UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**“Saúde da Família: sentidos produzidos em grupo com agentes comunitárias de saúde
acerca do HIV/Aids”**

Nara Helena Lopes Pereira da Silva

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2006

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**“Saúde da Família: sentidos produzidos em grupo com agentes comunitárias de saúde
acerca do HIV/Aids”**

Nara Helena Lopes Pereira da Silva

Carmen Lúcia Cardoso

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Nara Helena Lopes Pereira

Saúde da Família: sentidos produzidos em grupo com agentes comunitárias de saúde acerca do HIV/Aids. Ribeirão Preto, 2006.

140 p. : il. ; 30 cm

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.

Orientador: Cardoso, Carmen Lúcia

1. Saúde da Família. 2. Agente comunitário de saúde. 3. DST/Aids.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nara Helena Lopes Pereira da Silva
Saúde da Família: sentidos produzidos em grupo
com agentes comunitárias de saúde cerca do HIV/Aids

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte
das exigências para a obtenção do título de Mestre em
Ciências, Área: Psicologia.
Área de concentração: Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

*Para meus pais, Nelson e Hilda,
pelo eterno incentivo e apoio, em tudo;*

*Para meus irmãos, Fabrício e Érico,
que me mostraram a importância
do profissionalismo e do estudo;*

*Para o Klaus, por todo amor, compreensão e atenção,
além de sempre incentivar meu crescimento profissional;*

*Para Cármen, pelo exemplo, comprometimento e responsabilidade
em minha formação pessoal e profissional.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora **Cármem Lúcia Cardoso**, que nesses anos de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e profissional.

À banca examinadora da qualificação, Professora Doutora **Martha Traverso-Yépez** e Professor Doutor **Emerson F. Raseira**, pela prontidão, disponibilidade e pelas sugestões para este estudo.

Aos **Núcleos de Saúde da Família**, que me receberam apoiando o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos **agentes comunitários de saúde**, pela atenção, disponibilidade e acolhimento para a realização das entrevistas em grupo.

Aos **professores e funcionários da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto**, sempre disponíveis, dedicados em cada atitude e em cada necessidade minha.

Aos **professores do Instituto de Psicologia e Faculdade de Saúde Pública**, da Universidade de São Paulo, *campus* Capital, que nos muitos debates e diversidades, favoreceram o meu crescimento científico.

À **CAPES**, pelo apoio financeiro para a realização do estudo.

RESUMO

SILVA, Nara Helena Lopes Pereira. **Saúde da Família: sentidos produzidos em grupo com agentes comunitários de saúde acerca do HIV/Aids.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

As transformações da epidemia do HIV/Aids, principalmente em relação aos avanços na qualidade de vida de pessoas soropositivas, têm gerado novas ações frente à doença. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se configura como uma política pública de atenção primária, que tem como proposta central a reorientação do sistema de saúde, com ênfase na produção do cuidado integral. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) emerge, neste contexto, como um ator importante na interface entre a comunidade e o serviço de saúde. O presente estudo tem como objetivo descrever os sentidos produzidos em grupo com agentes comunitários de saúde acerca do HIV/Aids. Para tal, foram realizadas três entrevistas grupais de sessão única, com três equipes de agentes comunitários de saúde de três Núcleos de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, SP, Brasil. Os grupos foram áudio-gravados e transcritos na íntegra. Foi efetuada a escolha de uma sessão de entrevista em grupo para a análise em profundidade. Esta sessão foi analisada à luz do construcionismo social, que considera que as realidades e sentidos são construídos através da relação entre as pessoas, sendo a linguagem entendida em seu caráter performático, como uma prática social. Para o processo de análise, inicialmente, foi realizada uma imersão no material transcrito. Após refletir sobre alguns dos possíveis sentidos, foi escolhido um tema como foco, a saber: os processos de negociação e construção de sentidos sobre o trabalho do agente comunitário de saúde em HIV/Aids. Através deste, buscou-se dar visibilidade aos processos conversacionais, com ênfase nas interações, negociações de sentidos e construções, atenta ao potencial de transformação dos enunciados. Nas considerações finais dois aspectos foram delimitados a partir de reflexões sobre a construção do trabalho no nível da atenção primária no que diz respeito ao HIV/Aids, a saber: (a) a possibilidade de olhar para as vozes sociais presentificadas no grupo e nas ações em saúde, contribuindo para reflexões sobre os sentidos construídos acerca do HIV/Aids e da sexualidade; (b) as mudanças a partir da interação e das negociações dos sentidos, no que se refere às questões de gênero e prevenção. A possibilidade de negociação dos sentidos pôs em diálogo a diversidade, bem como a importância de se considerar a multiplicidade em saúde. Esta análise permitiu a descrição de alguns sentidos referentes ao HIV/Aids no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Consideramos que, ao analisar os discursos em grupo com profissionais agentes comunitários de saúde, estamos contribuindo para reflexões sobre as ações na atenção primária no que tange ao trabalho com HIV/Aids.

Palavra-chave: saúde da família, agente comunitário de saúde, HIV/Aids, construcionismo social

ABSTRACT

SILVA, Nara Helena Lopes Pereira. **Family Health: meanings produced in group therapy with communitarian health agents in relation to HIV/AIDS.** Dissertation (M.S.) – Philosophy, Sciences and Literature School of Ribeirão Preto – University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

The changes that the HIV/AIDS epidemic has undergone especially in relation to the improvements on the quality of life of seropositive people have generated new actions in relation to the disease. The Family Health Strategy (FHS) is characterized as a primary care public policy aimed at reorienting the health system emphasizing the production of the complete care. In this context, the Communitarian Health Agent (CHA) emerges as an important actor in the interface between community and health service. The objective of the present study is to describe meanings produced by the group with communitarian health agents in relation to HIV/AIDS. To do so, three one-session group interviews with three communitarian health agents team from three Family Health Units of the city of Ribeirão Preto, SP, Brazil were performed. The groups were audio-recorded and transcribed in full. One group-interview session was selected for a deep analysis. This session was analyzed at the light of the social constructionism, which considers that the realities and meanings are constructed based on relation between people, and that language is understood within its performative character as a social practice. For the analysis process, an immersion into the transcribed material was initially performed. After reflecting on some of the possible meanings, a topic of interest was selected, namely: the negotiation and construction process of meanings in relation to the work of the HIV/AIDS communitarian health agent. Through this process, one searched to make the conversational processes clear by emphasizing interactions, negotiations of meanings and constructions in relation to the enunciations' change potential. In the final considerations, two aspects were delimited based on reflections on the construction of the work at the primary care level in relation to HIV/AIDS namely: (a) the possibility of looking at social voices present in the group and in the health actions, thus contributing for the reflections on the meanings about HIV/AIDS and sexuality; (b) the changes based on the interaction and on the negotiations of meanings in relation to matters of gender and prevention. The possibility of negotiating meanings has recalled diversity as well as the importance of considering multiplicity in health. This analysis has enabled the description of some meanings in relation to HIV/AIDS in the Family Health Strategy context. We consider that, when group conversations are analyzed with communitarian health agent professionals, we are contributing for reflections on primary care actions in relation to those who live with HIV/AIDS.

Keywords: HIV/AIDS; family health; communitarian health agent; social constructionism

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	9
2	INTRODUÇÃO	12
2.1	Epidemiologia e contextualizações acerca do HIV/Aids	12
2.2	A atuação dos profissionais de saúde em HIV/Aids	20
2.3	A Saúde enquanto direito e cidadania: a estruturação do SUS	25
2.4	Atenção Básica e Saúde da Família.....	29
2.5	A estruturação da Saúde da Família – o agente comunitário de saúde.....	35
3	OBJETIVO	39
4	CONSTITUIÇÃO DO <i>CORPUS</i>	40
4.1	Aspectos Éticos.....	40
4.2	Entrevistas em grupo	40
4.3	A edição do material.....	42
4.4	Os participantes	43
5	ANÁLISE DO <i>CORPUS</i>.....	45
5.1	Fundamentos para análise: o construcionismo social	45
5.2	Aproximação com as entrevistas em grupo.....	49
5.2.1	<i>Pré-análise</i>	50
5.2.2	<i>Análise propriamente dita</i>	52
6	A ENTREVISTA EM GRUPO: CONVERSANDO SOBRE HIV/AIDS	54
6.1	Momentos anteriores à realização do grupo	54
6.2	Durante a conversa – o olhar para cada participante.....	55
6.3	Análise - Unidade Gérbera: os sentidos do trabalho em HIV/Aids	56
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
7.1	O olhar para algumas vozes sociais presentificadas nos sentidos construídos acerca do HIV/Aids	111
7.2	Mudanças a partir das negociações de sentidos.....	117
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	134
	APÊNDICE B - DESCRIÇÃO DETALHADA DAS UNIDADES.....	135
	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA.....	138

1 APRESENTAÇÃO

Sob o olhar do campo construcionista, perspectiva adotada neste estudo, considero importante contextualizar meu interesse pelo tema, pois os sentidos aqui discutidos dizem de uma produção específica, construída no diálogo com diversas vozes, presentes e passadas, de supervisões com a orientadora, de contatos com as comunidades, com os profissionais e muitos outros, vozes essas que informam esse estudo.

O interesse na área da saúde foi se delineando logo nos primeiros anos da faculdade, como um desejo de compreender a potência da Psicologia para lidar com as questões de adoecimento. Nesse sentido, desenvolvi minha iniciação científica na área da saúde hospitalar, com mães de hemofílicos. O contato com a disciplina “Psicologia e saúde”, ministrada pela Professora Doutora Cármen Lúcia Cardoso, ampliou meu olhar para a área e pude compreender um pouco mais sobre o Sistema Único de Saúde e suas estratégias de intervenção que iriam além do contexto hospitalar. Foi quando conheci a Estratégia de Saúde da Família e sua proposta recente e, para mim inovadora, de poder olhar para a comunidade como participante ativa na construção da saúde, enfatizando suas potencialidades e qualidades, que iam além do olhar para saúde como sinônimo de ausência de doença.

No ano de 1994, o Ministério da Saúde implantava a Estratégia de Saúde da Família como uma estratégia para a efetivação de ações do Sistema Único de Saúde, definindo o trabalho de uma equipe mínima no nível básico de atenção. Na cidade de Ribeirão Preto, em abril de 2001, foram criados cinco Núcleos da Estratégia de Saúde da Família num convênio firmado entre a Universidade de São Paulo e a Secretaria Municipal de Saúde.

A proposta deste estudo surgiu a partir da minha atuação enquanto aluna/estagiária em um desses Núcleos de Saúde da Família durante três anos (2002 – 2004). Neste estágio, inicialmente, realizei observação participante da rotina da Unidade. Num movimento

constante de refletir sobre a atuação do psicólogo nesse contexto, a supervisora (Profa. Dra. Cármen Lúcia Cardoso) e eu sugerimos na Unidade um grupo com os agentes comunitários, visando problematizar questões referentes ao processo saúde/doença dentro dos novos paradigmas em saúde. A partir dos contatos com a equipe e com a comunidade foram estruturados grupos de promoção de saúde.

Em fins de 2004, já com uma equipe de estagiários (cinco), realizamos uma atividade em conjunto com os profissionais da Unidade, visando constituir um espaço de reflexão sobre o trabalho, com foco no desenvolvimento de habilidades interpessoais, a saber, a comunicação e as relações estabelecidas no trabalho. Queríamos favorecer a apropriação de si como trabalhadores da Saúde da Família e as trocas entre os diferentes profissionais. Foram seis encontros, com temas específicos, na perspectiva do construcionismo social. Entre os temas, incluímos uma discussão e reflexão acerca do “novo”, tendo como objetivo específico “refletir sobre a postura pessoal diante de situações novas”. Nesse dia, emergiu no grupo as dificuldades frente ao HIV encontradas pela equipe no contato com portadores do HIV e populações vulneráveis. A equipe pode discutir suas dificuldades e as formas criativas de lidar com tais problemas.

Cabe ressaltar que, também, a Aids conta com uma história recente e marcada por importantes transformações, configurando-se como um desafio para os profissionais da saúde. O primeiro caso de Aids notificado na cidade de Ribeirão Preto data de 1986 (SÃO PAULO, 2006). Hoje, a cidade é a segunda no Estado de São Paulo (BRASIL, 2005) com maior número de casos, o que torna relevante desenvolver um estudo mais sistemático sobre o tema, buscando nortear as práticas da Estratégia de Saúde da Família no contexto do HIV/Aids.

No presente trabalho, busco descrever os sentidos acerca do HIV/Aids construídos em grupo, com os agentes comunitários de saúde. Considero que o trabalho de cuidado / acompanhamento em HIV/Aids desenvolvido na comunidade ou junto ao portador e no seu

contexto de interações, ainda se configura como um desafio para os trabalhadores de atenção primária, principalmente quando o trabalhador, também é um morador dessa comunidade, que está imerso nas relações com vizinhos/famílias visitadas.

Para mim, a pesquisa está relacionada a interesses e circunstâncias socialmente marcadas. Segundo Minayo, (1994, p.17) “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”. Compartilho de suas concepções de pesquisa, ao considerar que nenhuma linha de pensamento sobre o social tem o monopólio da compreensão total e completa sobre a realidade (MINAYO, 2004). A pretensão deste estudo não é encontrar as respostas para as inquietações que motivaram esse estudo, mas sim provocar reflexões e ampliar as discussões sobre as práticas na Saúde da Família.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Epidemiologia e contextualizações acerca do HIV/Aids

A Aids se configura no cenário mundial como uma das mais sérias dificuldades a ser enfrentada pelos sistemas de saúde da sociedade moderna (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996; FIGUEIREDO, 2000a).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, (OMS, 2006) até o ano de 2005 aproximadamente 41 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo. Em termos mundiais, diversas lideranças vêm se organizando, com o objetivo de deter e reverter a epidemia até o ano de 2015. Considerada a primeira promessa mundial de tratamento do HIV/Aids, foi instituída em 2001 a “Declaração de Compromisso”, que define os compromissos específicos, inclusive com prazos específicos – 2003, 2005, 2010 – para o cumprimento dos acordos. A declaração inclui compromissos com o desenvolvimento de lideranças, em todos os níveis, prevenção, cuidado, apoio e tratamento, direitos humanos, redução de vulnerabilidades, apoio aos órfãos da Aids, atenuação dos impactos sociais e econômicos, pesquisa e desenvolvimento de recursos, enfatizando parcerias entre todos os setores da sociedade, desde governos, sistema de Nações Unidas, até organizações econômicas, mídias e comunidades (UNGASS, 2001).

Governos participantes procurarão cumprir, incluindo campanhas preventivas, redução de estigma, criação de infra-estruturas, fornecimento de recursos necessários, além da garantia de tratamento, cuidado e respeito às pessoas que vivem com HIV/Aids. Em junho de 2006, o Brasil publicou a segunda resposta as Organizações Unidas, referindo seus avanços no

tratamento do HIV/Aids do período 2003-2006. Segundo o relatório, muito se tem observado no Brasil no que se refere ao tratamento do HIV/Aids nos últimos anos.

No plano programático, surgem tentativas de integração de ações preventivas na rede básica de saúde, a partir da descentralização do SUS. Os estudos governamentais vêm monitorando a gestão de ações programáticas, atitudes, comportamento e práticas dos brasileiros. Entretanto, parecem ser raros os estudos que avaliam estratégias e práticas de prevenção. Há pouca informação sobre os processos de análise e qualidade das ações governamentais de prevenção, bem como poucos conhecimentos sobre mudanças no plano individual e coletivo de tais intervenções. As informações disponíveis sobre as atividades da prevenção são insuficientes e as tomadas de decisão pelos gestores nas diferentes esferas governamentais são, por vezes, contraditórias, tornando precário o monitoramento das ações (UNGASS, 2006).

No plano da vulnerabilidade social, por sua vez, as desigualdades regionais, de raça, faixa etária, gênero, estendem-se à falta de apoio a metodologias inovadoras de pesquisa para monitorar e acompanhar ações junto a populações de difícil acesso, mas de grande vulnerabilidade ao HIV/Aids, como homossexuais, trabalhadores do sexo, populações jovens e idosas, trabalhadores de indústrias e empresas (PAIVA; PUPO; BARBOZA; 2006).

Já no plano da diminuição da vulnerabilidade individual, diversos programas de prevenção têm dado enfoque para a redução da transmissão vertical, para o aumento da testagem sorológica e para o crescimento do uso da camisinha entre a população, configurando resultados importantes nesta esfera de atuação (UNGASS, 2006).

Na América Latina estão infectadas pelo vírus do HIV quase 2 milhões de pessoas. No Brasil, o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde aponta que, desde o início da década de 80, com a identificação do primeiro caso de Aids até junho de 2005, foram notificados aproximadamente 372 mil casos de Aids. Até metade da década de 90, as taxas de

incidência de Aids foram crescentes, chegando a alcançar, em 1998, cerca de 18 casos de Aids por 100 mil habitantes. Do total de casos, mais de 80% estavam concentrados nas regiões Sudeste e Sul. Atualmente, estima-se que cerca de 600 mil pessoas vivem com HIV ou Aids no Brasil. (BRASIL, 2006a)

A Saúde Pública mundial espera pela interrupção da cadeia de transmissão dessas doenças de forma precoce, seja para deter a epidemia da Aids e erradicar as DSTs, seja para reduzir o custo financeiro de assistência para os estados e o impacto econômico-social da Aids, que acometem a população mais jovem em idade produtiva e reprodutiva e traz seqüelas de grande dimensão para todo o mundo. (BRASIL, 2004a).

No estado de São Paulo, verifica-se que algumas cidades com características turísticas, portuárias ou situadas ao longo da rota do tráfico de drogas apresentam uma alta incidência de casos de Aids, dentre elas, Santos, Ribeirão Preto, Bebedouro, São José do Rio Preto, São Vicente, entre outras (BRASIL, 2004b).

Na cidade de Ribeirão Preto onde este estudo foi realizado, o primeiro registro oficial data 1986. Atualmente, Ribeirão Preto é a segunda cidade com maior número de casos do Estado de São Paulo (BRASIL, 2005). Isso faz com que a questão da Aids seja um importante problema de saúde pública da cidade, exigindo estratégias de intervenção em todos os níveis de atenção em saúde.

A síndrome de imunodeficiência adquirida foi descrita no início da década de 80, na América do Norte, com a notificação do *sarcoma de Kaposi* (SK) e do *pneumocitis carinii* (PCC), em pacientes homossexuais masculinos e em usuários de drogas injetáveis. Esse fato despertou a atenção do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), órgão de vigilância epidemiológica norte-americano (TAKAHASHI & OLIVEIRA, 2004).

As primeiras descrições da epidemia da Aids (1981-1984) contribuíram para a identificação e disseminação do conceito de “grupo de risco”. A Aids foi associada a grupos

reconhecidos como mais expostos ao risco, configurando a doença como “do outro”, geralmente pessoas com comportamento sexuais desviantes ou usuários de drogas. Esse discurso estimulou/reativou a construção do preconceito, do medo, da discriminação e da segregação em relação ao soropositivo.

A organização de atores sociais implicados com a questão do HIV/Aids e também um maior conhecimento a respeito da doença, fez emergir o conceito de “comportamento de risco”, estimulando, desta forma, a adoção individual de medidas de prevenção e a noção de que todos eram suscetíveis à Aids.

É na década de 90, com os avanços tecnológicos e o isolamento do agente viral, que se abrem possibilidades para o desenvolvimento de um novo grupo de drogas antivirais combinadas (o coquetel), em busca do tratamento da infecção. Tal fato impactou a história da infecção, com a diminuição da mortalidade imediata, melhora dos indicadores da imunidade e recuperação das demais infecções associadas, instalando um novo período com aumento da longevidade e da qualidade de vida dos portadores. Esta perspectiva aponta para novos desdobramentos em termos das ações de saúde, em todos os seus níveis de atenção e da pesquisa em saúde, podendo (re) significar o (com) viver com HIV (AYRES et al., 1999).

A discussão se amplia com o crescimento da Aids em populações de baixa renda e entre mulheres, crianças e jovens. A dimensão social passa a ser incluída na abordagem da epidemia. Nesse sentido, na década de 90, desenvolveu-se o conceito de vulnerabilidade, enfocando as condições sociais de vida, antes que respostas individuais (MANN; TARANTOLA, 1996).

O termo vulnerabilidade é originário da área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, e está relacionado a grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania e passa a ser utilizada no campo da saúde por Mann (1993), a partir da publicação do livro “Aids no

Mundo”. Objetivava estabelecer um quadro de referência para a avaliação da vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids.

Para isso, define três planos interdependentes de determinação e de apreensão de maior ou menor vulnerabilidade de indivíduos e de coletividades, referindo-se ao comportamento pessoal, vulnerabilidade individual, contexto social, ou vulnerabilidade social e o programa nacional de combate à Aids, ou vulnerabilidade programática (AYRES; CALAZANS; FRANÇA JR., 1999; AYRES et al, 1999).

Paiva (2000) comenta que o conceito de vulnerabilidade pessoal e coletiva ao HIV/Aids é mais apropriado e mais consistente com a tradição de educação popular e com a tradição dos movimentos populares mais conscientes do contexto sociopolítico que propicia as desigualdades. Os conceitos anteriormente usados de grupo de risco e de responsabilidade individual eram descontextualizados da realidade no qual estavam inseridos. O conceito de vulnerabilidade ajuda a compreender a relação crítica entre discriminação social e risco para o HIV, discriminação resultante de condições socioeconômicas e culturais, de classe, de raça, de idade e de sexo. O conceito de vulnerabilidade identifica as razões últimas da epidemia e seu impacto em totalidades dinâmicas formadas por aspectos que vão de suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos.

Em termos de estratégias metodológicas e estratégias alternativas de investigação, ressalta-se a dificuldade encontrada para a análise das inter-relações entre a vulnerabilidade ao HIV/Aids e a interação sinérgica de problemas de diversas ordens, a saber: desigualdades e preconceitos sociais, raciais e de gênero, marginalização, dimensões sócio-econômicas e macro-políticas, como o papel do consumo e da política de drogas, a interação com outras infecções sexualmente transmissíveis e a relação com os padrões de assistência à saúde,

especialmente no que se refere ao acesso aos anti-retrovirais e à violação dos direitos humanos (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

Os autores acrescentam que em virtude da singularidade dos diversos contextos sócio-políticos e culturais em que a vulnerabilidade vem sendo analisada, torna-se difícil aspirar à replicabilidade e possibilidade de generalizações dos achados. A dimensão coletiva, muitas vezes, é considerada de maneira simplista, como não-mensurável e, além disso, como externa ao campo propriamente científico. Os estudos, muitas vezes são de natureza observacional, com o intuito primeiro de compreensão e não de atribuição de causalidade explicativa. Além disso, as conceituações atribuídas aos termos usados, pressupõe uma diversidade de sentidos, decorrentes do contexto e espaço em que ocorrem os estudos e investigações.

Em termos das dimensões macroeconômicas e macro-políticas, um número reduzido de autores tem pensado a questão da vulnerabilidade social e a conseqüente pauperização da epidemia da Aids. Barreiras inúmeras estão relacionadas às questões de caráter estrutural, o que dificulta a implementação e a manutenção de mudanças que visem minimizar os riscos de infecção. Barreiras essas, nas quais se incluem a indisponibilidade de recursos essenciais à prevenção (material e cultural), dificuldades de acesso a serviços de prevenção e tratamento, impossibilidade de implementar politicamente decisões comunitárias, baixo grau de escolaridade e de alfabetização, dificuldade na manutenção de comportamentos preventivos ao longo do tempo, decorrentes de ameaças sociais concretas, como desemprego, desnutrição, habitação, entre outros (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

No que se refere à desigualdade e discriminação de gênero, as mulheres são mais vulneráveis a infecção pelo HIV do ponto de vista biológico. Além do foco organicista, a questão que se coloca é a desigualdade em termos políticos, sociais e econômicos, com disparidades tanto nas dimensões macroeconômicas quanto nas micro-sociais. Nesse sentido, as relações desiguais de poder e o acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos ocupam

lugar tanto no âmbito das parcerias familiares como da sociedade ou das culturas nacionais e supranacionais intensificando, assim, a vulnerabilidade feminina.

Segundo Parker e Aggleton (2001) uma característica das questões de gênero na cultura sexual da América Latina se refere ao complexo sistema ideológico que organiza as relações de gênero de maneira hierárquica, caracterizado pelo poder e domínio masculino. Por toda a região, tais relações se configuram em expressões da noção de domínio da masculinidade, em contraste com a passividade e submissão da feminilidade, seja em interações entre sexos diferentes ou interações do mesmo sexo. Nestas últimas, os homens passivos ou efeminados assumem o papel simbólico das mulheres e estão sujeitos a estigmas mais severos entre aqueles presentes nas sociedades latino-americanas.

A transmissão heterossexual, sobretudo em camadas populares na qual a dominação masculina é mais pronunciada, é endossada pela restrição feminina em negociar práticas sexuais e reprodutivas. Nesse sentido, delineia-se a pauperização da epidemia da Aids, com destaque à acessibilidade diferenciada à terapia anti-retroviral nas camadas menos favorecidas, decorrentes de uma falta de acesso a determinados segmentos populacionais ao tratamento, ainda que este esteja disponível a toda população, como no caso dos usuários de drogas injetáveis. Esses fatores sócio-culturais configuram-se como pano de fundo a ser considerado em programas preventivos de Aids para a América Latina. A resposta ao HIV/Aids, nessas populações, deve ser entendida como parte de um processo complexo, a longo prazo, de transformação sociocultural ampla, destinada a modificar as relações de poder que efetivamente estruturam a vulnerabilidade ao HIV/Aids (PARKER; AGGLETON, 2001).

O consumo de drogas constitui um hábito/comportamento relacionado ao risco de infecção pelo HIV que não é só objeto de estigmatização, mas também de criminalização. Nesse sentido, os usuários de drogas injetáveis pertencentes aos estratos menos favorecidos, utilizam-se de drogas ilícitas de forma mais grave e geradora de danos e em termos

estruturais, estão inseridos de maneira precária social e profissionalmente. No Brasil, os usuários de drogas injetáveis pertencem majoritariamente aos estratos sociais mais pobres e menos escolarizados, sendo homens, jovens, sexualmente ativos e com uso reduzido de preservativos com suas companheiras, configurando-se dessa forma uma interação sinérgica dessas diversas ordens, determinantes da vulnerabilidade ao HIV. Tal sinergia é agravada em contextos nos quais políticas de drogas são mais repressivas e estigmatizantes, como nas políticas de drogas brasileiras (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

Em dissertação apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública, Ferreira (1999) descreve situações acerca da violência e direitos humanos em Aids. Aponta que a associação da Aids com a morte e com comportamentos historicamente estabelecidos como “desviantes” cria representações da doença enquanto um “castigo” (numa perspectiva religiosa), que se entrelaçam com concepções biologizantes de “desvio sexual” (numa perspectiva cientificista). Nesse sentido, tais representações trazem implicações para as práticas assistenciais, políticas sociais e, de forma geral, para as relações sociais, além de justificarem e reforçarem a indiferença e a banalização em relação à epidemia e aos sofrimentos vividos pelas pessoas implicadas. Além disso, a autora aponta que as desigualdades e exclusões sociais e morais, impedem e limitam o exercício da cidadania, o que dificulta que tais pessoas tenham condições dignas de vida, além de imporem sofrimentos a elas.

Segundo Barreto (2005), na maioria das vezes o termo cidadania aparece como uma idéia evidente, com contornos perfeitamente definidos, produzida em um contexto no qual o espaço público é um dado fixo. Entretanto, ao conceito de cidadania estão ligadas às idéias de direitos (civis, sociais e políticos) e de contratualidade (*empowerment*). As políticas de inclusão, por sua vez, geralmente têm como contrapartida a noção de exclusão e impossibilitam o olhar para a segunda enquanto um processo estrutural, de precarização do emprego e desemprego, vulnerabilidades que geram os “válidos inúteis”. Nesse sentido, para

dialogar sobre cidadania é necessário antes derrubar as barreiras que demarcam o lugar da exclusão.

Neste contexto, as intervenções aos agravos oriundos da epidemia de HIV/Aids devem estar voltadas à mobilização de comunidades e transformação de valores comunitários de maneira que acabem fornecendo apoio a longo prazo para redução de risco e vulnerabilidade frente à infecção. Na medida em que se permite que diversas instâncias sociais avaliem e enfrentem com eficácia as forças mais amplas que formam, estruturam e mantêm a vulnerabilidade tanto social, como individual, é possível o encontro de respostas mais efetivas à epidemia. Os obstáculos estruturais postos pelos determinantes inter-relacionados referentes ao aumento da vulnerabilidade à infecção do HIV, bem como suas perspectivas de diminuição e de superação são simultaneamente resultantes de uma estrutura e de um processo social em contínua reformulação, em que todos são integrantes e participantes ativos.

2.2 A atuação dos profissionais de saúde em HIV/Aids

A Aids, marcadamente no início da epidemia, relacionava-se com as abordagens biomédicas da sexualidade. A estrutura conceitual da prática médica ou o modelo hegemônico de atenção à saúde, o biomédico, está fundamentado em três categorias centrais, a saber: a concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária (MENDES, 1996).

Na concepção do processo saúde-doença, o conceito de saúde é concebido como ausência de doença, com ênfase no atendimento clínico, com modelos explicativos restritivos centrados em relações de “causa e efeito” e com oferta de serviços curativo-reabilitadores.

O paradigma sanitário que fundamenta o modelo hegemônico é o flexneriano, expresso por um conjunto de elementos que coexistem e se complementam, a saber, o *mecanismo*, em analogia ao corpo humano como uma máquina; o *biologismo*, com o reconhecimento da natureza biológica, suas causas e conseqüências; o *individualismo*, com a exclusão dos aspectos sociais no processo de saúde; a *especialização*, decorrente da fragmentação do processo de produção e do produtor; a *tecnificação* e o *curativismo*, em prestígio ao diagnóstico, a terapêutica e o processo fisiopatológico.

A prática sanitária, por sua vez, é a forma como a sociedade estrutura as respostas sociais organizadas frente aos problemas de saúde, em um dado momento histórico, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico.

Em conseqüência, o autor afirma que o conceito de saúde como ausência de doença e o paradigma flexneriano estruturam uma resposta social organizada sob a forma da prática da atenção médica científica, que tem por objetivo “estudar, por método científico, os fenômenos patológicos a fim de compreender o funcionamento normal do organismo e de estabelecer uma terapêutica racional.” (MENDES, 1996, p. 241).

A sexualidade, a partir da ótica do modelo biomédico, foi concebida como um derivado da fisiologia e o corpo foi encarado como possuindo um funcionamento universal. É em uma época em que se assistia a celebração dos corpos saudáveis, perfeitamente harmoniosos que uma nova síndrome emergiu e devastou o corpo. Qualquer doença que ameace a vida gera ansiedade, mas a Aids tornou-se mais do que um conjunto de doenças: ela se tornou uma poderosa metáfora de nossa cultura sexual (WEEKS, 2000).

Camargo Jr. (2003) aponta que os profissionais da saúde, de maneira geral, sob a influência do modelo médico hegemônico, agem como se as doenças fossem objetos concretos, esvaziados de qualquer significado, sejam estes psíquicos ou culturais, fazendo

com que o problema identificado pelo profissional seja bastante diverso da preocupação do usuário.

Figueiredo e Marcos (1997) em estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto sobre representação social da Aids em membros de Organizações Não Governamentais (ONGs), afirmam que persiste um caráter determinista da origem da doença, tendo também uma prevalência de representações teleológicas, sendo vista como um castigo, com ênfase moralista. Tais crenças e representações dificultam o trabalho em saúde e as ações comunitárias voltadas para as questões ligadas ao HIV/Aids.

Figueiredo (2000a, p. 85) sugere que “a qualificação profissional parece tornar os atores envolvidos mais críticos e menos sensíveis quanto ao trato psicossocial da Aids, o que levaria os profissionais menos qualificados a uma maior valorização da necessidade de suporte ao paciente e uma maior rejeição quanto ao caráter paliativo do tratamento”. O autor aponta que a participação de agentes da comunidade ou o envolvimento direto de prostitutas têm mostrado resultados com um papel efetivo da integração ciência-comunidade no que se refere aos aspectos psicossociais da Aids, em específico, na questão da auto-estima, na orientação e na recuperação da cidadania da pessoa portadora ou que já desenvolveu a doença. Dessa forma, torna-se fundamental poder sistematizar e aproveitar a aprendizagem informal acumulada pela experiência no contato com o paciente, para a formação e capacitação do profissional de saúde (FIGUEIREDO, 2000a).

A opinião dos usuários dos serviços, bem como a recuperação da prática informal devem ser reconstituídas, retomando sua importância para a concepção do trabalho enquanto um todo. A possibilidade de olhar para o outro “representa uma *porta de entrada* para o universo das representações que ultrapassam os limites da doença e esgotam os recursos da competência técnica e procedimentos clínicos” (FIGUEIREDO, 2000b, p.23).

