e à administração dos antirretrovirais, pois disso dependerá o sucesso da adesão terapêutica e o prognóstico de saúde da criança.

O cuidado, neste caso, requer encontrar caminhos adequados para não aumentar ainda mais a vulnerabilidade da mulher e da criança, importantes desafios para o trabalho profissional e os serviços de saúde, pois ambas necessitam de cuidados. Assim, as mulheres falam de um “dever de mãe e também de um “dever de profissional”, pois a má condução deste pode resultar em falta de adesão ao tratamento, falhas terapêuticas, tanto da mãe quanto da criança”.

Quem são eles para duvidar da minha posição de mãe! Ficam duvidando que eu não dou o remédio para minha filha... Eu não tenho culpa se ela está sempre doente, que os exames dela sempre mostram algum problema (...) desde que eu descobri a doença eu só cuido desta menina, até porque o pai nem quer saber, então sou eu que levo ao médico, pra fazer exames,cuido em casa (...) sou em quem se vira para cuidar dela e aí ficam me chamando para conversar e perguntando, perguntando, na verdade ficam afirmando que eu não cuido dela direito e por isto agora ela tem que tomar o remédio aqui no posto, porque nenhum dos outros remédios estão fazendo efeito! Eu cuido sim da minha filha, ninguém tem o direito de duvidar disto (...) então violência também é isto, quando duvidam de uma mãe e ficam espalhando pelos corredores que eu não cuido dela! (Andrea).

As mulheres falaram que o cuidado das instituições para com as pessoas vivendo com HIV e aids, depende das condutas dos profissionais e estas foram classificadas como adequadas ou inadequadas. As boas relações entre os profissionais e usuários, assim como os vínculos de confiança promovem o cuidado em saúde.

Também consideraram as orientações disseminadas pelos serviços especializados, em forma de material visual disposto com informações nos serviços. Avaliaram isto como estratégia muito importante, pois o modo como se apresentam as informações interferem nas representações do viver com HIV. As comparações eram de que, ao contrário de outros serviços de saúde, os especializados no tratamento de pessoas vivendo com AIDS, estão sempre espalhando notícias sobre doenças e pouco sobre saúde.

Algumas entrevistadas relataram que o sentido negativo do HIV ressurgiu ao frequentarem as instituições de saúde, principalmente, porque há uma valorização da doença, estampada por medidas normativas, onde o destaque se volta somente para as necessidades de adesão ao medicamento, do cuidado com outras doenças e do uso de preservativos.

O HIV mudou muito a minha vida (...) tá sem sentido. Eu não gosto de estar aqui, de tomar remédio. A gente vem aqui e só vê cartaz sobre doença... é grupo de adesão... é use camisinha... é doença, para cá, doença para lá... Não tem nenhum atrativo, nada aqui faz com que a gente sinta vontade de viver, de se cuidar. Eu acho que é uma discriminação, uma violência com a gente. Eu sei que não tem nada de bom na aids, mas o serviço de saúde reforça esta ideia (Rita)

O tema violência nos serviços de saúde especializados, quando perguntado às entrevistadas em que os serviços poderiam contribuir para o cuidado da saúde de mulheres que vivem com HIV e aids e sofrem violência, as falas se dividiam: - as que consideravam que os profissionais de saúde nada poderiam fazer a respeito deste assunto, afirmando que a responsabilidade de “cuidar” da violência é só da mulher e que aquele espaço é para tratar das questões da aids; outras contrariam esta posição, dizendo que os profissionais dos serviços especializados poderiam contribuir muito com o cuidado delas. As recomendações se voltavam para os trabalhos com grupos de mulheres em que o tema fosse abordado, para facilitar a exposição do problema; outras se voltavam para a necessidade de uma assessoria jurídica, pois, acreditam que muitas mulheres não falam

sobre a violência para os profissionais de saúde por falta de informação, fazendo com que sofram e deixem de se cuidar.

Destaca-se aqui, que todas as mulheres entrevistadas relataram que em decorrência das situações de violência já deixaram de se tratar por diversas vezes e ao retornarem ao serviço de saúde encontravam-se bastante adoecidas. Dificuldades em falar, aos profissionais de saúde, os reais motivos da interrupção ou do desejo da desistência ao tratamento, foram referidas pelas mulheres.

(...) Eu acho que tem mulher que é capaz de largar o tratamento por causa da violência... porque eu acho assim, já sofre violência e tem a doença... ai é muito difícil mesmo e tem hora que abandona tudo... Então eu acho que o serviço de saúde devia fazer mais grupos específico para estas mulheres poderem falar... às vezes, quando uma fala a outra consegue falar também e assim todo mundo se ajuda (Marilene)

(...) É difícil falar de violência com qualquer pessoa, mas eu acho que os serviços de saúde podem ajudar muitas mulheres, é só fazer palestras, dar oportunidade das mulheres falarem sobre isto e dos profissionais de saúde também... poderia ter um pessoal aqui que falasse de vários assuntos, inclusive sobre os direitos das mulheres... isto é cuidar da gente também! (Cecília)

O cuidado e os projetos de vida

Retomando a idéia de Foucault sobre o cuidado de si como um modo de estar no mundo. A noção de cuidado compreendida pelas mulheres entrevistadas, tinha representações focadas num estado de mulher, designada pelas questões de gênero, em que o papel de mãe é a maior justificativa para se manterem vivas, independente de sua vontade.

Foucault (1985) ao tratar do o cuidado de si aponta-o como um modo de encarar a vida, de estar no mundo e de certa forma olhar para si mesmo, sendo essa uma das competências práticas do autocuidado em doenças

crônicas que também aparece no estudo de Cyrino (2010), como a capacidade de viver delimitando a doença e assim viver com ela, sem que a doença tome conta de todos os aspectos da vida e impeça que dela se tire qualquer satisfação ou esperança de bem viver. Ayres (2004) reforça esta idéia, chamando a atenção para a importância do projeto de vida que o sujeito elabora em torno de seu estar no mundo, para as questões implicadas no cuidado, quer da ótica do sujeito, quer da ótica do profissional que o assiste. O autor define este projeto como a busca por um bem viver dentro do melhor possível nas condições concretas de “estar-aí” no mundo; busca essa, a que o autor chamará de “projeto de felicidade”.

O projeto de felicidade é uma espécie de horizonte normativo imbricado na noção de cuidado. Ayres (2009) sustenta a idéia de que o projeto de felicidade permitirá compreender o que os sujeitos buscam dos profissionais e o que os profissionais têm a oferecer. Assim, o êxito técnico (Ayres, 2001) referido pelo autor, como a capacidade de identificar e executar intervenções instrumentais para o cuidado (na prevenção, tratamento, recuperação) só será efetivo à medida que o sujeito também compuser estas dimensões, assim se denomina o sucesso prático, como o modo das pessoas compreenderem suas vidas e o seu bem estar em saúde.

Conforme Ayres (2007):

A experiência da felicidade evidencia, com seu devir, outras possibilidades de apropriar-se da existência e, portanto, novas exigências para sua permanência. Ela convive o tempo todo com infelicidades – interesses negados, frustrações, obstáculos, limites, dores, angústias. É para a superação desses obstáculos que a felicidade vai apontando caminhos para a ação. Dito de outra forma, a felicidade é um valor construído com base em experiências concretas e fundamentais para a vida humana, mas sua concretude está mais no seu poder de nos tornar conscientes daquilo que vivenciamos como Bem do que na definição do que seja isso (Ayres, 2007, p. 55)

Já se apontou antes que para muitas mulheres entrevistadas esse projeto de vida se identificava, sobretudo, ao papel de mãe. Desta forma, estar no mundo, para estas mulheres, é em grande parte estar para o outro. Mas não só. O cuidar de si na perspectiva de projetos de vida futura dependia muito das condições de saúde, física e emocional, e este cuidar foi, sobretudo, entendido como suas atitudes e comportamentos relacionados aos exames e uso de medicamentos.

Receber o diagnóstico de HIV positivo, principalmente em algumas épocas da epidemia, era considerado uma “sentença de morte”, pelo menos esta era a representação social para o HIV. Porém, as mulheres relataram que mesmo com esta referência presente conseguiam se tratar e cuidar da sua saúde. Foram percebendo que era possível conviver com o HIV, desde que aderissem ao tratamento e ao acompanhamento de suas necessidades de saúde.

Achei que eu ia morrer em um ano, como não morri, pensei: - se eu não morri então vou viver! (Cris)

Diante disto buscavam melhores saídas para o enfrentamento do HIV e dos desdobramentos que a revelação do diagnóstico suscitava em suas vidas.

Dentre as saídas, algumas mulheres referiam que não deixavam de se tratar, mesmo quando estavam em situações “difíceis” com seus parceiros. Embora afetadas por vivências indesejáveis e conflituosas, continuavam a freqüentar o serviço de saúde e aderiam ao tratamento medicamentoso. Conforme já mencionado tanto os exames como os medicamentos têm uma representação muito significativa para o tratamento, são por eles as manifestações do estado clínico das pessoas vivendo com HIV e aids. Esta condição de saúde foi muito valorizada pelas mulheres e pelos serviços, uma espécie de orientação a ser seguida.

Eu estou bem... até me esqueço que tenho HIV. Tomo meus remédios, faço meus exames...claro que às vezes lembro que tenho... mas meus exames estão ótimos, então significa que

estou bem e depois sempre penso que isto acontece na vida de qualquer pessoa (Maria).

No entanto, o início do uso de antirretrovirais foi considerado um momento de fragilidade da sua saúde. A introdução do medicamento foi relatada como um dos momentos mais difíceis de ser portadora de HIV, sobretudo, para as mulheres assintomáticas. Alegavam que ao iniciar o uso de antirretrovirais tiveram o desejo de desistir do tratamento. O uso dos medicamentos era considerado pelas mulheres uma espécie de “termômetro”: é, portanto, por ele que avaliavam as condições de seu tratamento.

Outras mulheres relataram que após o diagnóstico de HIV passaram a ter mais cuidado com a saúde e mais comprometimento, enquanto seus parceiros não, chamando atenção ao contraste de comportamento. Davam ênfase a suas atitudes perante atitudes contrárias do parceiro, quando eles apresentavam resistência ao tratamento, despertando outras perspectivas de vida para as mulheres. Pareciam querer apontar para seu poder maior como sujeito da situação.

Neste sentido o fato de se comprometerem com o cuidado da sua saúde, aderindo ao tratamento, era valorizado por elas, pois induzia a idéia de certa autonomia, onde tratar-se independente do desejo do parceiro significava estar melhor do que ele e talvez viver mais do que ele.

Eu acho que eu “cresci” com o HIV (...) eu acho que o HIV foi como se eu, não posso nem comparar assim, mais eu acho que o HIV foi como quando eu tive a minha primeira filha, minha cabeça mudou! Eu era irresponsável antes dela e aí ela nasceu eu dormi e quando eu acordei era outra pessoa... aí eu era uma mulher...a cabeça totalmente diferente e com o HIV foi a mesma coisa, depois do HIV eu acordei... acordei e vi que eu era outra...mais responsável, mais madura, decidida querendo saber o que quer...hoje eu me cuido mesmo, quero estar bem e mostro para ele isto...(Sueli)

(...) Outro dia eu tomei o remédio errado e passei mal, com dor de estômago e passei o dia todo dormindo. E aí ele (o marido) já falou que estes remédios fazem mal e eu expliquei para ele o que tinha acontecido e a importância do remédio e ele ficou nervoso dizendo que eu deveria parar e aí eu falei para ele que eu não quero morrer se ele quer o problema é dele!... Porque eu tenho os meus filhos pra criar (Carmem).

Recorriam, também, as questões religiosas como um argumento que ameniza dores e traz esperanças de dias melhores. A religião foi considerada uma importante forma de cuidar-se. O fortalecimento pela fé foi o responsável por diversas mudanças na vida das mulheres, após o diagnóstico do HIV, assim elas consideravam. Tais mudanças eram dirigidas ao cuidado da sua saúde, ao dos projetos de vida e do comportamento do parceiro. É na fé que elas encontravam forças para o enfrentamento das dificuldades cotidianas, tanto do HIV como da violência. Assim, a esperança de viver melhor com seus parceiros também era derivada da perspectiva religiosa. Algumas mulheres relataram que antes do HIV não tinham e não praticavam nenhuma religião e que a busca por uma foi o marco de mudanças ou da crença que um dia seriam mais felizes.

(...) eu vejo por mim a transformação que Deus fez. Eu não era violenta na agressão física, mas na boca, na língua e eu e minha mãe a gente não se entendia, eram brigas, brigas... palavrões na minha boca, misericórdia eram muitos ... foi Deus que foi transformando e não foi nessa transformação no meu ser dentro de mim não foi da noite pro dia.....a transformação de Deus...eu fui ficando mais calma, fui ficando mais tranqüila, não foi... a rebeldia foi se acabando dentro de mim. Ia acontecendo as coisas e eu não via mais o porquê de eu ser brava... além de melhorar as minhas condições de saúde... eu me cuido muito mais porque tenho Deus em minha vida! (Cris)

Na indagação sobre projetos futuros de vida, estes se caracterizaram mais por aspectos pessimistas que otimistas. Para algumas destas

mulheres, a relação com o futuro estava relacionada a sobrevivência à aids, com vistas ao alcance da criação dos filhos, não esboçando nenhum outro desejo que não fosse o da mulher/mãe. Para outras o desejo estava relacionado à perspectiva de algo considerado inalcançável, como por exemplo, o encontro amoroso, um amor cuidador, um amor sem violência.