A Aids vista como uma doença incurável, capaz de desencadear situações e sentimentos de culpa, preconceito e exclusão social, com formas de transmissão associadas a temas-tabu, como a sexualidade, o uso de drogas, acrescido pela situação de pobreza são os diferenciais fundamentais do tratamento nos centros de referência. Tais diferenciais são apontados pela equipe como desencadeadores da necessidade de trabalhos multiprofissionais, que permitam a multiplicidade de propostas pelos diferentes profissionais na atenção às pessoas com Aids. Entretanto, na prática, o trabalho coletivo está fortemente enraizado no modelo médico, em que as demais áreas agregam seus trabalhos em torno da racionalidade científica, com a fragmentação das ações. A integralidade destas ações é buscada por meio do encaminhamento dos usuários a outros setores cuja conexão é geralmente mediada pelo próprio usuário ou pela recepção dos serviços.

Em relação a Aids enquanto “doença”, o tratamento permanece centrado na tradução biomédica, reduzindo o contexto social, cultural, psicológico, emocional do viver com Aids a fatores que favorecem ou dificultam o tratamento. Embora apontadas pelos profissionais como intrínsecas às demandas de saúde, as necessidades de vínculo e acolhimento surgem como distintas do modelo biomédico, do atendimento médico e do tratamento medicamentoso. Todavia, essa distinção parece limitar a integração multiprofissional na medida em que gera intervenções alienadas. A escuta e o acolhimento somente poderão ser efetivamente incorporados no plano do cuidado a partir de uma verdadeira comunicação entre usuários e profissionais. Os profissionais não podem ser reduzidos a suas competências técnicas e os usuários não podem ser reduzidos a passivos objetos de intervenção (SILVA et al, 2002).

O elevado *status* dos médicos no século XX e o pertencimento a grupos privilegiados de raça, gênero e classe resultaram historicamente em alianças com ideologias dominantes, tornando improvável o conhecimento das subculturas e sensibilidades sexuais marginais ou

sensíveis a esses fenômenos. Tal perspectiva ameaça re-patologizar a sexualidade, retomando implicitamente discussões sobre moralidade, gênero e ordem social (VANCE, 1995).

Cabe ressaltar que as instituições médicas se configuram como hegemônicas na área da saúde. Luz (1979, p.53) afirma que:

“... destacamos o efeito ideológico das instituições médicas. Elas têm o papel de estruturar e definir, através de agências, como a Universidade, ou de agentes, como os médicos, o que constitui a “Ciência Médica” isto é, para todas as classes, o verdadeiro saber em relação à saúde. Elas desempenham também o papel de estruturação simbólica, para toda a sociedade, das representações de saúde e doença”.

Nesse contexto, o trabalho em saúde, centrado no aspecto biológico, técnico, especializado e fragmentado está marcado por uma expressiva hierarquização do saber/poder, com o apagamento da solidariedade e da responsabilização na divisão trabalhadores/usuários o que acaba por reproduzir o modo capitalista de produção (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

A necessidade de uma reforma em profundidade na área da saúde contextualiza um momento histórico em que o discurso médico hegemônico vem sendo progressivamente criticado. É neste contexto que se dá o aparecimento da Aids, que surge em um momento histórico em que pelo menos nos países desenvolvidos as grandes epidemias e toda sua carga de letalidade eram consideradas coisas do passado. O pânico talvez não tenha sido o moral, oriundo de fantasias mais ou menos conscientes de uma homossexualidade contagiosa, mas um pânico decorrente da percepção progressivamente mais nítida dos limites de uma medicina tida como toda-poderosa. Mais que uma nova doença, a Aids tornou-se um poderoso holofote que iluminou tensões negadas na sociedade e da própria medicina, expondo fantasias ocultas a respeito de vários tabus da cultura (CAMARGO JR, 2003).

2.3 A Saúde enquanto direito e cidadania: a estruturação do SUS

No mesmo período em que apareciam os primeiros casos de Aids e que intensos debates mundiais questionavam a hegemonia do modelo biomédico, profundas transformações aconteceram na sociedade brasileira no âmbito social, político e econômico nas décadas de 70/80, motivadas por um processo crescente de endividamento externo e questionamentos ao regime político autoritário do período. Tais fatores contribuíram para o enfraquecimento do governo e o fortalecimento de movimentos sociais de diversas ordens em busca de melhores condições de vida (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). As reivindicações por um estado democrático, pelas eleições diretas, passavam por conflitos entre forças políticas conservadoras e moderadas, decorrentes da transição de um regime ditatorial para um democrático, caminhando, lentamente, para uma reafirmação democrática nacional da saúde.

Nossas necessidades de saúde são determinadas socialmente de acordo com variações econômicas, políticas e sociais, que modificam e influenciam as formas de assistência. O Estado brasileiro tornou-se o representante da sociedade e no cenário da Saúde ele se configurou em uma entidade que edita as políticas de saúde de acordo com os interesses de grupos sociais hegemônicos, que mudam com o passar dos anos, a partir de variações nas conjunturas políticas. Os interesses em questão são, então, alternados, acompanhando as oscilações determinadas, também, pelos grupos dominantes. Os fatores relacionados à formação e ao desenvolvimento das sociedades, da economia e ao jogo entre os diversos atores sociais e políticos, determinam em grande medida as políticas de saúde. Segundo Franco e Merhy (2004), nos tempos modernos, o sentido humanitário e o direito à assistência, estão pouco presente na essência das políticas de proteção à saúde dos cidadãos.

Tais políticas de saúde, criticadas pela desvalorização da subjetividade vêm configurando uma crise de caráter universal do sistema, marcada pelas suas dimensões de ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação popular (MENDES, 1996).

Todos os atores envolvidos, gestores, pesquisadores, profissionais, usuários, motivados principalmente pela baixa resolutividade, aumento significativo dos custos, iniquidade e insatisfação popular, vem questionando intensamente os modelos assistenciais de saúde no Brasil, apontando a necessidade de mudanças na área (MERHY; CECILIO; NOGUEIRA, 1991).

Nossas concepções de saúde estão em inter-relação com as concepções que possuímos a respeito do organismo vivo, por meio das relações estabelecidas com o contexto. Essas concepções mudam de uma era para outra, de uma cultura para outra, e, portanto, nossas noções de saúde também mudam (CAPRA, 1982).

Nesse contexto, a busca por novas concepções do pensar e fazer saúde, com a proposta de reformulação do Sistema de Saúde Nacional gerou grande mobilização da sociedade, configurando-se no Movimento Sanitário. O lema foi 'Saúde, Direito de Cidadania, Dever do Estado' (MATTOS, 2001).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi convocada em 1986 com o objetivo de discutir diretrizes gerais da política de saúde e temas específicos, entre os quais a descentralização e controle social dos serviços e a participação popular (NORONHA, 2003).

Esta conferência diferenciou-se das demais em virtude da ampla participação popular, com a presença de mais de 4.000 pessoas e de quase todas as entidades públicas do setor, reunidas para debaterem sobre o conceito de saúde herdado do modelo médico hegemônico. A busca era por uma concepção, mais ampliada e dinâmica, compreendida como produto social e resultante de diversos determinantes, como lazer, educação, saneamento básico, trabalho, serviços de saúde, entre outros (BRASIL, 1986).

A partir das discussões efetuadas na VIII Conferência foi proposta a Reforma Sanitária, e em 1989, foi aprovado o decreto presidencial no. 94.657, instituindo a criação do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (CORDEIRO, 1991).

No ano de 1988, foi criado pela Constituição e regulamentado pela Lei Orgânica 8.080 e 8.142 de 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS). Tal fato foi visto como uma conquista do Movimento da Reforma Sanitária da década de 70 (FRANCO; MERHY, 2004). A saúde torna-se um direito de todos e dever do Estado, conforme a legislação constituinte:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art. 196).

A saúde foi reconhecida como direito dos cidadãos e dever do Estado, cabendo a este a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Foi nessa perspectiva que a Constituição reconheceu a relevância pública das ações e serviços de saúde e delineou um sistema único (o Sistema Único de Saúde), com a proposta de reorientação do modelo assistencial associando saúde à qualidade de vida.

Os objetivos estratégicos a fim de possibilitar a concretização do modelo de atenção à saúde, desejados para o SUS e previsto pela legislação, são: a universalização do atendimento, a equidade, a integralidade nas ações de saúde, regionalização e hierarquização na prestação de serviços, descentralização da gestão administrativa, a resolutividade e a participação da comunidade.

Mattos (2001) discute as diretrizes organizadoras do SUS e explica que a descentralização, pretende estabelecer uma direção única em cada esfera de governo; é compreendida como uma desverticalização da atenção à saúde, em prol de uma assistência adequada e específica a cada região, com seus costumes e valores preservados e considerados.

Ao discutir sobre o atendimento integral, o autor enfatiza o olhar para a abrangência das perspectivas preventivas e também assistenciais na atenção à saúde, pautadas no respeito ao direito dos cidadãos. Um profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade, busca sistematicamente escapar ao reducionismo, ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades (MATTOS, 2001).

Já a participação da comunidade, preconizada pelo SUS pode ser compreendida como uma abertura para o diálogo com o outro, o olhar para as potencialidades e a integração da diversidade.

A saúde individual e coletiva é um patrimônio público, conforme apontam os princípios constitucionais e, por isso, deve ser defendida como responsabilidade do Estado e um direito de cidadania (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1991).

Comumente cidadania está atrelada à idéia de produção, com a produção de sujeitos cidadãos. Vivemos em um momento de valorização do processo de acumulação de capital, com um de seus pilares no desenvolvimento tecnológico, voltado à idéia de que a saúde é um bem de consumo. O processo de produção de saúde está inserido nos mesmos processos dos demais setores macroeconômicos, incorporado ao desenvolvimento do capital e, por consequência, atendendo a geração e acumulação de riquezas. Diretamente relacionado a tal ideal, o modelo de atenção médico hegemônico desenvolve-se a partir de recursos disponibilizados à saúde, com características medicocêntrica e hospitalocêntrica, capaz de encarecer extraordinariamente os custos de assistência à saúde (FRANCO; MERHY, 2004).

As práticas sintetizadas na categoria saúde estão permeadas pelo universo simbólico contemporâneo, em que há um conjunto de representações relativas aos valores dominantes na sociedade, como o *individualismo*, ou seja, a compreensão dos sujeitos como unidades pontuais autônomas; a *competição* como regra básica do relacionar-se; o *consumismo* como

afirmação do ser; *o corpo* (e seu cuidado) como unidade central delimitadora do indivíduo em relação aos outros; as estratégias de *valorização do corpo*, com o sentido de obter dinheiro, *status* e poder, com valorizações estéticas, que incluem representações de juventude, beleza e força. Essas estratégias, dominantes na cultura, permeiam as representações e as práticas em saúde (LUZ, 2001).

Segundo a autora, ter saúde significa não mais poder adoecer. As representações e práticas atuais da saúde, tanto as ligadas à biomedicina ou às propostas médicas vitalistas/naturalistas, estão profundamente atravessadas por representações estéticas relativas ao corpo, e estas, ancoradas nos valores individualistas dominantes na cultura contemporânea. Deriva, pois, desta interpenetração simbólica entre nossas concepções de saúde, influenciada pela ordem médica, pela estética e pelo individualismo, conseqüências, em termos de representações, práticas e estratégias de indivíduos e grupos sociais.

2.4 Atenção Básica e Saúde da Família

Segundo definições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) a Atenção Básica se constitui como primeiro nível de atenção à Saúde no SUS, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde.

Estrategicamente priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, a Saúde da Família tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade -

mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Os princípios de territorialização e cadastramento da clientela são compreendidos pela delimitação de território de abrangência. Cada equipe de Saúde da Família é responsável por no máximo 4500 pessoas que devem ser cadastradas e acompanhadas. O planejamento com base nos critérios epidemiológicos e sociais é a base para o desenvolvimento das ações na Saúde da Família. O desafio atual é efetivamente consolidar a Saúde da Família como a porta de entrada prioritária do SUS, que mediante a conversão da rede básica deverá organizar todo o sistema a partir destes serviços, com intuito de resolver, ainda na atenção básica, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população (BRASIL, 2006c).

A Saúde da Família procura instituir na prática social o novo paradigma da produção social da saúde. Suas ações são voltadas às famílias, em seus contextos, continua e ativamente, com ênfase no promocional e preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador. Surge como estratégia de organização da atenção primária, na tentativa de criar centros de saúde onde uma equipe de Saúde da Família desenvolva ações focalizadas na saúde, em território de abrangência definido (MENDES, 1996).

A atenção volta-se para a família, que é compreendida a partir de seu ambiente físico e social, visando um olhar ampliado ao processo saúde/doença e à necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (FRANCO; MERHY, 1999).

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na Unidade de Saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade. O trabalho dos profissionais da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os

integrantes da equipe e, desses, com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. (BRASIL, 2006c).

A edificação de um novo modelo de atenção por meio do trabalho em equipe multiprofissional, pretende que os profissionais envolvidos tenham a co-responsabilidade social de enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde, com base nas famílias e seus espaços de “vida”, da representação dos espaços para forças vitais como sonhos, desejos, prazer, conflitos e lutas (SOUZA, 2003).

É uma estratégia que investe na mudança de paradigma da saúde e na redefinição do modelo vigente de saúde, já alicerçados nos moldes do modelo médico centrado. Entretanto, desde a sua concepção até o momento atual, as análises são diversas, polêmicas e desafiadoras (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Pretende substituir o modelo tradicional de atenção à saúde, centrado na assistência hospitalar, e assumir o desafio de garantir acesso igualitário de todos aos serviços de saúde. Porém, sair da lógica das ofertas de consumo de atos de saúde pautados pelo universo das necessidades, exige dos atores interessados a capacidade analítica da contextualização e construção de um modo de protagonizar ações e construir novos e outros sentidos para o ato de cuidar. O modelo médico hegemônico é centrado em uma redução do ato de cuidar, na produção de procedimentos profissionais. As ações de trabalho, significadas pelo campo dos usuários, explicitam um modelo de atenção com o comprometimento em defesa da vida, que é olhar a que se pretende quando se fala em atenção à saúde (FRANCO; MERHY, 2004).

Franco e Merhy (1999) apontam algumas críticas em relação à Estratégia de Saúde da Família. No que diz respeito ao conceito de saúde como qualidade de vida, conforme preconizado em suas diretrizes, é necessária a revisão da definição do conceito de saúde como ausência de doença, herdada pelo modelo médico hegemônico e do paradigma flexneriano.

Isso não se faz instantaneamente, precisa ser historicamente construída e pautada na valorização do direito de assistência de cada cidadão.

A Saúde da Família, com o eixo de atenção voltado às pessoas saudáveis, necessita da criação de novas tecnologias para responder a esse desafio. Todavia, nota-se pouca ampliação da abordagem individualista, inscrita pelo modelo médico, que direciona suas ações aos indivíduos doentes, com suas práticas e saberes já culturalmente incorporados, reproduzindo-os na atenção básica. Para se atingir os objetivos propostos, a conscientização da comunidade sobre a importância de participar e garantir seus direitos e deveres de cidadania, sobretudo nos Conselhos de Saúde, deve se tornar um dos focos principais no trabalho dos atores envolvidos (FRANCO; MERHY, 1999).

No que se refere à organização do trabalho em equipe, olhar para as diversidades encontradas pode configurar-se como uma possibilidade abrangente para a negociação dos sentidos, ao considerar que os atores envolvidos estão em ativo processo de construção das ações. A Saúde da Família, localizada no nível de atenção primária dos serviços públicos, passou a representar uma alternativa para a integração das perspectivas de usuários, famílias e profissionais da saúde no que se refere ao enfrentamento dos aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença (MOYA, 2005).

Entretanto a remodelação das equipes não garante a ruptura com a dinâmica do modelo médico hegemônico. Ainda se é pouco valorizado os micro-processos do trabalho em saúde, os fazeres cotidianos de cada profissional, que é, em última instância, quem define o perfil da assistência (FRANCO; MERHY, 1999).

Sobre o princípio da territorialização, a influência do modelo médico hegemônico parece ainda central ao se configurar um trabalho quase que restritivamente centrado no território físico. A territorialização pode ser compreendida além do espaço geofísico, incluindo outros como os de cultura, das relações, do trabalho local com a comunidade, o

estabelecimento de vínculos, a produção do acolhimento e responsabilização. Tais fatores aproximam o profissional e suas ferramentas de ação ao âmbito da micro-política dos processos de trabalho, dos seus fazeres cotidianos, seja nas relações com outros profissionais, seja com a comunidade. Para que esses aspectos se façam presentes, é preciso uma inversão da lógica do cuidado, o desenvolvimento de ações menos técnicas e a ênfase no campo relacional, tanto entre equipe-usuário, quanto entre equipe-equipe (BORGES, 2002; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Além disso, a localização em uma área de abrangência, com foco na família, valorizando a cultura local e o contato direto com o cotidiano das pessoas, faz com que a equipe se depare com questões referentes ao acolhimento, ao vínculo e à interação, imprevisíveis a cada encontro/situação e que podem gerar novas e diferentes formas de intervenção (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Diante das contextualizações e críticas acerca da Estratégia da Saúde da Família, é preciso considerar ainda que as ações a que se pretende alcançar não são dadas a priori, estão em um processo contínuo de construção e criação de um novo fazer em saúde.

É na perspectiva de processo de construção da Estratégia de Saúde da Família e das ações e fazeres em saúde, que necessitam ser criados espaços para diálogos e discussões sobre intersubjetividades, cidadania, cuidado, formação de vínculos, entre outras peculiares de cada região, envolvendo seus agentes, com ênfase para a multiplicidade, e alteridade.

Segundo Merhy (2002, p.119) “combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico, fundamental a ser trabalhado pelo conjunto de gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde”. O modo de produção de saúde necessita ultrapassar o modelo “procedimento-centrado”, no qual os saberes profissionais estão bem estruturados e desenvolvidos. Busca-se, pois, uma aproximação com o que o autor define como a forma “usuária-centrada”,

caracterizada por um processo produtivo com ganhos no grau de autonomia do usuário em sua vida. Um modelo em defesa da vida deveria pensar em como ampliar a dimensão do núcleo cuidador e sua relação positiva, tanto para desencadear processos conjuntos e partilhados na equipe, quanto para melhorar a eficácia da ação com processos usuários-centrados, assumindo e reconhecendo que certas abordagens profissionais são mais eficazes que outras, sem que isso se torne uma lógica de poder entre as profissões.

A ênfase é colocada no processo de invenção da saúde – produção de vida, de sentido, de sociabilidade, através do cuidado e da atenção. O cuidado enquanto o ocupar-se aqui e agora de fazer com que se transformem os modos de viver e poder sentir o sofrimento do outro. Cuidar é querer, é fazer projetos conjuntos, sustentá-los ao longo do tempo, com uma forma simplesmente humana de ser. A atenção, por sua vez, ao mesmo tempo em que produz cuidado, oferece e transforma as formas de sociabilidade e de subjetividade, a qual deve denotar algo além do simples ato ou estado de ser sujeito. Subjetividade é sempre relação, é uma contínua reconstrução de identidades, é intersubjetividade; o sentido dessa relação está configurado em um *“encontro desejante com a circunstância”* (p.67), colocar-se diante do outro e engendrar as co-possibilidades de ambos e seu mundo compartilhado. Neste sentido, não se deve restringir somente ao êxito técnico, mas abarcar um *sucesso*, uma situação que se traduz por felicidade. Devemos perguntar quando dialogamos sobre saúde, sobre *o que sonham as pessoas e nós mesmos para o bem viver, para a saúde?* É preciso pensar em intersubjetividades: “no caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos” (AYRES, 2001, p. 65).

Não se trata de abolir a ciência, mas resgatar outros tipos de sabedorias na construção de verdades úteis para a construção da saúde. É preciso refletir sobre nossas linguagens e superar as barreiras lingüísticas que o jargão técnico interpôs à autentica relação entre profissionais e comunidade.

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então, é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato (AYRES, 2001, p.71).

2.5 A estruturação da Saúde da Família – o agente comunitário de saúde

Na configuração da equipe de Saúde da Família, especificamente o agente comunitário de saúde tem como característica peculiar ser um morador da região e desenvolve suas ações nos domicílios da área de responsabilidade e também junto à Unidade de Saúde, para programação e supervisão de suas atividades (BRASIL, 1997).

O Agente Comunitário de Saúde é visto como fundamental na construção da integralidade, na medida em que eles se encontram na posição de integradores de partes, comunidade e serviço de saúde. Possibilita a construção de um território comum e articula a escuta e a fala (compreensão) entre as pessoas da comunidade e da equipe de saúde (SILVA et al., 2005). O agente comunitário de saúde seria o *elo* de ligação entre população e os serviços de saúde, atuando como facilitador, junto à comunidade no processo de aprender e ensinar a cuidar da saúde, e também contribui para a construção e consolidação de sistemas de saúde locais. Entretanto, o termo *elo* indica sua função enquanto um veículo de informações. Já o termo *laço* parece estabelecer um território comum onde os sujeitos e seus saberes possam interagir e dialogar, gerando ações comuns que sustentem a existência desses espaços de encontro. Além disso, o agente nesta perspectiva - *laço*- seria capaz de fomentar vínculos, ampliar o acesso tanto à unidade de saúde quanto ao cuidado e reorganizar o trabalho em equipe, modificando as atitudes herdadas do modelo médico hegemônico.

Mais do que estar perto da comunidade e da equipe, o agente comunitário pertence a esses dois territórios, podendo ser facilitador da criação de vínculos. Vínculo é compreendido

como um elemento constitutivo da integralidade, resultante de uma construção social e de um esforço multiprofissional, entre equipe, instituições e comunidade, que requer um processo de conhecimento gradual e de interação entre os sujeitos, na busca pela co-responsabilização no cuidado em saúde.

Segundo Silva e Dalmaso (2002) dois componentes ou dimensões podem ser identificados como propostas de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): um estritamente técnico e outro mais político. O primeiro está voltado para o atendimento aos indivíduos e famílias, aborda a intervenção preventiva e monitoramento de problemas específicos. Já o segundo, volta-se para solidariedade à população e a inserção da saúde no contexto geral de vida, sobretudo visando à organização da comunidade e transformação de suas condições. Nesse sentido, tais autores apontam várias questões sobre a atuação dos ACS quanto ao saber fazer e saber ser, visto a complexidade e dimensão do desafio a eles proposto. Entre estas, pode-se destacar a diversidade de contextos para a atuação, que exigem processos e métodos flexíveis; a amplitude de finalidades que abordam desde a vigilância de situações de risco e assistência à doença até promoção de saúde e qualidade de vida; o desenvolvimento de tecnologias de trabalho que permeiem questões relativas à concepção de família e relacionamentos sociais, bem como observações das relações interpessoais, sendo necessária uma maior valorização do diálogo e da conversa como instrumentos de trabalho.

O agente comunitário tem definido pelo Ministério da Saúde atribuições acerca do cuidado em HIV/Aids. Especificamente em relação ao trabalho do agente comunitário de saúde, algumas diretrizes foram formuladas, visando a prevenção da epidemia, a disseminação de informações, a realização de encaminhamentos e avaliação de serviços para atendimento (MOYA, 2005).

São atribuições do agente comunitário:

- “Perguntar às pessoas sexualmente ativas o que elas sabem sobre DSTs e fornecer informações adicionais;

- Identificar e encaminhar pessoas que apresentam sinais ou sintomas dessas doenças;
- Conscientizar sobre o uso da camisinha em todas as relações sexuais;
- Falar sobre a importância do tratamento do parceiro sexual;
- Informar que nem sempre as pessoas com DSTs apresentam sinais e sintomas
- Verificar se as pessoas encaminhadas às unidades de saúde realmente procuraram atendimentos e se foram atendidas, medicadas e orientadas adequadamente” (BRASIL, 2006d).

Pensar sobre tais diretrizes é considerar e questionar sobre qual agente comunitário está se dizendo e se construindo. O agente comunitário no que se refere à atenção em HIV/Aids mostra-se como um elo, responsável por apenas comunicar e por repetir as relações verticalizadas. Há que se pensar no agente comunitário enquanto laço, conforme sugerido por Silva et al. (2005).

Ayres et al. (2003) apontam que o técnico da saúde deve ser um mediador do encontro entre a população e o conjunto de recursos de que uma sociedade dispõe (informações, serviços, insumos...) para construir a saúde. A atitude a que se pretende é aquela em que se coloca perante qualquer outro como um ser humano de igual estatuto e potencial, cuja ênfase é dada ao caráter relacional de qualquer situação de vulnerabilidade. A chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, e que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger, devem ser considerados.

As pessoas devem ser alertadas sobre o problema, mas também, além disso, para responderem de forma a superar obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis mesmo quando individualmente alertas, por meio da apropriação de informações que façam sentido para elas e achando alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam, conjuntamente com ações intersetoriais. É exatamente a transformação de contextos de intersubjetividade que se busca. Intervenções estruturais, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação jurídica, direitos humanos, tudo

isso passa a ser entendido como parte indissociável das ações de prevenção e cuidado. É necessária a superação de fronteiras entre a ciência e a filosofia, o rompimento da unilateralidade e racionalidade instrumental, a reflexão crítica entre os saberes da saúde e, por fim, a reconstrução das práticas de saúde como encontro de sujeitos através de uma busca compartilhada dos meios (AYRES et al., 1999).

A Saúde da Família e o trabalho do agente comunitário surgem como apostas para revisão de conceitos e de paradigmas engessados pelo modelo médico hegemônico. Nesse mesmo contexto, a Aids fortaleceu as reflexões em torno do modelo médico hegemônico, provocando mudanças na concepção da saúde. O fazer e o agir em saúde devem ser vistos como um processo em constante construção e negociação pelos atores envolvidos.

O surgimento da Aids e sua transformação em um dos mais sérios problemas de saúde pública determinaram mudanças profundas na forma de agir e pensar em saúde pública. Conceitos e dogmas foram descartados ou revistos, particularmente ao se perceber a realidade amarga de que, entre a teoria e a prática, existia, às vezes, uma longa e intransponível distância. O constructo desenvolvido pela comunidade científica não servia para o contexto dos que buscavam reduzir a transmissão de uma doença que desnudou a dura realidade da sociedade moderna. (...) A epidemia da Aids provocou mudanças no pensamento e modo de conceber a saúde pública, porém as mudanças práticas são mais lentas.(...) A transformação global se dá pela somatória das ações locais, este é o espírito da horizontalização das ações de saúde pública (SILVA, 2002, p. 1).

A Aids é uma realidade mundial, alcançando de modo mais explosivo as regiões mais pobres do mundo (AYRES et al., 1999). O trabalho desenvolvido no contexto da infecção pelo HIV ainda se configura como um desafio para os trabalhadores de saúde, principalmente quando o trabalhador também é um morador dessa comunidade.

3 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo descrever os sentidos produzidos em grupo com agentes comunitárias de saúde no que se refere ao HIV/Aids.

Mais especificamente, através do processo conversacional acerca dos sentidos construídos com estas profissionais, busco:

- Dar visibilidade aos sentidos construídos acerca do trabalho em HIV/Aids.

4 CONSTITUIÇÃO DO *CORPUS*

4.1 Aspectos Éticos

O trabalho foi aprovado em 18/02/2005, conforme protocolo 0142/CEP/CSE-FMRP-USP (Anexo A), pelo Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e também pelos Núcleos de Saúde da Família ligados a esta Universidade. Os Núcleos estão vinculados à Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas (FAEPA) e ao Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto desta mesma Universidade (EERP-USP) e à Secretaria Municipal de Saúde.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice A). Este estudo teve como princípio básico a participação voluntária das pessoas, o respeito aos colaboradores e à instituição, a possibilidade de desistência se assim desejado em qualquer momento da pesquisa, a ausência de riscos aos envolvidos e o sigilo em relação às informações obtidas, de acordo com a resolução nº196/96 sobre “pesquisa envolvendo seres humanos” (BRASIL, 1996).

4.2 Entrevistas em grupo

O trabalho aconteceu em três Núcleos de Saúde da Família. Uma única entrevista em grupo foi realizada em cada Núcleo, com o objetivo de entrar em contato com os sentidos

iniciais referentes à temática, totalizando três entrevistas. A proposta foi conversar com os agentes comunitários de saúde sobre o HIV/Aids.

Em cada um dos grupos, iniciamos nossa atividade com uma breve apresentação, falando a idade, tempo de trabalho como agente comunitário de saúde e o que faziam antes de se tornarem agentes, a fim de contextualizá-los. Após esse momento, os diálogos foram iniciados com a pergunta:

“O que nós podemos conversar sobre HIV/Aids?”

As entrevistas foram áudio-gravadas, com o consentimento das participantes e foi realizada a transcrição na íntegra do material. Além disso, algumas observações, impressões e comunicações não verbais ocorridas durante a conversa foram anotadas posteriormente, buscando enriquecer a análise das sessões, conferindo-lhe significados contextualizados.

A expressão e a produção de práticas discursivas situadas foram compreendidas como fruto da interação entre todos, como pessoas ativas no processo de produção de sentidos. O grupo é aqui reconhecido como um processo de interanimação dialógica.

Na perspectiva da entrevista em grupo, há uma interação mais autêntica do que a entrevista em profundidade, pois é uma unidade social mínima em operação onde os sentidos que emergem são mais influenciados pela natureza social da interação do grupo, em vez de se fundamentarem na perspectiva individual. A interação do grupo pode gerar emoção, humor, espontaneidade e intuições criativas. Nos grupos, as pessoas estão mais propensas a acolher novas idéias e a explorar suas implicações. É uma sinergia que emerge na interação social, onde é possível observar o processo do grupo, a dinâmica das atitudes e a mudança e liderança de opiniões (GASKELL, 2003).

Segundo o autor, o grupo fornece critérios sobre o consenso emergente e o modo como as pessoas lidam com as divergências. É um espaço onde a partilha e o contraste das experiências constroem um quadro de interesses e preocupações comuns que, ao ser

experenciada por todos, é raramente articulada por um único indivíduo. É uma perspectiva sobre a vida cotidiana mostrada em interação, um debate, uma troca de ponto de vistas, de opiniões, de idéias e experiências.

Na perspectiva construcionista, o grupo é concebido como um processo de construção situado, relacional e dialógico. Neste sentido é necessário conhecer as características da pesquisadora, tanto quanto dos demais participantes do grupo. Considero que o campo possível de construção de sentidos sobre HIV/Aids foi delimitado já no convite feito aos participantes pela pesquisadora, de participação em uma pesquisa de mestrado que tem como tema o HIV/Aids, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, o que de certo modo, circunscreve as possibilidades dialógicas. Desta maneira o pesquisador se constitui em um integrante ativo nesse processo de produção de sentidos acerca do HIV/Aids.

4.3 A edição do material

Após as transcrições, cada entrevista foi editada através dos seguintes recursos:

- o uso de cores: As falas de cada participante receberam uma cor específica, de maneira que seus enunciados sempre aparecessem da mesma cor em toda a transcrição. Este recurso permite visualizar a seqüência das falas dos participantes, as interações mais comuns entre os mesmos, a duração temporal dos enunciados e a distribuição do tempo de fala. Este recurso visual foi utilizado anteriormente por outros pesquisadores no estudo da prática grupal, como Raserá (1999, 2004), Guanaes (2004).

- a numeração das páginas e linhas sequencialmente: tal recurso possibilitou a referência a trechos específicos das sessões para a análise descritiva.

- sinais gráficos: alguns sinais gráficos expressos no Quadro 1 foram utilizados no processo de transcrição buscando expressar os sentidos além dos enunciados presentes na conversação.

Quadro 1 – Sinais gráficos utilizados na transcrição e seus respectivos sentidos

Sinais gráficos	sentidos
<i>(informações em itálico entre parênteses em linha separada)</i>	Silêncios e interrupções
<u>Palavras subscritas</u>	Palavras expressadas com ênfase pelo interlocutor
...	Momento de falas pausadas ou inacabadas
(informações entre parênteses nas linhas das falas em letra normal)	Entonações, expressões e emoções ou informações implícitas
<i>(risos)</i>	Risos, risadas entre os participantes do grupo
<i>“Frases entre aspas duplas em itálico no meio do enunciado”</i>	Expressões de enunciados dito por pessoas da comunidade, da equipe, por outros
L.	Refere-se à linha indicada na transcrição
[...]	Trechos omitidos

4.4 Os participantes

Participaram ao todo deste estudo 13 agentes comunitários de saúde, a saber:

Núcleo Violeta	Núcleo Rosa	Núcleo Gérbera
<u>Laura</u>	<u>Carla</u>	<u>Elaine</u>
<u>Denise</u>	<u>Kátia</u>	<u>Gabriela</u>
<u>Marisa</u>	<u>Luis</u>	<u>Hélia</u>
<u>Rita</u>	<u>Marta</u>	<u>Juliana</u>
<u>Valéria</u>		

Para a identificação das Unidades de Saúde foram usados nomes de flores buscando preservar a identidade dos núcleos e os nomes dos participantes são fictícios.