Embora a busca por melhores dias fossem explicitados, os projetos de vida eram considerados apenas em curto prazo, pois ser portadora de HIV e estar em relações conjugais indesejáveis, eram fatores limitantes para a realização de mudanças. Algumas mulheres expressaram ausência de desejos à realizar, dizendo-se sem projetos futuros. Já outras, não. Referiam almejar sucessos em alguns empreendimentos. .

(...) Eu não sonho mais, vivo a realidade... meu marido tá doente, é mais velho do que eu 15 anos e não tem o mesmo ritmo de vida que eu gostaria de ter... eu tenho muitas dificuldades de ter o HIV, já abandonei e recomecei o tratamento várias vezes, não tenho motivação para tudo isto... sei que não vai dar em nada... ainda venho na médica por causa dos meus filhos, mas eu mesmo não tenho projeto nenhum... vou só levando a vida! (Sueli)

Eu to bem, mas eu não penso assim no futuro... eu penso mais, pra dizer a verdade no hoje do que no amanhã, te juro! Eu penso isto depois que eu descobri o HIV... eu sempre fui corajosa pra tudo sabe! sempre ... agora o HIV me fraquejou um pouco...perdi, perdi... aquele jeito meu...podia vim tempestade eu não tava nem aí! Agora eu não tenho expectativas de vida não... pro futuro...ah pensar daqui há 10 anos o que eu to fazendo, eu não tenho este pensamento... eu queria aprender a dirigir sempre quis e hoje eu penso pra quê? (Neiva)

(...) *Eu tenho sim* meus projetos... quero fazer meu CD, fui aprovada como cantora profissional, estou fazendo o meu CD. O HIV só me faz saber que eu tenho, mas não me impede de nada... me amo... amo meus filhos... quero cantar... eu sou feliz! Tenho sonhos também de ver justiça, cuidado em relação à criança e aos adolescentes, aos pais... Porque as crianças

mais protegidas serão pessoas melhores... ter cuidado com pequenas coisas faz a diferença (Tânia)

Os contextos de violência, vividos pelas entrevistadas, foram incorporados nas narrativas como algo que contribui para a falta de um “projeto de felicidade” em que as amarras tradicionais de gênero estavam constituídas e sobrepostas ao desejo de mudança. Como no cuidado, os projetos de vida também se voltam para o alcance do outro, potencializando as impossibilidades na vida das entrevistadas, sejam elas na relação com o HIV, nas relações afetivas ou nas relações com a violência. A violência neste aspecto, como em outras questões já tratadas, parece aumentar as dificuldades da vida cotidiana das mulheres soropositivas e também constitui maior vulnerabilidade para o alcance do cuidado de si.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo procurou tratar das experiências de mulheres que vivem com HIV e aids e também convivem com situações violentas e como estes entrecruzamentos repercutem para o cuidado de si e da sua saúde.

Partíamos da tese de que a existência de violência na vida de mulheres portadoras de HIV constituía um dos principais fatores de dificuldades no cuidado de si e de sua saúde, refletindo, entre outros elementos na relação como o tratamento do HIV/Aids. Outra questão era a de que a violência de gênero nas relações amorosas era a principal modalidade de violência que as mulheres estavam envolvidas no cotidiano de suas vidas, com destaque à violência por parceiro íntimo. Também acreditávamos que além dessa violência, as questões amorosas repercutiam nas relações com a saúde, com o cuidado e com os projetos de vida.

Para o processo de análise tomamos como referência a vulnerabilidade, quadro conceitual bem conhecido nos estudos em Aids, o qual, além das subdivisões já dadas em vulnerabilidade individual, social e programática, exploramos da perspectiva de gênero, diante dos contextos de vida das mulheres deste estudo, tanto nas experiências com a violência quanto com o HIV.

A abordagem da vulnerabilidade de gênero assim como o fenômeno da violência explicam o processo de feminização em que a epidemia do HIV se desenvolveu. Ambas são responsáveis pelo aumento dos casos e dos eventos, entre a população feminina, contribuindo com os diversos adoecimentos e dificuldades no cuidado de si e da saúde.

Diante disto, a vulnerabilidade de gênero em que as mulheres estiveram expostas indica que os episódios de violência se explicam dentro das histórias na vida familiar, nos diferentes ciclos da vida, em que as mulheres, em geral, estão sujeitas as relações de maior poder com os homens: pais, namorados, parceiros. Além disso, elas também se mostram aculturadas nos papéis tradicionais de gênero e como a atuação nestes

papéis encontra-se dificultada tanto pela situação de serem portadoras do HIV quanto de experimentarem situações violentas. Isto produz impactos específicos entre as suas atribuições, por exemplo, maternas e de esposas, no ambiente de suas famílias e no cuidado em saúde.

A passividade diante das situações de violência se volta para as representações de família, sobretudo da maternidade, que surge como principal elemento imobilizador para as diferentes rupturas: as da violência e as das dificuldades do cuidado. As relações amorosas não se destacaram nestes processos imobilizadores e nem nas expectativas conjugais tanto quanto a princípio foi pensado, embora indicassem que as mulheres esperavam maior acolhimento de suas situações por parte de seus parceiros e de suas famílias. Em especial pouco destaque deram às relações amorosas de casal ou à realização afetiva e sexual própria da prática da sexualidade. Essa questão subordinou-se nitidamente à questão materna.

Percebemos que a construção da conjugalidade, para essas mulheres, projetava-se por expectativas de laços familiares sem a presença da violência, não considerando especificamente outras qualidades das relações amorosas ou outros aspectos da boa convivência. Tais questões levavam ao risco de projetos de vida não compartilhados pelos parceiros, como o desejo pelo casamento ou pela maternidade/paternidade, gerando situações de conflitos. Assim, fatores relacionados ao uso de drogas, paternidade indesejada, relações amorosas fora do casamento e o surgimento do HIV, são situações motivadoras de violência no contexto de vida das mulheres.

As concepções amorosas foram demarcadas com a quebra do amor romântico, em que a violência e a infecção do HIV representam seu oposto. As experiências da sexualidade, nestes contextos, também reorientam as concepções sobre o papel do amor e das relações conjugais, sobretudo pela presença da violência sexual e pela infidelidade. O abuso do poder e o sexo forçado também derrubam a idéia do amor romântico.

As proposições para as representações amorosas, diante da infecção pelo HIV e da violência, são consideradas por meio do comportamento do

parceiro como “bom pai”, sendo esta uma importante virtude, sobrepondo-se a qualquer outra questão. Esta idéia também se adequa ao cuidado do homem na aceitação da soropositividade da mulher e no provento dos filhos. Outras representações oscilam entre o desejo do encontro amoroso com outro parceiro, sem a presença da violência, e o descrédito desta possibilidade pela condição de portadoras do HIV.

A descoberta da soropositividade constitui importante marco na vida dessas mulheres, tanto no sentido do adoecimento ou de passar a ser uma mulher sob determinada ‘condição’ (a de portadora de um adoecimento crônico muito particular e com significados sociais bastante difíceis no sentido de sua discriminação), quanto no sentido de que essa ‘condição’ a diminui muito como mulher, que embora casada, não é mais séria e recatada; a que não “pode” mais ser mãe; ou a que em sendo mãe não conseguirá cuidar do filho. Somam-se a estas questões as da violência, potencializada pela presença do HIV, emergindo situações ou já vividas ou que passaram a viver.

O cuidado de si e de sua saúde destacam-se, igualmente, pela ênfase na condição materna, e esta dá significados aos projetos de vida dessas mulheres. Neste sentido, as expectativas de vida também se projetam para o outro, pouco caracterizada pelos desejos sobre questões mais suas enquanto mulher. Tais dificuldades são justificadas pela presença do HIV e da violência, o que resulta em expectativas pessimistas na vida.

No contexto da prevenção secundária, o uso do preservativo soma-se a outras dificuldades com o cuidado da saúde da mulher. Uma delas é que a exigência do uso do preservativo potencializa situações violentas; a outra é que o sexo forçado e desprotegido gera inseguranças no controle do tratamento das entrevistadas.

Para o sucesso prático do tratamento do HIV as boas relações com os profissionais de saúde são fundamentais e estão garantidas no contexto dos serviços especializados. No entanto, nem elas e nem os vínculos podem colaborar na exposição, em razão das violências em que as mulheres estão inseridas. A discussão deste tema só é possível quando o profissional de

saúde estimular as mulheres ao relato das violências o que parece depender da oportunidade oferecida pelo profissional.

Isto mostra a relevância de se tratar a violência como questão do cuidado, com os profissionais de saúde. No âmbito dos serviços este tema ainda é invisível e/ou pouco explorado nos atendimentos. Dificuldades de incorporar outras possibilidades de adoecimento que não sejam só as do campo biológico, considerar as questões de gênero e a vulnerabilidade em que as mulheres estão nesta referência, podem contribuir para o cuidado de suas saúde. Ampliar o olhar programático e incorporar as questões da violência de gênero e outras mais dos papéis tradicionais de gênero pode ser uma das principais medidas para ampliar a adesão e evitar o abandono de tratamento entre mulheres vivendo com HIV.

V. REFERÊNCIAS

Abbate MC. No lugar da tutela, o diálogo e o protagonismo. In: Mesquita F; Souza CR. (Org.) DST/Aids: A nova cara da luta contra a epidemia na cidade de São Paulo. São Paulo, Ed. Raiz da Terra, 2003, p. 25 – 37.

Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Editora da Universidade do Sagrado Coração, Bauru, 2000.

Araujo M F. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2002, vol.22, n.2, pp. 70-77. ISSN 1414-9893.

Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.spe, pp. 121-132. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400017>.

Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Rev Saúde Pública*. 1992;26:195-202.

Ayres JR, Calazans GJ, França-Junior I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/Aids. In: Vieira, E. et al. (Org.). *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998.

Ayres JR. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan. 2001.

Ayres JR, França-Junior I, Calazans GJ, Filho S, César H. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D; Freitas CM (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 117-139.

Ayres JR. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev. 2004.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

_____. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan. 2007.

_____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde soc.* [online]. 2009, vol.18, supl.2, pp. 11-23. ISSN 0104-1290. 10.1590/S0104-12902009000600003.

Azambuja MPR, Nogueira C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. Ver. *Saúde e Sociedade*. 2008 ; 17 (3).

Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

Badinter E. L'un est l'autre – des relations entre hommes et femmes. Paris, éditions Odile Jacob, 1986.

Bauman, Z. Ética pós-moderna (Postmodern Ethincs), Oxford. Reino Unido e Cambridge, EUA. Ed. Paulus, 1993.

Barros CRS, Schraiber LB, França-Junior I . Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Revista de Saúde Pública (USP. Impresso)*. 2011; v. 45, p. 365-372.

Barata RB, Ribeiro MCSA. Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil, 1996. *Rev Panam Salud Publica*. 2000; 7:118-23.

Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: Principais conceitos e evidências empíricas. *Caderno de Saúde Pública*. 2000; 16(1):65–76.

Becker H. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

Berrer M. Mulher e HIV/Aids. São Paulo, 1997. Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares.

Bloom A. Love & Friendship Nova York/Londres, 1991.

Boletim Epidemiológico De Dst/ Aids E Hepatites Virais (13º.) – Município de São Paulo, 2010. Disponíveis nos sites: www.dst aids.prefeitura.sp.gov.br e www.prefeitura.sp.gov.br/covisa.

Bor R, Miller R, Goldman E. HIV/AIDS and the family: a review of research in the first decade. *Journal of Family Therapy*. 1993; 15: 187-204.

Bossi E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. 3a. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

Braga PE, Cardoso MRA, Segurado AC. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.11, pp. 2653-2662. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100013>.

Brain R. *Amis et amants*, Paris, Stock, 1980.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. *Estudo Sentinela-Parturiente*, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01. Política Nacional - Brasília, n. 96, Seção 1E, 18 maio, 2001.

Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Trop.* Uberaba, MG. 2001; vol. 34, no. 2.

Camargo M. Violência e Saúde: ampliando políticas públicas. *Jornal da Rede Saúde*, São Paulo, n. 22, Nov. 2000. Disponível em: HTTP://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr22-marcia-camargo.html.

Cavalcanti AL. Violência Contra A Mulher: Um Problema De Saúde. *Revista Ginecologia & Obstetrícia*. 2003; 14(4), 182–188.

Carvalho FT, Piccinini CA. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em psicologia*. 2006; 10 (2), 345-355.

Coelho E. *Integralidade do cuidado a saúde da mulher*, 2009.

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas*. BVS, Brasília, 2008.

Connell RW. Políticas das masculinidades. Educação e realidade. Porto Alegre. 1995; v. 20, no. 2, p. 185- 206.

_____.La Organizacion Social de Las Masculinidad. Isis Internacional – Ediciones de las mujeres. 1997; 24, 31 – 48.

_____.The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality, 2003 Disponível em <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/men-boys> 2003/Connell-bp.pdf. [Acessado em 15 mai 2011]

Costa SMS. Vivendo com aids e enfrentando a violência: A experiência das adolescentes. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Depto. De ciencias Sociais, RJ, 2000.

Costa JF. Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Rocco,1998.

Courtenay WH. Construction of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health. Social Science & Medicine, v.50, n.10; 1385-401, 2000.

Couto MT, Schraiber LB. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: Minayo, MCS. editor. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro:Fiocruz; 2005; 687-706.

Couto MT, Schraiber LB, Ayres JRCM. Aspectos sociais e culturais da saúde e da doença In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL, editores. Clínica Médica. Barueri - SP: Manole, 2009, v.1, 350-356.

Couto, MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde:

discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)* [online]. 2010, vol.14, n.33, pp. 257-270. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>.

Cyrino AP, Schraiber LB, Teixeira RR. A Educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao “empoderamento”. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2009; v.13, n.30, 93-106.

Dantas- Berges SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2005; v. 21, n. 2, 417-425.

Debert GG, Gregori MF. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2008, vol.23, n.66, pp. 165-185. ISSN 0102-6909. doi:10.1590/S0102-69092008000100011.

Denzin NK, Lincoln YS. Introduction: Entering the field of qualitative research. In NK Denzin and YS Lincoln (Eds.) Handbook of Qualitative Research (pp. 1-17). Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

_____. *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens*. 2ª. ed. Porto Alegre, Artmed Bookman, 2006.

Deslandes S. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Organizadora. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 416 pp. ISBN: 85-7541-079-2.

D' Oliveira AFPL. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface _Comunicação, Saúde, Educação*. 1999; v.3, n.4.

D'Oliveira AFPL. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. Athenea Digital, 2008,14,229-236. Disponible://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/536

Farias C. Um troupiér na política: entrevista com o general Antonio Carlos Muricy. In: Ferreira M.M. (coord.). Entre-vistas: abordagens e usos da história oral. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994.

Figueiredo WS. Masculinidades e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina USP; 2008.

Firestone, S. A dialética do sexo. Rio, Labor Brasil, 1976.

Foucault M . História da sexualidade 1. Ed. Graal - RJ, 1985.

_____. História da sexualidade 3: O cuidado de si. Ed. Graal - RJ, 1985.

_____. História da Sexualidade: O Uso dos Prazeres. Rio de Janeiro: Graal,1998.

_____. Hermenêutica do sujeito. São Paulo (SP):Martins Fontes; 2004.

Freitas MRI, Gir ER, Furegatto ARF. Dificuldades sexual vivenciada por mulheres em crise de HIV- 1. Rev. Latino-am, enfermagem Ribeirão preto, 2000; 8:76-83.

Franchetto B, Cavalcanti ML, Heilborn ML. Antropologia e Feminismo. Perspectivas Antropológicas da Mulher, Rio de Janeiro: Zahar. 1981; vol. 1, 11 – 47.

Frank S, Coelho EBS, Boing AF. Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(5):376–81.

Garcia SM. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: *Homens e Masculinidades: Outras Palavras* (M. Arilha, S. G. U. Ridenti & B. Medrado, org.). 1998; São Paulo: ECOS/Editora 34: 31-50.

Gomes R. A dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória, Athenea Digital, 14, 237-243, 2008. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/520>

Gomes R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Gonçalves TR. Experiência da maternidade no contexto do HIV/aids aos três meses de vida do bebê. Dissertação de mestrado, Instituto de psicologia. Programa de Pós-graduação em psicologia. Porto Alegre, 2007.

Grangeiro A, Ferraz D, Barbosa R, Veras MSM, Villela W et al. UNGASS HIV/Aids: balanço da resposta brasileira, 2001 – 2005. Rev. Saúde Pública; 2006, 40 (Supl) : 5-8.

Grossi MP. Masculinidades : Uma revisão teórica. Rev. Antropologia em primeira mão – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social – PPGAS – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. 2004. Período I

Giddens A. A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas, 1993.

Heilborn ML. Construção de si, gênero e sexualidade. In: Sexualidade. O Olhar das Ciências Sociais (M. L. Heilborn, org.), Rio de Janeiro: Zahar. 1999; 40-59.

Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. Em: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World report on violence and health. Genebra: WHO; 2002; 87–121.

Kimmel M. Homofobia, temor, verguenza y silencio em la identidad masculina. Isis Internacional - Ediciones de las Mujeres, 1997, 24: 49-62.

Kimmel M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. Isis Internacional - Ediciones de las Mujeres, 1992, 17: 129-138.

Kirshenbaum S, Hirky A, Correale J, Goldstein R, Johnson M, Rothermam-Borus M, Ehrhardt A. Throwing the Dice: Pregnancy decision-making among HIV-positive women in four U.S. cities. Perspectives on sexual and reproductive health. 2004; 36 (3), 106-113.

Kosminsky E. Pesquisas qualitativas: a utilização da técnica de história de vida e de depoimentos pessoais em sociologia. São Paulo: Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1984.

Kronbauer JFD, Meneghel EN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev. Saúde Pública, 2005, 39 (5): 695 – 701.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JÁ, Zwi AB, Lozano R. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Organização Mundial de Saúde, Genebra, 2002.

Hunt MM. The natural history of Love, Nova York, Alfred A knopf, 1959.

Laurenti R. O perfil epidemiológico de saúde masculina na Região das Américas. Contribuição para o enfoque de gênero. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1998.

Lévi-Strauss, C. As Estruturas Elementares do Parentesco. Editora Vozes/EDUSP. Petrópolis/ São Paulo, 1976.

Lima S. Atendimento psicológico a pacientes internados e seus familiares na fase de suspeita de diagnóstico de câncer e/ou AIDS: avaliação do trabalho realizado. Dissertação não publicada, Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Madeira, M. C. (1998). A confiança afrontada: representações sociais, 2003.

Matos M, Machado C, Caridade S, João Silva M. Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar Psicologia: Teoria e Prática. 2006; vol. 8, núm. 1: 55-95 Universidade Presbiteriana Mackenzie São Paulo, Brasil

Madureira V, Trentini M. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da aids – Rev. bras. enferm. 2008; 61(5):637-642.

Mann J, Tarantola D, Netter T. AIDS in the world. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992.

Marino A, Bianco M. Dos caras de una misma realidad : violencia hacia las mujeres y VIH/SIDA en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay : evidencias y propuestas para la reorientación de las políticas públicas / compilado por Mabel Bianco y Andrea Mariño. 1a ed. - Buenos Aires: Fund. para el Estudio e Investigación de la Mujer, 2010. 90 p. ; 14x21 cm. ISBN 978-987-9414-05-7

Melchior R, Nemes MIB; Alencar TMD, Buchalla, CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol.41, suppl.2, pp. 87-93. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000900014>.

Méndez RG, Hernández JDS. Violencia en Parejas Jóvenes: Análisis y prevención. Madrid,Pirámide, 2001.

Meneghel, SN (org). Rotas Críticas – mulheres enfrentando as violências.São Leopoldo,Ed UNISINOS, 2007.

_____.Rotas Críticas II – ferramenta para trabalhar com a violência de gênero. Santa Cruz do Sul. EDUNISC, 2009.

Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1992.

Minayo MCS; Souza ER: Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva'. História,Ciências, Saúde – Manguinhos.1997 - 1998; IV(3): 513-531.

Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Brasília: Ministério da Saúde;2002.2. Fundo de População das Nações Unidas. Situação da população mundial 2004. http://www.onu-brasil.org.br/documentos_estudos.php (acessado em 20/05/2010)

Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Plano Integrado de enfrentamento à feminização da aids e outras DST, 2009. Disponível: WWW.aids.gov.br

Miranda MPM; Paula CS; BordinIA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. Re: Panam Salud Publica. 2010;27(4):300–8.

Moreira OG. *A experiência social de mães soropositivas para HIV no período de espera de confirmação diagnóstico do filho*. Dissertação não publicada, Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2002.

Moreno CCGS, Rea MF, Filipe EV. Mães HIV positivo e a não-amamentação. R. bras. Saúde Matern. Infant. 2006;6(2):199-208.

Nascimento AMG, Barbosa CS, Medrado B. Mulheres em Camaragibe: Representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de aids. Revista Brasileira de saúde materno infantil. 2005; v.5, n 1, p. 77-86.

Neves AS. Amor, poder e violência(s) contra as mulheres: a importância do gênero nas relações íntimas. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática,. 2003; n. 1, p. 133-144.

Neves AS. Amor, poder e violências na intimidade. Os caminhos entrecruzados do pessoal e do político. Ed. Quarteto, 2008.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde, 2002.

Paiva V, Lima TN, Santos N, Ventura-Filipe E, Segurado A. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens e mulheres vivendo com HIV/aids. Psicologia USP. 2002; 13 (2), 105-133.

Paz O. A dupla chama- Amor e erotismo. São Paulo, Ed. Siciliano, 1994.

Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MD. Compreensão da pandemia da Aids nos últimos 25 anos. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007 19 (1): 45 - 50, ISSN: 013-40665.

Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 2005;12(1):42-49.

Piscitelli A. Nas fronteiras do natural: gênero e parentesco. *Revista Estudos Feministas*. 1998; vol. 6, no. 2, p. 305-321.

Potvin L, Frohlich KL. L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. 1998; 5: 142-52.

Queiroz M.I. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível" . In: VON SIMSON (org.) *Experimentos com Histórias de Vida: Itália-Brasil*. São Paulo: Vértice, 1988.

Reed E. Problems of women liberation, A Marxist approach. New York, Parthfinder Press, 1973.

Rodrigues Jr AL, Castilho, EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2004. Scielo- Brasil.

Rosaldo MZ, Atkinson J. Man the hubter: Metaphors for the sexes in ilongost magical spells, na interpretation os symbolism, in R. Willis (org.), Neu York, Ass. Studies. 1975; 3.

Rubin GA. circulação de mulheres: notas sobre a 'economia política' do sexo. *Nueva Antropologia*, vol VIII, no. 30. México, p. 95 -145, 1986.

Saffioti, H.I.B. Posfácio: Conceituando o gênero. In: *Mulher Brasileira é assim* (H.I.B. Saffioti & N. Muñoz-Vargas). Brasília:UNICEF/Rosa dos Tempos. 1994; 271-283.

Saldanha AAW. Vulnerabilidade e Construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. 2003.

Schraiber LB, D'Oliveira AF. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 1999, vol.3, n.5, pp. 13-26. ISSN 1414-3283. doi: 10.1590/S1414-32831999000200003

Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: um estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Ver. Saúde Pública*. 2002, 36: 407-7.

Schraiber LB, D'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, Durand J, Pinho A. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface: Comunicação, saúde, Educação*. 2003; Vol. 7.

Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; v. 10, n. 1: 7-18.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, Valença O, Couto MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):797-807.

Schraiber LB. O médico e suas interações – a crise dos vínculos de confiança. São Paulo, Hucitec, 2008.

Schraiber LB, D' Oliveira AF, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009a, vol.25, suppl.2, pp. s205-s216. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400003>.

Schraiber LB, D'Oliveira AF, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva* [en línea] 2009b, vol. 14 [citado 2010-10-27].Disponível: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63011692004>. ISSN 1413-8123.

Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Marchin R, Silva GSN; Valença O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010a, vol.26, n.5, pp. 961-970. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500018>.

Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2010b; v.13, n.2, p.237-45.

Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: *Educação e Realidade*. Porto Alegre. 1990; 16(2), 5 – 22.

Segato RL. Las estructuras elementares de la violencia. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

Serr L, Barry N. Fatherhood and HIV-positive heterosexual men. *HIV Medicine*. 2004; (5) 258-263.

Sherr L. Aids and the Heterosexual Population. Chur: Harwood Academic Publishers, 1993.

Silva CLC. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. Cad. Saúde Pública [online]. 1998, vol.14, suppl.2, pp. S129-S139. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X1998000600012.

Silva MA, Falbo Neto G H, Cabral Filho J E. Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência. Psicol. estud. [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 121-127. ISSN1413-7372. <http://dx.doi.org/10.1590/S141373722009000100015>.

Silva NEK, Alvarenga AT, Ayres JRCM. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. Rev. Saúde Pública [online]. 2006, vol.40, n.3, pp. 474-481. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102006000300016

Soares RL. Mulheres e aids: escritos do jornal Folha de São Paulo. Revista Comunicação e Sociedade, nº31, p.139-159, 1999

Souza E. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, n.1

UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic : executive summary, 2008. http://data.unaids.org/pub/Booklet/2006/20060530_FS_Keeping_Promise_en.pdf

Vaitsman J. Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco.Pensando Famílias, 1994, 3, 2001; (8-19)19.