Foi realizada uma descrição mais detalhada dos encontros e de todos os participantes, abordando desde o primeiro contato com as equipes, as descrições de cada participante e ainda algumas notas sobre o momento de realização das entrevistas, que segue no apêndice B.

5 ANÁLISE DO *CORPUS*

5.1 Fundamentos para análise: o construcionismo social

O olhar a que se pretende neste estudo é informado pela perspectiva qualitativa de investigação, proposta utilizada amplamente em pesquisas em ciências humanas, especificamente na área da saúde. Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa é aquela que responde às questões particulares, preocupa-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, os significados, os motivos, os desejos, as crenças, atitudes, os valores.

No campo da Psicologia social, em específico, o construcionismo social tem desenvolvido um novo arcabouço teórico que se distancia de uma concepção empiricista do funcionamento da ciência e de suas formas de investigação. Informados pela perspectiva teórica de Spink e Medrado (1999, p. 61):

“O conhecimento não é algo que se possui, mas que se constrói em coletividade (...). A concepção de fatos como construções sociais pressupõem que os métodos produzam, antes de tudo, versões de mundo, podendo ter maior ou menor poder performático dependendo do contexto de produção, do momento histórico das relações sociais em que ocorre essa produção e, aliados à intencionalidade de quem produz e do grau de conformidade de quem recebe”.

A análise do *corpus* está fundamentada na perspectiva do construcionismo social. Este considera as realidades e sentidos construídos através da relação entre as pessoas, sendo a linguagem entendida em seu caráter performático, como prática social. Busca compreender e considerar tais realidades e sentidos.

O construcionismo social tem desenvolvido um arcabouço teórico que se distancia de uma concepção empiricista do funcionamento da ciência e de suas formas de investigação. Suas concepções partem da História e da Sociologia, com um olhar que questiona a visão do conhecimento científico como racionalmente superior. Busca identificar processos culturais e históricos que favorecem certas concepções da natureza em detrimento de outras. (GERGEN; McNAMEE, 1998). É um convite para auto-reflexão crítica que pode abrir o futuro a formas alternativas de entendimento. Não tem entre suas preocupações os indivíduos, mas as redes relacionais entre eles; e, por fim, desafia a posição de superioridade transcendente assumida pelo modo de atenção hegemônico.

Em sua crítica às concepções realistas, empiristas e essencialistas do mundo, o construcionismo social enfatiza os processos sociais e discursivos de construção do mundo (RASERA, 2004).

O construcionismo social questiona um conjunto de premissas que orientaram durante um longo tempo a atividade científica, como a noção de sujeito e objeto enquanto realidades em si mesmas, de conhecimento como representação e a conseqüente retórica de verdades universais. A atenção volta-se para a centralidade da linguagem nos processos de produção do conhecimento e é entendida como uma prática social situada, em que são colocados os processos relacionais como centrais para as noções que as pessoas têm do mundo e de si próprias (JAPUR, 2004).

Segundo Gergen (1985, p.266), “a investigação sócio-construcionista preocupa-se principalmente com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo si mesmos) no qual elas vivem”. Nesse sentido, privilegia-se o uso da linguagem enquanto constituinte de práticas sociais, o foco está nos processos de produção de sentidos na vida cotidiana.

A linguagem é considerada uma prática social e constituinte da realidade. Os sentidos que informam sobre nossa compreensão de mundo são construídos socialmente, por meio de trocas conversacionais entre as pessoas, situadas em um contexto social, histórico e cultural específicos. Nesse sentido, a perspectiva do construcionismo social enfatiza a importância de uma investigação centrada no modo como as pessoas constroem, em suas práticas discursivas, determinadas realidades pessoais e sociais (GUANAES, 2004).

Tem como pressuposto que o que pode ser dito a respeito do mundo é o resultado de convenções compartilhadas de discurso e produto de trocas historicamente situadas entre as pessoas. Como resultado, o que consideramos como "a verdade" é, em grande parte, um produto das nossas histórias textuais; as histórias textuais, por sua vez, não são independentes das pessoas, os textos são subprodutos das relações humanas que ganham sentido a partir da forma como são usados. "Nossas construções do mundo e de nós mesmos são limitadas por nossa linguagem, e tais construções tem sua origem em nós mesmos. Então, se nós geramos as convenções dos discursos, tendo o poder de descrições satisfatórias da verdade, podemos também alterá-las" (GENGEN; McNAMEE, 1998, p. 8). Nesse sentido, a transformação não é única e individual, mas é uma questão inerentemente relacional, que emerge da relação entre as pessoas.

Na perspectiva construcionista, a pessoa se constrói nos múltiplos relacionamentos que mantém em sua vida. As ações decorrem das condições dos relacionamentos nos quais está inserida. Dessa forma, o processo de construção social da pessoa substitui uma visão individualista por uma visão relacional e se dá através dos relacionamentos, mediada pela linguagem, que constrói a realidade por meio de determinadas descrições e explicações (RASERA, 2004).

A concepção de pessoa é produzida em co-autoria nos processos de conversação, direcionando a atenção para os processos pelos quais certas tramas de consequências e

intenções são colocadas em movimento nas ações engendradas enquanto se fala. A compreensão de ‘quem somos’ acontece a partir das narrativas de ‘nós’, construídas em um processo de troca dialógica com os outros, em permanente mudança. A pessoa não é vista em uma perspectiva essencialista, referida como individual estável e duradoura, e sim de uma visão relacional, em que as mudanças e permanências das formas de se explicar e se descrever estarão sempre referidas ao conjunto dos processos dialógicos em que se insere nos relacionamentos (JAPUR, 2004).

Nesse sentido, contar sobre nós mesmos não significa expressar algo que já somos, mas enunciar possibilidades de nós, cujos sentidos estão sendo continuamente reconstruídos. Não somos autores únicos de nós mesmos. Somos constituídos pelos inúmeros relacionamentos de que participamos, contidos nos processos dinâmicos das conversações com os outros e conosco.

Segundo Japur (2004), a descrição construcionista substitui a concepção de unidade em nós para dar lugar a multiplicidade de alteridades em nós mesmos e, ainda, para compreensão acerca da grupalidade como algo constituinte de nós, enfatizando o caráter relacional tanto do si mesmo, como do(s) outro(s).

Enquanto pesquisa científica, o construcionismo a concebe como uma prática social, reflexiva e crítica. A postura exigida é a de busca permanente, uma vez que se trata de um processo inacabado e contínuo (SPINK; MEDRADO, 1999).

Segundo Spink e Medrado (1999) a produção do conhecimento está alinhado à vertente da pesquisa edificante. Nessa proposta, cumpre-se o papel da abertura continuada ao novo e possibilita, dessa forma, manter a conversação fluindo em vez de fechar a discussão de maneira precoce.

A investigação construcionista tem como foco principal explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo no qual vivem, incluindo a si mesmas.

Adotar uma postura construcionista implica em re-significar a relação entre sujeito e objeto, que passam a compor, incluindo o pesquisador, construções sócio-históricas, ou seja, o modo como a realidade é acessada institui os objetos que constituem a realidade (SPINK; MEDRADO, 1999).

A pesquisa construcionista social pode abrir espaço para a construção de novos sentidos em relação ao trabalho junto a portadores de HIV /Aids e populações vulneráveis. Refletir sobre as práticas em saúde pública no nível primário de atenção e no contexto da Estratégia de Saúde da Família, bem como na atuação dos agentes comunitários, com enfoque centrado nas ações em HIV/Aids, pode favorecer a construção de alternativas de sentidos e de ações, podendo contribuir para um melhor entendimento e enfrentamento das questões relacionadas à epidemia.

5.2 Aproximação com as entrevistas em grupo

A interpretação é concebida como um processo de produção de sentidos. A centralidade dos repertórios interpretativos para a compreensão dos sentidos tende a privilegiar na análise a linguagem verbal, mas, não apenas os conteúdos verbais; tem como foco o processo de produção de sentidos (SPINK; LIMA, 1999). Duas fases iniciais delimitaram a análise do *corpus*, a saber, uma pré-análise das entrevistas de grupo e uma análise propriamente dita, a partir da escolha de uma única entrevista.

A opção pela escolha de uma única entrevista para análise em profundidade é explicada a partir da necessidade de uma postura analítica minuciosa em relação a cada momento das interações dos grupos, além dos norteadores da pesquisa qualitativa, da perspectiva de análise adotada – o construcionismo social – e do objetivo do estudo (RASERA, 1999).

5.2.1 Pré-análise

Conforme sugere Spink e Lima (1999, p. 106) “com a análise inicia-se uma imersão no conjunto de informações coletadas, procurando deixar aflorar os sentidos, sem encapsular os dados em categorias, classificações e temáticas definidas *a priori*”.

Esta etapa constituiu um momento de contato inicial com as narrativas das entrevistas. A primeira aproximação aconteceu durante a transcrição e edição das entrevistas e através de leituras contínuas e exaustivas.

Após as leituras, uma entrevista foi escolhida para análise em profundidade. Alguns critérios foram delimitados para escolha desta entrevista, a saber:

- (a) Envolvimento dos participantes: foi considerado em todas as entrevistas o envolvimento do grupo nos diálogos sobre HIV/Aids no que diz respeito ao trabalho, às vivências e às experiências profissionais e pessoais; este critério faz-se necessário a partir do foco do estudo que é dar voz às questões relacionadas a ser agente comunitário de saúde no contexto da Saúde da Família, especificamente, no que se refere à epidemia.
- (b) Conteúdo: refere-se aos sentidos proeminentes que foram se configurando em aspectos relevantes da temática durante as conversações. A proposta é dar visibilidade a tais sentidos, considerando a questão dos micro-processos de trabalho em atenção primária e às construções sociais dos atores envolvidos na saúde, especificamente do agente comunitário.
- (c) Relação entre os participantes: as interações e o clima afetivo de tais interações durante os processos conversacionais foram considerados, a partir da necessidade de olhar para a maneira como se davam tais relacionamentos e também o clima em que os sentidos eram negociados.

O envolvimento entre os participantes (a) ocorreu de maneira diferenciada nas três entrevistas. No Núcleo de Saúde da Família Rosa e Violeta, a temática HIV pareceu distante das realidades de trabalho dos agentes. Os relatos traziam o discurso do Mistério e o HIV era assunto, geralmente, apenas no cadastro das famílias. Muitas vezes era necessário retomar o tema HIV/Aids, pois suas narrativas centravam-se nas dificuldades de trabalho em virtude do desgaste do agente no trabalho com a comunidade e da precariedade das condições sociais, econômicas e culturais das áreas de abrangência. Tal critério foi diferente na Unidade Gérbera. As participantes mostravam interesse, aparentando ser esta uma necessidade de construção conjunta de sentidos sobre HIV/Aids. Além disso, as narrativas sobre a epidemia perpassavam crenças e vivências pessoais, que pareciam informar a maneira de se posicionar diante da população.

Os sentidos proeminentes dos processos conversacionais, critério referente ao Conteúdo (b), seguiu a linha do envolvimento dos participantes. Tanto a Unidade Rosa quanto a Violeta diziam de realidades e necessidades anteriores à temática HIV/Aids, como a necessidade de suporte psicológico para a equipe, presente na entrevista do grupo Violeta. Na Rosa, por sua vez, a precariedade das condições de vida da população configurava, segundo suas perspectivas, um contexto em que o HIV era apenas um tema de doença e não uma necessidade de intervenção e negociação dos sentidos. Na Unidade Gérbera, as vivências pessoais e profissionais com a epidemia, no trabalho em prevenção com travestis e na proliferação da infecção entre trabalhadores da saúde, possibilitaram sentidos diversificados, em constante negociação durante os processos conversacionais.

Já no critério de relação entre os participantes (c), especificamente no Núcleo Rosa, foi marcante, com os extensos períodos de silêncios, brincadeiras relacionadas ao cotidiano dos agentes, das quais poucas vezes era possível compreendê-los e também um clima de desmotivação para conversar sobre HIV/Aids. O clima das entrevistas era calmo e sem

discussões e negociações entre os participantes, com diálogos curtos e quebrados por conversas paralelas. Já o clima do diálogo na Unidade Violeta foi marcado por poucos enunciados, específicos de uma agente, dos quais as demais apenas concordavam. Na Unidade Gérbera, o grupo foi marcado por períodos de tensão que pareciam abrir espaço para outros sentidos sobre o trabalho e suas vivências.

Considerando a proposta de dar voz aos sentidos construídos em grupo com agentes comunitários de saúde no que se refere à epidemia de Aids, a entrevista realizada com a equipe de agentes da Unidade Gérbera foi considerada a que mais possibilitou visualizar as necessidades de diálogo e negociação de sentidos em HIV/Aids. Configurou um grupo com diversos posicionamentos e reposicionamentos, negociações e renegociações, tensões, conduzindo, inclusive, para um repensar sobre as ações em Saúde da Família, suas próprias expectativas e crenças.

5.2.2 Análise propriamente dita

Após a escolha da entrevista a ser analisada em profundidade, leituras contínuas e exaustivas foram realizadas, buscando compreender as interações e trocas entre os diálogos. Inicialmente, as seqüências das falas foram divididas em momentos, buscando facilitar a construção de sentidos a partir da interação narrativas/pesquisadora/literaturas de base.

Em uma segunda etapa, o exercício da análise da entrevista em grupo propiciou recortes, separações, criação de unidades, a fim de estudar a relação entre os enunciados, os encadeamentos, as dinâmicas construídas, a partir das falas dos participantes, buscando apontar como os sentidos e as pessoas se transformam nos processos conversacionais (RASERA, 1999).

Esta etapa se constituiu em um olhar atento para cada enunciado, em busca de sentidos confrontados com as literaturas da área e a minha impressão enquanto pesquisadora da temática, imersa nessa relação de produção de sentidos. A partir desse olhar atento, foram produzidos sentidos provisórios a fim de definir um tema de análise. Provisórios, porque considero aqui que, a cada olhar e a cada aproximação com o *corpus*, outros sentidos vão sendo criados e ressignificados, a fim de manter uma conversação fluida e não fechada precocemente.

Após refletir sobre alguns dos possíveis sentidos emergentes das narrativas, fui construindo temas a fim de sistematizar o processo. Foi escolhido um tema, através do qual busco dar visibilidade aos processos conversacionais, com ênfase nas interações, negociações de sentidos e construções, atenta ao potencial de transformação dos enunciados e das vozes em diálogo com outras vozes.

Atenta aos objetivos do trabalho e à importância da construção do ser agente comunitário de saúde em ações voltadas ao controle da epidemia no trabalho em atenção primária, o olhar para as narrativas teve como tema **os processos de negociação e construção de sentidos sobre o trabalho do agente comunitário de saúde em HIV/Aids.**

A partir desta definição temática, a análise se deu por meio da sequência temporal das falas, por esta ser uma maneira de ilustrar os processos conversacionais e os sentidos emergentes sobre o HIV/Aids, permitindo olhar atentamente para as interações entre os participantes, os movimentos constantes de negociação e construção, desde os momentos iniciais da entrevista até o encerramento.

6 A ENTREVISTA EM GRUPO: CONVERSANDO SOBRE HIV/AIDS

6.1 Momentos anteriores à realização do grupo

O grupo realizado no Núcleo de Saúde da Família Gérbera aconteceu no dia 18 de Julho de 2005, às 8 horas, com a participação de quatro agentes, a saber: Elaine, Hélia, Juliana e Gabriela. Elas inicialmente foram contatadas, a fim de conversarmos sobre o interesse em participar de uma pesquisa sobre HIV/Aids, o dia ideal para realização do grupo e também o interesse de cada uma em colaborar com o estudo. Das cinco agentes comunitárias que trabalham nessa Unidade, três puderam participar desse contato inicial, pois as demais não se encontravam nos horários combinados. A quarta agente participante, Juliana, foi convidada no dia da entrevista, pois estava em férias.

As agentes demonstraram interesse pela temática, sobretudo por que duas delas há pouco tempo vivenciaram uma situação de perda de um colega profissional da saúde que era soropositivo. Estavam mobilizadas e mostraram-se disponíveis para conversarmos. Além disso, falaram sobre visitas em casas de travestis do bairro e sobre as famílias com soropositivos.

No dia da realização da entrevista em grupo, Gabriela foi a primeira a chegar, sentou-se e ficou aguardando a chegada das demais. Hélia chegou em seguida, porém, dirigiu-se ao computador, onde realizou algumas atividades de trabalho. Elaine, por diversas vezes, entrava no local e saía, até o momento de distribuição do Termo de Consentimento. Juliana, que fora avisada no dia, disse apenas que participaria como observadora, pois estava com dificuldades para falar, decorrente de uma gripe. Disse também que não iria conversar e até se propôs a ficar fora do grupo. Entretanto, sentou-se junto com as demais, as quais já estavam se

organizando em círculo. Em sentido horário, segue a sequência dos locais escolhidos por cada uma: Gabriela, Elaine, Juliana, Hélia e eu. Neste momento, foi distribuído o Termo de Consentimento, lido conjuntamente e assinado por elas.

6.2 Durante a conversa – o olhar para cada participante

Elaine – 27 anos, casada, agente comunitária há quase cinco anos. Esteve bastante envolvida com a conversa durante todo o encontro. Iniciou sua participação referindo acerca do meu propósito com a pergunta “*o que podemos conversar sobre HIV/Aids*”. Sua participação inicial trouxe para o grupo questionamentos sobre casais em que um parceiro é soropositivo e que se recusam a usar preservativo e também sobre relacionamentos sorodiscordantes.

Hélia – 42 anos, solteira, agente comunitária há quase cinco anos. Envolveu-se com a conversa durante o encontro. Começa dizendo sobre suas concepções acerca do HIV/Aids. Durante todo o encontro participa intensamente, faz perguntas, comenta sobre visitas dela e de outras agentes, complementa algumas falas, sempre se posicionando diante das temáticas abordadas.

Juliana – 31 anos, casada, agente comunitária há dois anos. Comenta inicialmente que iria apenas observar o grupo, sugerindo que não participaria da conversa. Entretanto, aparenta bastante envolvimento no decorrer do encontro, muitas vezes despertando temas polêmicos. Inicia sua participação logo nos primeiros diálogos, dizendo que a Aids é um tabu. Por

diversas vezes suas falas provocam reflexões, discussões e polêmicas, sobretudo em relação ao uso do preservativo em relacionamentos estáveis.

Gabriela – 43 anos, agente comunitária há quatro anos. Fala pouco durante o grupo, está sempre atenta. Complementa uma fala nos primeiros minutos do grupo e um tempo depois inicia sua fala dizendo sobre o relacionamento conjugal e uso do preservativo. Nos momentos finais da entrevista cita exemplos de famílias e visitas realizadas.

Nara – 24 anos, solteira, psicóloga e pesquisadora. Minha postura neste grupo foi de curiosidade aos assuntos que elas colocavam e, portanto, muitas vezes, minhas falas eram para esclarecer algum assunto não compreendido ou retomar outros que me despertavam interesse, mas tinham sido pouco comentados, sobretudo na metade final do encontro.

6.3 Análise - Unidade Gérbera: os sentidos do trabalho em HIV/Aids

A proposta de conversar sobre HIV/Aids, sem assuntos delimitados a priori, está circunscrita a um grupo de trabalhadoras da atenção primária e à minha presença, enquanto pesquisadora interessada na temática da infecção. Tal contextualização é importante, na medida em que circunscreve os lugares ocupados pelos enunciados durante os processos de conversação e produção de sentidos.

Para além do modelo biomédico nas ações em saúde, o agente comunitário de saúde foi inserido na equipe com uma proposta de auxiliar na mudança de paradigma, trazendo para o contexto a aproximação com as famílias, a construção de vínculos, educação em saúde e levando informações sobre as condições da sua comunidade para a equipe. Suas atribuições

são praticamente embasadas nas tecnologias leves do trabalho, que envolvem discussões a respeito de vínculo, proximidade, responsabilidade e alteridade.

Os enunciados iniciais dizem de suas dificuldades no encontro com o outro, ao envolver concepções a respeito de uma “doença que está alastrando”, um “assunto difícilimo”, um “tabu”, com vivências que informam “uma prevenção inadequada” de uma “população que não entende” e “não faz nada para se prevenir”.

NARA: De uma maneira bem espontânea, queria perguntar para vocês o que a gente pode conversar sobre HIV/Aids?

(silêncio 11 segundos)

ELAINE: Depende do seu propósito.

NARA: Queria saber de vocês, quando a gente fala de HIV/Aids, o que vocês pensam? O que a gente poderia começar conversando nesse grupo, o que vocês acham que seria interessante?

HÉLIA: O que a gente percebe sobre Aids, [...] na minha área eu tinha alguns, no momento eu não tenho ninguém que eu acompanhe, é uma doença que tá, alastrando a cada dia mais, e as pessoas não estão prevenindo adequadamente. É um assunto difícilimo, que muitas vezes, pelo menos os que eu visitei, eu fui saber depois de muito tempo, uns eu fiquei sabendo por outras pessoas, [...] e abordar esse assunto com as pessoas ainda é muito difícil. A gente vê, lê, eu mesma li muito sobre Aids, já participei de palestras, de coisas sobre Aids, a gente tenta passar isso pras pessoas, mas é muito difícil, eles não fazem nada pra prevenir, a maioria dos que eu conheci, tem uns que até hoje, nem o tratamento para cura, não entendem...

JULIANA: Mesmo porque é um tabu...

HÉLIA: É... Eles não entendem que, a, mas meu marido já tem, eu tenho, não precisamos prevenir. A gente tenta mostrar, pois é.

JULIANA: Esses são os que já tem, e os que são casados...

HÉLIA: Pois é...

JULIANA: Tá crescendo o número de casos entre as mulheres casadas, elas acham que usar o preservativo é porque não confia no marido...

(telefone toca)

HÉLIA: Ou vice-versa, o marido também acha que não...

JULIANA: Eu acho que a vida do ser humano é em primeiro lugar, depois deixa os tabus, sempre.

[...]

JULIANA: No serviço de saúde eles tão muito preocupados se um irmão vai ter relação sexual com o outro, se deixar dois adolescentes em casa, mas não se preocupam se o marido mesmo que tenha cinco, dez, vinte, trinta anos de casado, ou mesmo a esposa. Um dia pode acontecer alguma coisa, todo mundo é ser humano, ninguém tá isento, ninguém tá livre. (tosse). Acho que a dificuldade é essa, porque se você não incorpora e não vivência, o que que você passa para os outros. Tem que passar por si primeiro, dentro de si, pra depois falar. (L.01-31)

Hélia se posiciona a partir do trabalho na sua área, afirmando não ter nenhum caso no momento. Seus enunciados sobre a dificuldade em abordar HIV/Aids, a busca por conhecimento e a tentativa de passar as informações para as pessoas, com ênfase em casais soropositivos ou sorodiscordantes, são trazidos para o contexto do grupo. A partir dos enunciados de Hélia, Juliana legitima a dificuldade de conversar e informa a Aids como um tabu.

Na continuidade do diálogo, Juliana amplia a perspectiva da doença que se alastra, especificando o contexto de feminilização da epidemia: o aumento do número de casos entre as mulheres, relacionando tal fato à confiança feminina nos relacionamentos heterossexuais.

A opção pelo uso do preservativo em relacionamentos estáveis é concebida como ameaça à confiança conjugal, seja do homem ou da mulher.

Juliana situa também o discurso no serviço de saúde no que tange à sexualidade, sob uma perspectiva reduzida. Parece fazer uma crítica, na posição de alguém que está inserida na equipe e também moradora da comunidade. Suas preocupações enfatizam os relacionamentos heterossexuais, referindo sobre as infidelidades conjugais, seja do homem ou da mulher. Acredita na necessidade do profissional de vivenciar, apropriar-se de suas ações para direcioná-las à população.

O foco das narrativas parece centrado nos discursos de heterossexualidade, desenhando as primeiras preocupações no trabalho em saúde. Tal discurso parte do contexto único, de agentes comunitárias, esposas/companheiras, que conversam sobre a propagação do vírus.

Juliana amplia o discurso da heterossexualidade e das relações de gênero. Informa as concepções sobre “ser humano”, com um olhar para a condição humana vulnerável, independente de ser homem ou mulher, implicando na necessidade do trabalhador da saúde vivenciar e incorporar tal suscetibilidade.

Em seqüência, Hélia situa o trabalho com casais, contextualizando sua dificuldade no contato com o outro, na construção de vínculo e da proximidade. Estudar os motivos de alguns casais sorodiscordantes não contaminarem o parceiro ao não adotarem métodos preventivos, poderia, para Juliana e Elaine, ser um objeto relevante de estudo.

HÉLIA: Porque o que eu acho que o que eu penso, porque as pessoas, igual, tem na área, tem gente que tem e como a esposa não contraiu, eles acham que com eles não vai acontecer...

JULIANA: Isso mereceria um estudo (em voz baixa)

HÉLIA: Eu acho que vai muito da sorte (ri)

(*Juliana tosse*)

HÉLIA: Da sorte... Da sorte porque não contraiu até hoje...

ELAINE: Porque o marido tem e a companheira não...

HÉLIA: Ou ele não tem ou...

ELAINE: Objeto de estudo, ninguém quer usar, a gente fala todo dia, usa pra estudo, manda pra faculdade, aí... Taí a solução, daí...

HÉLIA: ou ele não tem...

(*risos*)

[...]

ELAINE: [...] não moram mais na área, [...] eles são os donos... Da casa de travestis, da minha área. É um casal, eles estão juntos já há mais de seis anos, e desde que eu entrei aqui, eu também sei por boca dos outros, soube pela Natália do Hospital, que ele é portador, que ele nunca contava pra ela, e a gente também, eu nunca me senti no direito de contar, porque não foi ele que me contou que tinha. Então eu nunca consegui falar com ela. A gente sempre falava sobre proteção [...] tempo atrás ela descobriu, começou a exigir, mesmo assim ele não aceitava, aí eles casaram [...] ele acha que não tem nada, ele acha que é mentira, que ele não tem. Como ele tem e ela não tem, com tanto tempo junto? Mas, agora ela disse que ela não tem mais relação sexual sempre, se ele não quiser usar, não vai ter.

NARA: Ela comentou com você...

ELAINE: Ela falou assim: que agora ela falou pra ele, e faz mais de um mês que eles não têm relação sexual, porque ele não quer usar o preservativo.

HÉLIA: E ela quer agora?

ELAINE: Ela quer, o último teste que ela fez aqui deu negativo, pelo menos por enquanto...

HÉLIA: E ele nunca fez teste?

ELAINE: Ele nem fala no assunto.

GABRIELA: Podia fazer, né, de repente não tem mesmo.

ELAINE: Ele não se trata, não vai no Hospital, não faz nada, não se cuida, eu até chego a pensar que talvez ele não tenha mesmo, pode até ser, não sei, talvez ele não tenha mesmo, talvez ele até pode vir fazer o teste, mas é difícil abordar isso com ele, eu não consigo (L.34-72).

O discurso científico surge como uma opção de busca de solução para o problema da transmissão em relacionamentos sorodiscordantes. O saber científico é concebido como um potencial, legitimado para oferecer respostas e explicações para a não contaminação do

parceiro sorodiscordante que não usa o preservativo. Tais narrativas parecem atribuir à ciência resposta a questões ainda pouco esclarecidas no trabalho, desconsiderando o potencial das inter-relações e subjetividades da atenção primária.

A partir da minha curiosidade em detalhar o assunto, Elaine conta de um casal sorodiscordante que ela acompanhou e que hoje não reside na área. São donos da casa de travestis do bairro. A dificuldade em dialogar com soropositivos é informada pelo fato de que outro profissional da saúde é quem compartilha com Elaine sobre a soropositividade do usuário/morador, ainda desconhecida da esposa. Tal desconhecimento sugere a dificuldade de estabelecer diálogos sobre a temática dentro do contexto familiar. As concepções de segredo e silêncio tentam explicar as barreiras para a proximidade. Elaine conversa com a esposa a respeito de prevenção, porém se percebe desautorizada para falar da contaminação.

As barreiras de conversação com soropositivos informam o discurso do HIV silenciado, proibido. Já o não saber e a dúvida, em relação com o olhar para ciência legitimada como fonte de respostas, provocam a reflexão sobre o que cabe ao agente comunitário. A dificuldade em estabelecer vínculo com o soropositivo reitera a exclusão social do morador, explicita as condições de dificuldade de acesso aos cuidados à saúde e as posiciona como distantes da possibilidade de construção do vínculo com essa população.

Por outro lado, em suas narrativas emerge a possibilidade da construção conjunta entre a moradora e ela, que após um tempo, de maneira gradual, puderam compartilhar suas visões de mundo e estabelecer o vínculo. Seus enunciados trazem para o grupo a potência do diálogo transformador, ampliando a perspectiva para a construção de outros sentidos em relação ao uso do preservativo com a moradora e desta com seu companheiro e também a possibilidade da negociação nas relações de gênero.

A partir do meu interesse nesses enunciados, Elaine enfatiza seu discurso sobre as facilidades e dificuldades do diálogo.

NARA: Hélia falou da dificuldade, a Juliana falou do tabu, você também falou da dificuldade de abordar, como é para vocês isso?

ELAINE: Eu acho que é muito mais fácil você falar de prevenção, da doença, pra quem você sabe que não... Ou que você imagina que não tenha a doença, pra quem você... quem é mais jovem, ou quem você imagina que não tenha. Agora quando é uma pessoa que você já sabe que tem, eu acho que é mais difícil, é mais difícil pra entrar no assunto, principalmente quando a pessoa não te fala, e aí é difícil falar, você tem medo de ofender a pessoa, tem medo de ela se sentir invadida, por que é uma opção de cada uma, né. Por mais que ela saiba o que é a doença é uma opção dela também se ela quer se tratar ou não.

JULIANA: Se ela quer se prevenir ou não.

HÉLIA: Só que é assim, eu acompanhei um casal, que os dois tem, e nenhum faz tratamento, até hoje não faz, e o problema maior é os filhos, porque desse casal, teve dois filhos, e a menina negatizou e o menino, até onde eu soube, ela não tinha levado pra fazer exame pra ver, porque eu acho que ela tinha medo de saber. Porque como negatizou, o outro talvez pode não negatizar. Então nem sei se levaram, porque mudaram da área e eu não sei. Mas é complicado, né, porque tem os filhos envolvidos, e os filhos. É um direito ter tratamento, agora eles podem evitar, queira ou não, e criança, você tem...

ELAINE: É obrigado...

[...]

NARA: E como você lidava com isso, Hélia?

HÉLIA: Ah, era difícil, muito difícil, porque tiveram que contar porque ele recebeu um tiro, um tiro mal contado, a gente não sabe a história direito, mas aí teve que contar e a gente ficou sabendo que ele tinha HIV. Mas com ele mesmo eu nunca conversei esse assunto, mais com ela mesmo que eu sempre falava. A gente ficou muito preocupado... Com eles também, mas da minha parte eu fiquei mais preocupada com as crianças, porque não levava pra tratamento, não levava pra vacinar, não fazia nada, e a gente preocupado, né, porque os meninos, ainda não pode falar que quer ou que não quer, né, e os adultos sim.

ELAINE: Mas, você sabe que é muito mais fácil falar com a mulher do que com o homem.

HÉLIA: É, do que com o homem...

ELAINE: Sempre, sempre é bem mais fácil...

HÉLIA: Sempre, e eles debatem, eles já têm o discurso prontinho na ponta da língua, ah, não pode porque fica trocando vírus, explica tudo que acontece, mas eles não acreditam, não mas *“eu to bem, eu não sinto nada”*, sabe, e acha que não vai acontecer o pior. (L.73 – 109)

Elaine informa que conversar sobre prevenção é mais fácil com pessoas que não tem suspeita da infecção, na tentativa de explicar o discurso silenciado do HIV, situando o respeito ao outro, o medo da ofensa, da invasão de privacidade e de lidar com o sofrimento. Inicia uma negociação em torno da opção de tratamento de cada pessoa. Juliana complementa, ao referir que a prevenção é uma opção individual. Hélia, em continuidade, negocia os

sentidos sobre a “opção”, apontados por Elaine e Juliana, e situa o contexto da transmissão vertical, em que o tratamento não é uma “opção” quando diz respeito às crianças.

O olhar para os pais enquanto culpados, a responsabilidade por não se importarem com o tratamento, a “opção” ou não pelo tratamento mesmo com a tentativa do profissional transmitir a informação, legitima as barreiras na conversação, dificultando a aproximação agente/família. Hélia parece informar sobre o posicionamento de responsabilização dos pais pela infecção deles e das crianças, vistas como passivas e dependentes.

Em dialogia, Hélia tenta compreender a opção dos pais que não buscaram por tratamento, trazendo para o grupo o medo de a mãe deparar-se com seu filho soropositivo, na tentativa de considerar outros contextos que vão além do olhar individual de responsabilização ao considerar a subjetividade dessa mãe.

Seus enunciados parecem informar também a dificuldade do profissional abarcar o contexto social no cuidado à saúde, o contexto da violência, “um tiro mal contado” (sic), que explicita o não permitido, a informação sobre o HIV que chega à Unidade de Saúde de uma maneira proibida. A pauperização, muitas vezes, dificulta a estabilidade da moradia, bem como a construção do vínculo e a produção do cuidado.