Velho G. Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

Velzeboer, M. Violence against women: the health sector responds
Washington, D.C.: PAHO, 2003. (Occasional Publication No. 12) ISBN 92 75
12292 X

Vieria EM, Perdoná GSC, Santos M A. Fatores associados à violência física
por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. Rev. Saúde Pública
[online]. 2011, vol.45, n.4, pp. 730-737. Epub June 03, 2011. ISSN 0034-
8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000034>

Villela WV. Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de
prevenção da AIDS entre mulheres. In: *Quebrando o Silêncio: Mulheres e
AIDS no Brasil* (R. Parker & J. Galvão, org.), 1996, pp. 181-189, Rio de
Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Editora Relume-
Dumará/ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de
Janeiro

Villela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes
nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. Ciênc.
saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.4, pp. 997-1006. ISSN 1413-8123

WHO. Report on the global HIV/AIDS epidemic. 2002. Disponível na internet
em: http://www.etharc.org/publications/2008_epiupdate_en.pdf > Brasília:OMS/
OPAS

_____. Gender and HIV/Aids. Retirado da página de internet
www.who.int?gender/HIV_aids/en, 2003.

_____. Multi-country study on women's health and domestic violence
against women: summary report of initial results on prevalence, health
outcomes and women's responses. Geneva, 2005.

_____. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings, 2006.

_____. Keeping the Promise: An Agenda for Action on Women and AIDS. Geneva, WHO/UNAIDS, p. 14, 2006. Disponível na internet em: http://data.unaids.org/pub/Booklet/2006/20060530_FS_Keeping_Promise_en.pdf

VI ANEXOS

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Amor e violência no contexto de mulheres vivendo com HIV/Aids: repercussões para a saúde”, que está sendo realizada por Márcia de Lima, aluna de Doutorado da Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina Preventiva. O estudo consiste em compreender de que modo as relações afetivas e amorosas convivem e estão relacionadas também com situações violentas, no contexto de mulheres vivendo com HIV e Aids e seu impacto no cuidado da saúde. Para tal, será realizada entrevista em profundidade, com a técnica de história de vida. Será utilizado gravador e a transcrição do material ficará em posse somente da pesquisadora. Sua participação consiste em discutir um roteiro temático abordando os temas: Aids – violência – relações afetivas e saúde. As informações serão utilizadas para análise da pesquisa e a sua participação contribuirá para estudos sobre o cuidado na saúde das mulheres vivendo com HIV/Aids. Será garantida a sua liberdade em retirar o termo de consentimento a qualquer momento, sem que haja prejuízo ou vantagem pessoal ou Institucional, assim como a garantia de sigilo e confidencialidade, anonimato e a não identificação de seus dados pessoais. Você terá o direito de informações sobre os resultados parciais da pesquisa ou qualquer dúvida ou esclarecimentos. Você não terá despesas e compensações, e se houver despesas com transporte ou alimentação será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Caso você necessite de algum cuidado na sua saúde, em decorrência do estudo, será proposto o encaminhamento à Instituição do qual você está inserida. Os resultados deste estudo serão utilizados para elaboração da tese de doutorado e sua

publicação. Após esclarecimentos e a sua aceitação, você assinará duas cópias deste termo, sendo que uma ficará em posse da pesquisadora e outra com você.

Eu _____ Abaixo assinado, tendo recebido esclarecimentos sobre os objetivos e finalidades do estudo, aceito a participar da pesquisa respondendo a entrevista proposta pela pesquisadora.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinaturas:

Entrevistada -----

Pesquisadora-----

Contatos:

Márcia de Lima – 2977 77 39 (SAE DST/Aids Santana) –

Rua: Dr. Luis Lustosa da Silva, 339, Mandaqui – São Paulo - marciali@uol.com.br ou marciali@usp.br

Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber – USP – Faculdade de Medicina Preventiva – (liliabli@usp.br)

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde – SP –
Fone: 3397 24 64. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 –E-mail:cappesq@hcnet.usp.br

Anexo 2**ROTEIRO****EXPERIÊNCIAS:****A - PESSOAL/FAMILIAR**

- Idade – cor/raça - Estado Civil (se tem atualmente companheiro ou não)– Número de filhos – Escolaridade - Profissão – Ocupação.
- Origem, composição familiar – pais - irmãos
- Infância – adolescência - convivência familiar.
- Amigos, vida social, moradia, condições sócio-econômicas, vida afetivo-sexual (namoros – idade) convivência familiar.

B – AFETIVA – SEXUAL E REPRODUTIVA

Explorar: primeiros beijos, namoro, paixão, sentimentos, limites, permissões, dificuldades, facilidades – convivências (familiar e social).

- Primeira relação sexual:
 - idade, como conheceu, o que fazia na época (estudava, trabalhava).
 - Cuidados em relação à gravidez ou prevenção de DST (quais, como aprendeu? Se não por que não?) havia preocupação com estas questões? O que aconteceu com este relacionamento?
- Outros parceiros afetivo-sexuais: Quantos (estáveis ou eventuais) – Compartilhou moradia? Teve filhos? Desejou?
- Critérios para escolha de parceiros (como e quais?)
- Como foram esses relacionamentos? Explorar aspectos positivos e negativos.
- Identificação de dificuldades com parceiros: o que marcou – se acha que foi feliz? Por quê? Se pudesse mudaria algum comportamento neste relacionamento?

- Para você o que é amor?
- Com esta definição você acha que já se sentiu amada? Como foi? (explorar o sim e o não)

C – VIOLÊNCIA

- Você acha que já viveu situações em que considerou ser desrespeitada, agredida, verbal ou fisicamente, ou que te deixou constrangida, envergonhada, ameaçada, ou seja, que você não se sentiu bem? Com quem? Como foi? (explorar)
- E situações desagradáveis especificamente nos seus relacionamentos afetivo-sexuais? Já aconteceu? Com quem? Como foi?
- Como você lida ou lidou com estas situações?
- O que faz ou fez para mudar?
- O que gostaria de fazer e não conseguiu ou não consegue?
- Isto te traz adoecimentos ou sofrimentos?
- Como você descreveria o comportamento do seu parceiro em relação a você? E em relação aos filhos (se tiver)
- E quanto aos homens em geral, qual é sua visão?
- Você considera que é ou já foi feliz nos teus relacionamentos afetivo-sexuais? Por quê?

D – HIV/AIDS

- Diagnóstico de HIV: Quando e como descobriu ser portadora do vírus HIV? Como foi? Falar deste momento (explorar)
- Para quem compartilhou o diagnóstico?
- Se conseguiu revelar o diagnóstico do HIV ao parceiro. Como foi? Se não conseguiu, por quê? Há quanto tempo sabe e não contou? Quais são as dificuldades em revelar ao parceiro?

- Impactos da Aids : para a sua vida e para o seu relacionamento – afetivo-sexual e familiar.
- Como descreveria a vida afetivo-sexual antes e depois do HIV. (Explorar como está o relacionamento com o parceiro)
- Como está o tratamento para o HIV? O que dificulta e o que facilita o tratamento para o HIV?
- Como se sente em relação ao HIV – que sentimentos apontam como os mais importantes.
- Houve interferência da Aids nos relacionamentos afetivo-sexuais? Em que aspectos?
- Você considera o seu relacionamento afetivo bom? Se sim (explorar) e se não (explorar)

E – RECOMENDAÇÕES – PROJETOS – SONHOS

- Que outros fatos importantes na sua vida que gostaria de contar e que ainda não falamos? Quais?
- O que recomendaria às mulheres com HIV e Aids em relação ao cuidado da sua saúde e dos seus relacionamentos afetivo-sexuais.
- Em que os serviços especializados em Aids poderiam contribuir para o acompanhamento de mulheres com história de violência? Sugestões?
- Que conselhos daria a uma mulher que convive com o HIV e que vive algum tipo de violência.
- Sonhos e projetos de vida

Anexo 3

PERFIL DAS ENTREVISTADAS

No. 01 – Cris

Cris tem 40 anos, é natural de São Paulo, solteira, sem parceiro, tem 1 filha, é evangélica, estudou até a 8ª. Série, sua profissão é Assistente de Departamento Pessoal, atualmente não trabalha, recebe benefícios e vive com a mãe. Filha de 5 irmãos, teve uma infância, adolescência e vida adulta marcadas pela violência da mãe e depois dos parceiros. Refere ter iniciado a fase de namoro aos 12 anos e sua primeira experiência sexual foi através de um estupro aos 13 anos. Sofre violência física e moral pela mãe desde a sua adolescência. Refere ter vivido um relacionamento muito desarmonioso, com a mãe, até bem pouco tempo. Associa a melhora desta relação devido as questões religiosas. Não está com o parceiro que nomeia o grande amor. Acredita que nunca foi amada, e não tem expectativas amorosas por ser portadora do HIV e cadeirante, mas acredita que sempre buscou o amor. Acredita ter se infectado por um parceiro que era usuário de drogas injetáveis do qual tiveram um relacionamento muito violento. Acha que em decorrência de situações violentas também foi uma mulher muito agressiva com seus parceiros e não se importava em cuidar da sua saúde. Hoje se cuida muito mais pelas questões religiosas. Refere uma boa relação com o serviço de saúde, mas nunca contou para a infectologista ou para outras profissionais sobre suas violências, apenas para a ginecologista.

OBS: Cris é uma paciente antiga do Ambulatório. É cadeirante há 4 anos, mas já foi muito participante da Unidade de Saúde. Muito conhecida pelo seu jeito extrovertido, e sempre foi considerada por todos como uma mulher muito exuberante. Refere que só contou para a sua ginecologista sobre sua vida em relação a violência e não conseguiu contar para mais nenhum profissional do serviço, por vergonha e por falta de espaço para falar de “coisas” tão íntimas. Cris chamava muito atenção no SAE, talvez pelo tempo que está em tratamento

na Unidade mais de 8 anos. Ainda hoje, quando passa pelos corredores, é sempre abordada tanto pelos outros pacientes como pelos profissionais, dos quais tem uma relação muito afetiva com ela. Cris hoje está bastante debilitada em decorrência de doenças neurológicas. É bastante falante e conta em detalhes. Muito emotiva, chora muito com as temáticas da violência e do amor. Quanto ao tema HIV foi relatado, aparentemente, com certa tranquilidade e com certa superação, colocando a intervenção religiosa como importante fator de conformismo. Quanto aos projetos de vida refere que só quer servir a Deus.

No 2 – Ione

Ione tem 37 anos, natural do Ceará, separada, tem namorado, estudou até a 5ª. série e tem por religião a evangélica. É costureira e trabalha em oficina de costura sem registro em carteira. Tem um filho de 18 anos que mora com ela junto com a mulher. Veio para São Paulo com a família aos 3 anos de idade, com 7 irmãos. Refere que na infância teve momentos bons e vários ruins, principalmente, pela violência do pai com a sua mãe. O pai era alcoolista e agredia fisicamente a mãe, a ela e aos irmãos. Sua primeira experiência amorosa e sexual foi aos 14 anos quando foi morar com um namorado porque o pai a expulsou de casa. Acredita que a maior violência que sofreu foi este parceiro ter a infectado pelo HIV. Descobre o HIV quando adoece por tuberculose e em seguida o marido morre em decorrência de aids. Refere não acreditar no amor, por ter sido traída e ter se infectado. Atualmente tem um namorado que considera uma pessoa boa, mas que têm problemas no relacionamento por ela ser portadora do HIV e ele não, causando conflitos na relação e sofrimento. Quanto ao HIV, refere estar bem e se cuidando, mas acredita que sempre se cuidou. Hoje o que mais traz sofrimento é o tratamento do HPV e a ausência do homem que ela considerou como o seu grande amor, um relacionamento após ter ficado viúva, mas que sofre porque ele a traiu.

OBS. Ione é bastante objetiva. Fala pouco e não entra em detalhes ou aprofundamento dos temas. Relata mais sobre o parceiro que a traiu e os

sentimentos que ela tem por isto. Fala com tom forte sobre a violência do pai para com a família. Fala também com sentimentos sobre a infecção pelo HIV e por ter se infectado pelo parceiro. É uma mulher bonita, porém com expressões duras e pouco olha nos olhos. Refere o tempo todo não sofrer violência dos parceiros, e o sofrimento que pareceu relevante é o da traição por aquele amor. Quanto à violência do pai justifica o fato dela ter sido muito “danada” e por ele ser alcoolista, por estas razões ele era agressivo. Quanto ao serviço de saúde, refere que só falou porque a ginecologista perguntou sobre esta questão da violência na sua vida. Revela não ter contado para nenhum profissional porque ninguém perguntou. Quanto ao seu tratamento está controlado, embora já tenha abandonado por várias vezes. Atribui este abandono por tristeza e falta de companheirismo, mas ainda assim continua, pelos filhos. Refere não ter projetos na vida. Apenas vive.

No 3 – Maria Ângela

Ângela tem 41 anos, natural de Pernambuco, é solteira, vive com um parceiro, estudou até a 4ª. Série, sua religião é católica. É costureira de profissão, mas não trabalha atualmente. Tem 8 irmãos, sendo que em espaços curtos de tempo morreram em um acidente seu pai e mais 3 desses irmãos. Veio para São Paulo quando tinha 16 anos para ficar na casa de um irmão. Refere uma infância boa. Foi casada e teve dois filhos deste casamento e mais uma filha do parceiro atual. No momento da entrevista seu filho mais velho de 17 anos estava cumprindo medida sócio-educativa na Fundação CASA, o que a deixava muito triste e desanimada. Seu primeiro namorado foi o considerado o grande amor. Namoraram pouco tempo e foram morar juntos. Ele era usuário de álcool e outras drogas. Sofreu violência física por parte deste parceiro durante os 4 meses de gravidez. Refere que hoje reconhece que o verdadeiro amor foi, e ainda é, um homem casado que é o pai da última filha e o atual marido acredita que filha é dele. Descobre ser soropositiva neste último pré-natal, assim como o filho do meio. O marido fez exames e teve resultado não reagente para o HIV. Tem uma relação muito sofrida com este marido porque ele a discrimina pelo HIV e ao seu filho também, o que a faz sofrer muito. Já teve várias crises de depressão e abandono de tratamento por conta disto. Este homem que ela considera como o grande amor não sabe que ela é soropositiva, justifica suas dificuldades em revelar porque tem medo de perdê-lo e isto a perturba muito. Acredita que só se cuida por causa deste amor e dos filhos. Tem expectativas de um dia ele largar a família e, conseqüentemente, ela do seu marido.

OBS: Maria Ângela é uma paciente bastante freqüente no Ambulatório, principalmente, por conta do seu filho que faz tratamento e é muito querido pelos profissionais. Refere que depois de alguns anos de freqüência no SAE teve coragem de contar para a psicóloga sobre sua vida e a relação com a violência por parte do marido atual – refere violência moral e sofre discriminação. Seu médico não sabe sobre a questão da violência vivida. Já abandonou por muito tempo o tratamento, tanto o dela como o do seu filho, que tem atualmente 13

anos. Maria Ângela é uma mulher de traços simples, bastante falante. Quando fala daquele que considera o grande amor brilham-lhes os olhos. Ela está sempre referindo que ele é a melhor parte de sua vida. Não tem a dimensão dos seus relatos quanto a conduta dele, parece que tudo o que ele faz é para o seu bem e o da filha. Em nenhum momento ela o critica ou reclama por ele não deixar a família para ficar com ela e tão pouco sobre ele ter pedido para ela ter relações com o marido na época em que desconfiou que estava grávida. Faz questão de falar que ele está sempre muito próximo e que é muito cuidador. Ele (o grande amor) não sabe que ela é soropositiva. Refere que o marido frequentemente fala que ela tem o sangue “sujo” e mesmo com todas as orientações ele separa utensílios de uso doméstico. Sua expectativa de vida é que o marido vá embora e para que ela possa viver com a pessoa que considera como o grande amor.

No 4 – Neiva

Neiva tem 37 anos, natural de do interior de São Paulo, é casada, tem uma filha de 18 anos do primeiro relacionamento, e um menino de 6 anos do atual. Estudou até a 4ª. Série e se arrepende por não ter continuado os estudos. É balconista, mas está desempregada atualmente. Tem 8 irmãos. Refere que a infância foi difícil porque o pai fazia uso de álcool e batia na mãe e nos filhos. Com a separação dos pais ela enfrenta dificuldades com o padrasto, que tenta abusar sexualmente dela e das irmãs. Aos 13 anos foi trabalhar como doméstica, para sair de perto do padrasto, e sofre várias tentativas de abuso sexual por parte dos empregadores. Com esta mesma idade teve a primeira experiência afetiva e sexual. Aos 16 foi morar com um namorado do qual havia engravidado. Ele batia muito nela, inclusive na gravidez e justificava que era pelo uso de drogas. Ao conseguir se separar vem para São Paulo capital, com sua filha e tem vários relacionamentos afetivo-sexuais e conhece o atual marido. Refere que a relação com o marido mudou; antes e depois do HIV. Apresentam dificuldades na vida sexual, alegando que nunca se entendem. Engravidou e após o nascimento

do bebê, com 1 mês de vida ele apresentou importante adoecimento e morreu, foi quando descobriu ser portadora do vírus HIV. Neste momento a família realiza o exame - Neiva, o marido e a filha, sendo somente o seu exame foi reagente. Refere que a reação do marido foi a de alívio e passa a culpá-la pela morte do bebê. Após alguns meses numa relação sexual com o marido houve rompimento do preservativo e ela engravidou novamente. O marido desconfia da paternidade e a julga por ter a possibilidade de infectar a criança, novamente. Vivem situações muito violentas até o nascimento do bebê. Durante alguns anos ele a ameaça em tirar a guarda da criança, por ela ser soropositiva. Ele refere que nenhum juiz vai conceder a tutela do filho à uma mulher soropositiva. Neiva refere que já abandonou o tratamento diversas vezes quando estava em situações de constrangimento e violência moral, por parte do marido. Acredita que hoje não se cuida muito, porque não tem expectativas para a sua vida por conta do HIV e da relação com o marido.

OBS: Neiva é uma mulher muito bonita e exuberante. Alta, jovem e muito falante, fala rápido e aparenta inquietude. Apesar de estar bem, refere certa tristeza por ter iniciado os antirretrovirais. Apesar de sua fala forte e posicionada, Neiva refere não ter projetos para o futuro. Seus sonhos são a curto prazo, porque acredita que quem vive com o HIV não deve projetar sonhos para o futuro. Refere que o amor não é mais possível na sua vida e tão pouco um grande amor. Tenta hoje viver uma relação amistosa com o marido, segundo ela, principalmente para garantir o sustento da família. Embora em menor intensidade, ainda vive episódios de violência, sobretudo a moral, por parte do parceiro. Refere não ter “forças” para sair desta situação e justifica pelos filhos e pela falta de perspectiva por ser portadora do HIV. No serviço de saúde revelou a situação de violência com a sua médica infectologista, depois de muito tempo e logo após o nascimento do seu filho, devido as ameaças do marido em se separar e tirar o filho de seu convívio. Refere que neste período apresentou crises de depressão e adoeceu muito, abandonando o tratamento.

No 5 – Luciana

Luciana tem 38 anos, solteira, natural de São Paulo, religião evangélica. Completou o 2º grau. Tem como profissão, Assistente Administrativo, mas está desempregada. Vive com suas duas filhas. Tem um namorado há um ano. Refere uma boa infância, com os pais e um irmão. O pai era taxista e a mãe dona de casa. Sua primeira experiência sexual foi aos 13 anos através de um estupro cometido por um tio de uma amiga. Aos 16 anos iniciou sua vida afetiva e aos 18 a sexual e aos 23 engravidou da sua primeira filha. Inicia uma fase de muitos conflitos com a mãe. Este namorado era usuário de drogas, mas foi o que ela considerou um dos seus grandes amores. Às vezes diz que foi ele o grande amor, outra diz ter amado vários. O namorado que era usuário de drogas começou a adoecer e descobriu ser soropositivo, mas ela não acreditou e não foi investigar o seu status sorológico. Sempre teve o desejo de ter uma família e, acredita, que por isto se envolvia com qualquer pessoa na busca de sair da casa da família. Após várias tentativas ela encontrou um parceiro e foi morar com ele. Era usuário de álcool e a agredia com palavras. A desmoralizava com traições e com desconfianças. Aos 8 meses de gravidez descobre as traições do marido e ele passa a agredi-la moral e fisicamente. Durante o pré-natal descobre ser soropositiva. Suas filhas são soronegativas e o marido que vivia naquela época não quis fazer o exame. Refere ter vários episódios de violência com este parceiro. Em relação ao seu tratamento já teve vários momentos que deixou de se tratar, mas tem retomado. Atualmente tem um namorado que usa drogas e que traz alguns problemas na vida dela, inclusive porque não quer usar preservativos. Refere que está o ajudando por considerá-lo muito cuidador com ela e com as filhas. Tem como projeto de vida, voltar a estudar.

OBS: Luciana é uma mulher de traços simples e bastante miúda e com aspecto adoecido, dito por ela também. Fala bastante, às vezes confusa em suas colocações. Parece ter dificuldades em reconhecer a violência e quando fala parece estar sempre se defendendo, ou seja, ela sempre coloca uma defesa frente aquele episódio e tem necessidade de justificar suas dificuldades em romper com as situações de violência. Detalha cada ponto de seus

relacionamentos e de suas fases na vida. Revelou sobre a violência para a ginecologista, porque ela perguntou.

No 6 – Andrea

Andrea tem 38 anos, natural de São Paulo, casada, mora com o marido, mas não vivem em conjugalidade, tem 3 filhos, é católica, estudou até a 8ª. Série, trabalha como diarista, passadeira e depiladora. O marido está desempregado e por isto ela está empenhada em várias atividades. Não conheceu o pai, não sabe o nome e não lembra da sua infância, apenas lembra da sua avó. Tem uma irmã mais nova. Começou a trabalhar aos 15 anos e fazia supletivo. A mãe era rígida com ela e com a irmã. Refere que a mãe era muito agressiva e pontua que não era carinhosa e nem cuidadora. Tem a impressão que ela e a irmã eram um peso na vida da mãe. As primeiras relações afetivo-sexuais começaram aos 17 anos e o seu objetivo era casar para sair de casa. Teve um relacionamento conturbado, principalmente, por ele ser usuário de drogas e por sofrer ameaças constantemente. Quanto ao amor acredita que sempre procurou alguém pra suprir o amor que não teve da mãe. Fala de um amor, mas não tem convicções à este respeito, pois hoje tem um conceito diferente de amor. Lembra de um único namorado que gostou por ele ter sido muito cuidador, embora fosse presidiário. Com o marido casou porque ele era a possibilidade de sair de casa. Refere que um tio que morava em sua casa, tentava abusar sexualmente dela, mas não conseguia. Quanto as relações violentas refere que o relacionamento com o marido era muito difícil desde a primeira gravidez. O marido era muito ausente e a traia. A violência é acentuada a partir da gravidez de sua filha quando descobriu ser soropositivo. Os exames dos outros dois filhos são negativos, mas do marido não. A partir do exame positivo dela, o marido passa a estabelecer relações agressivas e passa a explicitar que tem relacionamentos extraconjugais, já que a culpa de ter adquirido o HIV de outros homens. Andrea fala muito da violência que sofre pela família do marido, também. Ele também a culpa pelo adoecimento da filha, que é HIV positivo. Esta questão é muito dolorida pra ela,

pois além de tudo ele não oferece cuidado e nem se interessa pela saúde dela e nem da filha. Ela refere que sempre cuidou da filha e que está bem e acompanha o seu tratamento. Andrea ressalta que o impacto da aids, na sua vida, sempre esteve mais relacionado a discriminação familiar e da sociedade e do marido, e nem tanto pra ela.

OBS: Andrea é uma mulher de aparência jovem. Muito agitada e fala com fervor deste marido e da mãe. Parece ter mágoas do serviço de saúde, pois conta episódios em que os profissionais desconfiaram que ela não estava oferecendo os medicamentos para a filha. Sua filha apresenta várias debilidades e falência no tratamento. Andrea expressa sentimento de raiva ao falar sobre o serviço, chora e fala aos gritos do momento em que desconfiaram que ela não oferecia o medicamento para a filha. Também se altera ao falar do marido que está morando na mesma casa, após várias separações. Alega que o aceitou de volta por humanidade e que ele refere que a casa é dele e da família e como ela não tem pra onde ir se mantém nesta situação. Andrea também nunca falou sobre as situações violentas com os profissionais. So falou agora porque a ginecologista perguntou.

No 7 – Lucimara

Lucimara 35 anos, natural de São Paulo, solteira com parceiro fixo há 19 anos, do qual tem 4 filhos, é evangélica, estudou até a 5ª. série e trabalha com limpeza em escola através de uma cooperativa. Quando criança morreu o pai, um irmão e a mãe, seguidamente. Foi criada por uma tia a partir dos 6 anos de idade, e mais 3 filhos dela. Viveu entre muitos conflitos nesta família e ficou até os 16 anos com eles. Começou a trabalhar em casa de família aos 14 anos. Suas primeiras relações afetivo-sexuais foram aos 14 anos. Casou-se para sair da casa da tia. Refere que após o primeiro ano de relacionamento e na gravidez começaram os problemas. O marido era ausente, ficava vários dias fora e quando chegava batia

nela, mesmo na gravidez. Tentou se separar e voltar pra casa da tia que não a aceitava de volta e por isto retornava a este relacionamento. Acha que ele a agredia por não gostar dela e sim de outras mulheres. Ele a agrediu fisicamente por 10 anos, só parou porque ela teve coragem de denunciá-lo. A relação hoje do marido com os filhos é muito ruim devido as agressões e ameaças. Acredita que nunca amou e nem foi amada, mas já teve uma paixão não correspondida. Atribui esta paixão ao fato dele ter sido muito amigo e se preocupava com ela. Seu sonho é ter condições para separar do marido. Refere que já teve vontade e até oportunidade de matá-lo, mas se conteve. Hoje ele não a agride fisicamente, mas a ameaça para ter relações sexuais e, ela, por medo acaba cedendo. Além disto, ele usa palavras grosseiras e a desmoraliza. O HIV surge na sua vida quando o marido fica internado com tuberculose. Foi um choque quando soube do HIV e o seu sentimento era de muita raiva deste parceiro, mas cuidou muito dele quando doente. Em relação a sua sorologia, quando fez o exame e teve o resultado reagente, achava que iria morrer. Já abandonou o tratamento devido a falta de harmonia e do comportamento do parceiro. Já percebeu que às vezes perde a coragem de se tratar. A vida conjugal ficou muito pior após o HIV, e acredita que ela contribui para isto porque em momentos de discussões ela o culpa pela infecção e ele, por sua vez, a ameaça que vai divulgar a sua condição sorológica para os vizinhos.