Elaine retoma sua fala sobre o diálogo com o casal sorodiscordante, negociando os sentidos construídos em relação a sua dificuldade. Os sentidos, neste momento, vão além da soropositividade, expressando também as relações de gênero. Para Elaine é mais fácil falar com a mulher. Neste momento, Hélia reitera a dificuldade de Elaine, complementando a fala anterior ao dizer sobre a conversa com homens.

Procuro compreender o contexto das narrativas, perguntando se as falas se referem aos homens e Hélia retoma seu posicionamento de dificuldade em conversar com soropositivo, explicando que é “geral, do casal” (sic). Em negociação com a dificuldade de construção de vínculo com soropositivos, neste momento, o grupo parece tentar explicar essas barreiras,

concebendo o HIV como um luto e expressando a limitação em se deparar com o fim, com o pior.

NARA: Você fala dos homens?

HÉLIA: Não, no geral, do casal que eu to falando. Eles acham que não vai acontecer com o outro...

JULIANA: O pior já foi.

HÉLIA: Porque o pior já é que é pegar a doença.

(silêncio de 6 segundos)

[...]

ELAINE: Porque é uma doença em que há muito preconceito ali, e há mesmo. Vai falar que não tem...

HÉLIA: Que não tem, porque tem...

ELAINE: Tem, dentro da própria família, se falar que eu tenho HIV, ninguém pega no copo que você bebeu. E é assim mesmo. Infelizmente.

JULIANA: Mas se é assim, porque será que as pessoas não se põem no lugar dos outros. Porque depois de acontecido, não tem mais o que fazer. Você vai tentar se manter estável, você vive com ela, o que você vai fazer é tentar amenizar... O sofrimento, mas já pegou. Pra mim a Aids vem de uma prevenção, e eu acho que é tão divulgado, já tá bem esclarecido...

HÉLIA: É, porque informação tem em tudo que é lugar.

JULIANA: Eu acho que não tem nesse país quem não saiba se prevenir [...].
(L.110-134)

A partir das dificuldades de comunicação, as concepções de HIV/Aids são informadas. Ter HIV/Aids, ser soropositivo é ser acometido pelo pior, “o pior já foi... o pior já é que é pegar a doença (sic)”. O silêncio marca o mal estar provocado pelas narrativas.

Os diálogos no grupo parecem complementares, dão continuidade à construção de sentidos que definam o HIV, concebido como uma doença, em que há preconceito e estigmatização. A infecção é considerada no contexto dos grupos marginalizados, rejeitados pela sociedade e é vista como a doença do outro, que é culpado pela própria situação, retomando o discurso da culpabilização difundido no início da epidemia e contribuindo para a individualização do risco.

Juliana confirma as narrativas que definem o HIV como o pior, ao conceber que se colocar no lugar do outro é como se colocar no lugar do pior, e para tal, é preciso fazer de tudo para evitá-lo. Ser soropositivo é ser acometido pelo fim, algo muito ruim. Nesse contexto em que a infecção é vista como o fim, a informação surge como solução única para aqueles

que ainda não foram acometidos pelo pior. Hélia compartilha das concepções de Juliana e concorda que as informações sobre prevenção em HIV/Aids são muito bem divulgadas.

A construção dos sentidos que repercutem na sensação de pouca potência das ações em HIV/Aids perpassam os enunciados que concebem a epidemia e implicam em maneiras de agir em saúde. Na medida em que há a valorização do discurso da prevenção como única forma de solução, endossada pelo ser soropositivo concebido como uma fatalidade, suas ações voltam-se predominantemente para o uso indistinto do preservativo, em relacionamentos heterossexuais, buscando evitar o pior para os “sãos”. Ao passo que o soropositivo fica distante das ações em saúde e tais concepções distanciam os agentes dessa população. Nossos discursos estão constantemente construindo mundos e realidades, implicando em nossas ações e fazeres em saúde.

Ainda no contexto de construções sobre as concepções do HIV como o pior, a opção pela prevenção é renegociada a partir dos enunciados de Juliana.

JULIANA: [...] Mas eu acho que as pessoas vêem muito isso, vivem muito isso com fidelidade, com amor, religião. Não tem muito a ver com isso. Tem a ver com que eu me ame, que eu me cuide.

ELAINE: O problema é assim: eu acredito no outro, o outro não vai fazer isso comigo.

JULIANA: O outro é Cristo, se for, acredite, se não for...

ELAINE: Acredita que o outro não vai fazer.

JULIANA: Eu sempre coloco isso, que o maior problema não é meu marido, o meu parceiro. Quem garante que eu Juliana, não vou pular a cerca, sou humana, como qualquer outro ser humano, porque eu acho que você colocar toda a culpa no outro, “*A eu não uso porque vai saber o que o meu marido vai fazer*”, eu uso porque eu não sei o que eu vou fazer, então eu uso.

HÉLIA: E quando acontece também de caso de transfusão, que pega por outro meio, né, porque quando fala, aí fica mais fácil pra falar, pra conversar com a pessoa, porque às vezes quando pega do marido, ela fica com uma raiva tão grande, sabe, e às vezes fica até difícil você falar, porque ela tem tanto ódio (L.134-147).

Juliana negocia os sentidos com ela mesma e com o grupo, e acredita que a “opção” pela prevenção não tem relação com a fidelidade. Neste momento, ela acha que está relacionada ao auto-cuidado e à auto-estima. Na busca pelos sentidos da fidelidade conjugal (re)aparecem as concepções sobre ser humano e sobre a natureza humana imperfeita,

vulnerável, em contraste a um Deus perfeito. A influência das concepções religiosas permeia o discurso, e, nessa perspectiva, todos são suscetíveis, frágeis e não confiáveis, por serem seres humanos.

Na perspectiva de Hélia, falar sobre a infecção em situações que envolvem o relacionamento conjugal é mais difícil, e os sentidos sobre ser mulher como vítima perpassam seus enunciados. Seu discurso é o da mulher inocente, frágil, em oposição ao homem que trai e é contaminado. A infidelidade coloca o homem na posição de culpado o que pode dificultar a formação de vínculo com eles. A contaminação parece ser sinônimo de castigo por ter acontecido a traição. Os discursos da heterossexualidade permeiam a conversa e informam os posicionamentos cristalizados ocupados pela mulher e pelo homem no relacionamento conjugal.

Elaine, por sua vez, acrescenta a relação de confiança no parceiro. Juliana afirma que “não é assim” (sic). O clima do grupo é de polêmica. Juliana tensiona o grupo, indo além da discussão sobre fidelidade, ao enfatizar suas concepções do ser humano.

ELAINE: Você acredita que, nossa, a pessoa é aquela que você escolheu para sua vida...

JULIANA: Mas eu não acredito nisso...

ELAINE: Ela vai pensar em você, pelo menos.

HÉLIA: É, todo mundo pensa assim, Juliana, a maioria pensa.

JULIANA: Eu não acredito nisso.

GABRIELA: Porque quem vive bem com o marido não vai achar que ele vai fazer isso.

JULIANA: Mas é isso que eu não concordo, eu vivo muito bem com o meu marido.

GABRIELA: E você acredita que ele pode fazer?

JULIANA: Eu acredito, ninguém é um anjo, e eu acredito que eu possa fazer, nós vivemos muito dentro da religião..

[...]

JULIANA: Eu não penso assim, eu penso que todo mundo é ser humano, e que, porque eu acho que todo mundo pensa desse jeito e é por isso que o número de mulheres casadas infectadas aumentou. Eu acho que você tem que pensar que você é ser humano igual qualquer ser humano e que a Aids tá aí, e que é necessário prevenir sim, porque ela não tem remédio. (L.152-176)

As negociações sobre o uso do preservativo são retomadas, no contexto dos discursos do relacionamento heterossexual, em que a confiança é relacionada com a proteção contra o

HIV. Em dialogia, as concepções de Juliana informam uma natureza humana imperfeita, em contraste a um Deus ideal, inatingível. A traição para Juliana é possível para qualquer um em momentos de raiva, briga, com o olhar para a culpa e a responsabilidade do indivíduo pelas suas ações e conseqüências. Os discursos de culpabilização e responsabilização individual são presentes em seus enunciados, numa perspectiva unilateral do sujeito.

A perspectiva de Juliana é marcada pelo discurso religioso vivificado intensamente, apropriado conforme suas concepções de ser humano, relacionamento e casamento na condição do homem, pecador, imperfeito e vulnerável, em contraste a figuras relacionadas à perfeição, como “Cristo”. A vulnerabilidade feminina é justificada pela condição frágil do ser humano, endossado pelo olhar para a mulher submissa, vítima e traída.

JULIANA: Na outra não, porque você não consegue, porque a maioria das pessoas não conseguem pensar assim, e vai continuar aumentando.

HÉLIA: Mesmo porque o índice de homens casados que saem com travestis é muito grande

ELAINE: É altíssimo.

HÉLIA: É muito grande, e quem na vida, que é mulher, que vive bem com o marido, vai pensar que o marido tá traindo com travesti? É o fim da picada!

ELAINE: É o fim da picada mesmo.

HÉLIA: Então é isso, sabe.

(Juliana tosse)

(silêncio de 5 segundos) (L.182-191)

Nas concepções de ser humano, especificamente, ser mulher, Hélia amplia o discurso e convida para o diálogo sobre as travestis. Em negociação com o discurso de comportamento individual, a temática do grupo de risco amplamente divulgada pelo discurso médico hegemônico no início da epidemia aparece nas falas. Os sentidos informam o lugar do homem, o traidor, safado, os maridos buscam por relacionamentos extraconjugais com travestis, e estas são vistas como sinal de perigo, que provoca indignação, “o fim da picada” (sic).

Os enunciados que antes estavam direcionados ao discurso da heterossexualidade e à dificuldade em abordar casais sorodiscordantes é ampliado com a perspectiva de Hélia que diz

de relacionamentos bissexuais. Tais narrativas são seguidas por reações corpóreas (tosses) e silêncios, que parecem informar a dificuldade de conversar sobre traição e travestis. Negociar os discursos sobre as relações parece ameaçar suas realidades. As diversidades de vivências das sexualidades são temáticas proibidas e silenciadas neste momento do grupo.

Os discursos que informam a possibilidade de estabelecer a proximidade, alteridade e vínculo com as populações no trabalho do agente comunitário de saúde parecem esbarrar em dificuldades que inviabilizam a aplicabilidade dos discursos propagados pelo Ministério da Saúde. Os pré-conceitos, as crenças e as barreiras para a legitimação da diferença são temáticas que devem ser problematizadas nas discussões que envolvem a efetivação da Saúde da Família e seus micro-contextos.

É neste momento de silenciamento do diferente que Elaine convida o grupo para conversar sobre os jovens e a dificuldade para “enfiar na cabeça” (sic) deles assuntos de prevenção.

ELAINE: Eu acredito que pra quem tá namorando, deve ser pior ainda, pra quem vai começar a namorar...

HÉLIA: É...

ELAINE: Por que hoje... E isso que é difícil enfiar na cabeça das pessoas também. Ah, você vai namorar... *“Ah, mas ele é novinho, é meu primeiro namorado”*, isso é difícil de enfiar...

HÉLIA: Ele é bonitinho...

ELAINE: Porque é o seu primeiro namorado, mas ele já teve outra namorada, então não é por culpa da pessoa, a pessoa não sabe, de repente um jovem sai com alguém, pega, contrai e ele não tá sabendo, tá naquele período lá, tá adormecido, às vezes leva ano pra aparecer, e quem é que vai em médico pedir exame de HIV. Ninguém vai arrumar uma namorada e falar, *“olha eu primeiro vou fazer HIV e depois a gente transa”*. Ninguém faz isso.

HÉLIA: Ninguém. (L.194-205)

Elaine retoma ao “conhecido”, aos relacionamentos heterossexuais, ao inferir sobre o trabalho com jovens e ao início das atividades sexuais. Neste momento, a culpa presente nos diálogos heterossexuais de casais sorodiscordantes ou dos relacionamentos estáveis é

substituída pela vitimização, pelo desconhecimento do jovem sobre uma possível soropositividade.

A variabilidade dos relacionamentos sexuais e o desconhecimento da possibilidade de contágio, além da improbabilidade da busca de exame para HIV em relacionamentos iniciais informam os sentidos construídos em relação aos jovens. Elaine traz para o grupo também suas concepções a respeito de sexualidade e retoma os enunciados sobre fidelidade e confiança, configurando tais discursos no contexto dos jovens: ser o primeiro namorado, ser bonitinho, ser novinho são atribuições que inspiram confiança logo no início do relacionamento.

Conversando sobre o trabalho com jovens, Hélia lembra Elaine de um caso da sua área. Elaine então comenta sobre o caso, depois que eu peço para que ela fale mais.

ELAINE: Ela era casada, com ele, depois se separou dele, ficou um tempo sozinha, aí começou a namorar um outro e engravidou desse outro. Aí no pré-natal ela descobriu que tinha HIV, começou a fazer tratamento no Hospital, o neném negativou, tá tudo bem com ele por enquanto, isso tem uns três meses [...] Ela faz tratamento, só que assim, o pai desse bebê, ele disse pra ela que ele fez o teste já e que ele... tem, mas não aceita tratar. Só que assim, o outro que ela namorava antes, não aceitou fazer o exame. Então ela não sabe se ela pegou do outro ou se ela pegou do pai desse filho. Ela não sabe se ela pegou do marido ou desse companheiro. Então assim, a briga com o marido é muito grande por isso, pra tentar fazer o outro fazer o teste pra saber se ele tem também, se ele tem o vírus, mas ele não aceita. Eu acho que vai ser, se ele tiver, vai ser atestado... que foi ele que passou. E esse fez, diz ele que fez, a gente não sabe se fez nem aonde, e não aceita nem falar no assunto, diz que quando começa a falar ele chora, ele acha ruim, não aceita, não quer falar, não quer fazer outro teste, não quer vir aqui, não quer ir no ambulatório.

HÉLIA: Mas eu acho que eles nem juntos tão mais.

ELAINE: Não, porque é assim, eles moram na mesma casa, porque ele não tava tendo onde morar, mas não são mais namorados.

HÉLIA: Ah, ele tá morando aí?

ELAINE: Tá, tá morando, mas ela disse que ele sai muito, bebe muito e sai com várias mulheres, e ela fala, fala e ele não aceita, e ele sai e tá passando pra outras pessoas...

[...]

HÉLIA: E a gente não vê a tristeza nela, não é, e, eu nunca percebi, aquele dia do cadastro eu fui e ela vem aqui a gente conversa com ela, não vejo tristeza, não vejo ela reclamar...

JULIANA: É uma opção, porque eu acho que todo mundo tem a opção...

HÉLIA: Agora, aceitar o homem em casa...

ELAINE: Ah...

[...]

HÉLIA: Porque quando descobriu, eles separaram, ele não quis mais saber dela. Ela carregou essa cruz sozinha, né!

ELAINE: Porque ela acha que veio de alguém...

HÉLIA: Porque ele acha que foi ela que passou pra ele, ele acha, não tem certeza, mas acha. Então, agora, viu, agora não tem lugar pra ficar? E ela, né, aceitar, e vê ele saindo com outras mulheres, gente! É ser humano, por mais que você fala que não gosta, mas uai, é complicado!

ELAINE: E iam casar!

HÉLIA: E é uma família muito unida, tem outras irmãs, que moram, que casou e moram junto...

ELAINE: Agora só tem as duas, a Patrícia e a Manuela, uma tá grávida. É complicado, mas é igual com casal, com casal que é assim, acaba sempre a mulher cuidando do marido.

HÉLIA: Não tem jeito, né...

ELAINE: Até a fase terminal, é ela que acaba se fê... cuidando. Esqueci (ri), é ele que passa pra ela e ainda é ela que cuida.

(L.212 – 274)

Envolvida pelos discursos da comunidade, Elaine negocia com ela e com o grupo as concepções de HIV/Aids em relação aos jovens. Em diálogo com a perspectiva do jovem vitimizado, as narrativas nesse momento parecem informar uma busca pelo culpado, inserido em uma cultura do indivíduo culpado em relação com um outro enganado. Parece que neste contexto de negociação, o homem é colocado na posição de culpado e a mulher é vista como a enganada.

Hélia complementa as narrativas de Elaine, ao dizer que é inesperado ser mulher, soropositiva, e não sofrer, poder falar espontaneamente sobre o assunto, sem despertar pena e sem reclamações. Um outro sentido para soropositividade e para a mulher está em negociação.

Neste processo, Elaine informa que ser mulher significa ser alguém que deve “carregar a cruz sozinha” (sic), passivamente. Ocupa o lugar de cuidadora, responsável pelo cuidado do marido, independentemente da situação e do desejo. A concepção de ingenuidade, passividade e fragilidade das mulheres as tornam suscetíveis à infecção e impossibilitadas de negociarem sobre prevenção com seus parceiros. As relações entre os casais são vistas como estanques e não interações dinâmicas que vão conformando as situações vivenciadas.

Elaine, anteriormente relata sobre o alcoolismo, Gabriela, envolvida pelas narrativas agora fala de uma mulher de sua micro-área, moradora de um cortiço, com muitos filhos. Timidamente, retratos do contexto social passam a compor o teor dos diálogos. Ela convida para a reflexão sobre os sentidos constantemente negociados no grupo, entre os quais destaco a concepção de mulher, o diálogo com homens e a dificuldade de acesso ao cuidado em saúde para a população masculina.

GABRIELA: É, tem uma que eu visitava, ela morreu, ali tinha ela, o marido, e mais as crianças [...] era alcoólatra, né, então...Aí ele não agüentou e ela foi embora, foi embora pra casa da mãe dela, levou as crianças [...] ele continuou na área, aí ele arrumou uma outra pessoa, e assim, o exame dele deu alterado, o Dr. Zé pediu pra mim ir lá, eu fui lá pra conversar com ele pra pedir para ele vir, ele veio, tudo, encaminhou pra tratamento, ele foi, assim, numa boa, e assim, eu conversava com a companheira dele, atual, ela falava assim, que ela prevenia, que ela usava o preservativo e tudo, né, aí depois de repente ela veio e falou assim, *“ai, a minha menstruação não veio, eu preciso fazer um teste de gravidez”*, eu falei assim, mas você não fala que usa o preservativo e tudo, e aí ela *“ah, mas é que às vezes acontece”*, então na verdade, ela não usava mesmo, e aí eu falei assim, *“mas você não sabe do HIV, que vocês, fortalecem, e tal, o vírus”* e ela disse, *“mas o que tinha que acontecer, já aconteceu”*...

ELAINE: A companheira nova dele tem, o HIV?

GABRIELA: Ela nunca fez o exame, ela veio até pra fazer os exames, não sei se ela fez, porque daí ela resolveu que vinha, só que agora ela foi embora, agora, separaram mesmo, ela não quis saber mesmo [...]

NARA: E como foi acompanhar essa família, você acompanha ainda...

GABRIELA: Acompanho, daqui a pouco, eu já to vendo mais uma lá dentro, não sei se já tá como companheira, mas já tá tendo uma outra pessoa lá, a semana passada eu fui lá, já tinha uma mulher lá, então eu não sei se ela... porque lá é tipo um cortiço, né, então, lá tem vários quartos, e...só que eu vi ela dentro aonde elas moravam, aonde ele morava com a família, até eu cheguei, *“oi, tudo bem”*, aí eu já vi a outra mulher lá, que ela é diferente, por enquanto não, porque daí se ele tiver namorando daí ele fala pra mim, pra fazer o cadastro dela, pessoa nova. Agora eu não sei se está lá como moradora, né...

ELAINE: Mas mesmo se for só namorada...

GABRIELA: Não, eu não sei se está só como moradora ou como, tendo algum caso...

ELAINE: Às vezes nem vai morar junto, mas aí... mas é lógico que ele vai sair com outras mulheres, e aí você pergunta, ele vai usar o preservativo? Não!

GABRIELA: Não, não usa. Ele tava indo nos retornos, direitinho, mas ela não tinha vindo fazer o exame e o interessante é que ela é operada, né, porque ela operou lá, aí ela falava que não confiava muito na cirurgia que fez, então por isso que ela vez ou outra acha que tá grávida, porque além dessas três crianças que ela tem aqui com ela, parece que tem mais duas, que já são maiores com a avó, não sei, em outro lugar.

JULIANA: Corajosa!

NARA: Ele continua na área...

GABRIELA: Continua, eu continuo acompanhando. O menino, ele vem às vezes, ele falou que pega nos finais de semana. (L. 275-316)

Nos enunciados de Gabriela, os sentidos sobre ser mulher aparecem na dificuldade em negociar o uso do preservativo com o companheiro, na desapropriação de si, mulher, passiva nas decisões e também no cuidado consigo (“o que tinha que acontecer já aconteceu”, “às vezes não dá”, “ela nunca fez o exame”, “disse que vinha, não veio”, “mudou de área”). Mas Gabriela também aponta para a “mulher” que abandona, desiste do companheiro, ativa na construção de seus relacionamentos.

A diversidade de parceiros sem ações preventivas, o alcoolismo, o uso e sentidos atribuídos ao preservativo, às condições de vida e moradia, a falta de planejamento familiar, configuram o contexto social da rede de transmissão do HIV/Aids, presentes em suas falas. O contexto da pauperização da epidemia aparece também na imagem do cortiço. Embora pouco legitimadas neste momento, as narrativas informam o potencial da proposta da Saúde da Família, ao explicitar os contextos desumanos de vida. Mas, despertam também a necessidade de reconhecer o outro/diferente de mim, trazendo para o diálogo os contextos de pobreza, promiscuidade, rotatividade dos relacionamentos, que diferem do discurso tradicional heterossexual/estável.

As barreiras para a efetividade das ações na saúde da família perpassam as dificuldades inerentes das relações de gênero, com a pouca valorização do campo relacional e do desenvolvimento profissional a partir das tecnologias leves. Os sentidos sobre a dificuldade em dialogar com os homens e de acesso destes aos serviços de saúde estão em negociação por meio das falas de Gabriela. Neste momento, parece ser possível a construção do vínculo com o homem soropositivo e a criação de espaços de informação e troca, bem como o acesso ao cuidado desta população. “ele tava indo nos retornos, direitinho” (sic), “se ele tiver namorando daí ele fala pra mim, pra fazer o cadastro dela, pessoa nova” (sic).

Já a provocação de Elaine a respeito do uso do preservativo para esse morador, traz discursos cristalizados em uma fala com pouco potencial de transformação: o morador não usou o preservativo, é soropositivo e não usará com novas parceiras.

Hélia retoma os diálogos sobre as concepções de HIV/Aids, frente às possibilidades na atuação com a população masculina. Parece que os enunciados de Gabriela, que permitem o acesso masculino ao cuidado configuram um repensar de Hélia sobre o diálogo com soropositivo, homem. Hélia situa sua dificuldade em conversar com um colega, homem, soropositivo, trabalhador da saúde, na tentativa de refletirem sobre os sentidos atribuídos ao HIV/Aids e sobre as barreiras de comunicação com esta população.

HÉLIA: Mas também não sei se é preconceito, eu não sei, a gente conviveu com uma pessoa que tornou um grande amigo da gente, que tinha HIV, morreu...

NARA: A gente, todas vocês...

HÉLIA: Eu e a Elaine, faz três meses, e a gente não conseguia falar com ele sobre esse assunto, não era? A gente ficou sabendo de outras pessoas, não foi por ele...

ELAINE: Ele mesmo não falava... porque quando a pessoa não fala você não se vê no direito de falar, eu penso assim, a vida é sua, a doença é sua, então...

[...]

HÉLIA: É...aí depois a gente fez tudo pra ele [colega soropositivo] voltar, (fala emocionada) aí depois a gente ficou sabendo que ele tinha saído, que ele saiu porque ele achava que as pessoas não iam aceitar ele, e acabou que ...nós nunca conversamos com ele sobre esse assunto (chora) (L. 318-329)

Hélia inicia o diálogo com um “não saber”. Os enunciados referidos aos soropositivos que antes “afirmavam”, agora possibilitam a “dúvida”, imersos em um desconstruir das narrativas. A infecção (re)aparece neste momento como preconceito, um tema proibido. A explicação para o silenciamento é o medo de o soropositivo ser rejeitado. Parece haver um sofrimento calado, atrelado ao medo de vivenciá-lo, manifestado de diferentes maneiras, seja através da exclusão social, da morte, do outro e do preconceito.

A construção social de uma doença proibida, silenciada, dificulta o diálogo, aumenta o sofrimento das pessoas envolvidas, seja na comunidade, seja na equipe, e cria barreiras para a alteridade e para a expressão da subjetividade nas relações. Hélia põe em dúvida o

preconceito e traz para o grupo a possibilidade de aceitação da condição do outro “a gente fez de tudo pra ele voltar” (sic). Neste momento ela traz para o grupo a possibilidade de olhar para a subjetividade ao expressar seus sentimentos.

Gabriela usa de outras vozes para fazer uma retrospectiva da infecção no decorrer dos anos, numa tentativa de explicar a dificuldade em lidar com o doente de Aids e com o silêncio e temor da epidemia. Novamente as negociações sobre HIV e “tratamento como uma opção” estão presentes nos enunciados.

GABRIELA: é que muitas pessoas vêm isso como... safadeza, né, assim, acham que o HIV só tem porque... na época, né, que surgiu, achava que era só homossexual, e era tudo por causa dos travestis, né, que era só porque que era travesti e tal que ia ter isso daí, aí depois ficou, ah, é por causa de drogas, só por causa das drogas, então... Deve dá... Por que... Tem muita gente que chega, que fala pro ce, que... Ah, é um câncer que não... Sabe... Menos, assim... porque todos eles, se você falar que tá com câncer, todos.. “Ah...” E tal... “Coitadinho”, não sei o que. Você fala que tá com Aids, “ah!”, tem gente que nem, sei lá, ele acha assim, “ah... quem mandou você ser sem vergonha”, tem gente que diz por aí, eu acho que...

ELAINE: E não é questão...

GABRIELA: E não é por aí, hoje não...

ELAINE: Hoje não é não...

GABRIELA: Porque eu acho que a Aids é um câncer mais... evoluído, eu acho isso...

JULIANA: Eu acho que não é um câncer que tem prevenção, câncer você não tem prevenção...

HÉLIA: Porque câncer não tem...

GABRIELA: Não adianta só se prevenir...

JULIANA: O câncer não tem como se prevenir, e a Aids você sabe como evitar, e eu acho que é por isso que as pessoas...

GABRIELA: Quem garante que o câncer não tem prevenção? Só que ainda não foi dita. Porque o câncer, você pode desenvolver, tem gente que tá tudo numa boa de repente aparece o câncer e “*nossa, mas como, eu fui no médico há seis meses atrás e eu não tinha nada na minha mama*” e aí? Ela não tava prevenindo, ela tava indo...

JULIANA: Mas não tem uma prevenção...

GABRIELA: Então! (L.334- 356)

A dimensão sócio-histórica dos sentidos acerca do HIV construída pelo discurso científico é apropriada por Gabriela, na busca por explicar a doença como um assunto proibido. Gabriela diz primeiramente dos grupos de risco, como travestis, homossexuais, usuários de drogas suscetíveis ao HIV, em seguida, fala da definição de comportamentos de risco, que contribuiu para a individualização da epidemia.

As narrativas de Gabriela sobre o HIV/Aids caminham para a comparação com o câncer, o que parece uma tentativa de diminuir o preconceito ao incluí-la nos contextos dos serviços de saúde. Os sentidos presentes parecem informar o modelo médico-centrado, com olhar para a patologia. Além disso, os sentidos negociados sobre prevenção também apontam para tal retomada, ao defini-la como ações centradas na figura do médico.

Ao olhar para o HIV como um “câncer mais evoluído” (sic) o grupo negocia, neste momento, os sentidos sobre prevenção, comparando as duas doenças. A pessoa com câncer é considerada vítima da situação, enquanto o soropositivo é o sem vergonha, culpado, safado. O clima do grupo é de discussão e polêmica. As concepções sobre prevenção negociadas no grupo, parecem colocar o portador como responsável único pelo contágio.

Juliana então continua, explicitando os sentidos sobre “a opção de ter HIV”.

JULIANA: Mas é isso que eu estou dizendo... eu acho que é por isso que às vezes as pessoas não fiquem tão... solidárias, porque assim, é uma opção, porque eu acho que você ter Aids ou não acaba sendo uma opção, câncer você não sabe quando vai ter, sabe que você pode ter, não tem o que fazer pra prevenir. A Aids você tem o que fazer, usar preservativo, né, toma cuidado com a transfusão e não usar a mesma agulha de droga. Então eu acho que é por isso que as pessoas não tem tanta dó. Porque você optou, inconscientemente ou não, foi sua opção, te foi esclarecido pra você como evitar, se você não evitou, você optou por aquilo, então talvez é por isso que as pessoas não se comovam com isso.

GABRIELA: Mas é que a maioria não entende [...] a gente acha que tá tão claro algumas coisas e não estão, de repente eu posso entender de um jeito, você entende de outro, então, é a história, por exemplo do próprio marido, não é? Então, a mulher, que não tá acostumada a ter relação com preservativo aí vai começar a ter, tá, não, “*agora eu preciso ter porque posso pegar Aids*” então, isso vim do nada, assim, é difícil. Por exemplo, se tiver que falar isso daí, vai ser difícil, você entende? [...]

JULIANA: Mas aí a gente tem a ciência pra se basear, o índice entre as mulheres casadas tem aumentado? Tem. É comprovado, é! [...]

ELAINE: Tá, mais vai enfiar isso na cabeça...

JULIANA: Mas então, não é uma coisa, é uma opção sua... (L.357-377)

O discurso científico é apropriado por Juliana neste momento e legitimado como poderoso para alterar as relações entre as pessoas. A Aids é identificada enquanto “desvio”, castigo, uma opção, com justificativas para a marginalização e exclusão social e moral. As concepções sobre ser humano informam os sentidos atribuídos à Aids enquanto “opção”,

trazendo para o discurso o conhecimento científico, em específico, psicológico, ao referir sobre uma opção inconsciente para adquirir o vírus, (re)afirmando a estigmatização dessas pessoas e justificando a infecção enquanto uma opção pessoal.

A multiplicidade de entendimentos, as subjetividades, estão em negociação. A voz da ciência é marcada pelo poder, o que deve ser seguido. Já o olhar para a subjetividade, para as especificidades de cada relacionamento, cada marido, surge timidamente, sobretudo quando Elaine retoma sobre os relacionamentos conjugais. O clima do grupo é de confrontação e polêmica.

ELAINE: Mas nem... Eu sei, mas... vai enfiar isso na cabeça do seu marido, você acha que é fácil?

JULIANA: Mas se o seu casamento é tão bom...

ELAINE: Olha bem, o número taí, então, querido... olha!!!

GABRIELA: Vai depender do marido...

JULIANA: Se o casamento é tão bom existe um vínculo...

GABRIELA: Vai depender do marido...

JULIANA: Não, gente, se o vínculo é tão bom, o casamento é tão sólido, vocês conversam, eu acredito nisso.

GABRIELA: Eu acho que depende...

ELAINE: Vocês não conversam...

JULIANA: O casamento é algo que tem que ser muito sólido...

ELAINE: Mas e daí...

JULIANA: Porque é muito unido...

ELAINE: ...Não é porque é sólido que a pessoa deixa de ter ignorância...

JULIANA: Tem diálogo, aquilo que tem solidez tem diálogo...

ELAINE: Você pode dialogar, você pode conversar, mas convencer a pessoa... a pessoa pode simplesmente falar pra você *“é verdade, eu entendo, mas querida, eu nunca vou te trair, então eu não vou usar preservativo”*

GABRIELA: *“No dia que eu te trair eu uso.”*

ELAINE: Ou *“no dia que eu te trair eu uso com a outra”*

JULIANA: Usa nada, usa nada...

ELAINE: Usa nada! Mas é isso que eles vão falar!

JULIANA: Nada, quem não usa com uma mulher não usa com a outra.

ELAINE: É isso que eles vão falar!

JULIANA: Porque a outra também, ela é bonitinha...

ELAINE: Sim, não vai, com a outra ele vai falar a mesma coisa, *“olha, meu bem, eu confio em você, você é a paixão da minha vida, o anjo que caiu do céu”* todas aquelas coisas ele vai falar. É verdade.

JULIANA: Porque ele pode também pegar não só com a outra mulher...

ELAINE: Qualquer coisa faz, pra não haver briga, pra não terminar um casamento, ela acaba aceitando, porque ela também confia nele, porque ela também acredita nele.

GABRIELA: Mas eu acho que a partir do momento que não confiar mais acabou o casamento, é aparente.

JULIANA: Gente, não é coisa de confiar ou não...

GABRIELA: Ah, eu acho que é... (L.378-411)

Os diálogos dizem de um questionamento acerca do poder do discurso médico nas micro-relações, no contexto dos relacionamentos heterossexuais/estáveis e na posição de mulheres esposas/companheiras e também de agentes de saúde. As construções do fazer em saúde não estão separadas das visões de mundo, de relacionamento e de gênero, imersos no contexto social e retratados pelas narrativas. Questiona-se sobre efetividade da transmissão da informação, o poder da informação científica nas micropolíticas das relações conjugais e a opção individualista da prevenção.

O discurso do relacionamento heterossexual é marcante e nos informa as narrativas construídas socialmente das quais partem as negociações de sentidos. Neste momento, os enunciados dizem das imagens de ideal de casamento, que implica em união, solidez, compromisso e também dos papéis socialmente atribuídos ao homem e à mulher, retomando, dessa forma, as negociações sobre gênero. A confiança no outro (re)surge como motivo que garante a segurança contra a infecção. O homem não é capaz de ver-se vulnerável ao HIV e a mulher, por sua vez, é quem busca uma postura ativa e comprometida diante do contrato do casamento.

Estão presentes nos diálogos as concepções sobre ser humano, as construções sobre casamento, o discurso científico, passando também pelas questões de gênero e relações de poder, num contínuo construir e reconstruir dos sentidos, diante das diversidades em negociação.

Os discursos parecem caminhar para a possibilidade ressignificações. Entretanto, tais narrativas ainda implicam num trabalho do agente comunitário marcadamente em processo de construção, sobretudo no que se refere às questões de HIV/Aids e sexualidade.

Juliana, na tentativa de legitimar no grupo suas concepções acerca da vulnerabilidade da condição humana e da necessidade indistinta do uso do preservativo, convida o grupo para dialogar sobre suas falas e suas ações. Neste contexto ela questiona o grupo sobre suas

posições de trabalhadoras da saúde e convida para refletirem sobre o conhecimento dos meios de prevenção e o distanciamento de tal saber na prática, na vida pessoal.

JULIANA: A Aids é uma doença que independe, porque daí a gente tá voltando o tabu. Como que a gente quer pregar pro outro que a gente precisa usar se o meu telhado é de ferro, é aí que eu não concordo. Você não trabalha na saúde?

GABRIELA: Sim...

JULIANA: Você não lê as estatísticas, você não sabe como que pega e tal?

ELAINE: Noventa por cento dos trabalhadores da saúde não usam...

JULIANA: Não usam. Então, como é que você orienta alguém, aquilo que não passa por você? Se você não vivencia...

ELAINE: Esse amigo nosso que morreu era um trabalhador da saúde... como muitos...

JULIANA: Mas não vivencia...

ELAINE: Vivia dentro dos hospitais...

JULIANA: Por isso que eu te falo, é mais fácil um filho manter uma relação com o outro do que um marido ou uma mulher, ter uma relação fora do casamento? Isso pra você é mais fácil?

(silêncio de 9 segundos)

ELAINE: Isso não é... é bem essa história mesmo de crê mesmo...

JULIANA: Mas a gente acaba esquecendo essa história, de religião, e as crenças.

ELAINE: Não é isso, é de crer mesmo!

JULIANA: Eu sou católica apostólica romana...

ELAINE: Crer no outro...

JULIANA: Sou catequista da paróquia, pertença ao movimento ECC, que é o Encontro dos Casais com Cristo e nem por isso. Sou casada há quase doze anos, e nem por isso eu deixo de usar o preservativo.

ELAINE: Mas as pessoas pensam, as próprias pessoas, os namorados, dizem, "*perai, nos vamos usar um tempo, fazer exames*", quantas pessoas eu já ouvi falar isso, "*vamos fazer os exames, vamos fazer dois a hora que der negativo a gente pára de usar o preservativo*". Muita gente faz isso.

(silêncio de 5 segundos)

JULIANA: Então a gente vai continuar com o índice alto...

HÉLIA: Não vai abaixar.

JULIANA: Não adianta.

(falam juntas) (L.412-441)

Juliana parece estar convicta que o único trabalho em HIV/Aids é o incentivo do uso do preservativo e questiona os profissionais da saúde por não usarem o preservativo, mesmo conhecendo o discurso científico, as estatísticas e índices da infecção.

Os sentidos dizem da vulnerabilidade dos profissionais da saúde, que sabem, têm a informação, trabalham na prevenção, porém não vivenciam e não se apropriam dela. Entre os trabalhadores, o olhar para regras rigidamente estabelecidas para todos, indiscriminadamente,

dificulta o olhar para as subjetividades e singularidades, como uma prescrição que desconsidera os sujeitos, os contextos e as intersubjetividades.

Os sentidos sobre crer e crenças são negociados, dentro da perspectiva da religiosidade de Juliana e também das vivências de Elaine. Fala-se sobre acreditar no outro e crenças religiosas. O posicionamento de Juliana em defesa do uso do preservativo e a contraposição de Elaine parecem encerrar o diálogo, pois não há acordo. O discurso de Juliana aparece como uma tentativa de convencimento acerca da obrigatoriedade do uso do preservativo, indistintamente, e o não uso colabora para a ampliação da doença.

Na continuidade, os enunciados parecem individualizados, indisponíveis para a escuta e troca. Hélia mantém sua posição afirmando que nunca o jovem usará o preservativo nas primeiras relações e Juliana convida o grupo para conversar sobre as influências sociais presentes nos modos de vida. Tais negociações abarcam o pensar sobre um trabalho ideal em Saúde da Família, porém, ainda centralizado na figura do médico.

HÉLIA: Porque hoje em dia, você acha que o menino e a menina que nunca transou vai transar a primeira vez com camisinha? Nunca!

JULIANA: Se eles vêm de uma família...

HÉLIA: Nunca eles vai!

JULIANA: Que eles sabem que o pai e a mãe usa...

HÉLIA: Nunca experimentaram vão...

JULIANA: É isso que eu estou dizendo...a gente educa eles...

HÉLIA: Então é complicado, eles nunca...

JULIANA: Eu acredito que sim...

HÉLIA: A gente conversa com eles...

JULIANA: Porque eu acredito que a educação tem um grande...

HÉLIA: Não é?

JULIANA: Potencial.

HÉLIA: O certo seria isso, mas não é assim.

JULIANA: Eu acho que tudo vem da orientação.

NARA: Qual seria o certo, Hélia?

HÉLIA: O certo é a pessoa ser orientada, a menina ir pro ginecologista, conversar tudo sobre, tudo, não só de Aids, de doença, mas de tudo. O menino também, mas quem vai? [...]

JULIANA: Orientar é diferente de...

HÉLIA: Então é complicado...

JULIANA: De você, *“ah, quando ele tiver essa idade eu vou avisar”*, só que pra você nunca chega essa idade, então você nunca conversa.

HÉLIA: Conheço muita família que a mãe preocupa mais com a gravidez do que com as doenças! Já ensina a tomar o anticoncepcional, leva pra tomar, e esquece das doenças.

JULIANA: Já o preservativo é melhor.

HÉLIA: Eu sei, é bonito, é lindo você falar isso, é o certo que deveria acontecer, mas não é, não acontece.

JULIANA: Se a gente não começar a mudar, vai morrer muito mais.

HÉLIA: É, falar a gente fala, a gente orienta, mas...

ELAINE: Você usa o preservativo por opção de doença ou porque você não poderia usar o anticoncepcional?

JULIANA: Não, eu posso tomar anticoncepcional, até me faria emagrecer, mas é uma opção de doença. Existe a Aids e porção de outras doenças. E foi uma opção conversada entre um relacionamento... Que é junto.

ELAINE: Pra ele foi fácil isso, mas pra maioria não é.

JULIANA: Não é.

ELAINE: Pra homem principalmente, eles acham... Pra homem... Eles sentem as diferenças, a gente não sente, mas eles realmente sentem, eles demoram um tempo pra se acostumar com o preservativo e é esse tempo que eles não tem a paciência de esperar.

JULIANA: Mas se a mulher desse uma investida...

ELAINE: Eles precisam se acostumar, pra começar a ter as sensações com o preservativo, a sensibilidade diminui? Diminui sim, o preservativo masculino, ele diminui muito a sensibilidade, o feminino não, mas o masculino diminui. Aí ele tem que levar um tempo pra se habituar, pra se acostumar e... é coisa que eles não têm muita paciência.

HÉLIA: Fica muito no psicológico, não é? Se eles não...

ELAINE: Eles já iniciam achando... "*Ichi!!!*"

HÉLIA: É, que não vai dar certo, que é assim, igual eles falam, que é igual chupar bala com papel.

[...]

ELAINE: É, a gente acha que tá tudo esclarecido, mas não tá não!

HÉLIA: Não tá!

ELAINE: Eles acreditam que é verdade, que funciona!

HÉLIA: Será que a gente vai conseguir fazer o povo todo entender? Não vai e se for vai ser a longo prazo e olhe lá!

JULIANA: mas muito longo, porque olha que a Aids já tá aí há quantos anos?

HÉLIA: Então...

ELAINE: É pra gente, até pra gente mesmo...

HÉLIA: Você conversa com as pessoas mais velhas e eles falam "*ah, naquele tempo era muito bom, a gente não pensava em Aids, não tinha isso*", era muito diferente...

ELAINE: Muuuuito!

HÉLIA: Muito, eu ficava com duas três quatro, em uma noite... ce conversa com eles, e hoje? "*Hoje não pode*" eles tem consciência disso, mas pergunta se às vezes eles... "*ai, eu to saindo, mas pouco*" mas "*você usa o preservativo?*" "*não, eu to seguro*"

ELAINE: Não, é não!

JULIANA: "*Não, é minha namorada, que é isso!*" (L.443-517)

Juliana tensiona o grupo e provoca a emergência de diversas vozes sociais a partir de seu posicionamento acerca da obrigatoriedade do uso do preservativo. As narrativas abarcam questões sobre o uso do preservativo entre os jovens, sobre a orientação dos pais em relação à

sexualidade dos filhos. O grupo questiona Juliana sobre o discurso utópico de prevenção indistinta e trazem para o contexto o discurso masculino acerca do uso do preservativo, além de vozes que informam as concepções de sexualidade dos idosos.

Para Juliana, a concepção de sexualidade dos jovens é influenciada pelos discursos dos pais e nesse sentido, a educação é considerada como um grande potencial para prevenção. O discurso de Juliana é desautorizado por Hélia, que afirma serem falas bonitas, porém irreais. Já para Hélia, um modelo adequado de trabalho em prevenção é marcado pelo discurso médico-centrado, no qual o médico é detentor do saber e responsável por formar e informar a comunidade sobre os possíveis perigos que devem ser evitados.

Os discursos de responsabilidade individual e culpabilização estão sendo negociados no grupo. Ainda assim, a idéia da soropositividade enquanto término da vida, a falta de perspectiva, faz com que o preservativo seja a única solução no trabalho em HIV/Aids. Nesse sentido, Juliana enfatiza a necessidade de prescrever o uso do preservativo, desconsiderando as subjetividades e reforça o discurso médico hegemônico.

Diante da valorização de Juliana e ênfase no uso do preservativo, Elaine a questiona sobre sua opção pessoal do uso ou obrigatoriedade como método de contracepção. Elaine confronta o discurso de Juliana, a partir das narrativas acerca da sensibilidade masculina, construídas no diálogo com a comunidade e com elas próprias. O preservativo aparece como ruim, dificulta o prazer, “como chupar bala com papel” (sic).

Estão presentes nos diálogos os discursos heterossexuais/estáveis, as concepções da sensibilidade masculina no uso do preservativo e também os entendimentos do HIV/Aids. Neste momento, o grupo expressa suas vivências, posicionando-se como mulheres, trabalhadoras da saúde em relação com a epidemia.

O discurso científico e as relações de poder parecem presentes nos enunciados de Hélia. As pessoas não estão esclarecidas sobre HIV/Aids, e o trabalho do agente é “fazer o

povo entender tudo” (sic). Além disso, o discurso impositivo “fazer o povo entender” (sic) e a prescrição obrigatória do discurso científico e do uso do preservativo indistinto contextualizam um trabalho com pouca potência transformadora e remete para o desconhecimento de outras possíveis ações.

Pensando sobre as ações em saúde, tais sentidos estão cotidianamente sendo produzidos na comunidade e legitimados por elas, enquanto profissionais da área. Elas surgem como atores no processo de construção de sentidos acerca do uso do preservativo, com um *status* já estabelecido socialmente. A construção de diálogos a partir das relações e das negociações de outras visões de mundo, considerando os contextos em que acontecem os encontros, parecem ferramentas pouco consideradas para o trabalho de prevenção/promoção.

Hélia por sua vez, informa sobre as concepções de sexualidade dos idosos. Os sentidos atribuídos para a Aids, neste contexto, dizem de uma síndrome que devastou o corpo, um limitador da sexualidade. Hélia parece compartilhar dos discursos de Juliana e novamente o preservativo é concebido como a opção mais importante em prevenção, seja para a comunidade, o jovem, o idoso, ou para os profissionais.

Nas negociações a respeito das ações de saúde e do uso do preservativo nos enunciados subseqüentes, Hélia diz desejar que as pessoas que não compreendem a necessidade de prevenção conhecessem o sofrimento que ela pode presenciar num serviço especializado em HIV/Aids. O diálogo caminha para a direção da necessidade de convencer a população.

ELAINE: Vai lá no Hospital., no Central!

HÉLIA: Eu tinha vontade, que as pessoas que duvidam, sentar no lugar dele, igual a gente conviveu muito tempo lá no Hospital, no Especial, que eu fui visitar o Lê muitas vezes lá, gente, é triste, se tem criança, toda idade, toda, desde recém nascida até velho, toda a gente vê lá. Uns já na fase terminal, outros naquela coisa, outros que vai lá só pra fazer medicação, então você vê todo tipo de pessoa. Aí capaz que eles entenderiam (L.521-526)

Hélia parece se apropriar do discurso de Juliana por meio do discurso do sofrimento. O soropositivo neste momento é concebido como um sofredor, (re)aparecendo os sentidos de

término, fim, morte. Neste contexto, o uso do preservativo é legitimado a fim de evitar vivências de dor e de perda. Os discursos se voltam para a expressão das subjetividades, distanciando do uso do discurso biomédico para o convencimento da importância do preservativo.

JULIANA: Às vezes eu acho que foi isso. Eu tive um primo Aidético.

ELAINE: É?

JULIANA: Que na era da descoberta da Aids, eu era adolescente. E ele usava drogas, e da seringa compartilhada, quando ele descobriu o médico deu dois anos, ele viveu doze. [...]

JULIANA: E a mulher dele sumiu da gente agora, porque ela disse que não queria mais que ninguém a visse quando ela tivesse definhando. Então, assim, pra mim, isso ficou muito marcado, sabe, então assim, o que eu vivenciei era isso, então droga eu nunca usei. Por quê? Porque pra mim ficou muito claro que era muito ruim. Aids é uma coisa que eu vivenciei, que eu vi que era muito ruim. Meu primo era uma pessoa dócil, era uma pessoa linda! Ele contou pra mulher, ela disse não. E ele morreu e ela o defendia. Pegou Aids dele, sem saber e o defendia. [...]

E eu acho que eu levei tudo pra religião, e a bíblia fala, maldito o homem que confia no homem. Então... tem gente que confia, mas eu preservo muito essa vida, que foi dada como dom, como uma dádiva de Deus. Eu acho que eu vou ter que prestar conta depois, de tudo que eu fizer, e eu tenho que morrer com uma conta mais ou menos que equilibrada. Mas isso é a minha crença.

HÉLIA: E a gente vê as pessoas, né, assim, que nem o Lê, que eu conhecia ele, que eu conheci ele bom, né, vi quando começou e vi o fim, que no fim ele ficou até cego. Então assim, eu fico pensando, e diz que ele contraiu com uma relação, uma única relação. Agora, como assim, você falar... É... Como você acusar alguma coisa? Ah, porque você não usou... não adianta, já tá ali, já não tem como mais.

JULIANA: Depois não tem jeito mais. Pode ser que meu marido nunca vai pular a cerca, e é o que eu acredito, que ele nunca vá fazer, só que se ele fizer, como é que eu vou prevenir depois, ou se eu fizer, como é que eu vou me prevenir depois... acho que o amor é fazer realmente o outro feliz, e pelo bem estar dele, e eu acredito que é o pensamento dele, pelo meu bem estar, nós não vamos fazer. Nós, por exemplo, meu marido é muito católico, ele tem uma promessa, ele é devoto de nossa senhora, ele me contou um dia desses, depois de onze anos de casado, que ele prometeu a ela, que ele nunca vai me trair, mas a gente usa o preservativo assim mesmo.

(Silêncio 12 segundos)

(Juliana tosses) (L.527-561)

Os enunciados de Hélia convidam o grupo para dialogarem sobre suas vivências, sobretudo Juliana, que usa de suas experiências pessoais de perda e sofrimento em Aids para reafirmar o discurso obrigatório do preservativo. Dizer sobre o seu desejo, com ênfase para o sofrimento, dela e/ou das pessoas envolvidas, convida Juliana para refletir sobre si mesma, e

falar a respeito dos sentidos construídos a partir de acontecimentos pessoais. Parece que neste momento, ela muda seu posicionamento, ao relatar sobre sua rigidez como fruto de uma vivência de sofrimento.

Viver o sofrimento do primo, do colega de trabalho, informa a construção dos sentidos acerca do HIV/Aids e as ações na saúde. A cultura atual, marcada pela exigência de felicidade e bem estar dificulta a expressividade dos sentimentos e parece relacionar o sofrimento com “o fim”. A vivência desse sentimento é dificultada pela construção social de um modo de vida, em que tal angústia deve ser anulada, seja sob a perspectiva do modelo médico em que qualquer tipo de dor deve ser anestesiada, no olhar de Hélia, ou na busca acentuada da perfeição, segundo as concepções de Juliana.

Para explicar esse contexto de angústia, Juliana retoma o discurso religioso, que aparece como suporte para enfrentar o mal estar vivido quando em contato com o sofrimento. Reafirma também as concepções de culpa do indivíduo, por confiar no outro, legitimando a desconfiança, bem como as idéias de castigo/ punição que refletem as crenças construídas sobre os modos de descrever o mundo e as concepções de ser humano imperfeito e suscetível. Hélia por sua vez, passa a questionar os discursos sobre culpabilidade e responsabilização individual.

A aproximação com a Aids e o sofrimento provocam outros posicionamentos e é possível falar de si, de suas vivências e as mudanças decorrentes do conviver com a Aids. Conversar sobre HIV/Aids parece permitir que elas expressem suas subjetividades, podendo, assim, conjuntamente, construir um movimento de reflexão sobre o papel do agente comunitário e as concepções que perpassam o trabalho neste contexto. A legitimação da multiplicidade presente no grupo, com a possibilidade de cada um expressar suas concepções, parece abrir espaços para questionamentos sobre antigos valores e novos sentidos.

Após o período de silêncio, envolvida por algumas dúvidas que me ocorriam em momentos anteriores, opto por colocá-las, retomando sobre as diferenças de gênero no trabalho do agente comunitário no que se refere à comunidade e convido as demais agentes para participarem do diálogo.

NARA: Eu fiquei com uma curiosidade que a Elaine comentou há um tempo, que é muito mais fácil conversar com as mulheres do que com os homens, acho que foi isso que você falou, não é? Por que isso? Vocês percebem também?

(todas respondem sim)

HÉLIA: Porque o homem não é de falar muito, e quando você fala em Aids aí que ele não quer falar mesmo. Que nem você sabe, igual ela tá falando, ele pode sair com outra, pode tá casado, pode sair com outra, mas ele vai falar? É muito difícil. E a mulher não, não sei se ela sente vontade de conversar, sente vontade de... se ela conseguir uma pessoa que ela falou uma vez, ela vai pegando confiança, entre aspas, né, porque nem sempre é assim. Então, é muito mais fácil, agora também tem muita mulher que não fala. Tem muita mulher que não fala, mas com homem eu nunca consegui sentar e tocar no assunto...

JULIANA: Também a gente não encontra nas visitas...

HÉLIA: E às vezes também a gente acha muito mais as mulheres, e muito pouco os homens, entendeu?

JULIANA: A maioria deles tá trabalhando. Viajando.

[...]

(silêncio 10 segundos)

NARA: Que mais da prática de vocês a gente pode conversar?

HÉLIA: É o que a gente fala, a gente trabalha mais com essas pessoas que a gente acha que pode ter, que a gente acha que tem, que a gente acha. Eu tenho famílias de idosos que eu jamais eu posso chegar um dia e falar disso, uma porque eles não dão abertura, imagina que eu vou chegar para um casal que tem oitenta anos e falar da Aids, que eles tem que usar... eu nem sei se eles têm relação, pra começar, porque eles não falam sobre...é complicado.

NARA: Por que?

HÉLIA: Porque o idoso, porque assim, a minha área é mais idoso, eles acham que a gente tá muito... Na vida íntima deles, sabe, que tá entrando muito, tá invadindo.

ELAINE: Se os jovens tem esse preconceito, tem essa crença, imagina idoso.

HÉLIA: É, imagina eles. Tem muitos que falam assim “*ah, eu não faço mais*”, igual eles fala de exame ginecológico, que é uma coisa que a gente, né! Ah, a idade, e tal, ce fala e elas, a não uso mais não, e morre o assunto. Aí tem umas que ainda falam um pouquinho mais, e falam, não uso mais, ou, nunca usei e ponto final, não toca mais no assunto. Entendeu?

ELAINE: Imagina que uma mulher de setenta, oitenta anos vai imaginar que um homem de setenta, oitenta anos vai ter HIV? Nunca que ela vai pensar uma coisa dessas.

HÉLIA: Nunca!

ELAINE: Isso é doença de safado, imagina, isso é quem sai com todo mundo... os jovens falam isso, imagina o idoso.

[...]

JULIANA: E eu acho difícil a gente abordar também, por causa dos nossos preconceitos.

HÉLIA: É, nós também temos preconceito. Nós também temos, não é fácil.

JULIANA: Imagina que alguém vai na sua casa e fica perguntando...

HÉLIA: É, é isso que eu imagino também, às vezes eu fico pensando, será que eu falaria? Será que eu ia pelo menos aceitar ela aqui em casa? (L.562-608)

Ao retomar questões das relações de gênero no trabalho delas, o homem aparece como o que fala pouco, calado e que se cala mais ainda quando o assunto é Aids. A população masculina tem menos acesso aos serviços, seja porque está trabalhando, viajando ou não se encontra nas visitas. Por outro lado, a mulher é a que sente vontade de falar e que precisa sentir confiança para conversar. Para Hélia, é mais fácil conversar com a mulher que se vincula com facilidade e confia nas pessoas. O homem parece ausente no que se refere às questões de saúde.

Apesar da aparente repetição dos sentidos em negociação, em momentos anteriores, outros também ganham espaço no grupo. A mulher não é somente a submissa, mas também pode ser vista na perspectiva da possibilidade de formação de vínculo, sendo este um dos fatores importantes do trabalho na atenção primária. Neste momento do grupo, os diálogos parecem truncados, quebrados, marcados por breves períodos de silêncio.

Ainda sobre suas práticas, falam a respeito dos idosos. Hélia diz que o foco do trabalho é quem elas acham que tem HIV, enfatizando suas crenças e excluindo o idoso dos trabalhos preventivos. Conversar sobre sexualidade com esta população parece invadir a privacidade dessas pessoas. É uma temática ainda circunscrita pelo preconceito, dificultando a aproximação, a formação de vínculo e ações neste contexto. As agentes comunitárias trazem para o diálogo as vozes da comunidade e conversam sobre a concepção de não vulnerabilidade dos idosos, em que estes aparecem distantes do risco da infecção por se tratar de uma doença de safado, portanto, irreal.

Na tentativa de dialogar sobre o preconceito do outro, do jovem, do idoso, Juliana convida o grupo para a conversa em primeira pessoa. Traz o contexto dos “seus” preconceitos. Hélia se apropria dos enunciados de Juliana, quem, por sua vez, convida novamente o grupo para se pronunciar sobre si mesmas, ao inferir sobre seu posicionamento enquanto moradora, que recebe a visita de um agente de saúde, abordando a sexualidade. Traz para o grupo o questionamento, provocando as demais a se posicionarem enquanto moradoras.

JULIANA: Eu vou passar lá na sua casa e ficar mandando você usar preservativo!

HÉLIA: Pra sua mãe também...

ELAINE: Quero ver você falar pro meu marido! A vai...

(*risos*)

JULIANA: Pra sua mãe e pro seu marido. Pode preparar..

(*risos*)

ELAINE: Fazer igual a Samantha, se ele usar não tem mais, acabou.

HÉLIA: Então se não quer eu arrumo outra.

(*risos*)

ELAINE: Então o melhor é arrumar outra mesmo!!!

(*risos*)

JULIANA: Eu acho...

ELAINE: E o pior é que eles falam mesmo, essas coisas, e mulher acredita, ela cai muito...

HÉLIA: Acredita...

ELAINE: Nessas coisas de homem.

HÉLIA: É, são bobas.

ELAINE: Ela cai muito mesmo. Ela tem muito medo, a mulher ainda tem muito essa coisa de ter medo de perder a relação, medo de perder o marido, medo de se separar, a mulher tem medo, por isso que ela sofre a violência, ela apanha calada por que ela tem medo de perder, medo que o marido vá embora, medo de criar filho, tem medo de ficar sozinha, tem medo de tudo. A mulher é muito corajosa para uma série de coisas, mas pra outras ela é fraca, né.

HÉLIA: Pra relacionamento... é burra.

ELAINE: É muito fraca.

HÉLIA: A maioria.

ELAINE: Igual a gente trabalha, a gente fala que tem preservativo, fala que aqui tem, porque que tem que usar, por causa da doença, da hepatite, da gonorréia, não sei o que, a gente fala isso pra um jovem, com casais mais novos e com os profissionais do sexo, só...

JULIANA: E com a maioria que te dá abertura.

HÉLIA: E alguns...

ELAINE: Não, não fala mesmo, passou dos quarenta, cinquenta a gente nem toca no assunto. Não consegue mesmo. Por isso que a gente nem imagina, imagina que o idoso vai precisar usar preservativo, não...

JULIANA: Não, no baile, cada dia é um!

HÉLIA: Eu achei bonitinho, aquele dia, o Seu Manoel, você viu aquele dia ele conversando com a gente ali, ai, ele falando do grupo que parou por

causa de férias, né, aí eu falei, uai, parou o grupo, mas você pode dançar. Aí ele falou, “*ai, eu queria ir num baile, mas minha irmã não deixa*”, e porque ela não deixa? Por causa da fama, né, porque ele era muito mulherengo, a fama dele era mulherengo, aí ele fica, sabe (risos). Vai que esse homem saia e pega uma mulher (risos). Então é difícil, é difícil. (L.609-646)

Através da brincadeira elas encontram maneiras de expressar suas dificuldades de falar sobre a Aids, em específico, com a população masculina “seu marido” (sic) e idosos “sua mãe”. O contexto de risos e brincadeiras possibilita um clima em que elas se permitem se colocar no lugar do outro, da comunidade, das famílias que recebem a visita dos agentes comunitários. Imaginam-se dialogando com os familiares conhecidos sobre sexualidade na tentativa de negociar os discursos aparentemente cristalizados. Conversam sobre a negociação do uso do preservativo em relacionamentos e suas concepções a respeito da mulher, ressurgindo o discurso heterossexual/estável.

Elaine retoma os enunciados acerca das mulheres frágeis, inseguras, sensíveis, encarnadas no papel de esposa, dependentes, mães e dona de casa retomando o clima de seriedade dos diálogos. A visão “tradicional” da mulher presente nas narrativas não dá conta das diversidades existentes no ser mulher, e a considera, de maneira generalizada, como dona de um roteiro de vida a seguir, fraca, submissa ao homem e medrosa. A mulher que vincula com facilidade e é corajosa para muitas coisas, teme ficar sozinha e diante da solidão do companheiro torna-se fraca e submissa.

As dificuldades encontradas no trabalho, sejam ao informar sobre as ações diretas com a comunidade, sejam ao se colocarem em situações que possibilitem vivências próprias, contextualizam um espaço para a construção de outros sentidos acerca do trabalho e a construção de novas concepções. Elaine aponta que suas ações estão prioritariamente voltadas para o jovem, casais novos e profissionais do sexo.

Elaine retoma suas narrativas e refere à sua concepção de idoso assexuado. Com pessoas acima dos quarenta anos o tema da sexualidade não é abordado. As narrativas dizem

do foco que elas, agentes comunitárias, tem em suas ações, permeado pelo discurso médico. O trabalho de prevenção está estruturado no discurso dos grupos de risco e em contextos em que é socialmente mais aceitável conversar sobre sexualidade.

Por outro lado, timidamente, Hélia introduz o potencial do trabalho do agente comunitário, ao referir sobre um idoso, freqüentador de um grupo de dança, que fala sobre seu desejo e suas concepções de sexualidade. O senhor “mulherengo” oferece abertura para o diálogo sobre a temática, porém o discurso do idoso assexuado e da invasão da privacidade distancia o olhar para o potencial transformador das micro-relações e do trabalho com tecnologias leves. Hélia aponta para a possibilidade de o agente ser o laço entre equipe e comunidade, de ocupar outros lugares e criar relações menos marcadas pela hierarquia. Tais narrativas reavivam a necessidade de legitimação das crenças, concepções e valores que permeiam as ações dos atores da saúde, por meio de espaços que possibilitem o diálogo diante das diversidades.

Ao se colocarem ativas no processo de produção dos sentidos acerca do HIV/Aids, novos posicionamentos passam a fazer parte do grupo. Passam, então, a questionar maneiras de abordar a temática por elas e pelos profissionais da Unidade, com abertura para as diferenças.

ELAINE: Pode ficar ali na janelinha distribuindo camisinha pra você ver quem é que pega.

HÉLIA: Às vezes eles falam assim, eu sei que é uma doença que mata, eu sei que mata.

ELAINE: Os travestis, alguns profissionais do sexo, alguns, homossexuais, raramente casal e raramente um menino, menina eu nunca vi pegar, nunca!

HÉLIA: É, travesti...

ELAINE: É, de 15 a 20 anos, nunca.

GABRIELA: Veio um de 12 anos, você viu?

ELAINE: Acho que nem entrega, e se vier é capaz de nem entregar!

HÉLIA: E o povo ainda fala, “*nossa, você é muito novo pra usar!*”

JULIANA: Jesus!

HÉLIA: “*Ai tá bom*”, falou, num volta mais.

ELAINE: Aí o menino não volta mais.

HÉLIA: Aí eu falo, “*você tem que usar mesmo, né, vem toda semana que eu vou lá pro ce pegar!*”

(*risos*)

ELAINE: É assim, ela olha pra janelinha, olha pro papelzinho, e pergunta “*quantos anos você tem?*” E aí põe no papel e “*nossa, ta pegando preservativo!*”. Aí ela não volta nunca mais.

JULIANA: Fica com vergonha! (L.666-682)

Neste momento do grupo, as falas são complementares e elas parecem concordar com os enunciados de Elaine a respeito do trabalho da equipe. A ênfase nas ações em saúde é para profissionais do sexo, travestis e alguns homossexuais; o discurso reafirma a necessidade de prevenção em grupos de risco e distancia o jovem do acesso às práticas preventivas. Os profissionais reiteram o discurso social, com um olhar de estranhamento para o jovem que busca o preservativo.

Hélia, por sua vez, diz incentivar o uso do preservativo em suas interações com os jovens, com um olhar mais acolhedor, facilitando o acesso desta população aos meios de prevenção. Embora pouco legitimadas, estão presentes nas narrativas as ações que envolvem a construção do vínculo com o adolescente, embasadas nas tecnologias leves, possibilitando sua entrada nos serviços de saúde. O agente comunitário enquanto laço e facilitador do acesso dos jovens à Unidade, endossado por um olhar crítico aos demais trabalhadores, que pouco legitimam a busca por métodos preventivos dessa população, aponta o potencial dos diálogos produzidos nos micro-contextos de interação entre o agente e a comunidade.

Hélia então retoma seus enunciados anteriores sobre as travestis, e nos momentos seguintes dialogam sobre as ações de saúde com essa população

HÉLIA: Vem, aí você pergunta, você usa? Aí elas falam, “*ai, bem eu uso, mas aí tem uns que diz que paga mais caro se eu não usar*”

ELAINE: As travestis falam isso.

JULIANA: E a maioria dos homens que saem com eles...

ELAINE: E aí? Aí você fala, “*mas você não usa*”... Igual teve um num dia que tava com uma dúvida, tava com problema, disse que saiu com três uma vez...

NARA: Você tá falando de?

ELAINE: Travesti. Que tava saindo um líquido branco do ânus, que tava querendo saber o que é, que tava com medo de ser uma doença, ou medo de ter dado um problema no intestino. A desculpa era essa “*ai, será que machucou meu intestino, será que ta saindo meu intestino?*” por que foi assim, três de uma vez, três de uma vez, mas num único encontro, mas na realidade, naquela noite tinha saído com nove.

HÉLIA: Com nove.

ELAINE: Aí eu comecei a conversar com ele e perguntar, que jeito que era esse líquido, e tal, isso pode ser esperma, tá saindo há vários dias, tá saindo com vários homens, *“você tem certeza que usou o preservativo?”* *“Usei, lógico”*, e eu *“se você não usou...”* pra não agredir a pessoa, eu falo assim, *“olha se por acaso, você não usou, e tal, de repente você não usou, não deu, isso pode ser esperma, que tá saindo, pode acontecer, ele fica lá dentro, na mulher isso também é normal, mulher tem relação sexual depois passa dois três dias saindo esperma, sai na calcinha, porque ele não sai de uma vez, acabou, né”*. Ai depois de uns dias eu encontrei com ele de novo e ele *“ai, eu acho que era aquilo mesmo que você falou”*...

HÉLIA: Então não usou camisinha.

ELAINE: Então, não sei, mas pra ficar com nove em uma noite, não deve ter usado preservativo, pelo menos com a metade.

(silêncio 5 segundos) (L687 – 711)

Em momentos anteriores do grupo, em que o foco das narrativas informava o relacionamento heterossexual/estável, as travestis eram concebidas como ameaça, “o fim da picada” (sic), entre falas marcadas pelo silêncio. No contexto do discurso da prevenção do HIV/Aids, falar as travestis e as ações preventivas torna-se possível, legitimando o discurso dos grupos de risco difundido pela ciência no início da epidemia, presentes nas ações em saúde.

“Sair com nove” (sic) traz um sentido de perplexidade, remete aos conceitos de promiscuidade, devassidão do corpo e da casa, diante de uma realidade que assusta e que as coloca em posição de estranhamento.

Os enunciados de Elaine, por outro lado, parecem informar o potencial da Saúde da Família, ao criar espaços de vínculo, cuidado, em que são possíveis diálogos sobre sexualidade, esclarecimento de dúvidas, oferecendo abertura para a atenção, para as inseguranças e para a proximidade.

Em continuidade, as concepções sobre as travestis emergem no grupo. As agentes falam dos medos e inseguranças desta população.

ELAINE: Aí você vê, né, uma pessoa que nem como eles, que se sujeitam, a qualquer coisa, que vivem em qualquer lugar, que bombam o corpo, que aplica silicone de carro com agulha de veterinário em qualquer parte do corpo com a ilusão de que vai ficar parecido com uma mulher, vai se preocupar com Aids? Não tem amor por ele, nem um pinga.

HÉLIA: E é verdade, porque a maioria, não gosta de falar no assunto e não tem coragem de fazer o exame. Não, é, a maioria dos travestis, porque eles têm medo.

JULIANA: Da tia..

HÉLIA: É, da tia que eles falam.

JULIANA: Eles têm medo da “tia”, mas ninguém se previne contra a tia.

HÉLIA: Eles falam que é a tia...

NARA: E o que é a tia?

JULIANA: É a Aids, a tia. (L 712 – 723)

É por meio do estabelecimento do vínculo com as travestis que as agentes podem esclarecer dúvidas, conversar sobre as maneiras de compreender e viver a sexualidade e a construção do corpo feminino, bem como gírias específicas, como, por exemplo, “a tia” (sic). Tais discursos informam potencialidades da Saúde da Família, através da proximidade, do vínculo e a aproximação do excluídos aos serviços de saúde por meio das visitas.

Hélia, Elaine e Juliana parecem apropriadas de suas falas, conhecedoras das peculiaridades das travestis. Entretanto, seus discursos carregam um sentido de preconceito e um olhar para elas como pessoas com baixa estima, que “não têm amor por eles” (sic). Embora haja a transformação nas práticas, o olhar de estranhamento ainda coloca o desafio da construção de outros discursos de sexualidades e gêneros para o desenvolvimento de ações integrais e transformadoras de realidades, não apenas preventivas, no sentido biomédico – acesso aos meios de prevenção, por exemplo – mas, promotoras de qualidade de vida, inclusão social e cidadania.

Hélia informa sobre as travestis que não gostam de falar a respeito do HIV/Aids e Juliana complementa que elas não têm coragem de fazer o exame, porque têm medo da “tia” (Aids). A “tia” parece ser uma tentativa de familiarização com a doença, que faz parte do contexto de vida, presente nas genealogias das travestis, homo, bi, trans-sexuais, uma aproximação com o “mal”. Os discursos da ciência estão presentes, ao legitimar a familiaridade, mesmo fora do universo acadêmico, entre as travestis, de um mal que lhes parece familiar, próximo. Pensar tais sentidos no trabalho do agente comunitário pode

favorecer desconstruções do discurso de risco, ampliando olhares para as subjetividades, medos e inseguranças, além das condições subumanas do cotidiano de tais pessoas.

Os diálogos seguintes informam o trabalho delas e da equipe com as travestis, negociando os preconceitos, as concepções e as vivências pessoais.

NARA: É pra fazer o exame aqui no posto?

JULIANA: É, é pra colher aqui.

ELAINE: Ele pessoalmente não dá conta, nem ele, nem o João (médicos), não conseguem.

HÉLIA: O Dr. Fabiano (médico) já falou também, que não dá conta, não consegue.

ELAINE: É o preconceito pessoal, é difícil.

[...]

ELAINE: Mesmo pra gente mesmo, é uma casa que a gente deveria ir muito, a gente não vai, a gente não consegue.

HÉLIA: É complicado.

NARA: Não consegue por quê?

ELAINE: Ai, porque cansa...

HÉLIA: Cansa!

ELAINE: Sabe quando você fala, a mesma coisa, e é um rodízio muito grande de pessoas. Vão, vem, não dá pra manter.

HÉLIA: Vacina, vacina, nossa senhora! Ninguém tem carteirinha, “*ai bem, esqueci na minha cidade*” ai a gente explica, porque a carteirinha, das vacinas... “*nem lembro*”

JULIANA: E tudo é muito mentiroso.

HÉLIA: Muito mentiroso, tudo...

JULIANA: A idade é mentirosa, o nome é mentiroso, sabe, tudo é, se tomou vacina ou não é mentira, se já fez teste ou não é mentira, então esse é que é o problema, muito duro. Eles mesmo falam que uma bicha de 32 anos já tem que pular, porque já foi.

HÉLIA: É. (L.734-760)

O trabalho com travestis aparece como “difícil” para a equipe, por envolver o preconceito pessoal. Os testes sorológicos deveriam ser realizados na Unidade de Saúde, entretanto, os profissionais não conseguem se aproximar dessa população. Hélia e Elaine informam a dificuldade da equipe, em específico dos médicos, em estabelecer vínculo com essas pessoas, relacionando com o preconceito pessoal. Em seguida, apontam suas próprias dificuldades para manter a rotina das visitas nas casas.

Interessada em suas narrativas, pergunto o motivo pelo qual elas não conseguem visitar as casas das travestis. As concepções sobre as travestis informam falas compreendidas como discursos ilegítimos. Neste contexto, o vínculo na produção do cuidado é distanciado pelas

concepções construídas socialmente e o cuidado em saúde expõe questões relacionadas ao preconceito e à exclusão social.

NARA: Eu fiquei com uma curiosidade, porque vocês falaram que eles vem no núcleo... isso foi acontecendo como?

JULIANA: Com muito trabalho...

HÉLIA: Muito trabalho, porque no início a gente levava isso nas casas. Aí a gente começou a falar, não, coisa que, porque a gente pegava, e começou a falar porque, uma que a gente não dava conta, eu não dava conta de ir lá direto, é difícil, então, quando acabar, vocês podem ir lá buscar. [...] e eles começaram a vir. Porque primeiro era um posto que era de mulher e criança. De repente virou PSF. Aí começou a vim... Ah, as velhas, as velhinhas todas danou, achava aquilo um absurdo, de eles virem e entrarem, daí começou por aí. Aí depois de um certo tempo, eles vêm mais.

JULIANA: Vêm mais, tá aumentando bem, tá vacinando mais, porque quando chega aqui a gente já pega pra vacinar.

ELAINE: Mas eu acho que com todo mundo é assim. Eu mesma, na minha gravidez, no pré-natal, quando foi pra fazer o teste de HIV, eu peguei o resultado do teste na mão, assim, tremendo, eu acho que vai de todo mundo, tem gente que às vezes faz exame todo ano, pra que que você faz o exame todo ano, se você se previne, então não precisa fazer o exame.

HÉLIA: Eu já fiz cinco (ri-gargalhada). Não, eu fiz dois porque eu quis fazer e os outros, porque eu tive que fazer.

ELAINE: E como eu sabia que eu nunca tive prevenção nenhuma, eu pensei, é o meu marido, mas eu nunca fui fazer, já conheço há anos, estou junto há treze anos, mas eu peguei na mão e rezei, pelo amor de deus, dá negativo.

HÉLIA: Mas eu não tenho, tinha que fazer...

JULIANA: Quem mandou você não usar preservativo?

ELAINE: E isso vai com todo mundo. A gente tem medo, a gente sabe que pode acontecer, sabe que tá ali, mas não faz, é teimosia nossa mesmo.

JULIANA: É. (L.762 – 787)

Elaine e Hélia, negociando os sentidos sobre a dificuldade em realizar visitas nas casas das travestis, trazem para o grupo uma outra perspectiva que vai além do preconceito, apontando para a alta rotatividade das moradoras nas casas. Informados por seus enunciados, tal rotatividade parece tornar o trabalho desgastante, por oferecer pouca possibilidade de formação de vínculo, descontinuidade das ações e a necessidade de repetições das orientações.

A partir dos diálogos sobre os testes sorológicos das travestis, seus medos, e da maneira como a equipe compreende a entrada delas nos serviços, Elaine e Hélia convidam o grupo para pensarem sobre si ao realizar o teste. As vivências presentes na vida do outro (as travestis, entre outros), antes alvo de preconceito no discurso das agentes, agora voltam para o

pensar sobre si e suas condições enquanto vulneráveis e em situação de risco. Elaine diz sobre o seu medo diante do resultado do exame. Seus enunciados parecem que homogeneízam a experiência e legitimam os sentimentos e as inseguranças. Seu posicionamento e a inclusão de vivências próprias nos enunciados parecem flexibilizar o discurso, abrindo novas possibilidades de entendimento na relação com o outro.

Todavia, o sentimento de culpa, individual, é presente no contexto da conversa, quando, ao expressar seu medo, é questionada por Juliana, que retoma os sentidos da obrigatoriedade indistinta do uso do preservativo. A partir de tal interação, Elaine reafirma seu medo, mas complementa os sentidos de Juliana, atribuindo suas atitudes à “teimosia” (sic) e coloca-se, então, na posição de culpada.

Pode-se pensar que esse posicionamento de Juliana em relação à Elaine é possível de ser reproduzido com a comunidade: aqueles que não se previnem são repreendidos por não seguirem as prescrições estabelecidas pelos profissionais da saúde. Neste contexto, a reprodução de metáforas de prevenção, por meio do medo e da ameaça, passa a ser negociada no grupo.

HÉLIA: Porque hoje em dia a Aids não é como quando começou, né, que ia definhando, definhando. Hoje não, a pessoa tá com Aids, vive bem.

ELAINE: Vive bem.

HÉLIA: Se ela cuida, ela vive normal. Aí quando chega aquela fase, aí sim. Mas eu fiz tranqüila.

JULIANA: Eu acho que isso piorou bastante.

NARA: Você acha que piorou, por quê?

ELAINE: Exatamente por isso, a expectativa de vida é muito maior, a chance de ter qualidade de vida é muito maior, então esse medo caiu, na época que tudo era terrível, todo mundo morrendo, então o medo era muito grande, hoje o medo acabou, o medo acabou. Hoje você não vê ninguém morrendo de HIV, magro, acabado numa cama, sofrendo pela rua, não vê, a pessoa só fica assim quando ela vai morrer mesmo. Então, isso leva, as pessoas elas só tomam cuidado mesmo, quando elas tem um medo muito grande daquilo. (L.793 -804)

O cuidar de si, no discurso de Elaine, se dá diante de um medo muito grande, de um fato muito assustador. Nesse sentido, o aumento da qualidade de vida do soropositivo dificulta o trabalho em prevenção, pois agora as pessoas não temem mais a infecção, e, dessa

forma, previnem-se menos. Os enunciados parecem retomar a doença vista pelos profissionais e valorizadas negativamente. Assim, a experiência do sofrimento proporciona a possibilidade de crescimento. Tais narrativas parecem carregar a noção divulgada pelas campanhas iniciais de proteção contra Aids em que os sentidos informavam a Aids que mata.

A relação entre HIV/Aids e qualidade de vida, cidadania, projetos de vida, aumento da expectativa de vida, soam como discursos limitadores no trabalho em prevenção, pois agora as pessoas não “temem” o “pior”. No discurso, o cuidado está associado ao medo, distanciando-se da produção do cuidado enquanto cidadania, acesso aos serviços, equidade e direito.

(silêncio 5 segundos)

ELAINE: Vocês usam preservativo?

HÉLIA: Eu uso.

ELAINE: Eu não uso não.

GABRIELA: Eu não.

JULIANA: Eu uso.

(risos)

HÉLIA: Eu uso, mas sou solteira....

ELAINE: E se você tiver um relacionamento sério vai usar, depois de muito tempo?

HÉLIA: Sei lá, vamos ver até lá, até lá tem muito tempo.

JULIANA: Eu continuo usando...

HÉLIA: Até lá eu continuo usando...

ELAINE: Mas é sério, depois que passou um ano de namoro, acabou, ninguém usa.

JULIANA: Não é assim...

ELAINE: É quase todo mundo, Ju, eu só conheço você que usa.

HÉLIA: Que é casada só conheço você...

ELAINE: Eu não uso, e não conheço...

JULIANA: É que talvez eu ame um pouquinho muito a minha vida...

ELAINE: É aquela coisa, eu tenho medo, eu sei que pode acontecer, mas eu não consigo impor a minha vontade.

JULIANA: Talvez não seja a sua vontade.

ELAINE: E tem aquela coisa, a mulher ela recua muito fácil pra algumas coisas, muito fácil.

JULIANA: Eu acho tudo de bom, prático, higiênico...

ELAINE: Isso é, né, nossa!

HÉLIA: Boa!!!

ELAINE: Nossa, ce deita e dorme! Porque eita ciosinha chata, né! Que meleca chata!

JULIANA: É... E talvez eu acho que no meu caso aumentou muito o prazer, porque no caso você sabe que não tem a meleca, você fala, podemos ir a qualquer hora.

ELAINE: É, pode ser em qualquer lugar, em qualquer época, não precisa tomar banho depois.

(*risos*)
 GABRIELA: É mesmo...
 (*risos*) (L 839 -870)

Elaine convida o grupo para conversar sobre suas vivências em relação à sexualidade, questionando o uso do preservativo. As agentes conversam sobre suas práticas, vantagens e desvantagens. Todas respondem em primeira pessoa a indagação de Elaine.

Hélia usa e tenta justificar sua opção ao informar que é solteira. Gabriela e Elaine não usam, explicando que quando o relacionamento passa de um ano “ninguém usa” (sic). Juliana confronta o grupo, ao responder que é casada e usa. Sua fala, que se diferencia das demais do grupo, parece carregar um tom de correto, certo, em oposição às atitudes das outras, erradas. Os sentidos sobre o uso do preservativo são negociados no grupo.

Respondendo aos enunciados de Juliana, que justifica sua opção pelo uso a partir de sua perspectiva de valorização da vida, Elaine diz sobre o medo e a impotência para “impor” (sic) sua vontade ao companheiro, retomando as concepções de mulher frágil, que “recua fácil” (sic). A negociação do uso do preservativo passa pelas concepções de gênero, e pela relação de poder da cultura masculina preponderante, presentes nas concepções de mundo de Elaine.

Quando Juliana traz para o grupo as vantagens que vê no uso do preservativo, todas parecem concordar com sua fala. Neste momento, tal opção aparece como prática, higiênica, que permite a liberdade de ter relação sexual a qualquer hora, o que nos informa a possibilidade de construir outros sentidos no grupo e na comunidade, em diálogo com concepções em momentos anteriores acerca do uso do preservativo comparado a “chupar bala com papel” (sic).

As negociações sobre os sentidos atribuídos para sexualidade continuam nos momentos seguintes do grupo, contrapondo as concepções de mulher do passado, de sexualidade e masculinidade.

NARA: Juliana, você comentou, porque é a Elaine que comenta mais sobre sexo nas visitas?

JULIANA: Não sei, acho que é porque ela é mais nova, ela tem essa facilidade pra falar...

(silêncio de 5 segundos)

ELAINE: Acho que fica essa coisa mesma, sexo, sexo, meu Deus, eu vou falar de sexo, eu não. É sexo...

GABRIELA: É uma outra geração...

ELAINE: é sexo... Igual eu vou falar de diabetes, eu vou falar de sexo, ué... Eu não tenho que perguntar mesmo se ela já, se previne? É lógico que você não vai falar “*nossa, bem, quantas vezes você transa com seu namorado*” igual assim não. Você não tem que perguntar “*você usa algum método para prevenir a gravidez?*” entrou, se ela te falar, “*ai, não, eu não faço isso, eu sou virgem*”, que ótimo, você é virgem, mas um dia você vai fazer e quando for fazer é melhor que esteja preparada.

[...]

ELAINE: Tem gente que acha que sexo é uma coisa de sete cabeça, eu fiz, não é? Se eu fiz meu filho também vai fazer, é!

JULIANA: Você fez errado (risos)

HÉLIA: É, você fez errado (rindo)

(enquanto Elaine fala, Hélia conversa em paralelo) (L. 909 -965)

Falar sobre sexualidade é um tema “moderno”/“de uma outra geração”. Frente à facilidade de Elaine, os fatores que possibilitam a aproximação com a temática são relacionados à sua idade, quando ela é colocada na posição de agente mais jovem, que pertence a uma geração mais nova e liberal. Entretanto, Elaine diz, no começo do grupo, ter 27 anos, ao passo que Juliana tem 31, o que significa não ser grande a diferença de idade delas.

Falar sobre sexualidade envolve crenças e maneiras como foram se construindo os sentidos por meio das relações sociais. Elaine traz para o grupo suas concepções de sexo, a partir do lugar de uma pessoa que concebe a sexualidade como qualquer outro tema da saúde, “algo bom” (sic), “que faz parte da vida” (sic), em que se é possível falar também com os usuários dos serviços.

Diferente da primeira concepção de sexualidade como tabu, agora novas possibilidades de discursos aparecem, modificantes, “se eu fiz, os outros fazem” (sic), abrindo outras possibilidades de outros diálogos com a comunidade

A construção dos sentidos sobre sexo, no grupo, ora aparece como algo errado, ora é concebido como um “bicho de sete cabeças” (sic), um erro, ora como qualquer outro tema da

saúde, algo que faz parte da vida ou como sinônimo de modernidade, para o qual algumas pessoas não estão preparadas. Parece que neste momento, há a abertura para a multiplicidade dos sentidos.

Elaine continua com suas narrativas enfatizando a sexualidade. A mulher torna-se livre, porém os enunciados apontam as construções sobre a adolescência e a proibição da gravidez nesta faixa etária.

ELAINE: É bom, faz parte da vida, faz bem à pele, só não pode engravidar com quatorze anos.

JULIANA: To vendo que eu não sou tão moderna assim...

ELAINE: Aí é destruição, aí é destruição da vida, não é!

(Todas falam juntas)

HÉLIA: Gente, mas hoje, idade... que nem idoso...

JULIANA: É destruição hoje...

GABRIELA: Era isso que eu ia falar, quantos tinham filho com doze, treze anos...

HÉLIA: É, a minha avó casou com doze anos...

ELAINE: Minha mãe também casou com treze anos...

HÉLIA: Então é hoje que tem essas coisas de idade.

JULIANA: Mas é uma destruição da vida ter filho com quatorze.

HÉLIA: Só que na época delas...

JULIANA: Mas é uma destruição ter filho com quatorze anos, mas deixar de usar o preservativo com vinte e sete não é? (dirige-se para Elaine) só pra saber...

HÉLIA: Então, é assim, porque hoje se fala muito em idade, não sei o que. Porque hoje é assim, são outros tempos, outras coisas, mas minha vó, por exemplo, casou com doze anos. Entendeu?

JULIANA: Ela já casava porque já tinha o filho. Às vezes casava e nem menstruada era. Ficava correndo contra o tempo, contra tudo...

HÉLIA: Na hora que ficava já tava casada.

ELAINE: A mulher era obrigada a casar, ela nascia pra isso, ela nascia pra casar...

HÉLIA: É, nascia pra ser dona de casa, ser mãe...

ELAINE: Pra ser dona de casa, ter filho, tinha que ser a mulher ali... não podia nem ter relação sexual, tinha que ser no escuro, aquela coisa, de roupa, ela era proibida de ter prazer...

HÉLIA: Agora hoje não, a mulher se tornou independente!

(silêncio 3 segundos)

HÉLIA: Não podia nem ter a relação sexual aberta, tinha que ser aquela coisa escondida, uma vez lá, cheia de roupa, no escuro, ela não tinha direito de ter prazer, ela não tinha direito, né...

JULIANA: Ter prazer por favor...

HÉLIA: A novela das seis tá mostrando isso, não é, aquela...

ELAINE: O marido ia pra zona, já tinham as casas das mulheres da vida e mulher obrigada a aceitar e acabou. Hoje não, hoje as mulheres tem muita opção, a mulher não pode se queixar não, tem liberdade demais, tem mesmo, mostrou que tem. Só que ela hoje, infelizmente, hoje ela tem só que ela não sabe aproveitar. Porque hoje ela tem a liberdade de namorar com quem ela

quiser, de transar com quantos ela quiser, de beijar quanto ela quiser, e ela vai e engravida com treze anos, com quatorze anos. (L.930 – 964)

O grupo passa a refletir sobre suas concepções de ser mulher antigamente e as construções sociais da adolescência. Conversam sobre gravidez na adolescência e frente à colocação de Elaine, confrontam as experiências de seus avós e antepassados em relação à sexualidade. Neste momento, seus enunciados dizem de si, num diálogo em primeira pessoa.

Os sentidos sobre ser mulher são negociados no decorrer do grupo, informando as concepções que as agentes têm a respeito da mulher de antigamente, mães e avós. Seus enunciados parecem se complementarem durante a conversa. Dizem da mulher que tinha filho ainda muito jovem, que não podia falar sobre sexo, prazer, pois tais assuntos eram específicos para homens, aos quais era legitimado o prazer. Dizem da mulher que conquistou se tornou livre em relação à sexualidade e, nesse contexto, a gravidez muito jovem surge como privação da liberdade.

Elaine reitera o discurso de Juliana, e diz que hoje uma adolescente que tem filho é compreendida como alguém que está destruindo sua vida, ou ainda desperdiçando a liberdade conquistada pelas mulheres. Os discursos são flexibilizados com as negociações sobre as construções sociais da mulher e da adolescência.

Juliana convida o grupo para conversar sobre as ações da Saúde da Família, trazendo outras vozes para o contexto. Coloca sugestões de seu marido, homem e morador da comunidade. A partir de seu convite, as agentes passam a refletir sobre as possibilidades do trabalho de agentes comunitárias, mulheres, considerando suas experiências pessoais, expondo suas dúvidas e opiniões a respeito do preservativo.

JULIANA: Meu marido acha que... a gente tem que levar o preservativo já nas casas. Ele acha que durante as visitas já era pra visitar e entregar...

HÉLIA: Em algumas até dá pra fazer isso, mas em outras...

ELAINE: Entregar até entrega, o duro é a... ah, deveria mesmo ser o nosso trabalho, eu acho que a gente não... Não tem nem, pra falar de sexo eu acho que a gente deveria ter os apetrechos, deveria ter, né, sei lá o preservativo, mostrar, eu acho que deveria ser a nossa obrigação, como orientadora, levar

preservativo, mostrar como se coloca, como que se segura, como que põe, porque tem gente que não sabe, que nunca pos, tem gente que nunca abriu uma camisinha, principalmente esses...

JULIANA: Mas aí não tinha que ser essas, tinha que ser aquelas de cheirinho, né, porque aí estimula você a usar...

(*risos*)

HÉLIA: E a gente aqui nunca, nós aqui nunca fizemos um grupo de orientação sexual.

JULIANA: Deviam ter e mesmo massificado, sabe, até o oferecimento. Porque não oferecer, porque é o mesmo valor, porque não oferecer com cheirinho, as do time, pelo menos...

ELAINE: As do time é legal?

JULIANA: As do time eu nunca usei, mas as com cheiro são ótimas!

ELAINE: Deve ser interessante, né!

HÉLIA: Time, Elaine, é só o símbolo do time!

JULIANA: Usa a de menta, depois você me conta...

ELAINE: Você já usou?

JULIANA: Usei.

(*risos*)

JULIANA: Fica um hálito refrescante...

HÉLIA: Já tem até camisinha comestível, não tem?

ELAINE: A, não, espero que não, porque eu não sei quem come o que tá lá dentro?

HÉLIA: Ah, mas não é pra usar o que tá lá...

ELAINE: Tem cueca e calcinha comestível...

HÉLIA: Tem...

ELAINE: Mas é, pra você como é, eu acho que deveria ser obrigação da saúde orientar e a gente nunca consegui fazer nenhum grupo, a gente tem vergonha, imagina que a gente vai pegar um pênis aqui e vai colocar camisinha na frente de... das pessoas, e era nossa obrigação, e eu acho que é da saúde, é nossa obrigação orientar e a gente não consegue fazer isso.

NARA: Não consegue por?

ELAINE: Por preconceito, por preconceito próprio...

HÉLIA: Porque quando pega, alguém pega as coisas e saí, aí é só piadinha, não é?

ELAINE: Porque tem guardado aí, a gente que não usa...

HÉLIA: Tem tudo...

ELAINE: A gente nem pega na mão, não é, a gente só olha!

NARA: Tem material aqui?

(*risos*)

ELAINE: Tem! É difícil falar sobre sexo pra gente, às vezes nas nossas conversas a gente "*ai, como é*", às vezes pra gente, a relação sexual pra gente é difícil, não consegue fazer tudo que deveria, ou poderia fazer, tem vergonha, imagina que vai fazer...

GABRIELA: É, eu acho que cada um tem um limite, né!

ELAINE: Imagina pra falar com os outros!

HÉLIA: Você fala com suas meninas?

JULIANA: Eu falo...

HÉLIA: É difícil falar isso pra mim, imagina pro outro...

JULIANA: Algumas coisas, eu falo, porque cada idade é uma descoberta.

HÉLIA: É lógica, você não vai falar...

ELAINE: Nós temos escolas aqui na área, pergunta se algum dia a gente teve coragem de ir lá na escola, fazer um trabalho com os adolescentes, com os jovens, a gente nunca teve. É uma coisa muito difícil...

HÉLIA: A Cristiane que ta falando isso desde que ela entrou, que quer fazer um grupo de adolescentes.

ELAINE: Não de uma forma de palestra, chata, deveria ter um trabalho diferente...

HÉLIA: É, de um jeito mais...

ELAINE: Eu acho que isso é Programa de Saúde da Família (L.992 - 1049)

O grupo parece integrado, mergulhado na busca por outros sentidos acerca do trabalho na Saúde da Família e de novas possibilidades. Os diálogos são marcadamente em primeira pessoa, falam sobre elas próprias, o que parece propiciar a flexibilidade dos discursos, tornando-as ativas na construção de um novo fazer em saúde.

A partir da colocação de Juliana, com enunciados complementares, elas discutem como deveria ser o trabalho do agente comunitário. Avaliam possibilidades de maior divulgação do uso do preservativo, discutem formas para estimular o uso, que na perspectiva de Juliana, partilhada por outras agentes, deveriam distribuir preservativos com símbolos de futebol, com aromas, de maneira que fossem mais atrativos que os hoje distribuídos nas Unidades.

Neste contexto de negociação dos sentidos em relação ao ser agente comunitário no cuidado em HIV/Aids e sexualidade, elas conversam sobre suas próprias curiosidades acerca dos preservativos. Elaine que antes concebia o preservativo como “algo ruim”, que prejudica a sensibilidade masculina, envolvida por um discurso de tensão com Juliana, que concebe o uso indistinto, agora parece buscar maneiras de negociar o uso com seu companheiro. Além disso, olham para suas limitações enquanto atores da saúde, em que deveriam orientar a comunidade, realizar grupos, mas não conseguem por vergonha e preconceito. Elaine, que antes estava na posição de jovem que pode falar sobre sexualidade, fala também das dificuldades. Muda do lugar de mulher moderna para uma pessoa que também tem dificuldade em orientar e falar. Sabe o que deveria fazer, mas não faz porque percebe sua dificuldade. Ela, assim como todas, está se construindo no grupo.

É Elaine também que convida o grupo para conversar sobre suas dificuldades pessoais e preconceitos para abordar a temática, trabalhar com o material disponível na Unidade, e

negociar possibilidades de ações na Saúde da Família. Envolvida por suas falas, tento incentivá-las a conversar sobre o que as limitam no desenvolvimento de ações de prevenção em HIV, buscando compreendê-las. A partir do meu interesse e do envolvimento do grupo com o pensar sobre o trabalho do agente comunitário na Saúde da Família, as agentes falam de seus próprios preconceitos e suas concepções sobre o que seria a Estratégia de Saúde da Família.

Parece que os diálogos no grupo possibilitam o pensar em suas ações, enquanto agentes de saúde, podendo olhar para suas limitações. Conversam sobre suas dificuldades em trabalhar com HIV/Aids/sexualidade em decorrência de preconceitos e da reação dos outros profissionais. Possuem o material educativo, porém não se permitem tocá-lo. É difícil falar sobre sexo em diferentes situações, pessoalmente, entre elas, com alunos de escolas, com seus familiares, por vergonha.

Deparar-se e reconhecer as limitações permite a produção de novos sentidos sobre o fazer/ser agente comunitário. Elaine fala da possibilidade de desenvolver trabalhos “diferentes” (sic) e atrativos para a comunidade, tentando sair da posição do conhecido (“palestra”) para ousar refletir sobre outras possibilidades, na tentativa de romper, criar e transformar. Parece que seus posicionamentos ativos, envolvidos com a temática, mergulhada em constantes negociações sobre si e sobre o trabalho, favorecem espaços para a criação e a transformação através dos diálogos.

Embora seja marcante o discurso médico-hegemônico em suas falas, durante os diversos momentos do grupo, suas ações apontam para possibilidades de criação e ações já efetivas que sinalizam mudanças nas crenças e fazeres em conjunto com a comunidade. Conversar em grupo parece possibilitar um espaço para emergir as diversidades e negociá-las. É um processo em transformação em que novos sentidos estão contrapondo aos anteriores.

Já caminhando para o encerramento do grupo, pergunto se elas gostariam de comentar algo mais. Percebo que Gabriela parece desejar falar. As demais respondem que não. Retomo novamente a pergunta e Gabriela, que até então estava bastante atenta aos diálogos, com poucos enunciados, diz que tem um caso para contar.

Gabriela se apropria dos momentos finais para relatar dois casos sobre o trabalho e a sexualidade dos idosos. Ela convida o grupo para dialogar sobre a subjetividade, a possibilidade de ser mulher ativa nas negociações dos sentidos, as barreiras da comunicação com a comunidade, o trabalho em saúde, presente na relação. Estes foram alguns dos sentidos que estiveram em constante construção durante o grupo, favorecendo novas maneiras de compreender o trabalho.

Seus enunciados parecem abrir espaço para olhar o outro aceitando suas especificidades, sem fórmulas pré-estabelecidas de orientação e cuidado. Há abertura para outros sentidos, possíveis de dialogar diante da multiplicidade de concepções de mundo.

GABRIELA: Eu tenho um caso. [...] uma senhora, ela vai nos bailes [...] ela tem um corpo muito atraente, [...] E aí, ela arrumou, né, uma namorado, e ela falou, né, meu negão. E vai daqui, vai dali e eu falo, será que ela tem algum relacionamento, como que eu iria chegar nisso, né, aí vai conversando daqui, dali, de repente um dia eu peguei e falei assim *"Mais e aí, ele vai além do.."* porque um dia, por acaso ele foi deixar ela, e ela parou na esquina da minha casa, eu passei eles estavam dando beijinho, e aí eu acho que ela ficou meio encabulada de ter me visto tal, que depois ela me disse *"a você viu, menina, meu negão"* e eu falei *"que legal"*. Aí eu continuei, *"e aí, vocês vão namorar em algum lugar, como que é"*, né? E ela: *"nós fomos sim, não dá muito certo, uma que ele já é meio diabético..."*

(risos)

GABRIELA: [...] Aí ela se empolgou, começou a contar, só que aí ela falou que na hora do vamos ver ela tinha que esperar muito, que nem *"devagar né então o trem..."* Aí eu *"a é, né, mas como que é"* e eu pensei, e agora, porque eu queria saber como é que ela usa, aí ela falou assim *"ah, então, você sabe que a gente, assim, independente da idade"*, porque eles acham que preservativo é pra jovem, daí eles não precisam, né, porque, *"um homem de idade, já responsável"*, sabe, era a fala dela, aí eu entrei na do preservativo, né, aí ela pegou e falou assim que ele não nunca ia com ninguém e que com o preservativo atrapalhava. Então já era difícil funcionar sem o preservativo, com preservativo então...só de abrir...

ELAINE: Eles falam que é por a toca pra dormir..

(risos)

GABRIELA: Nem... Só de abrir o trem (risos) era por a toca pra dormir mesmo. Outro dia eu achei tão interessante dela, sabe, conforme a gente ia

conversando, e ela, era como se ela fosse uma adolescente, sabe aquela história assim, tudo novo pra ela, muito, né, eu achei assim super legal essa história, e até então, ela me vê, sabe, pegou uma coisa muito legal de ela me ver e chegar assim pra conversar, daí ela mudou de namorado e ela veio me contar: “*agora esse...*” (risos) “*esse ta bom*”, que “*por enquanto esse!!!*”... “*bom, ainda não, mas pelo jeito, menina, só de dançar, olha!*”

ELAINE: Mas que vergonha, as coisas fica... Dançando?

(risos)

GABRIELA: Daí eu falei assim pra ela, “*então, tá, mas não esquece, hein, se ele não levar você leva, lá no posto, e se você ainda tiver vergonha*”, eu brinquei com ela, “*eu trago pra você*” eu falei pra ela, “*se tiver vergonha de pegar lá eu trago pra senhora deixar aí na sua bolsa*”, porque tem a nora, mora com ela a nora também...então, as vezes ela tem vergonha assim, de conversar, a nora tá lá, a gente conversa mais baixinho e tal, mas é super interessante, agora eu não sei, agora eu tô louca pra voltar lá pra saber se rolo ou não rolou, daí ela vai contar.

[...]

GABRIELA: Olha a situação dessa, tenho uma senhora, tem quase setenta anos, e ela tem um namorado que é casado, tem a mulher tudo, só que ele fala que ele não se dá com a mulher, aquela história de sempre, que ele não se dá com a mulher, que a mulher é isso, que a vida dele é ela.

HÉLIA: Esse é o discurso...

GABRIELA: Até agora ultimamente, eu até falei pra ela ficar esperta, porque ele tá falando de vir ficar com ela e eu falei pra ela ficar de olho para ver o que ele tá querendo, [...] ela disse que quando eles vão ter relação sexual ele não quer usar o preservativo, que até na orientação dela ela veio, fez exame, conversou com a enfermeira, depois de muitos anos, fazia mais dez anos, sei lá, não fazia exame ginecológico, aí ela veio, fez tudo, aí ele vem e falou que não se relaciona nem com a esposa, e ela tá meio encucada, porque ele vai pra ela “*eu não me relaciono com a esposa porque o diabete não deixa*”, porque ela acha que com o diabete se ele tem relação com a esposa ele não vai conseguir ter com ela, ela acha isso...

ELAINE: Ah, ah, ah...

JULIANA: Por quê?

GABRIELA: olha só... Porque se com ela já é difícil o negócio funcionar, né, porque demora, é difícil, se ele for uma vez lá com a mulher é que não vai mesmo. Então eu falei assim, “*a senhora fica esperta então pra ver isso*”. E ele vem também com essa história de que ele não quer usar, porque eu até levei lá pra ela, até levei, pra mostrar, pra ela ver, sabe o que ele insinuou, se ela tava querendo andar com outro e ele jogou nela isso, nela...

HÉLIA: É isso que eles falam...

GABRIELA: Ela ficou super ofendida, por que...

ELAINE: Aí ela falou, então, tá bom, não vou usar, imagina...

GABRIELA: É, ela e ela, “*não, não tenho a intenção de sair com outro não, não, é porque você tem sua esposa, você tem relação com ela*” eu falei pra ela falar isso, né, aí ele disse “*Não, você é que está querendo sair com outro*”, ele pegou e jogou isso em cima dela. Ela tava me contando, aí eu falei pra ela, “*ah, a senhora deixa ela pensar isso, é bom até que ele pense mesmo, ele não é casado e vive com a mulher?*” Aí você fica com essa história, né...

HÉLIA: Ela não pode...

JULIANA: Tem que ser fiel a ele...

GABRIELA: Veja só, ele é casado e tem a esposa, ela é a amante, não é, ela é a amante, quer dizer, ela tem que ser fiel e ele não... (L.1057-1140)

Gabriela coloca para o grupo como que ela faz a aproximação com a temática da sexualidade com as idosas, considerando as subjetividades e peculiaridades. Parece que morar no bairro propicia espaços de encontro, como por exemplo, ver o beijo da moradora. A partir dessa especificidade, ela busca meios de conversar sobre a temática nas visitas, no trabalho de agente. Seus enunciados descrevem formas de construção do vínculo e de relação únicas.

O grupo vai gradativamente construindo outros posicionamentos, saem das narrativas sobre a mulher genérica (submissa, dependente) e passa a olhar para a multiplicidade.

Os enunciados de Gabriela informam também outras perspectivas para a sexualidade na terceira idade. Dizem das dificuldades do uso do preservativo, por meio da voz da idosa e dela. Suas narrativas parecem dialogar com o discurso do preservativo enquanto regra no trabalho de prevenção, possibilitando reflexões sobre as dificuldades e singularidades de cada relação. Passa do idoso assexuado, do início do grupo, para o idoso que namora, que tem sexualidade ativa, com a ampliação do discurso.

Ser idosa é ser mulher, poder dançar, ter corpo atraente, ser simpática, ter sonhos, com quase setenta anos, ter amante e poder conversar sobre sexualidade, prevenção e cuidado. É ter um namorado e poder falar de prevenção em busca da intersubjetividade construída com o agente comunitário de saúde, através da construção do vínculo. Poder olhar para a senhora idosa como para uma adolescente, legitimando-a enquanto pessoa, que sonha, deseja, teme, e traz consigo diversas expectativas.

Os sentidos dizem também do trabalho do agente enquanto mediador do cuidado, podendo “falar baixinho” (sic) sobre sexualidade quando necessário, transportar o preservativo do posto para a casa das famílias atendidas, respeitando e legitimando as particularidades.

Neste contexto, a produção do vínculo com a comunidade possibilita negociar e renegociar cotidianamente os sentidos sobre velhice, ser mulher, sobre o uso dos serviços de

saúde e a promoção de saúde em sexualidade. Gabriela parece explicitar as potencialidades do trabalho do agente comunitário, informam outros caminhos que se distanciam do discurso cristalizado e abrem espaço para a alteridade e a criatividade.

Os enunciados finais do grupo informam novos/outros sentidos. A legitimação dos diversos “pensares” e a multiplicidade de sentidos parece apropriada por elas nos momentos finais. Juliana, Gabriela, Elaine, Hélia se posicionam em suas subjetividades e especificidades, com a possibilidade de troca e multiplicação dos enunciados. Falam sobre ser mulher diferente da passiva, do uso do preservativo “subjetivado” diferente do indistinto, do trabalho de orientar diferente do “enfiar na cabeça” e das sexualidades.

JULIANA: Porém eu acho que a mulher tem o poder de sedução e quando ela quer, ela pode fazer muita coisa, faz tirar e botar o preservativo.

GABRIELA: É, quando você não tá a fim de tomar banho e levantar você faz por, porque, pode por, porque senão, mas é questão de opção mesmo...

ELAINE: Eu vou comprar umas coloridinhas, com cheirinho, quem sabe estimula...

GABRIELA: É questão de opção, eu acho, né, por enquanto. Porque eu acho que se algum dia chegar a acontecer eu vou ter consciência disso, ué, foi opção minha, não é?

ELAINE: É verdade.

GABRIELA: Talvez eu vou reclamar de ter me sentido enganada, só isso, né, por que...

ELAINE: O nosso trabalho é orientar, mas não é nossa obrigação convencer, acho que todo mundo tem a opção, a vida é de cada um e a gente não pode obrigar ninguém a fazer nada. Você orienta, explica, né, e cada um faz o que quiser, se der certo, tudo bem, não vai dar pra todo mundo...

HÉLIA: Pensa também que precisa ter filhos no mundo (ri) não vai dar pra usar a camisinha direto, tem que ter também, não é?

ELAINE: Tem que engravidar...

JULIANA: Aí você faz exame...

HÉLIA: (ri) todo mundo faz exame, e a é, pergunta pro Dr. Zé

ELAINE: É todo mundo vai isso...

HÉLIA: Tem que ter o outro lado também...

ELAINE: Antigamente fazia exames pré-nupciais, hoje não tem isso mais não.

JULIANA: Mas depende, tem uma moça que eu conheci que fez tudinho, pra poder...

HÉLIA: Mas nem casa e eles já levam pra casa. (ri)

JULIANA: A gente casa sim...

ELAINE: A gente nem tá casando direito mais hoje, Ju.

GABRIELA: Hoje a musica agora vai ser “casamento agora é coisa do passado”

(risos)

ELAINE: É, que mesmo é viver enrolado. (L.1144-1170)

Os enunciados de Juliana dizem respeito à mulher, detentora de poder para negociar e participar ativamente da relação com o outro. Gabriela complementa seu enunciado, e diz da escolha consciente sobre as maneiras de prevenção do HIV/Aids e a atuação delas, enquanto atores e construtores de sentidos em saúde.

A mulher não é apenas a passiva, submissa, frágil, medrosa e cuidadora, outros sentidos vão sendo construídos na medida em que os diálogos e interações no grupo com elas e outras vozes acontecem. Ser mulher é também ter o poder da sedução, querer e realizar, negociar sobre seus desejos e suas ações.

Da mesma forma que as concepções sobre ser mulher são construções que dizem de um contexto, que podem ser negociados com as diversas vozes que compõe os diálogos e as interações, o potencial de transformação e multiplicidade dos sentidos também surge como possibilidades para refletir sobre suas escolhas cotidianas, de maneira que novas/outras ações passem a compor a diversidade de sentidos.

O preservativo que antes era concebido por Elaine como dificultador na relação, como “chupar bala com papel” (sic), agora é passível de negociar e de ampliar a potencialidade dos diversos sentidos, abrindo espaço para a curiosidade, a criatividade e o novo. Elaine se posiciona de forma aberta, interessada e disponível para buscar outras maneiras de diálogo e negociação com o marido, o que pode também trazer outras dialogias com a comunidade.

Ser mulher surge com o poder inovar, transformar e reconstruir suas práticas e ações, modificando atos e atitudes através da conversa, de poder decidir e ter opções para suas escolhas.

A possibilidade de negociar o uso do preservativo e a escolha consciente de suas ações transforma a mulher que antes era concebida como frágil, em alguém que pode refletir sobre si mesma, seus desejos e suas escolhas.

Além de ampliar o olhar para o ser mulher, os enunciados finais informam também sobre novas/outras concepções em relação ao trabalho. Elaine fala da possibilidade de criação de vínculos e da negociação dos sentidos que informam a saúde, através do diálogo com a população. Construir outros sentidos sobre o trabalho, devendo orientar, porém não prescrever ou convencer, possibilita olhar cada pessoa e para a construção de intersubjetividades. É possível ações em saúde sem a necessidade de “enfiar na cabeça” (sic) o como fazer.

A orientação enquanto troca através do diálogo ativo possibilita desconstruir a concepção do discurso médico hegemônico, estagnado e cristalizado nas práticas em saúde, e possibilita a reflexão de outros/novos sentidos acerca da atenção primária. A abertura para o diálogo enquanto ferramenta de trabalho do agente comunitário, ampliado, permite a negociação com as multiplicidades de vozes presentes no fazer/construir saúde.

Rever possibilidades, multiplicidades, favorece um olhar ampliado da prevenção. Nesse contexto, os sentidos atribuídos para a sexualidade enquanto uma barreira para o diálogo com a comunidade e equipe, um assunto obscuro e marcado pelo preconceito pode ser concebida como uma temática em constante transformação, passível de negociação de sentidos a fim de possibilitar um trabalho criativo no que tange a questão do HIV/Aids.

Neste momento, elas podem confrontar o discurso de Juliana. Tais posicionamentos parecem permitir a emergência da multiplicidade de vozes presentes nas narrativas, transformando os sentidos. A rigidez dá lugar para uma maior flexibilidade. Segundo Hélia, é necessário que o ciclo da vida tenha continuidade, então engravidar é necessário, não é possível **sempre** (grifo meu) utilizar o preservativo.

Durante o grupo, as agentes negociaram os sentidos em relação às dificuldades e barreiras que impossibilitam as ações em HIV/Aids. O olhar para sexualidades e seus contextos informam a multiplicidade de sentidos e a possibilidade de transformação através do diálogo.

A construção do vínculo é fundamental na atenção primária, sobretudo na Saúde da Família. Poderem dialogar acerca das dificuldades para a construção do vínculo, suas concepções sobre o HIV/Aids, sobre ser mulher e sobre suas ações em saúde, parece favorecer o olhar para novos/outros sentidos do fazer/construir saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propor um espaço para conversarmos sobre HIV/Aids, com agentes comunitárias de saúde, sem temas definidos a priori, possibilitou a fluência de sentidos e concepções, a partir de seus discursos e de vozes sociais que perpassavam o espaço do grupo. Compartilhando das concepções de grupo de Gaskell (2003) o espaço por nós construído privilegiou nossas interações, de maneira que pudemos, juntas, participar ativamente do processo de construção de sentidos. Expressamos emoções, humor, espontaneidade, intuições criativas, tensões, por meio de uma sinergia emergente, fruto de nossa interação social.

Olhamos para a perspectiva do cotidiano do trabalho, as interações, com trocas de pontos de vista, ora polêmicos, ora comuns, em que conversamos sobre opiniões, idéias e experiências. A maneira como a análise foi estruturada parte de um olhar peculiar, meu, enquanto pesquisadora imersa na relação com as narrativas e com outras vozes presentes no processo.

Sob a perspectiva do construcionismo social (GUANAES, 2004; JAPUR, 2004; RASERA, 2004), durante todo o processo de conversação e análise das trocas conversacionais, buscamos enfatizar e legitimar as noções de mundo, informadas no grupo pelas agentes. Foram consideradas nossas possibilidades de ser e fazer, de transformações de nossas construções de mundo a partir de nossas práticas discursivas, que constituem realidades específicas, situadas em um contexto social, histórico e cultural.

Buscamos dar visibilidade a aspectos que julgamos favorecer o (re) pensar do trabalho do agente comunitário acerca do HIV/Aids contribuindo para a (re) criação constante dos saberes e dizeres neste contexto, dentre os quais destaco dois: (a) o olhar para vozes sociais presentificadas nos sentidos construídos sobre HIV/Aids; e (b) transformações a partir das

negociações de sentidos, nos quais sintetizamos algumas questões tratadas ao longo deste estudo.

7.1 O olhar para algumas vozes sociais presentificadas nos sentidos construídos acerca do HIV/Aids

As reflexões acerca dos discursos ou repertórios interpretativos que sustentavam as descrições das agentes comunitárias de saúde permitem colocar em diálogo o conjunto de influências que edifica as ações/concepções na atenção ao HIV/Aids. É possível dar visibilidade ao contexto macrossocial, que informa as visões e descrições de mundo, ao legitimar que estamos imersos em uma tradição cultural, delimitada sócio-historicamente, presentificados nos processos microsociais das interações. As maneiras como construímos nossas narrativas, a partir da inter-relação dos processos macro e microsociais, irá influenciar nos modos como nos posicionamos nos fazeres em saúde.

Em nossas conversas iniciais, o HIV é concebido como um assunto difícil, tanto em relação a abordar esse tema nas orientações às famílias, quanto na capacidade de entendimento por parte da comunidade, em específico dos casais sorodiscordantes; é um tabu, uma doença que está se alastrando em uma população passiva e que não se previne. Nestes momentos iniciais, as agentes se posicionam a partir dos discursos organicistas, concebendo o HIV como uma doença, no lugar de especialistas, que detêm o conhecimento e estão aptas à prescrever (*“eu mesma li muito sobre Aids, já participei de palestras, de coisas sobre Aids, a gente tenta passar isso pras pessoas, mas é muito difícil, eles não fazem nada pra prevenir”* Hélia, L. 11-13).

Uma das atribuições destes profissionais, entre outras, difundida pelos discursos do Ministério da Saúde, situa a necessidade do agente falar sobre a importância do tratamento do parceiro sexual nas interações com os soropositivos. Tal discurso aparece corporificado em suas construções sobre o trabalho e sobre ser agente comunitário de saúde. Embora a inserção do agente comunitário na equipe de Saúde da Família esteja pautada na mudança de paradigma, parece que as atribuições do Ministério favorecem a manutenção de concepções assistencialistas, divergindo da proposta mais geral para atenção primária, que dizem da importância da alteridade, da territorialização, do vínculo e da proximidade.

As narrativas sobre a possibilidade de não contaminação de parceiros sorodiscordantes que não se previnem, não encontram vozes que sustentem tal experiência e posicionam-nas em um território de estranhamento. A partir dessas posições, elas problematizam o discurso do Ministério abrindo espaço para dúvidas e questionamentos diante do desconhecido. Aqui, o discurso da ciência é legitimado como detentor do conhecimento e capacitado para responder suas dúvidas e empreender estudos que possam responder a tais questões. Os discursos sociais construídos acerca da legitimidade da ciência estão presentificados em seus repertórios interpretativos, que explicam suas concepções do HIV/Aids e do trabalho.

Nas conversas do grupo o discurso “da opção por ter HIV/Aids” configura um cenário no qual a doença torna-se do outro, de um culpado, responsável por sua contaminação, que buscou individualmente os comportamentos de risco. Seus enunciados, ancorados pelo discurso científico do início da epidemia, legitimam a naturalização do trabalho com os até então concebidos grupos de risco, marcados pelo preconceito e discriminação.

Neste sentido, as narrativas acerca do contato com as diversidades de opções sexuais, como as travestis, presentificam tais vozes sociais em nossas conversações, e informam a concepção de HIV/Aids enquanto medo e perigo; a Aids, concebida como muito próxima deste “grupo de risco”, é apropriada pelas travestis como parte de si, de algo que se

“naturalizou” ao longo da história como próximo, como da família, de suas genealogias, a “tia” (“*da tia que eles falam*” Hélia, L. 719; “*É a Aids, a tia*” Juliana, L.723). Emergem as concepções de Aids enquanto perigo, favorece o medo, o estigma e dizem das dificuldades para conversar sobre HIV.

Por outro lado, para contrapor o discurso do preconceito e da discriminação, Gabriela compara a Aids a outras doenças, como o câncer, ainda que no contexto da dicotomia culpado x vítima e pautada pelo biologicismo. Parece uma tentativa de diminuir o preconceito social, almejando uma maior inclusão, sobretudo nos serviços de saúde. As narrativas do grupo estão pautadas na dialética inclusão/exclusão social em relação a pessoa que vive com HIV.

Em diálogo com Barreto (2005), as noções de inclusão têm como contrapartida, a exclusão; as discussões sobre incluir/excluir ofuscam a possibilidade de olhar para além da dicotomia e de ampliar para constructos que considerem o processo estrutural na construção da saúde. A dicotomia, somente corrobora a construção dos chamados “válidos inúteis”, e desconsidera a importância de incluir nos diálogos de saúde a perspectiva da cidadania, atreladas aos ideais de direitos e “empoderamento” social.

Ainda amparadas pelo discurso organicista e por construções de dicotomias (saúde/doença, vítima/culpado, excluir/incluir, bom/mal), a pessoa com HIV é colocada em um contexto de rejeição e vergonha. As agentes constroem em suas narrativas o soropositivo como alguém que tem vergonha de si e tem medo da rejeição do outro, que se isola. Pautadas pela concepção da exclusão social, o trabalho pode se configurar como pouco potente e sem perspectiva de vida para essas pessoas.

Emergem entre suas narrativas a concepção de HIV/Aids como fim/término, morte e luto. Parece que as construções sociais acerca da morte e do morrer estão pautadas pelas concepções do mecanicismo, na busca pelo funcionamento perfeito e eterno da máquina humana. Nesse sentido, a morte é concebida como um fracasso para os profissionais da saúde,

que não oferecem a “manutenção” total, a que garantiria a eternidade do funcionamento. Para se afastar do fracasso, constitui-se um cenário no qual parece haver um silenciamento, um segredo. Há a necessidade de negação da morte, da qual emerge um sofrimento calado. Compreender essas vozes sociais que perpassam nossos diálogos parece explicar as barreiras conversacionais referidas logo nos primeiros enunciados, que explicam nossas maneiras de agir em saúde, ainda sustentadas por antigos paradigmas.

A busca pela eternidade e pela perfeição singulariza um modo de conceber o HIV/Aids, neste contexto, nestas configurações de mundo. A pessoa que vive com HIV é, então, olhada na perspectiva do doente/sofredor, que se distancia dos corpos sãos e perfeitos e que nos remete aos ideais individualistas, competitivos, seja na saúde, na vida cotidiana, nas definições do ser. Tais concepções dificultam as possibilidades de encontro, do seguir junto nas diversidades e nas adversidades.

O HIV/Aids aparece uma doença do corpo e um limitador da sexualidade. Falar sobre o corpo, nos remete a falar sobre as sexualidades. Neste sentido, as concepções de HIV/Aids permeiam também nossas construções sociais da sexualidade. Conforme concebido por Barbieri (1991), os sistemas de sexo e gênero configuram um conjunto de práticas, símbolos e representações, normas e valores sociais que as sociedades elaboram a partir da diferença anátomo-fisiológica, que passam a dar sentido aos relacionamentos entre as pessoas e tentam explicar o ciclo da vida.

Os discursos sobre sexualidade partem de vozes sociais que informam a proibição para conversar sobre a temática, que legitima o preconceito e a vergonha. Os discursos parecem centrados em uma noção de “normalidade”, nos espaços de interação e expressão entre homens e mulheres, corporificados no micro-contexto do grupo pelos discursos da ciência, da religiosidade, entre outros.

É no contexto de agentes de saúde, moradoras do bairro, mulheres, em que quase todas se posicionam a partir da experiência do relacionamento heterossexual e estável, que a “naturalização” é informada pela identificação de parecerias heterossexuais, assinalando maneiras de construir e significar as sexualidades. Concordando com Maksud (2004), ao reconhecermos que os profissionais de saúde são frutos de uma cultura e de um constructo histórico que carrega discursos socializadores, podemos problematizar o caráter socialmente construído dos arranjos conjugais tradicionais – homens-mulheres – no cotidiano de trabalho. Isso possibilita o desenvolvimento de uma postura crítica do “lugar de que se fala” nas ações em saúde.

O discurso da religiosidade está presentificado nas narrativas sobre a sexualidade na medida em que as negociações situam os ideais de casamento, união e fidelidade. Tal discurso é partilhado pelas concepções capitalistas de acumulação de capital que focalizam relações monogâmicas. Amparadas por tais vozes sociais, as narrativas legitimam a vivência da sexualidade somente nestas condições, de pessoas casadas, unidas e fiéis.

Os sentidos de sexualidade são passíveis de negociação, a partir de outras vozes sociais, mas que ainda carregam os discursos normativos. Os sentidos atribuídos ao sexo, no grupo, ora aparecem como algo errado; ora como um “*bicho de sete cabeças*”; ora como qualquer outro tema da saúde; ora como algo que faz parte da vida e que todos fazem ou um dia irão fazer; ou como sinônimo de modernidade.

Considerando, a partir da perspectiva construcionista social, que os discursos dependem do contexto interacional, reconhecemos que algumas narrativas sustentam as possibilidades de recriar a realidade a partir de múltiplas perspectivas.

Os sentidos atribuídos ao sexo como algo errado retomam a perspectiva do discurso social mais amplo, pautado nas concepções capitalistas de propriedade privada e de casamento monogâmico. O erro está naquilo que foge do que é legitimado. Nessa perspectiva,

o que se diferencia do casamento, da união e fidelidade situa a proibição em interação com a dicotomia certo/errado. O “bicho de sete cabeças” parece informar a monstruosidade que perpassa a temática e legitima a ameaça e o medo.

A construção social da liberdade feminina configura um cenário em que se torna possível legitimar a sexualidade como pertencente ao constructo “modernidade”. Assim, a rotatividade de parceiros entre os jovens, novos, modernos, é permitida e acolhida no grupo. A sexualidade se torna então, um tema da modernidade, de uma nova geração, possível de ser dialogada com jovens. Porém, o novo não é aceito por todos os profissionais da saúde, pois nem todos estão preparados para falar sobre sexualidade dentro desta perspectiva (*“To vendo que eu não sou tão moderna assim...”* Juliana, L.931). Reconhecer nossas limitações discursivas a partir do encontro com o outro possibilita ampliar nossos repertórios interpretativos, favorecendo espaços de criação de novas/outras ações em saúde.

Já no contexto do trabalho com idosos, o HIV/Aids é concebido como algo distante e pouco provável que ocorra. As concepções presentes nos enunciados estão em diálogo com as noções de sexo e parecem se contrapor à permissividade dos jovens vivenciarem a sexualidade. Polarizados, os idosos são olhados a partir de uma perspectiva assexuada. Conversar sobre sexualidade com esta população parece invadir a privacidade dessas pessoas. Compartilhando das concepções de Barros (1994), parece que a presença de outros, como expressão de mundos possíveis, bem como a presença do outro como duplo em seu movimento de desidentificação, criou passagens para a desnaturalização da sexualidade do idoso.

Desnaturalizar é tentar ver historicamente como se produziram determinados efeitos de verdade nos discursos e práticas, que não são, em si, nem verdadeiros, nem falsos. É neste contexto de interação que outros sentidos sobre a sexualidade e o HIV/Aids emergem, podendo olhar também para a sexualidade do idoso que frequenta bailes, têm corpo atraente,

namoram, têm dúvidas e curiosidades e podem conversar sobre sexualidade, prevenção e cuidado, desnaturalizando a concepção do idoso como assexuado. Suas visões de mundo em inter-relação parecem que possibilitaram outros posicionamentos do fazer em saúde.

Na busca pela desnaturalização do tabu, Rubin (1999) propõe um olhar para as sexualidades sob a perspectiva de uma moralidade democrática, em que se julgassem os atos pelos modos como os parceiros tratam uns aos outros, pelo nível de consideração mútua, pela presença ou ausência de coerção, independente das diversidades. Assim, parece tornar-se possível o caminhar junto na diversidade e no trabalho em Saúde da Família.

Refletir sobre as vozes sociais que sustentam nossas maneiras de significar e, neste contexto do estudo, dar sentido ao HIV/Aids, em torno dos quais se organizam os fazeres em saúde, possibilita refletir sobre a ética e a importância de nossas descrições de mundo, profissionais da saúde, nas relações com o outro, comunidade/sociedade.

7.2 Mudanças a partir das negociações de sentidos

Quando em grupo, não apenas conexões entre pessoas diferentes se estabelecem, mas também modos de existencialização. É possível criarmos um vasto campo de confronto de certezas, de expectativas, de interrogações, que se propagam e des-constroem tudo que estava cimentado. Concordando com Barros (1994), estar frente a outros provoca movimentos inesperados enquanto experiência e modo de experimentar, porque se trata do desconhecido. O espaço propiciado pela entrevista em grupo possibilitou movimentações e experimentações acerca das sexualidades, do trabalho do agente comunitário em contato com a epidemia do HIV/Aids e modos de existencialização a partir da negociação dos sentidos produzidos naquele contexto, que é único.

Os sentidos atribuídos ao trabalho em HIV/Aids foram se edificando no decorrer do grupo. As agentes pareciam sustentadas pelos discursos do Ministério nos momentos iniciais, pautadas em concepções organicistas, reducionistas e hierarquizadas, cujas narrativas carregavam o sentido de obrigatoriedade/ convencimento/ prescrição de suas intervenções na comunidade. Pareciam se afastar das práticas já construídas, havendo um silenciamento dos fazeres e dizeres peculiares daquela realidade, como, por exemplo, o grupo de dança para o “idoso mulherengo”; aproximações com as travestis, que freqüentam a Unidade, buscam preservativo, tomam as vacinas; a idosa que se vê com poder para negociar o uso do preservativo com o amante; o soropositivo que segue os atendimentos e pede cadastro cada vez que encontra uma nova namorada; a possibilidade de relacionamentos rotativos, com jovens, com idosos, com travestis; as sexualidades; entre outros diversos sentidos construídos durante o processo conversacional. A partir dos encontros situados e de nossas maneiras de nos posicionarmos frente ao HIV/Aids no grupo, nossos entendimentos aos poucos foram sendo ampliados. Foi possível conversarmos sobre sexualidades, multiplicidades de vozes e de sentidos presentes e presentificados, com uma abertura para a mudança, legitimando a diversidade, a troca e os diálogos produzidos a respeito do trabalho na Saúde da Família.

Em interação com a multiplicidade de vozes que ecoavam no espaço do grupo, Juliana vai tensionar e divergir, convidando as demais participantes a se posicionarem sobre as vivências profissionais e pessoais relacionadas à temática do HIV/Aids. Os sentidos sobre o uso indistinto do preservativo foi um dos focos de construção narrativa de Juliana. Ela defendia o uso do preservativo em todas as relações sexuais, com ênfase nas relações entre casais heterossexuais casados.

No grupo, esse discurso gerou polêmicas e tensões, uma vez que o diálogo acontecia entre mulheres, na maioria, casadas e monogâmicas. A pouca flexibilidade de Juliana convida as outras para refletirem sobre suas vivências, suas concepções de gênero, atreladas ao

trabalho em HIV/Aids. No confronto com suas narrativas, abrem-se possibilidades para desnaturalização dos discursos. Nesse sentido, os enunciados convidam diversas vozes para o confronto “do uso indistinto do preservativo”, possibilitando a polissemia.

Juliana justifica a necessidade do uso do preservativo a partir de sua própria vivência, de mulher casada há onze anos e que utiliza o preservativo sempre com seu marido. Enfatiza que no trabalho em saúde é necessário ter um profissional modelo e que oriente os usuários a partir de suas próprias vivências. Afinada com as propostas mais atuais em saúde, de que o profissional, para produzir o cuidado, deve se apropriar das orientações que faz, Juliana sustenta suas narrativas a partir da sua vivência de sexualidade e, dessa forma, parece mantê-las, de modo inflexível. Essa maneira de se posicionar frente às diversidades, quando reproduzidas rigidamente no trabalho com a comunidade, pode produzir distanciamentos, ao invés de construir contextos de aproximação, cuidado e alteridade.

As narrativas de Juliana parecem sustentadas por um discurso social mais amplo, com destaque para a voz especialista que sabe o que é melhor para o outro, dos discursos da verticalização/hierarquização do saber e pelo discurso do Ministério, que ao atribuir ao agente a necessidade de falar sobre o uso da camisinha em todos os relacionamentos reitera tais vozes sociais.

Entender como os sentidos são utilizados e produzidos em determinados contextos e com quais objetivos, pode favorecer uma reflexão sobre as práticas e a construção de intervenções. A busca a que se pretende não é o consenso de moralidades e valorações, mas contextos em que as visões diversificadas de mundo podem ser feitos sem coagir, intimidar, mas considerando as possíveis soluções apreendidas.

Hélia, quem no início compartilhava com Juliana a respeito das informações sobre prevenção serem bem divulgadas, (“*Pra mim a Aids vem de uma prevenção, e eu acho que é tão bem divulgado*” Juliana, L.131-132; “*É, porque informação tem em tudo lugar*” Hélia, L.

134), através das interações/negociações, parece distanciar-se do discurso cristalizado. A posição rígida, anteriormente corporificada na perspectiva da medicalização da saúde/doença, agora possibilita o processo de construção de sentidos a partir da vivência do sofrimento do outro, que é dela também (*“então assim, eu fico pensando, [...] ele contraiu em uma única relação, uma única [...] como você vai acusar alguma coisa?”* Hélia, L.549-552).

As vivências de sofrimentos narradas no decorrer do grupo possibilitam uma abertura para a mudança em relação à rigidez, ao assistencialismo e ao trabalho em saúde. Ao se colocarem em primeira pessoa diante da dor, podem refletir sobre si mesmas, suas experiências, colocando-se ativas nas negociações dos sentidos, favorecendo a mudança de posicionamentos e a flexibilização dos diálogos. Juliana em interlocução com Hélia, compartilha da experiência de perda (*“Acho que foi isso, eu tive um primo aidético”* Juliana, L.527).

Na tentativa legitimar sua postura rígida diante do uso do preservativo, Juliana diz buscar no discurso religioso suporte para enfrentar a perda do primo soropositivo. É sustentada pelos discursos de religiosidade que ela passa a construir no grupo suas visões de mundo e de ser humano. Mobiliza para reflexões acerca de concepções de ser humano como frágil e suscetível, em oposição à figura de um Deus perfeito, na tentativa homogeneizar os sentidos sobre a obrigatoriedade do uso do preservativo. Apoiada pelo discurso religioso, ela tensiona o grupo para se posicionar. É Elaine juntamente com Gabriela quem confronta Juliana, quando as negociações envolvem os sentidos a respeito de casamento, união, confiança, traição e contágio. As narrativas partem do contexto dos relacionamentos heterossexuais estáveis. Acreditar no companheiro, na responsabilidade dele em relação à esposa, presentifica as relações de poder implícitas nas questões de gênero.

As conversas em relação às questões de gênero informam as barreiras da conversação delas, mulheres, que compartilham das concepções do discurso que informa a hegemonia do

masculino. Ser mulher significa ser passiva (“*Ela carregou essa cruz sozinha*” Hélia, L. 263; “*Até a fase terminal, é ela que acaba se fé... cuidando [...] ele que passa pra ela e ainda é ela que cuida, Elaine*” L. 273-274), posicionada como cuidadora, independentemente da situação e desejo; os sentidos de ser mulher aparecem também na dificuldade em negociar o uso do preservativo com o companheiro e na desapropriação de si.

Conversar sobre ser mulher implica também em formas de negociar o uso do preservativo. Elaine, tensionada por Juliana acerca da “obrigatoriedade do uso do preservativo”, traz para o grupo os sentidos que informam as concepções masculinas da camisinha como um limitador das sensações masculinas, legitimando o não uso entre a população masculina (“*Eles precisam se acostumar, pra começar a ter as sensações com o preservativo, diminui [...] muito a sensibilidade*”, Elaine, L.488). Além disso, o discurso da mulher frágil reitera a passividade na negociação do uso do preservativo, presentificando as vozes que informam a relação de poder da cultura masculina.

Ao olhar para o grupo como possibilidades de práticas discursivas, é possível legitimá-lo como contexto de negociação, um processo social de construção de si, do outro e da relação, por meio das trocas advindas de tensões entre perspectivas e mundos. O espaço de conversação do grupo surge como um local privilegiado para desnaturalizar determinados discursos construídos socialmente.

Olhar para as negociações dos sentidos corporificados no grupo, reconhecendo suas “opções discursivas” possibilita dar visibilidade para os discursos sociais nos quais estão sustentados seus repertórios interpretativos do ser agente e do trabalho em HIV/Aids. Não existem repertórios certos ou errados, falsos ou verdadeiros, adequados ou inadequados, bons ou ruins. É o seu uso, em interação com realidades específicas que irá configurar implicações na conversação imediata, relacional e única.

Nas negociações sobre ser mulher, saindo do lugar da mulher submissa e frágil, a mulher surge com o poder inovar, transformar e reconstruir suas práticas e ações, modificando atos e atitudes através da conversa, de poder decidir e ter opções para suas escolhas. A possibilidade de negociar o uso do preservativo e a escolha consciente de suas ações transforma a mulher, que antes era concebida como frágil em alguém que agora pode refletir sobre si mesma e seus caminhos.

A partir da desnaturalização do ser mulher, por meio dos diálogos sobre mães, avós e as vivências delas do casamento (*“É, a minha avó casou com doze anos...”* Hélia, 937; *“Minha mãe também casou com treze anos...”* Elaine, L. 938), da sexualidade (*“Não podia nem ter a relação sexual aberta, tinha que ser aquela coisa escondida”* Hélia, 955) outros sentidos possíveis podem ser incluídos em seus repertórios interpretativos. As concepções de mulher se ampliam diante da perspectiva da liberdade, do poder da sedução e da possibilidade de ver-se ativa na relação com o outro.

Compartilhando das concepções de Barros (1994) parece que a experiência do grupo, em que se pode ouvir “o outro” favoreceu a experimentação de ouvir “outros” – “outros modos de existencialização”, “outros contextos de produção de sujeitos”, “outras línguas para outros afetos” – criando possibilidades de ouvir os “outros-em-si”, pré-individualidades ainda informes. A experiência da diferença vai se construindo quando alguém se percebe diferente de si, quando se percebe diferindo em seus processos de singularização.

Elaine, que inicialmente dizia do preservativo que diminui a sensibilidade, que acredita e confia no companheiro, muda seu posicionamento e se questiona enquanto mulher, submissa, frágil, que não interage ativamente nas negociações.

Ela também legitima no grupo a possibilidade de falar sobre a sexualidade como qualquer outro tema de saúde. Aqui ela faz um convite para refletirmos sobre a construção social das sexualidades (casamentos obrigatórios, mulher que nascia para casar, presa, traída,

em contraposição à liberdade atual). Através da diversidade que se produz e da capacidade de provocar outras diferenças, que consegue escapar das falas únicas.

Diante das negociações das sexualidades, Juliana cria outros sentidos para o “uso obrigatório do preservativo”, propondo alternativas de intervenção em saúde primária (*“Porque não oferecer, porque é o mesmo valor, porque não oferecer com cheirinho, as do time, pelo menos..”* Juliana, L. 1004-1005). A partir de seus enunciados, desperta o interesse e a curiosidade das demais agentes. Elaine, num primeiro momento se via impotente para negociar com seu companheiro o uso do preservativo, abre outras possibilidades de construção e entendimentos, seja em seu relacionamento pessoal, como em relação à prevenção em HIV/Aids no contexto do trabalho em saúde.

As subjetividades, a legitimação da multiplicidade com a possibilidade de cada uma expressar suas concepções e seus sentimentos modifica os discursos rígidos e favorece a transformação e criação, em suas vidas e no trabalho. Segundo Rasera (1999), a construção de sentidos e o dialogismo delimitam-se por formas conhecidas de se conversar e por possibilidades de relação existentes entre os participantes do grupo. Olhando para os contextos, para singularidade descobrimos que é possível questionar o discurso antes aparentemente cristalizado e hegemônico da saúde e delimitarmos novas formas de conversação através dos espaços de interação.

A partir dessas trocas, é possível dialogar sobre o que seria ideal na Saúde da Família em relação ao HIV/Aids, refletem sobre suas dificuldades pessoais e sobre possibilidades de trabalhos em escolas, legitimando outros lugares, que não a Unidade de Saúde, caminhando para um olhar integral da saúde.

O discurso do “uso indistinto do preservativo” agora está diluído na necessidade da continuidade do ciclo da vida, não sendo possível **sempre** usar a camisinha (*“Pensa também que precisa ter filhos no mundo (ri) não vai dar pra usar a camisinha direto, tem que ter*

também, não é?” Hélia, L. 1156-1157). As negociações sobre as sexualidades, legitimaram outros contextos que se distanciam dos discursos cristalizados e com pouca potência.

O posicionamento das agentes acerca da prevenção, que antes necessitava de discursos convincentes, rígidos, agora, (re) posicionam-se a partir da possibilidade da multiplicidade, das opções, da inclusão de vidas, de entendimentos, de saberes e de ações. O agente comunitário de saúde, que ocupa um lugar na comunidade e na equipe de saúde, negocia e renegocia cotidianamente os sentidos sobre velhice, gêneros, sobre o uso dos serviços de saúde, práticas preventivas e a promoção de saúde em sexualidade. Pautadas por uma investigação construcionista social, consideramos que abrir espaços para reflexões sobre o trabalho em saúde podem contribuir para as transformações no modelo assistencial de saúde que podem contextualizar a potência de um novo fazer na saúde da família.

Outros temas precisam ser legitimados nos contextos conversacionais que abordam a questão do HIV/Aids. Concordando com Rasera, Vieira e Japur (2004), as conversas a respeito das normas de gênero e dos estereótipos sociais das pessoas que vivem com HIV/Aids podem criar outras possibilidades de construção para suas vidas. A pessoa que vive com HIV pode ser vista além do doente/paciente, sob uma perspectiva de vida além da doença/Aids. As conversações coletivas, sejam entre soropositivos ou entre profissionais da saúde, podem facilitar a promoção do respeito de diferentes estilos de vida, contribuindo para a exploração de alternativas de estratégias frente ao HIV/Aids.

As narrativas das agentes comunitárias ainda aparecem centralizadas na prescrição de comportamentos e atitudes, divergindo da politização e conscientização cidadã. O direito à prevenção, à mobilização social em busca de insumos, à criação de espaços de cultura e lazer no bairro, o acesso à informação, educação, testagem com qualidade e valorização dos moradores locais, suas crenças e moralidades, são práticas que timidamente constituíram as narrativas aqui produzidas. As conversas desenvolvidas no grupo pouco informaram sobre os

direitos básicos de cidadania. Há um contexto social e individual de vulnerabilidade, com poucas garantias dos direitos básicos, moradia e educação que propiciam espaços para a disseminação do vírus, empreendendo um cenário de sinergia de infortúnios e silenciamentos sociais. Propiciar encontros entre sujeitos ativos para a construção social de um novo fazer em saúde, que considere as dimensões integrais do cidadão é um desafio a ser construído e produzido por meio de nossas práticas conversacionais.

Investimentos nas tecnologias leves parece ser uma opção para a construção das mudanças a partir de vozes que informem a potência do diálogo. A Saúde da Família, neste contexto, a partir destas interações, parece abrir possibilidade de acesso às comunidades marginalizadas à atenção em saúde. As polissemias, se legitimadas por meio de nossas interações, podem dar sentido a outros entendimentos acerca das diversidades e heterogeneidades, que abarcam nossas construções de gêneros, sexualidades e moralidades e se presentificam em nossas ações em saúde.

Consideramos que, ao analisar os discursos em grupo com profissionais agentes comunitárias de saúde, estamos contribuindo para reflexões sobre as ações na atenção primária no que tange ao trabalho com HIV/Aids.

Embora a ênfase deste estudo não esteja situada nos grupos de intervenção, grupos de apoio, grupos de supervisão, os achados possibilitam reflexões sobre a importância de legitimarmos espaços de conversação, nos quais fosse possível ampliar os olhares para as vozes sociais que permeiam nossas práticas e para as possibilidades diferenciadas de posicionamentos, que surgem e se constroem nas interações e práticas.

Enfatizar as reflexividades, as relações dialógicas e o senso crítico (e auto-crítico) parece fundamental na elaboração de propostas de políticas e práticas de saúde. O cuidado em saúde necessita abarcar uma dimensão que se interligasse a um conceito ético relacional. A concepção de ética nos diz de uma postura auto-crítica, das formas como nos posicionamos em nossas diferentes práticas sociais, no encontro com o outro, no processo relacional, indefinido e inacabado, como um devir e como uma categoria de orientação para a ação. (TRAVERSO-YÉPEZ, no prelo).

O sucesso das estratégias em prevenção em HIV/Aids não são restritas às ações apenas com foco individualistas. Parte da intercomunicação entre diversos setores sociais: da relação entre governo, organizações não governamentais e comunidades afetadas, incluindo as relações entre pesquisadores, educadores e comunidades e considerando a necessidade de conhecimento das influências das práticas sociais e culturais produzidas. É na aliança entre constructos sociais, científicos e governamentais que é possível apostar no sucesso das respostas de controle à Aids. Sem desconsiderar a importância da determinação dos contextos de risco, diagnosticados pela ciência, a proposta é dialogar tais determinantes com a subjetividade humana, compreendendo como tais riscos são compreendidos e concebidos pelas comunidades (KIPPAX; RACE, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cad. Saúde Públ*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 233-242, abr/jun, 1996.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FRANÇA JR, I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/Aids. In: VIERA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. *Projeto de estudos da mulher: seminário gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Associação da Família, 1999, p.97-109.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In BARBOSA, R. M.; PARKER, R. *Sexualidades pelo avesso – Direitos, Identidades e Poder*. São Paulo: Editora 34, 1999, p.50-72.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In CZENERSNIA, D. & MACHADO FREITAS, C. (orgs). *Promoção de saúde – conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 116-138.

BARBIERI, T. Sobre la categoría de gênero - una introducción teórico - metodológica. In: AZEREDO, S.; STOLCKE, V. (orgs). *Direitos reprodutivos*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1991, p.25-45.

BARRETO, J.; Bem-aventurados os excluídos? In: _____ *O umbigo da reforma psiquiátrica. Cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora: editora UFJF. 2005. 200p.

BARROS, R. D. B.; *Grupo: a afirmação de um simulacro*. 1994. 448f. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 65-76, 2000.

BORGES, C. C. *Sentidos de saúde/doença produzidos em um grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)*. 2002. 160f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Secretaria da Assistência à Saúde, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Secretaria da Assistência à Saúde, p. 05-33, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de DST e Aids – Dados e Pesquisas em DST e Aids*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>> Acesso em 06 abr .2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de DST e Aids – Legislação sobre DST e Aids no Brasil*, Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>> Acesso em 09 mai. 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de DST e Aids – Boletim Epidemiológico, Ano II, nº 01 (1ª a 26ª semanas epidemiológicas)*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9A49113DPTBRIE.htm>> Acesso em 10 dez 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de DST e Aids*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS72418C70PTBRIE.htm>> Acesso em 18 mai 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Atenção básica e saúde da Família – Guia prático do Programa de Saúde da Família, Parte II*. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/publicacoes.php>> Acesso em 10 mar. 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Atenção básica e saúde da Família –* Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em 10 fev. 2006c.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Informes da atenção básica – n.11*. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo11.pdf>> Acesso em 20 jun. 2006d.

BRASIL, Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v.17, n. 2, p. 26-32, mai/ago. 2005.

CAMARGO-JR, K. R. *Biomedicina, saber & Ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003. 195 p.

CAPRA, F. O modelo biomédico. In_____: *O ponto de mutação*. São Paulo: Editora Cultrix, 1982, p. 116-155.

CORDEIRO, H. *Sistema único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991. 184 p.

FERREIRA M. P. S. *Aids: da violência aos direitos humanos à construção da solidariedade*, 1999. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

FIGUEIREDO, M. A. C.; MARCOS, A. Representação social da Aids junto à comunidade. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v.9, n.4, p.8-14, 1997.

FIGUEIREDO, M. A. C.; Aids, ciência e sociedade: a dicotomia entre conhecimento técnico e competência social no trabalho do profissional de saúde. In: COARINI M. L. (orgs), *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Eduem, p. 79-92, 2000a.

FIGUEIREDO, M. A. C. Estudo de representações sobre Aids em pacientes, para a formação profissional visando grupos de suporte para pessoas contaminadas pelo HIV, sintomáticas ou não. *Jornal Brasileiro de Aids*, v. 1, n. 5, p. 22-32, 2000b.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. *Anais VI Congresso Paulista de Saúde Pública*, v.2, p. 145-154, 1999.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR, H. M.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2004.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, p. 64-89, 2003.

GERGEN, K. J. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, n. 40, p.266-275, 1985.

GERGEN, K. J.; McNAMEE, S. *A terapia como construção social*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1998. 263 p.

GUANAES, C. *A terapia como recurso conversacional: o processo de negociação dos sentidos em um grupo ambulatorial de curta duração em saúde mental*. 2004. 214f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

JAPUR, M. Alteridade e grupo: uma perspectiva construcionista social. In: SIMÃO, L. M. (Org). *O outro no desenvolvimento humano: diálogos para a pesquisa e a prática em Psicologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 147-170, 2004.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 295 p.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001, p. 17-38.

MAKSUD, I. Em torno da heterossexualidade. Notas sobre mídia e relacionamentos sorodiscordantes. In: UZIEL, A. P.; RIOS, L. F.; PARKER, R. G. *Construções da sexualidade. Gênero, identidade e comportamento em tempos de AIDS*. Rio de Janeiro: Pallas, 2004, p. 13-28.

MANN, J. TARANTOLA, D. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. 321p.

MANN, J. TARANTOLA, D. *Aids in the world II*. New York: Oxford University Press, 1996. 616 p.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001, p. 39-64.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In _____: *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Editora Hucitec, 2002, p. 115-133.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em debate*, n. 33, p. 83-89, dez. 1991.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In _____: *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 233-297.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOYA, A. L. V. *Cuidado e suporte em HIV/Aids: crenças e representações de uma equipe do Programa de Saúde da Família*. 2005. 50f. Monografia (Conclusão de curso em Psicologia) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

NORONHA, A. B. 12ª Conferência Nacional de Saúde, seis décadas de história. *Radis, Comunicação Em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, n.10, p.11-13, 2003. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/pdf/radis_10.pdf> Acesso em 10 dez. 2003.

OMS, Organização Mundial da Saúde. *Aids epidemic update: december, 2005*. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/epi-update2005_en.pdf>. Acesso em 20 de mai. 2006.

PAIVA, V. Revendo as primeiras abordagens para a prevenção da Aids. In: _____ *Fazendo arte com a camisinha –sexualidades jovens em tempos de Aids*. São Paulo: Summus Editorial, 2000, p.27-48.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R.; O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Ver Saúde Pública*, São Paulo, v.40 (supl), p 109-119, 2006.

PARKER, R.; AGGLETON, P. Estigma, Discriminação e Aids. Coleção ABIA. *Cidadania e Direitos*. n. 1. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, ABIA, Rio de Janeiro, 2001, p. 7-43.

RASERA, E. F. *Grupo de apoio para pessoas portadoras do HIV/Aids: negociando diferenças*. 1999. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

RASERA, E. F. *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e psicoterapia de grupo*. 2004. 188f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

RASERA, E. F.; VIEIRA, E. M.; JAPUR, M. Influence of gender and sexuality on the construction of being HIV positive: as experienced in a support group im Brazil. *Families, Systems, & Health*. V.22, n. 3, p. 340-351, 2004.

RUBIN, G. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: PARKER, R.; AGGLETON, P. (Eds.) *Culture, society and sexuality, a reader*. Philadelphia:UCL Press, 1999, p. 143-196.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa de Saúde no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.10, n.1, p. 01-12, 2001.

SÃO PAULO (Estado). *Secretaria da Saúde do Município de Ribeirão Preto*. Doenças. Aids Disponível em < <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.Asp?pagina=/ssauade/doencas/i16doencas.htm> > Acesso em 20 mar. 2006.

SILVA, A. J.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Revista Interface – Debates – Comunic. Saúde, Educ*, v. 6, n. 10, p.75-96, 2002. Disponível em: < <http://www.interface.org.br/revista10/debates1.pdf> > Acesso em 20 dez. 2002.

SILVA, L. J. Saúde pública e responsabilidade social. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 1, 2002.

SILVA, N. E. K. et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 108-116, 2002.

SILVA, R. V. B.; STELET, B. P.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHERO, R.; MATTOS, A. *Cuidado. As fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005, p. 75-90.

SOUSA, M. F. *A cor-agem do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2003, 141 p.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (org.) *Práticas discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas*, São Paulo: Cortez, 1999, p.93-123.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para a análise de práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (org.) *Práticas discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas*, São Paulo: Cortez, 1999, p.41-62.

TAKAHASHI R. F.; OLIVEIRA M. A. C. *Manual de Enfermagem*. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem> Acesso em 20 mai 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface da psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, 2001.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. Dilemas sobre a promoção da saúde: a pertinência da Psicologia Social nessa reflexão, no prelo.

UNGASS, United Nations General Assembly on AIDS Special Session. *Declaration of Commitment on HIV/Aids*, New York: UN Department of Public Information, 2001.

UNGASS, United Nations General Assembly on AIDS Special Session. Disponível em <http://www.ungass.org/index.php/pt/ungass/declaration_of_commitment> Acesso em 20 de jun 2006.

VANCE, C. S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-31, 1995.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. (org.) *O corpo educado – pedagogias da sexualidade*, Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 37-81.

KIPPAX, S.; RACE, K. Sustaining safe practice: twenty years on. *Social Science & Medicine*, Austrália, v. 57, p. 01-12, 2003.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Meu nome é Nara Helena Lopes Pereira da Silva, psicóloga, mestranda pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia e Educação. Estou pesquisando sobre a vulnerabilidade em Aids em um núcleo de saúde da família. Sou a pesquisadora responsável, juntamente com a orientação da Professora Doutora Cármen Lúcia Cardoso, psicóloga e professora desta mesma faculdade. O objetivo deste estudo é rastrear a construção de sentidos produzidos em grupos com agentes comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família no que se refere à vulnerabilidade em Aids. Para isso precisamos de sua colaboração e gostaríamos de poder contar com sua participação.

Para participar deste estudo você deve estar ciente que:

- Sua participação é voluntária;
- Sua identidade não será revelada publicamente e seu nome, omitido ao final do trabalho.
- A atividade será gravada em fita de áudio e seu conteúdo será transcrito para serem utilizados em trabalhos científicos.
- Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo;
- Você é livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento, por qualquer motivo, sem que isso implique em qualquer prejuízo, tendo suas informações inutilizadas.
- Pode ficar com uma cópia desse termo de consentimento assinada por mim e pela orientadora.
- Qualquer dúvida com relação a sua participação poderá ser esclarecida com a pesquisadora ou com a professora orientadora, Prof.^a Dr.^a Cármen Lúcia Cardoso, docente da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, que poderá ser encontrada no endereço: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras - F.F.C.L.R.P.

Departamento de Psicologia e Educação – Bloco E

Av. Bandeirantes, nº 3900, CEP: 14040-901, Ribeirão Preto. Fone: (16) 602 – 3660

Obrigada pela sua atenção e colaboração!

Eu, _____, aceito participar voluntariamente do presente estudo. ASSINATURA: _____

Pesquisadora responsável:

Nara Helena Lopes Pereira da Silva, CRP: 06/73462

Orientadora responsável:

Cármen Lúcia Cardoso, CRP: 06/34218

APÊNDICE B - DESCRIÇÃO DETALHADA DAS UNIDADES

NÚCLEO DA SAÚDE DA FAMÍLIA VIOLETA

O primeiro contato

Nesta Unidade foi possível um primeiro contato mais próximo, pois as agentes me receberam ainda na sala do café. Ali elas contaram um pouco sobre suas dificuldades e das características da população. Comentam sobre dificuldades econômicas por elas vividas, familiares e pessoais. Referem diversas vezes a necessidade de um psicólogo na equipe para auxiliá-las a enfrentar o cotidiano pessoal e profissional. Neste local pude também conversar com a enfermeira sobre as características da população. A equipe atende em média 710 famílias e a maioria da população é adulto jovem. É também uma região bastante carente, formada por favelas, moradias sem esgoto e luz. A maioria dos casos acompanhada pela equipe é de hipertensão. Entre a população, há muitas gestantes. No momento não há atividades específicas para esta população e em referentes à temática do estudo.

Para a apresentação do estudo estavam presentes apenas a médica da Unidade e as agentes comunitárias de saúde. A médica enfatiza a necessidade de tal estudo na área, em virtude do elevado número de gestantes sem planejamento e de usuários de drogas. Explica para as agentes o termo vulnerabilidade e diz que é preciso simplicidade para conversar com as agentes sobre HIV/Aids, pois elas não compreendem alguns termos, como, por exemplo, o da vulnerabilidade. Já as agentes comentam que visitam poucos casos (três) e que um foi diagnosticado pela equipe. Falam sobre a dificuldade em abordar as famílias sobre a temática, pois não sabem como conversar com essas famílias.

Os Agentes Comunitários de Saúde

Núcleo de Saúde da Família Violeta trabalham atualmente quatro agentes comunitários de saúde. Todos aceitaram participar do trabalho. Neste grupo, não referiram as idades. Segue a caracterização de cada uma segundo suas falas:

Laura: trabalha como agente comunitária há 4 anos. Relata que como fez parte de uma das primeiras equipes de saúde da família, julga que o início foi muito difícil, pois ainda não se sabia qual seria seu papel e nem como seria o trabalho na comunidade. Antes de se tornar agente comunitária, informa que trabalhou em escritório.

Marisa: trabalha há 3 anos como agente. Anteriormente estava desempregada e nunca tinha trabalhado na área da saúde.

Valéria: trabalha há aproximadamente 2 anos como agente comunitária. Anteriormente, trabalhou por muito tempo como segurança em diversos locais. Gostava da profissão, mas foi influenciada pela amiga Marisa a prestar o concurso para agente comunitária. Considera que por ter entrado na equipe depois das demais agentes, foi “mais fácil” (sic) definir seu trabalho com a comunidade.

Denise: trabalha como agente há 3 anos. Fala pouco, diz apenas que sua entrada como agente comunitária “foi bastante atrapalhada” (sic).

Rita: trabalha há aproximadamente 3 anos como agente comunitária. Diz que estava desempregada na época e foi estimulada por conhecidos a participar da seleção.

A entrevista em grupo

Logo que chego, as agentes me avisam que vão atrasar para iniciar o grupo pois o café atrasou. Dirijo-me a sala onde acontecerá a entrevista em grupo e há uma agente comunitária fazendo relatório. Após 15 minutos, esta mostra-se indignada pelo atraso das demais, diz que ali cada um faz o que quer como quer, sai da sala e se dirige para a copa onde estão as demais. Pouco tempo depois elas chegam. Fazemos uma breve apresentação, conversamos sobre o Termo de Consentimento.

Durante o grupo, elas mostram-se sempre interessadas e prestando atenção nas conversas. Uma delas, depois de algum tempo aparenta estar passando mal, estava gripada, sai um momento e vai até o banheiro e volta imediatamente. Esta, a medida que o grupo continua, vai mostrando-se desanimada. As demais participam, conversam e prestam atenção nos assuntos.

Ao final do grupo, alguns minutos antes de encerrar, elas já se mostram cansadas. Tento finalizar o grupo, comunicando que estamos caminhando para o encerramento, uma ri, falando que

elas não responderam o que eu queria ouvir. Nisso elas começam falar da experiência pessoal de cada uma delas e o grupo continua. Tempo depois caminhamos para encerrar o grupo, retomo a fala anterior da agente sobre “o que eu queria ouvir” e ela fala mais um pouco.

Após o encerramento, elas agradecem e uma agente entrega o termo de consentimento e fala que gostaria de ver o resultado do meu trabalho devolvido para a comunidade e não apenas para elas.

NÚCLEO DA SAÚDE DA FAMÍLIA ROSA

O primeiro contato

O Primeiro contato com os profissionais deste Núcleo ocorreu em uma reunião de discussão de família da equipe, onde estão presentes os agentes comunitários, médicos, docentes, auxiliar de enfermagem e alunas de enfermagem. Este contato foi combinado para eu conhecer a Unidade e apresentar a minha proposta de trabalho. Durante nossa conversa, a equipe refere que tem pouco caso de soropositivos na Unidade, comentam sobre a dificuldade de identificar os portadores na comunidade, pois estes buscam apenas os atendimentos especializados. Uma agente diz que apenas uma família é acompanhada, porém não se conversa sobre a temática HIV/Aids nas visitas. A equipe não desenvolve nenhum trabalho específico de HIV/Aids na comunidade.

Os agentes comunitários de saúde

Trabalham no Núcleo de Saúde da Família Rosa atualmente quatro agentes comunitários de saúde. Todos aceitaram participar do trabalho. Nesta Unidade, em específico, de uma maneira descontraída, eles optaram por não revelar a idade exata de cada participante. Abaixo estão as descrições segundo suas falas:

Luis: tem menos de 30 anos, diz que é agente comunitário há aproximadamente dois anos. Antes da atual ocupação, ele trabalhava como auxiliar de escritório, com “papelada” (sic). Segundo ele, agora trabalha com gente, e relata preferir “gente a cuidar papel” (sic).

Kátia: diz que “está no meio dos trinta” (sic) anos, refere ser agente comunitária há aproximadamente quatro anos. Antes de ser agente comunitária era professora, formou-se em pedagogia e também já foi auxiliar de escritório.

Carla: diz ter mais de trinta anos e que trabalha como agente comunitária há mais ou menos quatro anos. Diz que já foi secretária, escriturária, auxiliar de escritório. Tem três filhos e é casada.

Marta: relata ter mais de trinta anos, e é agente comunitária há aproximadamente quatro. Disse que já foi professora em uma época que não tinha oportunidade, foi como estagiária, substituta ou voluntária, depois, para auxiliar no sustento da família, foi coordenadora, chefe, dona de bar e “até pasteleira” (sic). Por último, trabalhava com a comunidade, autodenominando-se “líder comunitária” (sic). Relata que está há vinte e três anos participando da associação do bairro, federações, participação popular na saúde. É definida por Luis como “a fundadora do bairro”.

A entrevista em grupo

A entrevista em grupo começou com duas horas de atraso do horário combinado. Inicialmente Kátia se mostra envergonhada diante do gravador e não quer falar. Geralmente, Carla falava por ela, e Kátia apenas gesticulava. Passado algum tempo, Kátia conversa, porém em voz baixa. Durante toda a entrevista ocorreram conversas paralelas entre os participantes, extensos momentos de silêncio e pouco envolvimento com a temática do HIV/Aids. No geral, o grupo respondia às minhas perguntas, porém não davam continuidade aos assuntos. Falaram sobre as condições de vida da população e quando as falas eram relacionadas ao tema, na concepção deles, a comunidade tinha outras preocupações “maiores” (sic) relacionadas às condições econômicas, como moradia, desemprego e desestruturação familiar, entre outros, que em não eram relacionados à vulnerabilidade ao HIV. Falam pouco sobre atividades preventivas e demonstram pouca motivação para participarem da entrevista.

NÚCLEO DA SAÚDE DA FAMÍLIA GÉRBERA

O primeiro contato

O Primeiro contato com a equipe para a realização deste estudo aconteceu de modo conturbado. Todo o processo para agendar um dia para explicar sobre o trabalho aconteceu diretamente com as agentes. No dia combinado apenas uma agente chegou no horário. Após meia hora, optei por explicar para ela sobre minha proposta e conversar sobre maneiras de encontrar as demais. Para esta agente, a proposta foi interessante e disse que para outras duas agentes também seria, porque estas haviam vivido há pouco tempo a perda de uma pessoa querida soropositiva. Uma hora depois outra agente chega dizendo havia esquecido a reunião. Para ela o tema é interessante e refere também sobre as visitas realizadas nas casas das travestis da comunidade. Meia hora depois a terceira agente chega dizendo que teve problemas em casa, por isso se atrasou. Ela também se interessa pela proposta e comenta sobre o falecimento recente de uma pessoa próxima, soropositiva. Já configurando um espaço comum para conversarmos, elas informam que uma das agentes que está em período de férias e não participaria do nosso encontro. Já a outra não estava trabalhando no período. De maneira geral, elas aceitam participar do estudo e neste dia já combinamos uma data para a realização da entrevista em grupo. Converso com a última participante um momento antes da entrevista, pois ela esteve em férias também até o dia combinado. Ela aceita participar, porém diz que apenas irá ouvir a conversa.

Os agentes comunitários de saúde

No Núcleo de Saúde da Família Gérbera, cinco agentes comunitários de saúde trabalham. No grupo apenas quatro participaram, pois durante o período combinado para o trabalho, um agente estava em férias. Abaixo a descrição segundo suas falas:

Elaine: 27 anos, diz que é agente comunitária há aproximadamente quatro anos e sete meses. Antes da atual ocupação era dona de casa.

Hélia: 42 anos, refere ser agente comunitária há quatro anos e sete meses, e quando perguntado sobre a profissão anterior refere apenas que quando começou a trabalhar no NSF fazia pouco tempo que residia na cidade.

Juliana: 31 anos, trabalha como agente comunitária há dois anos. Antes da atual ocupação era telefonista.

Gabriela: 43 anos, trabalha como agente comunitária há quatro anos. Diz que antes de se tornar agente, era comerciante e dona de casa.

A entrevista em grupo

No dia da realização da entrevista em grupo, quando cheguei não havia nenhuma agente na Unidade. Fui até a sala onde aconteceria a entrevista em grupo. Logo, uma agente chega e senta-se ao meu lado e ficou aguardando a chegada das demais. Em seguida a segunda participante chega, porém se dirige ao computador, onde realiza algumas atividades do trabalho. A terceira agente, por diversas vezes entrava no local e saía até o momento de distribuição do Termo de Consentimento. A última participante, que fora avisada no dia, disse apenas que participaria como observadora, pois estava com dificuldades para falar, decorrente de uma gripe. Disse também que não iria conversar e até se propôs a ficar fora do grupo. Entretanto, após meu convite para sentar-se próxima, junta-se às demais, que já estavam se organizando em círculo. Neste momento, foi distribuído o Termo de Consentimento, lido conjuntamente e assinado por elas. Em seguida, fizemos uma breve apresentação e iniciamos a conversa sobre HIV/Aids. Elas mostraram-se bastante participativas, demonstraram conhecimento sobre a temática, busca por informações e vivências profissionais. A conversa foi fluente, poucas vezes precisei me colocar, dado que elas estavam envolvidas com os diálogos. Por vezes, o grupo foi marcado por um clima de tensão e discussão, que possibilitou um espaço para negociação dos sentidos. Relataram casos acompanhados, falaram sobre suas dificuldades no trabalho, suas crenças e expectativas sobre a Estratégia de Saúde da Família.

FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO

CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
RIBEIRÃO PRETO – SP

Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331

138

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP**

OF. N.º. 91/05/COORD. /CEP/CSE-FMRP-USP. 18/02/2005.

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 36ª reunião ordinária, realizada em 15 de fevereiro de 2005, analisou e apreciou o parecer do Senhor Relator, referente ao Projeto de Pesquisa: **“Programa de Saúde da Família: sentidos produzidos com agentes comunitários de saúde sobre vulnerabilidade em Aids”**. Protocolo: 0142/CEP/CSE-FMRP-USP, que está sendo conduzido por V. V. S^a e pela orientanda Nara Helena Lopes Pereira da Silva, foi **aprovado**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof.^o. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Prof.^a. Dra. Carmen Lúcia Cardoso

Departamento de Psicologia e Educação

Programa de Pós Graduação em Psicologia da

FFCL de Ribeirão Preto-USP.