OBS: Lucimara apresenta-se como uma mulher bastante simples e tímida. Fala pouco e tem um sorriso contido. Parece ter vergonha de sua história. Viveu muita violência física por parte do marido e hoje vive a violência moral e sofre ameaças. Tem um aspecto físico de sofrimento, uma mulher envelhecida, que aparenta muito mais do que a idade que tem. Tem marcas no corpo da agressão, um corte bem próximo do pescoço que sofreu por uma garrafada que o marido deu. Ela refere que tem marcas pelo corpo todo. Se emociona muito quando fala de amor. Tem sonhos, mas não acredita que vá realizá-los. Tem um grande desejo de se separar do marido, mas reconhece suas limitações. Lucimara revelou as questões violentas durante seu acompanhamento com a psicóloga. Não revelou ao seu médico e nem a outros profissionais. Refere ter vergonha de falar sobre este tema.

No 8 - Carmem

Carmem 39 anos, natural de São Paulo, viúva, com parceiro fixo, tem 3 filhos do atual parceiro e 5 filhos do primeiro, é evangélica, estudou até a 4ª. Série, não trabalha e se nomeia dona do lar. Tem 7 irmãos, teve uma infância difícil, o pai não era presente e tinha outra família. Teve um irmão mais velho que ajudou no cuidado da família. Da infância lembra que pedia pão nas casas e ia para as feiras pegar as sobras. Com 15 anos começou a trabalhar em casa de família e aos 16 anos foi embora de casa, fugida, e foi morar com o seu primeiro namorado. Ficou dois meses com este parceiro e tinha medo de ter relações sexuais. Este parceiro foi preso e ela voltou pra casa da mãe. Seu irmão mais velho a agredia e também aos irmãos, atribui ao uso de álcool o motivo da violência. Saiu de casa novamente, fugida, para morar com uma amiga e com este namorado que já havia saído do presídio. Depois de alguns anos ele foi assassinado. Neste relacionamento, após algum tempo, começaram os conflitos principalmente por ele ser usuário de drogas injetáveis. Tai conflitos iniciam-se na primeira gravidez. Com ele teve 5 filhos. Refere que o sofrimento começou com as traições, mas ela aceitava e se calava porque não queria voltar pra casa da mãe. Era uma relação com muitos conflitos e agressões físicas e verbais. Considera como grande amor o atual marido, por ele ter assumido os seus 5 filhos. Revela ter sofrido um estupro aos 23 anos, estava grávida, e aconteceu quando ela voltava do trabalho. Com o atual marido teve um episódio de violência quando estava grávida e durante a briga ela quase o enforcou. Acredita que só não o matou porque o filho apareceu. Depois deste episódio nunca mais tiveram este tipo de violência. O HIV surge no pré-natal, do 2º filho do atual marido. Este diagnóstico ocorreu aos 7 meses de gravidez. Relata que a médica deixou o exame em cima da mesa, propositalmente, e ela entendeu o que era reagente. Acha que esta atitude foi uma violência por parte da profissional. Os filhos não são soropositivos, o marido sim. Lucimara acredita que se infectou através dele, porque sabe de uma traição logo no início do casamento. Com o

HIV vieram inúmeras discussões no relacionamento. Não o julga por ter a infectado porque ele é um homem muito cuidador, tanto com ela quanto para com os seus filhos. Já se sentiu muito deprimida, após o diagnóstico do HIV e já teve vontade de deixar o tratamento algumas vezes por cansaço. Refere que o marido não a incentiva no tratamento, dizendo que os medicamentos não fazem bem e por isso ele não se trata. Acredita que a vida sexual mudou depois do HIV. Refere que tinha mais desejo, mas por causa da doença hoje já não é mais como antes.

OBS: Carmem aparenta ser uma mulher mais velha do que a sua idade. Alta, magra, e com traços envelhecidos e sofridos. Fala muito baixo e aparenta uma certa timidez. Fala das suas primeiras relações sexuais usando a expressão “eu me perdi”. Muito simples, com baixa escolaridade e demonstra viver em situações precárias. Refere que mora em favela, em cômodos com 10 pessoas, sendo 8 filhos. Lucimara tem poucas expressões e quase não demonstra seus sentimentos. Tentei aproximação para aprofundar os temas, mas pouca reciprocidade. Não sorriu, não chorou e também não se lamentou. Sua fala aparenta certo conformismo com sua história de vida. Em vários momentos da entrevista suas respostas limitavam-se a um : “sei lá, ou eu não sei”. Foi uma entrevista difícil. Lucimara revelou somente para a ginecologista porque a médica perguntou. Nunca falou com nenhum profissional sobre as questões de violência. Refere não ter projetos para o futuro.

No 9 – Nilza

Nilza 34 anos, natural da Bahia, vive com o segundo parceiro, tem 2 filhos, sendo 1 do primeiro relacionamento. É católica, estudou até a 6ª. série, atualmente está desempregada, mas às vezes trabalha como faxineira. Seu parceiro é o único provedor da casa. Tem 8 irmãos e vieram para São Paulo com a mãe e a irmã mais velha, quando ela tinha 5 anos. Refere que teve uma infância muito difícil. O pai era alcoolista e conta que ele batia muito no rosto da mãe, que apresenta até hoje problemas nos olhos em decorrência das agressões. Relata que o pai não agredia os filhos. Lembra-se que a mãe a todo o momento ia dormir na cama da

avó com medo da violência do pai. Teve uma adolescência com muitos amigos e começa a trabalhar aos 12 anos. Após um primeiro relacionamento difícil, com um homem casado, conhece o primeiro marido e aos 19 anos engravida. Refere que ele começou a “espancá-la” porque duvidava da paternidade, já que ela usava anticoncepcional. Nomeia como a primeira violência cometida por ele foi quando ele a levou para fazer um aborto, isto ocorreu aos 7 meses de gestação e como ela não aceitou, começam as agressões físicas. Quanto ao amor só acredita que existe o amor de mãe para filho e não de homem para mulher. Com o parceiro atual relata que a vida sexual é melhor do que com o primeiro, embora depois do HIV muita coisa mudou. Identifica como dificuldades no relacionamento sexual pelo desinteresse dele, muitas vezes as relações só acontecem porque ela o ameaça em procurar outra pessoa. Acredita que este comportamento ocorre devido as acusações dele por ela ter o infectado. Nunca falou para os profissionais sobre as violências porque não gosta de ficar lembrando. Refere que se trata, mas que já deixou vários meses de fazer o acompanhamento, por sentir muita tristeza. Quanto aos seus projetos, o desejo é estar bem de saúde para poder passear e cuidar dos filhos.

OBS: Nilza relata pouco crédito nas relações afetivas. Enfatiza o tempo todo o cuidado de sua saúde por conta dos filhos. Tem mágoas do passado devido as dificuldades com a família e com o pai. Sofreu muita violência do primeiro marido. Tem muita tristeza por ele não aceitar o filho e destrutá-lo até hoje. Seus projetos estão relacionados ao cuidado dos filhos e as preocupações com os mesmos. Só falou sobre a violência porque a ginecologista perguntou. Ressalta que nunca falou sobre a violência, com outros profissionais, por vergonha e porque acredita que ninguém pode ajudá-la e por estar sempre se esforçando em esquecer.

No. 10 – Maria

Maria tem 42 anos, natural de São Paulo, separada judicialmente, com namorado atualmente, tem 2 filhas do primeiro casamento, não tem religião, apenas refere que acredita em Deus. Tem o 2º grau completo, é autônoma e trabalha como massoterapeuta em sua casa. Tem 3 irmãos e refere uma infância sem

dificuldades financeiras, com viagens para o exterior e boas escolas. O pai era empresário. Apesar destas facilidades o pai era alcoolista e muito agressivo no tratamento com a sua mãe e com os filhos. Acredita que por conta deste comportamento, do pai, sua mãe era muito dura com os filhos. Teve uma adolescência com muitos amigos e refere que o primeiro relacionamento afetivo-sexual já foi, como ela nomeia, o “primeiro caso-problema”. Engravidou aos 14 anos e escondeu da família durante 3 meses. Após a revelação casou-se e em seguida começaram os problemas neste relacionamento. Fala de uma discriminação sofrida na escola porque tanto os colegas como os professores a apontavam como palavras ofensivas por ela estar grávida. Com este marido teve muitos problemas devido o uso de álcool e por considerá-lo muito irresponsável com a família. Após o nascimento da 2ª. Filha se separaram. Alguns anos depois iniciou um novo relacionamento e passaram a morar juntos. Este parceiro a agredia fisicamente. Foram muitos anos difíceis e ela não tinha coragem de denunciá-lo. Durante este relacionamento adoeceu e descobriu ser soropositiva (refere ter sido traumática a revelação do diagnóstico por parte do profissional de saúde) Refere que sempre teve muito medo de ficar sozinha. O atual namorado não sabe da sua soropositividade, não tem coragem de contar por medo de perdê-lo, embora não tenha perspectivas para o futuro nesta relação. Alega que ele tem desejo em ter filhos e ela jamais irá revelar sua condição sorológica. Esta posição é devido as observações grosseiras e preconceituosas que ele manifesta ao falar da aids. Quanto ao amor, acredita que a mulher idealiza o homem e por isto sofre. Já deixou de se tratar por diversas vezes, sobretudo quando estava vivendo situações de violência. Tinha vergonha de aparecer no serviço de saúde quando estava machucada e por isto, faltava às consultas. Quando retornava sempre dava alguma “desculpa”, mas não revelava de fato o ocorrido. Refere que o preconceito é o que mais a faz sofrer atualmente. Não deixou de sonhar com uma vida melhor.

OBS: Maria é uma mulher bastante emotiva. Fala da violência do pai e da mãe com bastante pesar. Alega muita falta de amor em sua família e acredita que isto a fez (e faz) suportar várias situações desagradáveis porque não consegue ficar sozinha. Quanto ao seu tratamento várias vezes já teve vontade e já

abandonou,mas encontra forças nas filhas, fazendo suportar (so uma das filhas sabe sobre o HIV) as dificuldades com a doença. No serviço de saúde falou sobre a violência vivida com a nutricionista numa conversa de corredor. Nunca falou para o seu médico por vergonha e por não se sentir a vontade. Hoje se sente mais forte para este atual relacionamento e acha que não vai permitir outro tipo de violência, mas mesmo assim ela acredita que a discriminação dele para com as pessoas com aids a afeta e a deixa muito triste.

No. 11 - Maria de Fátima

Maria de Fátima tem 50 anos, natural do Ceará, viúva, sem parceiro atualmente, tem 4 filhos, é espírita, quanto a escolaridade é apenas alfabetizada e trabalha como diarista. O pai vivia pouco com a família, tinha o hábito de “desaparecer”: “ Vinha pra casa, fazia um filho e sumia”. Fátima tem 8 irmãos. Teve uma infância difícil e refere que basicamente ela e os irmãos se alimentavam de sobras dos supermercados. Aos 6 anos trabalhava em casa de família fazendo pequenos serviços domésticos. Refere lembrar-se pouco da adolescência. Não lembra do primeiro beijo, do primeiro namorado e “acha” que teve a primeira relação sexual entre os 10 e 12 anos. Refere que o pai não era agressivo com os filhos, somente com a mãe, mas ressalta que ele pedia pra ela acender o cigarro quando tinha somente 10 anos e vê, hoje, como uma marca da violência cometida por ele. Aos 15 anos foi morar com um namorado do qual ela teve 2 filhos. Este parceiro a agredia fisicamente justificando ciúmes. Ela reclamava com a mãe, mas ela dizia que tinha que agüentar. Não acredita no amor e refere superar, a falta de amor, se dedicando aos filhos e a casa. Acha que nunca teve um grande amor e a relação com o seu marido foi só um destino para ter seus filhos, assim como a violência, assim como o HIV – “ eu tinha que passar por isto“.Quanto ao HIV acredita que se infectou através do marido, que adoeceu e constatou o HIV. Ele tinha uma vida estranha, com muitos relacionamentos. Sua maior preocupação em relação ao HIV era com os filhos. Sobre falar da violência com os profissionais, relata que só consegui falar porque a ginecologista perguntou e não falou antes porque não gosta de lembrar. Hoje cuida da saúde,

mas já teve momentos de abandono. Refere que sem a presença do marido, o seu desejo é maior em se cuidar. Seus projetos estão relacionados ao cuidado dos filhos e não tem desejo em encontrar nenhuma parceria amorosa.

OBS: Maria de Fátima apresenta-se como uma mulher simples e com muitas marcas de sofrimento. Fala com emoção dos filhos, da sua vida, das suas conquistas, principalmente, após a separação do marido. Tem uma vida conjugal com muitas violências e conflitos. Hoje fala com orgulho do cuidado de si e de sua saúde, mas atribui tais fatos após a separação do marido. Aparenta uma idade superior a que tem, com traços sofridos. Não acredita nas relações amorosas, não tem interesse e nem desejo em encontrar algum parceiro. Afirma o tempo todo que amor é o que ela sente quando cuida da sua casa, quando atinge um objetivo e quando vê os filhos bem.

No. 12 – Marilene

Marilene, 50 anos, natural de São Paulo, separada, sem parceiro atualmente, 6 filhos, é evangélica, estudou até a 4ª. Série, é diarista, sem trabalho no momento. Tem 8 irmãos, refere uma infância boa, com dificuldades financeiras mas viviam razoavelmente. O pai era bastante rígido e quando usava álcool batia na mãe e brigava com os filhos. A adolescência foi marcada por uma gravidez aos 15 anos, com um casamento forçado pelo pai. Este marido usava álcool e outras drogas. Tinham um relacionamento bastante violento, com agressões mútuas. Teve os seis filhos com ele, num ambiente de muita violência verbal e física, mesmo durante a gravidez, até que conseguiu se separar dele. Refere que foi uma separação bastante difícil porque, apesar de tudo, acredita que gostava muito dele, e o considerou o seu grande amor, mas admite que não era possível a convivência. Acredita que ele também a amava, pois sempre gritava na rua sobre este amor. Quanto ao HIV, se infectou deste marido, pois só teve ele como parceiro sexual e mesmo separados eles se encontravam e tinham relações. Foi fazer o exame porque adoeceu. Nunca contou para o ex-marido porque nunca mais o viu, mas sabe que ele estava doente alguns anos atrás. Quanto as situações violentas refere que nunca havia comentado com nenhum profissional,

por vergonha e só falou porque a ginecologista perguntou. Refere que nunca parou de cuidar de sua saúde e justifica pelo fato de querer ver os netos crescerem e também ainda tem duas filhas solteiras. Quanto aos sonhos, estes se referem a ver suas filhas bem casadas. Não tem expectativas amorosas porque o HIV atrapalha a vida e não confiaria contar pra ninguém sobre sua condição sorológica.

OBS: Bastante simples, determinada ao cuidado dos netos e filhos, refere que sua vida nunca foi tão boa quanto é agora, principalmente, porque tem harmonia em sua casa. Fala do marido com muita emoção, tanto em relação ao amor quanto em relação a violência. Tem nuances de raiva em sua fala ao referir a violência, mas sobretudo ao HIV pois acredita que ele a traiu muitas vezes e por isto ele se infectou e conseqüentemente ela. Aponta várias vezes a questão de só ter tido ele como parceiro afetivo-sexual, afirmando considerar-se uma mulher honesta.

No 13 – Senilza

Senilza tem 52 anos, natural de Belém do Pará, casada, 4 filhos, é evangélica, estudou até a 7ª. Série, trabalha como empregada doméstica. Tem 5 irmãos, o pai usava álcool e era uma pessoa muito alterada. Sua mãe se separou dele e encontrou um novo companheiro e veio para São Paulo deixando os filhos com o ex-marido. Depois de alguns anos ela resgata estes filhos e vão viver no Amazonas. Refere uma boa convivência com o padrasto que era muito cuidador dela e dos irmãos. A adolescência foi boa, com muitos amigos e foi a fase que conheceu o que considera o seu grande amor. Este namorado era usuário de drogas, mas nunca a deixou experimentar, e por isto acredita que ele era um homem muito “valioso” e cuidador. Após o término deste namoro ela conhece o pai de seu primeiro filho que era um homem casado. Alguns anos depois, conhece um novo parceiro, também casado, e ela engravida novamente. Quando o ultimo filho tinha 3 anos ela conhece o que atualmente é o seu marido. Quando engravida do primeiro filho dele começaram as mudanças de comportamento e pelo uso de álcool. Refere que ele nunca a agrediu fisicamente, mas quando

chegava embriagado ele gritava muito e destruía tudo na casa. Acredita que o marido nunca a amou e ela também. Considera que o seu relacionamento com ele foi baseado no medo em ficar sozinha e ele também. Quanto ao HIV afirma que foi através do marido. Conta uma história em que um dia ele foi preso e quando ela foi buscá-lo na delegacia ele estava cheio de marcas de agulhas, acha que foram os policiais que fizeram alguma coisa com ele (drogas ou sangue). Não vê nenhuma outra hipótese das vias de infecção. Não acredita que ele possa ter tido outros relacionamentos sexuais. Após alguns anos ele adoeceu, fez o exame, começou a se tratar e só depois de 3 meses é que contou para ela. Com sorologia reagente ela inicia o seu tratamento. A vida conjugal após o HIV ficou ainda mais difícil, não pela violência como antes, mas pelo comportamento dele – agressividade verbal e sobretudo pela dificuldade em usar preservativos, porque ele não aceita. No serviço de saúde ela só contou para a psicóloga durante seu atendimento. Faz regularmente seu tratamento, mas o marido não. Refere muitos problemas de saúde e hoje o maior deles é a tristeza que ela sente. Tem muito desejo de se separar do marido, mas não consegue porque eles construíram uma casa e ele a ameaça em tirar a sua parte caso ela pense em ir embora.

OBS: Senilza se apresenta com uma aparência frágil, pouco olha nos olhos e mantém a cabeça baixa. Sua aparência faz acreditar que a sua idade é superior ao que de fato tem. Logo que iniciamos a entrevista, ao falarmos do estado civil, ela já começou a chorar. Chora muito ao lembrar de um namorado que considerou ser um grande amor. Não tem perspectivas ou sonhos e acredita que a sua vida nunca mudará e, portanto será assim até morrer. Apesar do desejo, não vê possibilidades em se separar do marido. Tem muito tristeza por ter HIV e vergonha também. É afirmativa quando fala na forma que o marido se infectou, dizendo da total certeza de que foram os policiais que injetaram alguma coisa nele e assim ele contraiu o HIV.

Tania tem 44 anos, natural de Recife, divorciada, sem parceiro, 4 filhos (perdeu uma filha com 3 anos), católica, 2º, grau completo, é cantora. Filha de 2 irmãos, teve uma infância tranqüila, brincava e estudava. Seu pai foi transferido para São Paulo e aos 15 anos veio pra cá aonde iniciou sua vida sexual e afetiva. Aos 17 anos se casou e tinha uma relação marcada por muito ciúme. O parceiro começa a agredi-la fisicamente quando estava grávida. Além do ciúme as brigas eram em decorrência das várias traições por parte dele. Refere que várias vezes o denunciou para a policia e também falava, da agressão, quando era socorrida no hospital. Poucas vezes a policia fez alguma intervenção, mas ela nunca deixou de denunciá-lo, até que conseguiu a separação. O segundo marido também era muito agressivo e não contribuía com o sustento da casa e da família. Nasce uma filha com muitos problemas de saúde e aos 3 anos morre. Após muitos conflitos ela vai para Recife com os filhos e foge deste relacionamento. Conhece uma outra pessoa que foi seu namorado nestes últimos dois anos. Estão separados atualmente, mas ele está sempre a ameaçando e sofre perseguições. Quanto ao HIV, ficou muito doente quando estava morando no Recife. Foi infectada pela Dengue e em seguida surgiram muitos problemas e foi detectado HIV. Hoje se trata, acredita que não perdeu seus sonhos. Sofre perseguições do ex-namorado acredita que se não fosse isto estaria bem. Seu maior sonho é ver o lançamento do seu CD.

OBS: Tania é uma mulher muito bonita, muito bem de aparência e parece estar sempre muito bem arrumada. Tem um tom bastante justificativo nas suas colocações. Dá a impressão que tem explicações para tudo e que tem necessidade de explicitar. Ao falar dos filhos, dos relacionamentos, da profissão, reforça o seu lado sério com a vida, com o mundo, com a ética. Percebi na entrevista que ela fazia questão de fazer colocações de acusação ao ex-namorado porque ele está movendo uma ação contra ela e isto parecia ser uma necessidade de afirmar o seu caráter.

No. 15 – Cecília

Cecilia, tem 35 anos, natural de São Paulo, viúva, com parceiro, tem 2 filhos, é espírita, estudante de direito (3º. Ano), trabalha em um escritório. Refere que a sua infância foi tranqüila com família de classe media, o pai e a mãe trabalhavam em uma empresa de cosméticos. Eram em 3 irmãos, sendo ela a única mulher. Refere que sempre viveram no mesmo bairro em que hoje ela reside. Na adolescência teve muitos amigos, estudou em escolas boas e gostava muito de sair para se divertir. O pai era rígido não gostava que ela chegasse tarde e por diversas vezes a colocava de castigo o que provocava muitas discussões. Aos 18 anos começou sua vida sexual com um namorado que era usuário de drogas. Esta relação facilitou o uso e abuso de álcool e outras drogas devido a convivência com este namorado e o grupo de amigos. Aos 20 anos conheceu o que foi o seu marido. Aos 22 anos casou-se e foram morar longe da família. Refere que ele sempre foi muito ciumento, mas achava que era por amor. Por diversas vezes tiveram discussões que terminavam em agressões físicas e verbais. Ele a obrigava a ter relações sexuais sob ameaça de matá-la. Ele sempre justificava tais atitudes por amor e por ciúmes. Na gravidez ele a mal tratava por não querer o filho. Foram várias tentativas de separação, mas com dificuldades, pois tinha medo das ameaças dele. Refere que foram anos em que ela apresentava fortes dores na região pélvica devido as relações forçadas. Este parceiro morreu num acidente de carro após 8 anos de casamento. Considera ele um grande amor, apesar da violência. Acredita que também tinha culpa porque sempre gostou de chamar atenção dos homens e por isto as crises de ciúmes dele. Tem um segundo relacionamento, do qual teve um filho. Estão vivendo como “amantes” (palavras dela) há mais de 4 anos e considera um relacionamento conturbado por ele ser casado e não assumir o filho e nem a relação com ela. É uma relação com muita discussão, com palavras agressivas e ofensivas, por parte dele. Quanto ao HIV, descobriu nesta segunda gravidez e não tem coragem de revelar para este parceiro, principalmente por medo da sua reação, por ele ser casado e por medo de perdê-lo. Refere que a gravidez instigou sua expectativa de constituir uma família com ele, já que a esposa dele

nunca pode ter filhos. Tem muita tristeza e depressão. Já desistiu do tratamento por diversas vezes, pela falta de motivação, pelas dificuldades com os medicamentos, pela não revelação do seu diagnóstico ao atual parceiro e pelos conflitos que surgem no momento do uso do preservativo durante as relações sexuais. Quanto aos profissionais de saúde revelou sobre a violência somente para a psicóloga. Tem muita vergonha do que passou e do que passa. Atualmente, quer muito sair desta situação e revelar o seu diagnóstico, mas ainda precisa de um tempo. Seus sonhos estão voltados para os seus estudos e para a criação do seu filho.

OBS.: Cecília é uma mulher bonita com traços delicados, se expressa muito bem. Percebe-se certa fragilidade ao falar sobre o HIV, sobretudo porque não sabe se foi do atual parceiro ou não que se infectou e, por isto não consegue conversar com ele sobre o assunto. Vive neste conflito há 4 anos. Chora muito porque refere ter medo da reação dele ao saber do HIV, principalmente porque ele a trata, várias vezes, com palavras grosseiras e ofensivas. Abandonou o tratamento durante 2 anos e meio e está tentando se recuperar devido a problemas graves de saúde. Refere que teve muitos problemas com o seu infectologista quando retornou ao tratamento porque estava muito doente. Não teve coragem de falar sobre os seus verdadeiros motivos. Só falou para a psicóloga os seus conflitos e suas situações de violência.

No. 16 – Rita

Rita tem 39, natural de São Paulo, casada há 3 anos, mas co-habitam há 20 anos, tem 2 filhos, é espírita, estudou até o 1º. Ano do ensino médio, é dona de casa. Teve uma infância muito difícil, refere situação de miséria. O pai tinha duas famílias. Tanto o pai quanto a mãe eram muito violentos, entre eles e com os filhos. A mãe chegou a jogar álcool no pai e provocou graves queimaduras. A adolescência foi marcada por amigos, mas também pela rigidez dos pais. Quando saía com as amigas no retorno para casa sempre apanhava da mãe.

Conheceu o que denomina o seu grande amor aos 15 anos. Refere que só iniciou a vida sexual com o atual marido. Logo que se conheceram a mãe pegou os dois se beijando e praticamente a obrigou a sair de casa. Embora não o amasse, foi morar com ele. Tem muitas dificuldades no relacionamento, mesmo após 20 anos de convivência. Refere que são quase estranhos. Ele já a agrediu fisicamente várias vezes ao longo da vida, inclusive com facadas, queimaduras com cigarro e socos. Se sente discriminada porque acha que ele tem vergonha dela. Refere que ele teve vários relacionamentos extra-conjugais ao longo da vida. Tem uma forte desconfiança que ele tem preferências homossexuais, sobretudo com travestis. O HIV surge quando o marido adoece. Acredita que se infectou devido ao comportamento “estranho”, do marido. Refere que a vida mudou muito depois do HIV, principalmente porque não tem mais sentido para a vida. Não gosta de estar no serviço de saúde. Não agüenta os remédios e não agüenta a vida que leva com o marido. Nos momentos de muita briga com o parceiro refere que tem vontade de sumir, se matar e com isto deixa de se tratar. Já abandonou o tratamento por diversas vezes, mas sempre volta com medo de adoecer e precisar da ajuda dele. Quanto ao serviço de saúde só contou uma vez num grupo que participou na unidade de saúde, isto porque algumas mulheres começaram a falar mal de mulheres que sofrem violência. Nunca falou com um profissional específico. Quanto ao seu médico, refere que ele só fala sobre o HIV e sobre os medicamentos e isto a incomoda também.

OBS.: Rita é uma mulher que se expressa com muita mágoa do marido. O tempo todo que ele tem raiva dela e da família que construíram. Acredita que ele está com ela só por conveniência e por falta de iniciativa. É uma mulher com traços envelhecidos, apresenta-se com maus cuidados. Tem dificuldades em lidar com as questões do HIV. Fala muito que não gosta de estar na unidade de saúde e de tudo que lembra a sua doença. Acha que o HIV é limitante e que ele dificulta ainda mais a possibilidade de uma separação do marido. Tem sonhos quanto ao amor. Fala ao final da entrevista de um vizinho que está sempre a rodeando e que isto tem proporcionado um bem pra ela. Não diz diretamente sobre este relacionamento, mas revela desejos sexuais por ele, embora tenha medo de transmitir o HIV.

No. 17 – Leia

Leia tem 37 anos, natural da Bahia, casada, 2 filhos, evangélica, estudou até o ensino fundamental, é vendedora. Tem 12 irmãos. Relata uma infância difícil, pois moravam na roça e o pai era alcoolista e agressivo com a mãe e com os filhos. Lembra que gostava muito de ir pra escola porque era um meio para não trabalhar o dia todo no plantio do café. Veio pra São Paulo aos 15 anos para ajudar a Irmã no cuidado com os sobrinhos. Nesta mesma época, conheceu um homem bem mais velho e teve relações sexuais forçadas, chegando a machucá-la por diversas vezes. O pai batia muito na sua mãe e por isto vieram todos da Bahia pra São Paulo, morar na casa desta irmã e a situação ficou muito difícil. Tiveram que ir morar em uma favela durante alguns anos. Lá se envolveu com um traficante e quando descobriu tentou se separar dele, mas tinha medo devido as ameaças. Depois de um tempo fugiu daquele lugar e conheceu o que é o atual marido. Refere uma relação difícil, sobretudo após a primeira gravidez, porque ele não desejava e não aceita o filho, até hoje, que nasce com comprometimento neurológico. Refere que o marido teve vários relacionamentos extraconjugais, a agredia fisicamente e que hoje as agressões verbais são muito mais duras e que trazem muito sofrimento. Quanto ao HIV descobriu na segunda gravidez e que ficou muito mal e desesperada. O marido também foi fazer exame com resultado positivo para o HIV. Hoje se trata com dificuldades. Não tem motivação pessoal, apenas por conta dos filhos, sobretudo do menino que tem limitações. Quanto ao serviço de saúde, tem uma relação boa com os profissionais e só falou da violência, mais recentemente com a psicóloga.

OBS: Leia apresenta-se como uma mulher frágil, delicada e com traços sofridos. Chora muito ao falar do filho e da rejeição do marido. Refere um sofrimento muito grande neste relacionamento, mas não vê possibilidades de sair desta situação, principalmente pelo sustento da família. O único sonho que tem é em relação ao filho. Tem medo de morrer e não ter quem cuide dele. Só cuida da sua saúde por causa do filho, mesmo assim tem várias fases em que abandona o tratamento.

No 18 - Sueli

Sueli tem 40 anos, natural de São Paulo, casada, 3 filhos, católica, estudou até ensino médio, trabalha como gerente de uma loja de roupas. Teve uma infância somente com a presença da mãe e da avó. Não tem irmãos. Refere que a mãe teve um relacionamento com um homem casado e este nunca a assumiu como filha. Na adolescência teve vários relacionamentos. Refere que saia bastante, chegou a experimentar algumas drogas, mas nunca foi dependente. Gostava de estar com amigos e de namorar. Teve alguns namorados que eram violentos e chegavam a se agredir mutuamente. Casou aos 23 anos, com um homem com mais idade do que ela, e por isto, ele era muito ciumento, tornando-o uma pessoa violenta. Desde os primeiros anos de casamento ele a proíbe de trabalhar ou de sair. Interfere no seu modo de se vestir e do contato com vizinhos. Ele já a agrediu fisicamente várias vezes, e ela já o denunciou e acredita que todas as vezes que fez isto ele piorou o comportamento. Hoje vivem com muitas dificuldades no relacionamento. Refere que nunca amou ninguém e nem foi amada. Vive com o marido em nome da família e dos filhos. Soube do HIV quando ele adoeceu. Nesta mesma época ela fez o exame que também deu positivo. Ficou muito desesperada e triste, com o de ter infectado os filhos. Não sabe como se infectou. Não gosta de pensar que o marido possa ter contraído a doença em um outro relacionamento e por isto não falam sobre este assunto. Hoje vivem um relacionamento conflituosos, que se agravou após a revelação do HIV. De certa forma um culpa o outro, mas não explicitam, mas se agredem. Ele não quer se tratar e ela refere que tem muitas dificuldades também. Não é aderente ao tratamento. Está sempre abandonando e retornando. Não tem motivação. Quanto ao serviço de saúde, não gosta de estar lá, nunca fala da sua vida pessoal com os profissionais porque acha que não tem abertura pra isto. Só falou da violência porque a ginecologista perguntou e ela resolveu falar.

OBS. Sueli é uma mulher muito bonita, se apresenta bem vestida e bem cuidada. Refere que gosta muito do seu trabalho e ele a faz sentir-se melhor como mulher. Tem muitas dificuldades com o marido, devido ao HIV, por ele ser mais velho, não proporcionando o ritmo de vida que ela gostaria (ele tem 15 anos a mais).

Não tem sonhos, apenas vai vivendo sem grandes expectativas. Fala do serviço de saúde como um lugar desagradável e que a prioridade dos profissionais é só falar da doença. Não vê na unidade de saúde nenhuma informação otimista e tem a impressão que reforçam o lado ruim de ser portador do HIV.

No 19 – Rosana

Rosana tem 48 anos, natural de São Paulo, casada há 4 meses, tem 2 filhas, estudou até o ensino médio, é produtora de modelos. Tem 2 irmãos, refere que teve uma infância difícil, um pai alcoolista e agressivo, uma mãe sofrida que até hoje não consegue sair desta situação violenta. Refere que o pai era muito machista, brigava em casa, na rua, batia nos filhos e que ele chegou a quebrar o seu nariz por 2 vezes, quando adolescente. Portanto, a adolescência também foi marcada pela violência do pai e pelo conformismo da mãe, o que a incomodava muito. Após uma briga com o pai, foi morar sozinha aos 16 anos. Trabalhava e conseguia se manter financeiramente. Tinha um ideal de família e por isto buscava por parceiros que desejassem o casamento. Conhece seu primeiro namorado e vão morar juntos. Ficam juntos durante dois anos e depois descobre que ele tinha outras parceiras e por isto se separam. Conhece um outro homem, que já tinha sido casado e tinha 3 filhas. No início do relacionamento foi muito bom porque ele era muito cuidadoso, tanto com ela quanto com a manutenção da casa. O relacionamento começou a ficar muito ruim quando ele começou a usar drogas. Por vezes tinha um comportamento agressivo e outras depressivo. Se separaram e ela voltou a viver com o primeiro marido, pois não queria voltar para a casa da mãe e por ele gostar dela. Ao retornar a este primeiro casamento, engravidou e em seguida se separaram. Depois de alguns anos conheceu o seu 3º. marido. Refere que foi a pior relação amorosa que teve. Ele a mantinha em cárcere, trancava-a em casa e não a deixava sair sozinha e forçava a ter relações sexuais. Tinham muitas brigas, com agressão física e verbal. Refere que também agredia para se defender. Teve uma filha com ele.

Após 10 anos conseguiu denunciá-lo e ele acabou indo embora de sua vida. Soube do HIV porque adoeceu. Não sabe com quem pode ter se infectado. Teve vários parceiros sexuais e nem sempre se preveniu. Com o atual parceiro tem uma relação boa, de cuidado, mas refere que ele é muito ciumento, não a deixa sair sozinha nem para o trabalho. Ela revelou sobre o diagnóstico e ele aceitou sem problemas. Ele não quer fazer o exame, embora às vezes se relacionam sem preservativo. Refere que este é um dos principais problemas na relação deles. Quanto ao seu cuidado em saúde, acredita que está bem, mas não gosta de estar no serviço de saúde e não gosta de falar sobre o HIV. Refere que não tem problemas em falar sobre a violência e que sempre contou para os profissionais de saúde e para outras mulheres com quem ela tem algum contato. Apesar de algumas dificuldades, acredita que este é o melhor parceiro que já teve e aposta muito nesta relação.

OBS: Rosana é uma mulher bonita, bem vestida com aparência bem cuidada. Fala da violência com certa tranquilidade e às vezes acha engraçado ter se colocado em situações difíceis. Fala dos parceiros com certo “desprezo”, sempre dizendo que eram homens feios e cheios de defeitos. Justifica as suas conjugalidades buscando a construção de uma família. Quanto ao HIV, não gosta de falar muito. Trouxe informações restritas sobre esta questão, não quis explorar muito e tão pouco permitiu. Está bem, com carga viral indetectável. Quanto ao atual relacionamento, relata que ele é um homem diferente e espera viver para sempre ao seu lado.

No. 20 – Paula

Paula tem 35 anos, natural de Recife, separada, com parceiro atualmente, tem 4 filhos, é evangélica, estudou até o ensino fundamental, trabalha como diarista. Tem 5 irmãos, teve uma infância sofrida com muitas dificuldades financeiras e de relacionamento. A mãe trabalhava em casa de família e o pai como pedreiro. Refere que o pai era uma pessoa agressiva com a mãe e com os filhos. Não teve carinho dos pais e nem atenção. Veio para São Paulo quando criança e a mãe a obrigava a fazer trabalhos domésticos enquanto ela trabalhava na casa de

família. Da adolescência lembra que queria muito casar pra sair de casa. Começou a namorar aos 14 anos e logo engravidou. Tentou esconder dos pais, mas sua mãe desconfiou e a obrigou a casar com este namorado. Acredita que foi um acontecimento bom na sua vida. Embora usuário de drogas, o considerava um homem bom. Após o nascimento do 1º filho, este marido foi assassinado. Sua situação ficou muito difícil, pois não trabalhava e não tinha como se manter. Deixou o filho com uma amiga que ajudou a cuidar. Após alguns anos conheceu o que é o atual parceiro. Diferente do primeiro relacionamento este parceiro é muito agressivo e tem outras parceiras, mas como ele aceitou cuidar dela e do filho, naquele momento, era o que importava. Refere que ele usa muito álcool e chega em casa agressivo e quer forçá-la a ter relações sexuais. Quando não cede ele a agride fisicamente e verbalmente, também. Já chamou a polícia diversas vezes, fez Boletim de Ocorrência, mas tem muito medo. Acredita que ele é muito bom para os filhos e por isto não tem coragem de se separar e, também, acredita que ele é capaz de matá-la caso ela solicite a separação. Na última gravidez descobriu ser soropositiva e ficou desesperada porque nunca fez pré-natal e não sabia se tinham infectado os outros filhos. O marido a “espancou” quando ela contou sobre o HIV, mesmo grávida. Ele a acusa de traição e não acredita que ela possa ter se infectado no primeiro relacionamento. Hoje vivem com muitas dificuldades, apesar dele ser um bom pai, ele não contribui com o sustento da família porque está desempregado. Refere que já abandonou o tratamento por várias vezes, sempre quando vive situações agressivas. Tem vergonha de aparecer no serviço de saúde, pois às vezes ele a machuca fisicamente. Outra questão é a dificuldade no uso de preservativos, pois ele ainda a ameaça caso não queira se relacionar sexualmente. Já contou pra sua ginecologista sobre estas violências, sobretudo a sexual, devido as dores pélvicas que tem. Relata, por diversas vezes, que o HIV é só mais um dos problemas na sua vida. Não tem vontade de se cuidar e nem de se tratar. Tem dificuldades na adesão aos medicamentos. Quanto aos desejos e sonhos espera que a vida melhore, mas sabe que isto só será possível quando conseguir “se livrar” do parceiro.

OBS: Paula é uma mulher com aparência superior a sua idade, com pouco

cuidado de si, com uma dentição bastante comprometida. Em vários momentos da entrevista chora, porque refere que o seu primeiro marido foi o verdadeiro amor e que este atual é o maior problema da sua vida. Tem muito medo de se separar dele. Já buscou ajuda, mas mesmo assim não tem coragem. Parece ter uma relação boa com os filhos, que estão sempre ao seu lado nos momentos de atitudes violentas do parceiro, impedindo eventos mais graves. Sua saúde aparenta debilidade, sobretudo por dificuldades na adesão ao tratamento. Tem muito medo de morrer e deixar os filhos com o parceiro.

Anexo 4

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 21/10/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1064/09**, intitulado: "**AMOR E VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DE MULHERES VIVENDO COM HIV E AIDS: REPERCUSSÕES PARA A SAÚDE**" apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Lília Blima Schraiber**

Pesquisador (a) Executante: **Márcia de Lima**

CAPPesq, 21 de outubro de 2009

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa