



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Daniele Raimundo Neves Pessoa

**Mulheres, jovens, negras e positivas para o HIV... quem elas são? Perspectivas
interseccionais na trajetória de mulheres grávidas com HIV em
acompanhamento de saúde no núcleo perinatal do Hospital Universitário
Pedro Ernesto/UERJ**


Rio de Janeiro

2018

Daniele Raimundo Neves Pessoa

**Mulheres, jovens, negras e positivas para o HIV... quem elas são?
Perspectivas interseccionais na trajetória de mulheres grávidas com HIV em
acompanhamento de saúde no núcleo perinatal do Hospital Universitário**

Pedro Ernesto/UERJ



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Trabalho e Política Social

Orientadora: Prof.^a Dra. Carla Cristina Lima de Almeida

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CCS/A

P475 Pessoa, Daniele Raimundo Neves.
Mulheres, jovens, negras e positivas para o HIV... quem elas são? Perspectivas interseccionais na trajetória de mulheres grávidas com HIV em acompanhamento de saúde no núcleo perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ / Daniele Raimundo Neves Pessoa emocionais na APAC – 2018.
176 f.

Orientadora: Carla Cristina Lima de Almeida.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social
Bibliografia.

1. AIDS (Doença) em mulheres – Teses. 2. Gravidez. – Teses. 3. Serviços de saúde para mulheres – Teses. I. Almeida, Carla Cristina Lima de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 619.7

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Daniele Raimundo Neves Pessoa

Mulheres, jovens, negras e positivas para o HIV... quem elas são? Perspectivas interseccionais na trajetória de mulheres grávidas com HIV em acompanhamento de saúde no núcleo perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Trabalho e Política Social

Aprovada em 26 de Outubro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Carla Cristina Lima de Almeida (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof. Dr. Guilherme Silva de Almeida
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof.^a Dra. Ana Elizabeth Lole dos Santos
Departamento de Serviço Social - PUC- RJ

Prof.^a Mestre Marcia Cristina Lima dos Santos
Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à todas as mulheres que, enquanto Assistente Social atendi e conheci em minha trajetória profissional no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Suas histórias me inquietaram enquanto pesquisadora e me ensinaram como elas nem imaginam...

AGRADECIMENTOS

Preciso pontuar que embora a formalidade aponte o dia 31 de agosto de 2016 como o primeiro dia de aula do curso que agora se encerra com a apresentação desta pesquisa, posso garantir que para mim o mestrado se inicia bem antes.

Considero seu início quando, no meu cotidiano sou atravessada por inúmeras inquietações diante dos atendimentos às mulheres que chegavam a maternidade do HUPE de diversos bairros e municípios do Rio de Janeiro.

Histórias tão singulares, tão plurais... e que me inquietavam... me faziam refletir tanto!

O fato de estar lotada num Hospital Universitário, recebendo anualmente residentes e estagiários me impulsionava ainda mais a qualificar meu exercício profissional.

'O que você quer estudar?', esta foi a pergunta que ouvi inúmeras vezes durante este processo... Pra mim, sinceramente, durante muito tempo meu objeto ainda não estava tão claro, a única certeza que eu tinha era que eu precisava dar visibilidade às trajetórias, às questões trazidas cotidianamente por essas mulheres... Maria gestante, Joana puérpera, Flávia como primeira gestação e Cátia como terceira... planejadas ou não... Ah! os nomes, estes aqui citados não são reais... mas as histórias sim! E de uma riqueza absoluta que me instigavam a cada dia querer pesquisar mais, conhecer mais... Eu precisava me qualificar profissionalmente para continuar atendendo essas mulheres.

Então era isso, eu queria conhecer a trajetória de vida das mulheres gestantes e puérperas que chegavam para atendimento no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto, e inocentemente acreditei que seria só isso... Mas não foi! Este processo me fez repensar muitíssimo sobre a minha trajetória também!

O período formal dedicado ao mestrado foi marcado por um contexto conjuntural extremamente delicado, com um significativo período de greve dos servidores em todo o Estado do Rio de Janeiro e a UERJ não seguiu ilesa neste cenário.

Foram meses marcados por atrasos de salários, o que resultou na redução significativa do número de atendimento no HUPE, diante da redução de leitos e de agenda ambulatorial, uma vez que os servidores passaram a trabalhar sob regime de escala, tamanha era a dificuldade em estar ali. Na universidade não foi diferente, o mesmo contexto resultou em um longo período sem aulas e um calendário marcado por semestres apertados e remanejados.

Como ser humano, meu 'corpo gritou', e minha trajetória neste período foi marcada por momentos de adoecimento... Isso não estava planejado... assim como as questões que perpassavam as mulheres que eu entrevistava, mas isso é vida real!

Concluo este processo, e mesmo que ao olhar para trás eu consiga perceber tantas dificuldades, é inegável o quão valoroso foi todo este investimento.

A célebre frase de Platão que diz 'só sei que nada sei' esteve comigo constantemente... Tanta coisa lida, aprendida, como cresci! E como ainda vejo tanta coisa ainda a ser descoberta!

Assim, entendo que neste momento de encerramento eu não poderia deixar de agradecer a todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Agradeço primeiramente a Deus por ter cuidado de mim a todo momento.

Agradeço a minha mãe pela compreensão, paciência, carinho, pelas constantes orações e incentivo. Mesmo não compreendendo exatamente o significado desta qualificação ela sabia que era muito importante pra mim, e isso bastou! Você cuida de mim e eu te amo incondicionalmente. Como você é importante na minha vida!

Ao meu querido filho Nicolas, por entender minha ausência, por achar que 'em vários momentos me perdeu para aquele monte de livros' e ainda assim sorrir comigo a cada dia e me repetir cotidianamente o quanto me admira. Ahhhh garoto! Não tenho palavras pra escrever exatamente tudo que sinto por você!

A minha irmã Denise, pelo apoio incondicional de sempre, por acreditar em mim e estar presente sempre! Você tem meu eterno amor e gratidão!

Ao meu 'preferido', Miguelzinho, e ao meu cunhado Rodrigo, por de alguma forma entenderem minha ausência em tantos momentos.

À querida amiga Mayana, pelas conversas, desabafos, discussões, parceria. Por ser exatamente quem você é! Obrigada pela força, carinho e incentivo! Te admiro demais!

Agradeço também aos demais amigos e colegas que de algum modo colaboraram nesse processo.

Às assistentes sociais do Hospital Universitário Pedro Ernesto e em especial à Darci, chefe do Serviço Social do pelo carinho de sempre e pelo incentivo para minha qualificação profissional.

À Mayana, Bia, Josi, Alyne, Lene, Drica e Eva, minhas companheiras, assistentes sociais e residentes lotadas no Núcleo Perinatal do HUPE, pelo apoio de sempre, pelas discussões cotidianas e por me apoiarem inclusive nos momentos que precisei estar ausente.

À todos os profissionais do Núcleo Perinatal do HUPE.

À minha turma de mestrado, em especial às amigas Márcia e Dayana. Obrigada por compartilharem momentos tão importantes neste processo. Vocês são presentes que eu ganhei no mestrado. É amizade para vida!!!

A todos os professores e funcionários da Faculdade de Serviço Social da UERJ que participaram desse processo.

Meu muito obrigada em especial a querida orientadora Carla. Ter você como orientadora foi um grande presente. Quantas vezes eu chegava na UERJ desanimada, confusa e você conseguia me fazer sair de lá acreditando que era possível. E foi! Muito, muito obrigada por compartilhar comigo seu conhecimento! Você é leve! É admirável!

À minha eterna 'precept' e querida amiga Márcia Brasil que aceitou prontamente o convite de estar partilhando comigo deste processo. Seria impossível não te admirar! Como aprendo sempre com você!

Ao queridos professores Guilherme e Ana Lole, obrigada por terem aceitado o convite de participar desta banca, por compartilharem tanto conhecimento e por terem contribuído tanto com este processo!

Agradeço também às mulheres que aceitaram contribuir com esta pesquisa partilhando comigo de suas histórias. Foi enriquecedor!

A todos o meu muito obrigada!

Maria, Maria

Maria, Maria / É um dom, uma certa magia / Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece viver e amar / Como outra qualquer do planeta

Maria, Maria / É o som, é a cor, é o suor / É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri quando deve chorar / E não vive, apenas aguenta

Mas é preciso ter força / É preciso ter raça / É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca / Maria, Maria / Mistura a dor e a alegria

Mas é preciso ter manha / É preciso ter graça / É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca / Possui a estranha mania / De ter fé na vida

Milton Nascimento

RESUMO

PESSOA, Daniele Raimundo Neves. *Mulheres, Jovens, Negras E Positivas Para O Hiv... Quem Elas São? Perspectivas Interseccionais na Trajetória de Mulheres Grávidas com HIV Em Acompanhamento de Saúde no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ*. 2018. 176f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Esta dissertação constitui um estudo acerca da trajetória de mulheres com HIV em acompanhamento de saúde no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ. O objetivo foi identificar os determinantes sociais na interseccionalidade de gênero, sexualidade, classe social, raça, sexualidade, dentre outros que interferem no processo saúde/doença de mulheres gestantes/puérperas com HIV que acessam o Hospital Universitário Pedro Ernesto para acompanhamento no ambulatório de pré natal ou parto. Este estudo foi construído a partir da hipótese de que embora preconizado por várias legislações (PAISM, SUS, PNAISM), na prática o olhar integral sobre a saúde da mulher com HIV não se efetiva, permanecendo o foco das ações no período reprodutivo. A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa, com base no método crítico-dialético e foi desenvolvida no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto, a partir da realização de entrevistas com mulheres com diagnóstico de sorologia positiva para o HIV que foram atendidas no Núcleo Perinatal do HUPE. Os resultados apontaram que a realidade social vivida pelas participantes desta pesquisa, é marcada pela naturalização das desigualdades econômicas, raciais e de gênero/sexualidade, fazendo que elas embora lutem cotidianamente resistindo a todos esses atravessamentos por vezes não conseguem fazer uma leitura de todo o contexto de suas vidas. A pesquisa observou também que, embora nem todas tenham sido diagnosticadas durante o período gravídico puerperal, é neste momento que os serviços de saúde compõem suas histórias, confirmando a hipótese de que o acesso delas aos cuidados de saúde está pautado por este período. Nesse contexto, aponta a necessidade de que se caminhe na garantia da atenção à saúde integral da mulher.

Palavras-Chave: Mulheres. HIV. Interseccionalidade. Gravidez. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

PESSOA, Daniele Raimundo Neves. *Women, young, black and positive to HIV ... who are they? Intersectional perspectives on the trajectory of pregnant women with HIV in health monitoring in the perinatal center of Pedro Ernesto University Hospital / UERJ*. 2018. 176f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This dissertation is a study about the trajectory of women with HIV in health care in the Perinatal Center of the Hospital Universitário Pedro Ernesto. The objective was to identify social determinants in the intersectionality of gender, sexuality, social class, race, sexuality, among others that interfere in the health / illness process of pregnant / postpartum women with HIV who visit the University Hospital Pedro Ernesto for follow - natal or childbirth. This study was based on the hypothesis that although it is recommended by several legislations (PAISM, SUS, PNAISM), in practice, the integral approach to the health of women with HIV is not effective, remaining the focus of the actions during the reproductive period. The methodology used was qualitative, based on the critical-dialectic method and was developed in the Perinatal Nucleus of Pedro Ernesto University Hospital, based on interviews with women diagnosed with positive serology for HIV who were attended at the Perinatal Nucleus of the HUPE. The results pointed out that the social reality lived by the participants of this research is marked by the naturalization of the economic, racial and gender/sexuality inequalities, making them although they struggle daily resisting all these crossings sometimes they can not make a conjunctural reading of the whole context of Your lives. The research also observed that although not all of them were diagnosed during the puerperal pregnancy period, it is at this moment that the health services compose their stories, confirming the hypothesis that their access is based on this period. In this context, it points out the need to ensure that women's health care is guaranteed.

Keywords: Woman. HIV. Intersectionality. Pregnancy. Woman Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|--------|--|
| BENFAM | Bem-Estar Familiar no Brasil |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CIPD | Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas |
| CF | Constituição Federal |
| CFESS | Conselho Federal de Serviço Social |
| DIP | Doenças Infecto Parasitárias |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível (Nomenclatura utilizada anteriormente e que foi substituída por IST - Infecção Sexualmente Transmissível) |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus, que em português significa Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HUPE | Hospital Universitário Pedro Ernesto |
| HSH | Homens que fazem sexo com homens |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PEP | Profilaxia Pós-exposição |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PEP | Profilaxia Pós-exposição |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher |
| PNSIPN | Política Nacional de Saúde Integral da População Negra |
| PREP | Profilaxia Pré-exposição (PrEP). |
| SISREG | Sistema de Regulação de Vagas |
| SCIELO | Scientific Electronic Library Online |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UNAIDS | Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|-----|
| | INTRODUÇÃO | 13 |
| 1 | MULHERES E POLÍTICA DE SAÚDE | 21 |
| 1.1 | Um pouco de história da Política de Saúde da Mulher | 22 |
| 1.2 | O Programa de Planejamento Familiar e o foco na mulher reprodutora | 29 |
| 1.3 | Direitos Sexuais e Reprodutivos | 35 |
| 1.4 | Quem são essas mulheres? A interseccionalidade como pano de fundo | 39 |
| 2 | MULHERES E HIV | 52 |
| 2.1 | Histórico do HIV/Aids: perspectivas interseccionais | 55 |
| 2.2 | Relações de Gênero, maternidade e HIV/AIDS | 64 |
| 2.3 | Afetos, Sexualidades e Conjugalidades em tempos de HIV/AIDS.. | 73 |
| 3 | QUANDO A TRAJETÓRIA DA PESQUISA ENCONTRA A TRAJETÓRIA DAS MULHERES | 81 |
| 3.1 | Mulheres, jovens, negras e positivas para o HIV... Quem elas são? | 90 |
| 3.2 | Gênero, Sexualidade e Práticas Heterossexuais | 98 |
| 3.2.1 | <u>O uso do preservativo enquanto estratégia de prevenção</u> | 104 |
| 3.3 | O momento do diagnóstico e sua repercussão | 119 |
| 3.3.1 | <u>A revelação pós diagnóstico</u> | 113 |
| 3.3.2 | <u>A restrição à amamentação - Interdições aos símbolos da maternidade</u> | 116 |
| 3.4 | Positivo! Desafios e resistências para a afirmação do gênero/sexualidade/reprodução de mulheres jovens adultas com HIV | 125 |
| 3.4.1 | <u>O aborto</u> | 128 |
| 3.5 | Percepções sobre HIV... <i>tem horas que você até esquece</i> | 135 |
| 3.5.1 | <u>Preconceito e HIV</u> | 138 |
| 3.5.2 | <u>Preconceito meu, dele, dela, e todos nós! Os estereótipos percebidos na fala das entrevistadas sobre o HIV</u> | 143 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 3.5.3 | <u>Viver com o HIV e o mercado de trabalho</u> | 147 |
| | CONCLUSÃO | 153 |
| | REFERÊNCIAS | 157 |
| | APÊNDICE A - Roteiro de entrevista..... | 167 |
| | APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 169 |
| | ANEXO A - Tabela 1 - Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico..... | 171 |
| | ANEXO B - Tabela 2 - Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico..... | 172 |
| | ANEXO C - Tabela 3 - Gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto..... | 173 |
| | ANEXO D - Tabela 4 - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo raça/cor, por ano de diagnóstico..... | 174 |
| | ANEXO E - Tabela 5 - Distribuição percentual dos casos de AIDS notificados no SINAN, segundo raça/cor, por ano de diagnóstico..... | 175 |
| | ANEXO F - Tabela 06 - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo nível de aprendizado adquirido, por ano de diagnóstico..... | 176 |

INTRODUÇÃO

O trabalho em questão teve como objeto de estudo os determinantes sociais¹ tratados na interseccionalidade de gênero, sexualidade, classe social, raça, dentre outros do processo saúde/doença de mulheres com HIV² que acessam o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)/UERJ para acompanhamento no período da gestação e pós-parto, ambulatório de pré-natal ou parto. A pesquisa destacou atenção para análise do momento que essas mulheres são percebidas pelo Sistema Único de Saúde.

Este destaque se justifica porque historicamente a saúde da mulher esteve restrita ao período reprodutivo, valorizando a percepção da mulher a partir de um corpo que reproduz, ou seja, a partir da ciência da diferença (ROHDEN, 2009). Afirmação que pode ser ilustrada pela própria organização da medicina, com as especialidades de ginecologia e obstetrícia e com ações que remetem ao 'controle' do corpo feminino, que é instável, e marcado por 'ciclos' como a puberdade, gravidez e menopausa.

A compreensão do período da gravidez, parto e pós-parto enquanto momentos de vulnerabilidade para a população feminina reforça esta construção social que atribui às mulheres o ato de gestar, parir e maternar como algo inato a todas elas. Assim, este olhar desconsidera a autonomia das mulheres sobre seus corpos numa compreensão de que a reprodução e a maternidade seriam praticamente um desejo natural de toda a mulher³.

Desta forma, além de desconsiderar a integralidade como conceito estruturante da saúde da mulher, este entendimento também reduz a discussão de gênero ao homogeneizar todas as mulheres num modelo único, ignorando a

¹ Neste estudo, nossa proposta envolve a compreensão dos determinantes sociais numa concepção abrangente, envolvendo também as questões de gênero, sexualidade, raça e etnia que, ao longo do trabalho ficará claro ao leitor a importância de inserir tais temáticas enquanto determinantes de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, define como determinantes sociais da saúde as condições em que uma pessoa vive e trabalha. Considerando também os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

² Human Immunodeficiency Virus, que em português significa Vírus da Imunodeficiência Humana.

³ Além de desconsiderar que esses eventos não envolvem somente a mulher, mas todo um contexto de relacionamentos com outros sujeitos, como parceiros/as, familiares, amigos, etc.

pluralidade e historicidade do feminino e invisibilizando as questões de raça, classe, etnia, sexualidade e culturais que perpassam esse processo.

Outrossim, ao pensarmos a "saúde da mulher" nosso olhar não deve estar restrito a um modelo único, e menos ainda para "a mulher reprodutora". Há uma pluralidade de questões que perpassam as experiências das mulheres e seus modos de vivenciar saúde e doença, que não se resumem ao modelo "maternalista". Análises restritas a este modelo acabam por recair sobre a definição do feminino, produzindo, além disso, uma dicotomia entre "feminino x masculino" como instâncias naturalmente dadas e opostas.

Além de todas essas questões que atravessam tanto o feminino quanto o masculino, é importante ressaltar que essas "definições" não são fixas, ao contrário, elas assumem diferentes significados ao longo da história.

Segundo Ávila e Correa (2003), a concepção de "saúde da mulher" num olhar mais ampliado vai se construindo também em resposta ao movimento feminista que na década de 1970 trazia o *slogan*: "Nosso Corpo nos Pertence" que embora radical e emancipatório impulsionou o debate para o reconhecimento da autonomia da mulher sobre o seu corpo, lugar primeiro da existência humana.

Este contexto remete à autonomia de cada indivíduo sobre seu corpo, ou seja, aos direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos. Os fundamentos desses direitos consistem em análises recentes tanto no Brasil quanto em todo o mundo, sendo ainda um desafio pensá-los na perspectiva da diversidade de gênero e sexualidade de mulheres trans, lésbicas, por exemplo. Isto porque, conforme destacado, até a década de 1980 toda a discussão sobre a mulher estava restrita ao período da gravidez e ao cuidado com as crianças e, ao pensar em sua saúde, o foco não era diferente, as ações e serviços estavam direcionados ao período reprodutivo.

Em 1984, o Ministério da Saúde recebendo influências do movimento da reforma sanitária que se espalhava no país e de concepções oriundas das lutas feministas, instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM. Este programa simboliza um marco uma vez que rompe com os programas verticais de atenção à saúde existentes até então e trazia a proposta de um olhar integral à saúde da mulher e não mais restrito ao período gravídico puerperal, como ocorria até então.

O PAISM foi considerado um avanço, uma vez que estendeu sua preocupação à realidade complexa da saúde das mulheres e fomentou a oferta de ações e serviços que preconizassem o protagonismo delas nas decisões sobre sexualidade e maternidade. Para tanto, incentivou a oferta de atividades de práticas educativas que passaram a integrar as ações de saúde com o objetivo de impulsionar a participação das mulheres nas decisões e condutas diagnósticas e terapêuticas, além de incidir sobre as relações assimétricas de poder presentes entre profissionais de saúde e mulheres.

Esse contexto de lutas e avanços resultou em diversos estudos⁴ que corroboram a ideia de que as questões como classe, renda, orientação sexual, raça, dentre outras perpassam as dimensões de gênero. A princípio, podemos cogitar que esta compreensão já se encontra apontada em vários documentos que se inclinam a estudar o tema. Contudo, minha experiência profissional cotidianamente se defronta com elementos que me inquietaram e motivaram a iniciar a pesquisa.

Como exemplo destes elementos posso apontar o número de mulheres que "faziam adesão"⁵ ao acompanhamento de saúde" apenas durante o período da gestação e pós-parto, com a justificativa de "não querer passar nada para o bebê". Muitas relatavam que a gestação não havia sido planejada e sobre a dificuldade em 'negociar' o uso do preservativo com o companheiro.

Algumas relataram desconhecer a condição sorológica do companheiro por não possuir na relação espaço para diálogo sobre a questão. São relacionamentos, como aponta Scott (1988, p. 11), marcados por relações de poder. Algumas são inclusive vítimas de violência sem ao menos se perceberem como tal, uma vez que, em alguns casos, suas histórias de vida já apontavam para a naturalização daquele cenário.

Ao lado desse aspecto, estudos têm apontado que as questões de gênero imprimem transformações no perfil epidemiológico da infecção pelo vírus HIV, incluindo grupos que não se percebiam como 'risco'⁶ como, por exemplo, as

⁴ Davis A. Mulheres, raça e classe. 1ed - São Paulo: Boitempo, 2016.

⁵ O termo 'adesão' será utilizado diversas vezes ao longo deste trabalho. Considero importante destacar que este termo não será aqui utilizado no sentido de 'cumprimento de regras' mas, enquanto "concordância autônoma" valorizando a autonomia dos usuários.

⁶ O conceito epistemológico de "grupo de risco", de natureza probabilística, foi atrelado à AIDS na primeira década da pandemia. Logo este conceito foi descartado, devido às implicações morais e discriminatórias que lhe foram associados. (Guimarães, C.D. 2001. Aids no Feminino. Por que a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil?)

mulheres heterossexuais e casadas ou em união estável, especialmente aquelas com um único parceiro. Isto porque as mulheres costumam ver o relacionamento amoroso enquanto sinônimo de fidelidade e como uma 'proteção'. Assim, usualmente recusam o diálogo sobre a possibilidade de relacionamentos extraconjugais e tem, portanto, dificuldade de negociar o uso do preservativo como forma de prevenção⁷.

Barbosa (1999) ao problematizar a discussão sobre a negociação sexual destaca as relações de poder que perpassam essa discussão, afirmando que:

Assim, na medida em que a pandemia crescia entre a população feminina, sucessivas análises ressaltavam que a forma pela qual as relações de gênero estão estruturadas - fundadas em uma assimetria de poder, particularmente reveladora nas experiências sexuais e afetivas -, ao lado de desigualdade nas relações de gênero nas esferas sociais e econômicas- menor acesso da mulher à educação e ao emprego, baixos salários, dupla jornada de trabalho-, determina o contexto de vulnerabilidade da população feminina...Paralelamente, a existência de um leque restrito de opções de prevenção, basicamente o preservativo masculino e a monogamia mútua, funcionaria como mais um fator gerador de uma situação em que o exercício da escolha feminina se torna um processo difícil e muitas vezes impossível: um beco sem saída. (Barbosa, 1999, p. 76)

E ainda que,

É como se fosse muito difícil pensar uma sexualidade que, ao se desatrelar do amor e do compromisso afetivo, respeitasse o outro. Durante muito tempo a sexualidade feminina teve, e ainda hoje tem, como referências normativas a sua prática como dever conjugal e o prazer como um direito dos homens, de tal forma que a defesa de uma ética amorosa que vincula

⁷ A UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) informa que “novas estratégias de prevenção surgem” como ferramentas complementares no enfrentamento da pandemia de HIV ampliando a gama de opções que os indivíduos terão para se prevenir contra o vírus e oferecendo mais alternativas – cientificamente eficazes – em relação à única opção disponível até pouco tempo atrás: o preservativo.

Entre as novas estratégias para a prevenção da transmissão do HIV destacam-se o uso do Tratamento como prevenção (TASP, em inglês, ou TcP, em português), a Profilaxia Pós-exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-exposição (PrEP).

Assim como o preservativo, todas essas novas estratégias devem ser vistas e consideradas como novas opções no leque de estratégias que compõem a prevenção combinada ao HIV.

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2015 – sobre a Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP)2013 – mostram que a maioria dos brasileiros (94%) sabe que o preservativo é melhor forma de prevenção às IST's e AIDS. Mesmo assim, 45% da população sexualmente ativa do país não usou preservativo nas relações sexuais casuais nos últimos 12 meses.

A prevenção combinada visa oferecer uma alternativa a esta questão. Apesar de campanhas e do grande incentivo ao uso do preservativo, sabe-se que o uso destes é uma decisão do indivíduo e alguns não aderem de forma consistente e frequente a essa estratégia de prevenção." Informações acessadas em <https://unaids.org.br/prevencao-combinada/>

afeto a sexo pode significar simplesmente o desejo de uma relação não obrigatória e mais igualitária. (Idem, 1999, p.83).

Ao refletir sobre a questão, é importante destacar ainda que as relações de conjugalidade não são estáticas, uma vez que a vida é dialética e está em constantes transformações. Assim, as mudanças nos padrões culturais e sociais possibilitaram o surgimento de novos arranjos familiares. Os relacionamentos, inclusive os conjugais, se criam e recriam a cada instante. Logo, todos os 'acordos' de diminuição de risco⁸ precisam ser sempre 'recombinados' conforme a dinâmica de cada contexto.

Em relações ocasionais, o uso do preservativo tende a ser mais usual, em contraponto aos relacionamentos estáveis⁹, esta afirmação tem sido discutida principalmente a partir da Pandemia da Aids. Em 2010, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e o Programa Estadual de DST/Aids lançaram um livro discutindo a temática da Conjugalidade e Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis e AIDS. O terceiro capítulo desta obra define o trabalho de prevenção em relacionamentos estáveis como um desafio, uma vez que, as situações de conjugalidade são comumente estabelecidas sobre os ideais de fidelidade e confiança monogâmica advindas do modelo de amor romântico estabelecido no século XIX¹⁰.

Com relação ao impacto dessas questões no acesso das mulheres ao sistema de saúde observo em minha prática profissional, de forma empírica, que, ao atender mulheres com HIV no núcleo perinatal, em muitos casos, o período gravídico puerperal se apresentou para elas como a principal condição de entrada ao Sistema de Saúde, o que representa um retrocesso político para a população feminina, ou ainda a não materialização do PAISM¹¹. Ainda que de forma preliminar,

⁸ Embora o preservativo seja apontado como uma importante estratégia de prevenção, cabe ao profissional de saúde, em sua prática profissional dispor de uma escuta acolhedora. Em vários atendimentos percebemos que casais têm utilizado de outras estratégias (acordos estabelecendo uma relação monogâmica, acordos com realização de exames periódicos, dentre outros) numa perspectiva de 'redução de risco'.

⁹ (Brasil, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Conjugalidade e Prevenção. Série: Prevenção às DST/AIDS. 2010)

¹⁰ Giddens, Anthony. (1993) A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismos nas sociedades modernas. São Paulo, UNESP.

¹¹ Não tenho a pretensão de desconsiderar todas as outras normativas que foram elaboradas posteriormente, como, por exemplo, o PNAISM e políticas para mulheres negras e lésbicas. Porém é como se o PAISM fosse apreendido como um valor que fundamenta as formulações posteriores.

meu cotidiano profissional aponta para a necessidade de os serviços de saúde discutirem mais sobre sexualidade/gênero e não apenas 'prescrever a camisinha'.

Desta forma, a pesquisa em tela se propõe a ouvir essas mulheres, conhecer sua trajetória de vida no tocante a sua saúde, e identificar, através dessas histórias, os determinantes sociais de gênero, sexualidade, raça e classe que interferem no processo saúde doença delas. Isto porque a questão central deste estudo é identificar se efetivamente houve rompimento com a preocupação da saúde das mulheres apenas no período da gestação e parto, numa condição ampliada, se as mulheres são recebidas e atendidas no sistema de saúde de forma integral, se elas têm reconhecidos seus direitos na condição mais ampla, bem como de que modo seus cuidados de saúde são atravessados por diversos marcadores de diferença numa perspectiva interseccional; ou se o sistema de saúde permanece compreendendo essas usuárias do serviço como um 'corpo reprodutor', alvo de medicalização¹².

Vieira (2015) problematiza a medicalização do corpo feminino, e como este se torna objeto da medicina, de modo que o discurso médico se apodera de diversos temas, inclusive da maternidade, e o reduz a sua condição biológica. Para a autora:

A medicalização do corpo feminino está profundamente articulada à emergência da nova visão da prática médica que se consolida no século XIX. O significado dessa nova visão traz uma questão fundamental para o entendimento deste, já que existe um caráter específico na concepção de sua natureza, que está relacionada à questão da reprodução focalizada na mulher e na necessidade da sociedade de controlar suas populações. (Vieira, 2015, p. 21)

E ainda,

...o poder da medicina de transformar eventos fisiológicos em doenças representa uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista na nossa cultura. A 'doencificação' desse corpo apresenta-se como fruto de uma medicalização que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico (Idem, p. 24-25)

¹² Ressalto aqui que a proposta desta pesquisa é de observar todas essas indagações a partir da fala das mulheres, e não de uma investigação da dinâmica do serviço.

Assim, nossa proposta foi de verificar se as mulheres participantes desta pesquisa possuem informações sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, se elas têm suas necessidades de saúde atendidas num contexto integral ou se este sistema se apresenta para elas enquanto um espaço cujo acesso se efetiva quando elas estão na "condição de mãe". O objetivo foi observar como os determinantes sociais de gênero, sexualidade, raça e classe perpassam a vida dessas mulheres, e impactam no acesso à saúde¹³ de forma integral.

Em relação à estrutura desta dissertação o conteúdo é dividido em três capítulos, além desta introdução e das considerações finais.

O primeiro capítulo traz uma problematização sobre a saúde da mulher, problematizando se o cuidado e a assistência à mulher com HIV/AIDS ocorre fundamentalmente na sua condição de gestante. Para tanto, a discussão segue com um breve histórico sobre a trajetória da Política de Saúde da Mulher, com o advento da pílula anticoncepcional, as reivindicações feministas apontando para o rompimento do olhar reduzido ao período gravídico puerperal e a compreensão da mulher de forma integral. Além disso, pontua as Conferências de Cairo e Beijing que impulsionaram o avanço na definição dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos.

O tópico seguinte traz a discussão sobre o Programa de Planejamento Familiar desde sua implantação até os dias atuais e sobre a centralidade do programa na figura da mulher.

A discussão segue com destaque sobre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, e o quanto estes estão associados aos direitos humanos fundamentais.

O capítulo se encerra problematizando como a interseccionalidade se apresenta na história de vida das mulheres e ressaltando a importância de pensarmos a atenção em saúde da mulher numa perspectiva integral, onde esta seja reconhecida em sua totalidade.

O segundo capítulo traz um panorama sobre o HIV/AIDS desde os primeiros diagnósticos até os dias atuais e apontando como a doença alcança as mulheres.

¹³ A compreensão de saúde que norteia este trabalho é a concepção trazida pela "Organização Mundial de Saúde" (OMS), que define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de enfermidades". A saúde passou, então, a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo. É um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado sem distinção de raça, gênero, religião ou classe social.

Além disso, apresenta como os marcadores interseccionais atravessam a vida das mulheres que convivem com este diagnóstico.

O tópico seguinte dialoga com a experiência da maternidade e o HIV e o capítulo se encerra com a reflexão sobre os afetos, sexualidades e conjugalidades em tempos de HIV/AIDS.

No terceiro capítulo, inicialmente é apresentado todo o percurso metodológico da pesquisa, que é baseada no método crítico-dialético de Karl Marx. Por fim, são apresentados os resultados da pesquisa correlacionando com as reflexões teóricas.

1 - MULHERES E POLÍTICA DE SAÚDE

Pensar a saúde da mulher remete a um contexto de muitas lutas, e, como em todo processo histórico, com avanços, retrocessos, mas com a constante emergência de inquietações que impulsionam novas pesquisas, novas lutas, novos olhares. E é sob esta perspectiva que me proponho a iniciar a discussão sobre a saúde da mulher, área onde estou inserida como profissional e pesquisadora e de onde emerge meu problema de pesquisa.

Considerando a hipótese de que o cuidado e assistência à mulher com HIV/Aids ocorre fundamentalmente na sua condição de gestante, cabe indagar de que modo a construção do campo¹⁴ da saúde da mulher tem contribuído para essa associação, ao (re)produzir a percepção da mulher como mãe e reprodutora. A relação de conhecimento das mulheres com as questões de saúde e com o corpo feminino remete há muitas décadas, com a presença das parteiras, curandeiras, bruxas, benzedeadas que tinham um importante saber sobre a natureza, desenvolvendo competências para combater, através do uso de ervas e outras técnicas, problemas como dores de cabeça, ferimentos, inflamações, gripes, dentre outros. Partiam da observação do corpo, aprendendo e apreendendo os sinais que estes emitem ao longo do processo da vida, seja durante o adoecimento, a gestação, o trabalho de parto, dentre outros (WERNECK, 2006; PINTO, 2012).

Este saber apreendido individualmente por cada mulher e repassado para outras gerações, traz consigo a história de vida das mulheres, questão privilegiada nesta pesquisa, e como tal, apresenta marcas dos atravessamentos de raça, classe social, gênero e sexualidade que compõem esses saberes. Considero que levar em conta essa experiência tem um duplo efeito, de um lado, pode explicar a relação das mulheres com os serviços de saúde e, de alguma forma, influenciar o que os profissionais do campo chamam de 'adesão'¹⁵ à assistência em saúde preconizada.

¹⁴ A noção de campo a que me refiro aqui guarda aproximação com o conceito formulado por Bourdieu (2004), segundo o qual, este é um cenário social dotado de relativa autonomia, com regras específicas, ao mesmo tempo que influenciado e ligado a um contexto social mais amplo. Para o autor, campo representa um espaço simbólico, e pressupõe confronto, tomada de posição, de poder e tensão sendo “um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças”. Contudo, não farei uma análise do campo conforme a perspectiva desse autor, apenas destacarei processos e sujeitos que explicitam os projetos, tensões e concepções que marcaram a produção de assistência em saúde das mulheres no Brasil ao longo do tempo.

¹⁵ Por adesão, os profissionais consideram o comportamento do usuário em acatar e seguir todas as orientações terapêuticas preconizadas pela equipe de saúde visando controlar ou curar a doença.

Mas também, por outro lado, a restrição das mulheres a sua condição de gestantes invisibiliza a totalidade da experiência vivida nas dimensões de gênero, sexualidade, raça e classe.

O campo da saúde da mulher é marcado por tensões que envolvem compreensões sobre o corpo da mulher e sua posição na sociedade, bem como por lutas pela incorporação dos conhecimentos produzidos pelas próprias mulheres. É, portanto, nesse processo histórico que buscaremos os elementos de análise e recomposição das experiências das mulheres gestantes com HIV/Aids de nossa pesquisa.

1.1 – Um pouco de história da política de saúde da mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, e, neste período, as ações e preocupações estavam voltadas apenas para questões relacionadas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis (como eram denominados), criados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, versavam sobre uma visão restrita da mulher, compreendendo esta num papel fixo e determinado de mãe e cuidadora.

A década de 1950 no Brasil foi marcada pelo aprofundamento do processo de industrialização, com a intensificação da transferência da economia para os centros urbanos. Havia aí uma demanda de oferta de cuidado dos trabalhadores e a necessidade de uma massa operária que se mantivesse saudável. Este período foi também fortemente influenciado pela Europa, onde se vivia o “Estado de Bem Estar Social” (Welfare State), reservando-se um lugar ideal para as mulheres nesse modelo social, isto porque se difundia que elas deveriam ser 'boas esposas e ótimas mães'. Logo, a maternidade tinha um papel central na vida e valorização das mulheres, ainda que a força de trabalho feminina tenha sido fortemente requisitada desde o início do século.

Tais modelos foram amplamente difundidos para as mulheres através das revistas femininas, cuja leitura, conforme apontado por Freire (2008) fora um dos

Este contexto geralmente envolve o uso de medicamentos ou outras medidas não farmacológicas como a restrição de alguns alimentos ou a presença regular em sessões de fisioterapia, por exemplo.

costumes 'importados' de Paris, e que se instaurou com grande afinco entre as famílias das classes mais elevadas dos grandes centros urbanos brasileiros, na virada do século XIX para o XX.

A autora destaca que no Rio de Janeiro, naquele momento capital federal, o consumo de revistas, estava associado a ideia de modernidade, progresso e civilidade. Através dessas revistas, as mulheres eram 'doutrinadas' sobre o seu papel social. A partir do nascimento dos filhos, as mulheres assumiriam outras atribuições, que lhes eram apresentadas como uma 'missão divina, ou um dever social', e que seriam facilmente alcançadas por elas, devido ao seu instinto materno, desde que estas estivessem dispostas a se colocar enquanto 'mulheres boas e sábias'.

Freire (2008) destaca que a ideologia maternalista apesar de não ser uma invenção do século XX ganhou impulso no ocidente pós-Primeira Guerra Mundial, sob justificativa demográfica, sanitária e patriótica. Transformou a maternidade em valor social, articulando em algumas regiões valores morais e culturais. Desde a década de 1920 o maternalismo se associa à ciência e dentre seus agentes encontram-se os médicos, responsáveis pela conformação de um modelo de maternidade fundamentado no higienismo que servirá de inspiração para muitos programas e políticas públicas.

No caso brasileiro, Freire (2008) mostra a aliança entre médicos e mães na produção de um modelo moderno de maternidade “científica” essencial ao projeto republicano de sociedade. Assim, além de se valer de atribuições intrínsecas a uma suposta natureza feminina, no projeto modernizador nacionalista o “exercício da maternidade ultrapassava os limites da esfera doméstica e adquiria um novo caráter, de missão patriótica e função pública. Tratava-se não mais de garantir filhos ao marido, mas sim cidadãos à Pátria” (FREIRE, 2008, p. 154). A maternidade adquire assim um valor inteiramente novo, conferindo uma posição social às mulheres na condição de mães.

A década de 1960 traz como marco a II Conferência Nacional de Saúde (1963), defendendo a municipalização dos serviços de saúde, e o Estatuto da Mulher casada (1962) que apontava para as mulheres o direito de trabalhar sem depender da autorização do marido, além da possibilidade de requerer a guarda dos filhos em caso de separação.

Todo este contexto tinha como cenário o inconformismo das mulheres com este papel social que lhes fora historicamente imputado. A inserção no mercado de trabalho das mulheres de classe média, e a possibilidade do livre exercício da sexualidade, associada à luta pelo controle da fecundidade e pela prática da anticoncepção são marcos desse debate. É nesta década que a contracepção hormonal foi desenvolvida nos Estados Unidos, sendo distribuída por vários países e apontada como o primeiro método de evitar a gravidez com quase 100% de eficiência¹⁶.

O advento da pílula anticoncepcional acrescido das reivindicações feministas por reconhecimento das mulheres enquanto sujeitos, em meados da década de 1960, impulsionou as mulheres a uma maior autonomia sobre o exercício da sexualidade, possibilitando sua dissociação da reprodução. A 'conquista' de certa liberdade sexual no plano ideológico e comportamental sofreu impactos, algumas décadas depois com o surgimento da Aids, que trouxe novamente a necessidade de discutir a 'liberação dos comportamentos sexuais' e em que termos isto deveria ocorrer.

O comércio da pílula anticoncepcional teve início no Brasil em 1962, ao mesmo tempo que também começaram a ser distribuídas gratuitamente para mulheres de classes sociais menos favorecidas pela Bemfam (Organização Sociedade Civil Bem Estar Familiar, no Brasil). As mulheres, por sua vez, não foram informadas sobre os efeitos colaterais desta pílula, que aparecia quase que como 'milagrosa'; não havia muita informação nem mesmo para aquelas que iriam receber o medicamento, mas sua eficácia apontava para o controle do aumento desordenado da população, evidenciando uma explícita associação entre desenvolvimento e pobreza. Nas palavras de Vieira:

Grupos políticos de esquerda criticavam a adoção de metas demográficas desses programas, pois identificavam a pobreza com a concentração de renda e a ausência de políticas que contemplassem ao mesmo tempo o desenvolvimento econômico e a justiça social - e não com a queda da fecundidade. Os grupos feministas criticavam essas entidades [como a BEMFAM] por achar que queriam a todo custo aumentar a prevalência de

¹⁶ Sugiro de forma ilustrativa o documentário "She's Beautiful When She's Angry" ("Ela fica linda quando está com raiva"). Disponível na internet em canais como *You Tube* e *Netflix*, ele resgata a história do movimento feminista dos Estados Unidos nas décadas de 1960 e 1970. Embora o documentário retrate manifestações recentes sobre direitos reprodutivos que se deram em Austin, no Texas, e apesar de situado em um contexto geográfico e histórico específico, é possível encontrar semelhanças entre o desenvolvimento da "segunda onda" do feminismo estadunidense e a recente expansão do movimento no Brasil.

contraceptivos para alcançar metas demográficas, mas não se preocupavam com a saúde das mulheres. (VIEIRA, 2004, p. 161).

Logo, não podemos invisibilizar o pano de fundo político sobre o exercício da sexualidade, onde acordos internacionais determinavam a redução da natalidade de países de terceiro mundo, como o Brasil. Tão pouco, desconsiderar que esta luta das mulheres envolve parte das mulheres, uma vez que se pensarmos nas mulheres negras, estas não lutavam pelo acesso ao trabalho, elas sempre trabalharam, desde a escravidão, seguindo historicamente excluídas do mercado formal de trabalho e ocupando espaços laborativos de menor prestígio social. Para Lemos (2002: 64): "Se a mulher branca reivindicava o direito de evitar filhos, a mulher negra reivindicava o direito de tê-los, criá-los e vê-los vivos até a velhice". Todo esse processo evidencia o caráter contraditório da tecnologia, pois se a pílula anticonceptiva propiciou a liberação da sexualidade do jugo da reprodução, ao mesmo tempo favoreceu o controle da sexualidade, sobretudo, das mulheres negras e pobres.

A década de 1970 foi marcada por muita resistência por parte de alguns movimentos, que se contrapunham às práticas desenvolvidas pela BENFAM, entendendo que sua preocupação não era de fato com um programa de planejamento familiar, mas ações de cunho controlistas, de controle demográfico, numa perspectiva de que seria necessário a redução da natalidade para a superação da pobreza e o crescimento econômico do país.

O movimento de mulheres seguiu durante este momento e também a década seguinte debatendo a questão e apontando que a anticoncepção não deveria ser vista de forma isolada, mas considerando a integralidade da saúde da mulher, que elas não poderiam ser reduzidas a um 'útero'.

As reivindicações feministas apontavam para o rompimento do olhar reduzido ao período gravídico puerperal e a compreensão da mulher de forma integral, valorizando não apenas seu contexto físico, mas também o social, resultante do meio em que ela está inserida. Além disso, demandaram que as ações em saúde se dissociassem da lógica de controle, e que envolvessem práticas educativas libertadoras apoiadas nos conhecimentos e experiências das mulheres em suas ações.

Neste contexto, temos como exemplo as experiências com grupos de autocuidado e autoconhecimento desenvolvidas por grupos feministas de várias regiões. Tais encontros geralmente se organizam na perspectiva de linha de vida destas mulheres. O objetivo consiste no trabalho de coletivização de questões singulares, a partir da história de vida, trazendo visibilidade a questões vividas de forma individual, mas que são extremamente similares entre elas, como a violência, a opressão, a dupla jornada, entre outras questões (COSTA, 1985).

Assim, não podemos desconsiderar a legitimidade de luta e resistência das mulheres, sobretudo pelo contexto político brasileiro em que o programa se instaura, além de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) criada em 1967 para investigar denúncias da existência de “esterilizações maciças” de mulheres na Amazônia, numa espécie de 'combate ao crescimento populacional', indicando o conteúdo étnico-racial dessas práticas. De acordo com Sobrinho:

A [CPI] de 67 foi criada a partir do requerimento de um parlamentar da oposição, para apurar denúncias de 'esterilização maciça' de mulheres na Amazônia; colheu 25 depoimentos, quase todos muito longos, pelos debates que suscitavam; reuniu em torno de mil documentos, entre artigos de jornal, estudos científicos, informações médicas, econômicas e sócio-políticas sobre o assunto, em todo o mundo. E não chegou a nenhuma conclusão. (SOBRINHO, 1993, p. 169)

A década de 1980 registra ainda o momento em que a esterilização feminina começou a ser difundida no Brasil, tendo destaque nas pesquisas demográficas em 1986 como primeiro método contraceptivo, e corroborando a política de queda da natalidade apontada nos acordos do Fundo Monetário Internacional (SCAVONE, 2004).

Entretanto, não podemos desconsiderar que esta década representa um marco na luta das feministas brasileiras para com a questão da saúde. Em 1983 vivemos a elaboração do Programa de Atenção Integral à Saúde das mulheres (PAISM), promulgado em 1984, e a experiência das feministas envolvidas no atendimento às mulheres foi essencial na construção e na implantação do programa. O Ministério da Saúde através da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI) criou o PAISM, visando reduzir a morbi-mortalidade da mulher e da criança (PAISMC). A criação deste programa é considerada um grande avanço, por trazer uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde

das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

Propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, foram então incorporadas como princípios e diretrizes do PAISM. Neste período, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que alicerçaria a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa compreendia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, além da assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, e, também, outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984). Cumpre destacar que este momento na história da política de saúde da mulher representou um campo de forças favorável a práticas que incorporam os saberes das mulheres e suas experiências como centrais nos cuidados de saúde, questionando-se a perspectiva que reduzia as mulheres à condição de mães¹⁷.

No plano internacional, em 1994, ocorreu em Cairo a Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que imputou um novo olhar ao campo da saúde da mulher, trazendo a discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Nela, os grupos presentes produziram uma discussão sobre saúde da mulher que problematizava sua vinculação ao debate sobre desenvolvimento e população, e um possível 'controle demográfico', e o introduziu num campo sobre a saúde integral, conforme apontado pelo PAISM. A conferência defendeu a ideia de saúde reprodutiva enquanto liberdade, com acesso à informação e aos métodos, além da garantia de acesso aos serviços de saúde. Recuperava assim muito das lutas libertárias feministas contra a sociedade patriarcal e as desigualdades sociais imputadas às mulheres que ela produzia.

No ano seguinte, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que aconteceu em Beijing, consolidou os acordos pactuados em Cairo e avançou na definição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais enquanto direitos humanos. Este evento

¹⁷ Para melhor aprofundar a discussão, ver XAVIER, Dulcinéia; ÁVILA, Maria Bethânia; CORREA, Sonia. "Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral". In: LABRA, Maria Eliana (org.), Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1989.

situou um importante cenário para a discussão racial, problematizando questões como mortalidade materna e saúde reprodutiva e sexual das mulheres negras.

Nessas Conferências, os governos de diversos países, inclusive o Brasil, pactuaram o compromisso de basear nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos as políticas e os programas nacionais dedicados à população, inclusive os programas de planejamento familiar, que no Brasil foi promulgado como Lei em 1996¹⁸.

Diante do exposto, é inquestionável o impacto social da elaboração do PAISM e toda a movimentação política nacional e internacional principalmente das mulheres que, junto ao movimento da reforma sanitária brasileira, contribuíram de forma significativa para um importante momento histórico de democratização da sociedade em nosso país.

Em 1983 foi instaurada uma nova CPI que apontou para a necessidade de criação de um programa de Planejamento Familiar no Brasil, embora com motivações e ênfases diferentes, uns apontando para o fato de que um crescimento explosivo da população impactaria de forma negativa as metas de desenvolvimento, outros, discordando, mas esta

surgiu a partir de uma exortação do presidente da República ao Congresso; ouviu 18 depoentes - seis deles mulheres, coisa que não ocorreu em 67 - cujas colocações, de uma maneira geral, foram sintéticas e não suscitaram grandes debates, mesmo porque o número de membros da CPI presente às reuniões era quase sempre pequeno; foi aberta à participação dos presentes, que podiam fazer intervenções, mesmo não sendo oficialmente membro da comissão; não recolheu nenhum estudo ou documento....No entanto, ao contrário do que ocorrera em 1967, chegou a um relatório final.(Idem)

A década seguinte contou com uma nova CPI para investigar a esterilização em massa de mulheres no Brasil. Desta vez, requerida por uma mulher negra, a então deputada federal Benedita da Silva (PT/RJ), sendo esta uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito - composta por deputados e senadores. Até então, não havia uma legislação que desse foco à esterilização cirúrgica, embora de alguma forma, as mulheres estivessem sendo submetidas a este procedimento, de forma desejada, ou não.

¹⁸ Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

Esta CPI ficou conhecida como CPI da Esterilização, e expôs os riscos para a saúde das mulheres diante da clandestinidade pela qual os procedimentos vinham acontecendo. As mulheres, por falta de opção, utilizavam a pílula hormonal, e, diante dos vários efeitos colaterais acabavam recorrendo à cirurgia de esterilização, muitas sequer tinham ciência da irreversibilidade do procedimento cirúrgico, fato que retratava uma possibilidade de arrependimento pós-cirurgia.

As feministas negras tiveram participação ativa na criação dessa CPMI, principalmente pela denúncia feita pelo movimento negro, de que a maior incidência de esterilização em mulheres demarcava as mulheres negras, numa perspectiva de controle de natalidade deste grupo populacional.

O relatório desta CPMI não confirmou o fato que as esterilizações atingiram mais as mulheres negras, o que não era difícil de se pensar, principalmente pelos obstáculos que temos até os dias atuais em obter uma informação precisa da categoria raça na população brasileira.

Além disso, recomendou a cessação da conduta de esterilização, mediante a articulação de todas as esferas governamentais. Foi consenso entre os/as parlamentares a necessidade de uma regulamentação para a esterilização cirúrgica e todas as ações para o planejamento familiar no Brasil. Assim, em 12 de Janeiro de 1996 foi publicada a lei 9.263, assinada pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso e regulando o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal em vigor.

1.2 - O Programa de Planejamento Familiar e o foco na mulher reprodutora

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), compreende a saúde da mulher de forma integral, não estando restrita apenas ao período gravídico puerperal, mas envolvendo todos os momentos de sua vida. Diante disto, tem como foco a prevenção de câncer de mama e colo uterino, atenção ginecológica (incluindo o diagnóstico e o tratamento a Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST's, como sífilis, herpes, hiv, dentre outras), planejamento familiar (incluindo a atenção ao tratamento para infertilidade), atenção pré-natal, no parto e pós-parto, e questões relacionadas à saúde mental.

Mesmo assim, a discussão para a construção de um programa de planejamento familiar tem seu início neste período, onde já se discutia a regionalização e hierarquização dos serviços, culminando em 1990 com a implementação do SUS (Leis 8080 e 8142 de 1990). Seis anos após sua promulgação, a Lei de Planejamento Familiar é sancionada pelo então presidente, Fernando Henrique Cardoso, sendo então desenvolvido sob o norte da integralidade da saúde da mulher.

É importante atentar que embora o PAISM considere o planejamento familiar um dos aspectos da atenção à saúde da mulher, ele é o único ponto que mereceu uma legislação própria. Isto aponta as fortes pressões que circundam esse tema, conforme exposto anteriormente, e as dificuldades de assegurar uma perspectiva integral da mulher.

O planejamento familiar consistiu historicamente num campo de disputa por um programa que possibilitasse o acesso a métodos para controlar o número de filhos por famílias. Contudo, ainda hoje é questionável a eficácia deste programa, e se de fato, o (a) usuário (a), ou o casal têm tido acesso a informações de saúde e aos métodos.

Roland¹⁹ (2006) traz seu depoimento sobre o momento em que buscou uma unidade de saúde antes de iniciar sua vida sexual e como foi 'vista' por este serviço:

Considerando-me esclarecida e conhecedora dos recursos existentes, quando decidi iniciar a minha vida sexual procurei um médico do Serviço de Saúde de minha Universidade para obter a necessária receita médica que, naquela época, era exigida pelas farmácias...O médico, após realizar o exame ginecológico, mostrou-se surpreso ao constatar que eu era virgem e perguntou-me: 'Por que você vai fazer esta bobagem?' Respondi: 'Não lhe perguntei sua opinião. Vim aqui para que o senhor me examine e me receite um anticoncepcional adequado.' Diante da minha firmeza, ele se dignou a receitar três caixas de Anfertil. Que eu me lembre, não me fez quaisquer perguntas que pudessem detectar fatores de risco que desaconselhassem o uso da pílula. Não me deu quaisquer orientações sobre o que deveria fazer, caso esquecesse de tomar a pílula algum dia, ou sobre possíveis alterações no meu ciclo menstrual no caso de interromper o uso. Não me deu qualquer informação sobre outros métodos anticoncepcionais existentes. Também não me deu informações sobre sintomas e sinais de doenças sexualmente transmissíveis...Nunca tinha visto uma camisinha e não sabia que podia ser

¹⁹ A autora é psicóloga, negra, ativista no combate ao racismo e especialista da ONU para a promoção da igualdade. É integrante do Movimento Negro nos anos 1980, fundadora do bloco Alafá do Coletivo de Mulheres Negras de São Paulo e do Geledés - Instituto da Mulher Negra de São Paulo. É presidente do Conselho Diretor de Fala Preta! Organização de Mulheres Negras. É fellow visitante do Centro de Estudos de População e Desenvolvimento de Havard e pós graduanda em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

usada como um método anticoncepcional eficaz. O único método adicional que conhecia era a 'tabelinha'. (ROLAND, 2006, p. 131).

Minha primeira aproximação com o Programa de Planejamento Familiar foi durante a graduação, em 2005, quando cursei os dois anos de meu estágio curricular numa unidade de saúde cujo programa em questão compunha meu cenário de prática.

Naquele espaço, o programa consistia em três reuniões semanais que duravam um turno, contando com a presença de profissionais da enfermagem, psicologia e serviço social e onde eram apresentados os diversos métodos contraceptivos, e explanado sobre doenças sexualmente transmissíveis e suas formas de prevenção. Ao final destas o (a) usuário (a), ou o casal recebia uma marcação para um segundo momento, o atendimento individual.

No caso de opção por algum método 'não cirúrgico' como a pílula, o diafragma, injeção, DIU (dispositivo intrauterino), por exemplo, a usuária era agendada para o atendimento ambulatorial com o médico para aquisição do método desejado.

Quando a opção era por um método considerado 'cirúrgico', como a laqueadura ou a vasectomia, o encaminhamento era para um atendimento com o serviço social e a psicologia, que iriam junto com o (a) usuário (a), ou o casal, 'refletir' sobre a escolha considerando os vários casos de 'arrependimento pós cirúrgico' ao longo da vida e toda a dificuldade de acesso através do SUS quando se pensa em reversão destes métodos. Após este processo, havia a inscrição na 'lista de espera' tanto do serviço de ginecologia (no caso da laqueadura tubária), quanto da urologia (no caso da vasectomia). Havia também a orientação para o uso de algum outro método durante este período de espera, que geralmente era longo.

O cenário não foi muito diferente quando ao concluir a graduação e iniciar a pós-graduação na modalidade residência em Serviço Social, em 2009, fui lotada no ambulatório de ginecologia onde também havia o programa de planejamento familiar.

Embora ambas unidades de saúde não fossem 'unidades básicas'²⁰, o programa era desenvolvido há algum tempo, contando com grande empenho por

²⁰ O primeiro foi um Hospital Federal e o segundo, um Hospital Universitário do Estado.

parte dos profissionais de saúde e, de alguma forma, se configurava numa forma de acesso aos usuários.

Algumas coisas mudavam, na segunda unidade de saúde que passei, não havia o atendimento individual no caso da escolha pelo método cirúrgico, o (a) usuário (a), ou o casal, já saía da última reunião direcionada para o serviço de ginecologia ou urologia, conforme o caso.

Durante este período, recebi também muitas (os), usuárias (os) que já haviam participado do Programa de Planejamento Familiar em outras unidades, alguns (as), mais de uma vez, contudo, sem até aquele momento terem acesso ao método escolhido. Os relatos apontavam para o desenvolvimento do programa em diferentes formatos, como 2, 3 ou 4 reuniões, que podiam ser mensais, quinzenais ou semanais. Em alguns casos, apenas um profissional era responsável pelo programa, em outros haviam dois, três, conforme a organização da unidade, mas o foco era o mesmo: oferecer à população " como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal", conforme descrito no segundo parágrafo da Lei que regulamenta o programa, 9263 de 1996.

Esses 'diferentes formatos' remetem ao fato de a lei não detalhar como o programa deve acontecer, estando, inclusive, muito focada na esterilização, apontando como e em que momento esta pode acontecer. Importante destacar que, o primeiro parágrafo desta lei aponta o Planejamento Familiar como direito de todo cidadão.

Em meu cotidiano profissional ouço várias mulheres relatando a dificuldade de acesso aos serviços de forma plena, ora não há vagas, ora não há insumos, e, diante deste contexto as mulheres seguem culpabilizadas, seja quando são alcançadas por alguma IST (Infecção Sexualmente Transmissível), ou diante de uma gestação não planejada. Afinal, é inegável a centralização do planejamento familiar na figura feminina. Na maioria das vezes, é a mulher que participa sozinha das reuniões do programa de planejamento familiar. É ela também que 'escolhe' e assume sozinha o método que será utilizado. Salvo, quando sua opção é pela

esterilização, neste caso, há um documento que as mulheres devem entregar ao serviço de saúde, com a assinatura de seu companheiro²¹.

Assim, a ausência de uma real política pública de Planejamento Familiar no Brasil, com acesso à informação, insumos, assistência impulsiona que as mulheres tenham como opção o 'acesso informal', através de suas redes de solidariedade, com o aprendizado com uma familiar, uma amiga, uma vizinha, ou a funcionária da farmácia do bairro. Ao chegarem em um momento onde seja por critérios clínicos, sociais ou culturais fazem a opção por 'não ter mais filhos', as mulheres buscam a esterilização através da laqueadura tubária²².

Não é raro também encontrarmos nos serviços de saúde, mulheres que se submeteram à laqueadura tubária (algumas com opção e outras relatando que sequer sabiam deste procedimento, que fora autorizado por algum familiar, geralmente a mãe, ou que foi realizada pelo profissional de saúde por critério clínico ou moral, como 'já ter muitos filhos', 'ser doente', 'ser pobre', dentre outros) e que hoje, anos após o procedimento, retornam ao serviço de saúde apontando a gestação como um grande desejo. Neste caso, na unidade de saúde que realizou esta pesquisa há um ambulatório que funciona no serviço de Ginecologia, chamado *Ambulatório de Infertilidade e Endocrinologia Ginecológica* onde a agenda é bem restrita uma vez que a rotatividade desses pacientes é bem lenta, a maioria permanece em acompanhamento por anos, limitando a recepção a novos pacientes.

Além disso, muitas mulheres acabam fazendo a opção pela laqueadura tubária, embora esta não as proteja de doenças sexualmente transmissíveis como HIV/Aids, sífilis, herpes, HPV, dentre outras. Outrossim, há também a relação de poder, demarcada pelo sexismo, que limita a negociação da relação sexual protegida para as mulheres, conforme discutiremos no próximo capítulo.

O caso do planejamento familiar mostra que a redução da mulher à reprodução é um aspecto que tensiona a construção da política de saúde da mulher numa perspectiva integral. No cotidiano dos serviços observam-se muitas

²¹ Obviamente as mulheres seguem criando suas estratégias de resistência. Diversas vezes atendi mulheres que verbalizavam que iriam informar 'não ter companheiro' ou 'estar separada', para não precisar desta 'assinatura', com a justificativa de que o procedimento seria em seu corpo e não do dele.

²² Também conhecida como 'ligadura de trompas' é um procedimento apontado como 'definitivo'. Consiste na obstrução cirúrgica das trompas uterinas interrompendo a passagem dos espermatozoides pelas mesmas.

resistências de profissionais e dificuldades de garantir condições efetivas para o exercício do direito à livre escolha da reprodução, que reatualizam antigas práticas de esterilização feminina.

A questão da saúde da mulher esteve em pauta importante no movimento feminista e compreendia o planejamento familiar, a sexualidade e o aborto, como temáticas indissociáveis. Porém, a reprodução para as mulheres segue como uma experiência muitas vezes compulsória e com riscos, longe do ideal dos direitos sexuais e reprodutivos.

Em 2003 foi iniciada a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, lançada no ano seguinte pelo Ministério da Saúde e com tendência a incorporar proposições do Sistema Único de Saúde. A política é resultante de uma análise da necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, que envolvam a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente. Portanto, numa perspectiva explícita de pluralidade da categoria mulher.

Na construção da Política Nacional de Atenção integral a Saúde da Mulher (PNAISM) foram considerados aspectos históricos dos debates e das pautas feministas. A articulação com movimentos feministas e com o movimento de reforma sanitária dos anos 1980 possibilitou a inclusão de um olhar integral sobre a saúde da mulher, visando romper de fato com o olhar sobre a saúde desta apenas durante o período que "concebe, engravida, dá a luz e amamenta". Para Almeida (2016):

O PAISM é reconhecido na história do feminismo na saúde como um marco nas lutas pelos direitos das mulheres. O programa visa romper com as ações médicas exclusivas ao período gravídico-puerperal, dando atenção a todos os ciclos da vida feminina, inclusive a menopausa e as situações de maior incidência de câncer entre as mulheres. Além disso, o programa torna central o debate da sexualidade na assistência às mulheres, independente da reprodução. Introduce a perspectiva da integralidade na saúde da mulher, destacando que os discursos não médicos são saberes que devem ser considerados para a produção dos cuidados em saúde. Isto ficará presente nas ações educativas que serão o eixo central da perspectiva de intervenção junto às mulheres, mas também nas lutas pela humanização do parto e pelo direito a informação sobre seu corpo e as decisões que lhe afetam. (Almeida, 2016, p.11)

Infelizmente, embora este tenha sido um momento de grandes conquistas, ainda hoje não podemos observar a real efetivação da política. A morosidade, a

burocracia e hoje o processo de sucateamento impactam diretamente na desconstrução não só do atendimento integral à saúde da mulher proposto pelo PAISM, mas também do próprio SUS.

1.3 - Direitos Sexuais e Reprodutivos

Embora os direitos sexuais sejam comumente associados aos direitos reprodutivos, ambos não são sinônimos. Os direitos sexuais são anteriores e compõem os direitos reprodutivos, considerados direitos humanos fundamentais. Além disso, os direitos sexuais remetem à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade; enquanto que os direitos reprodutivos apontam para o respeito à igualdade e à liberdade na vida reprodutiva.

A compreensão de que ambos são direitos, mas integram duas dimensões diferentes da vida nos possibilita refutar a retrógrada ideia de que o exercício da sexualidade está associado à reprodução.

Historicamente, o movimento feminista defendeu e segue defendendo, o direito à liberdade sexual das mulheres e que esta impacta diretamente em sua autonomia na vida reprodutiva.

Discutir sexualidade ainda hoje consiste num tabu para grande parte de nossa sociedade, tal discussão remete a valores morais e religiosos. A própria associação da sexualidade à reprodução, construída historicamente, aponta para o papel do corpo feminino enquanto um corpo reprodutivo, sendo assim impensável, nesta sociedade, qualquer relacionamento homossexual, por exemplo. E, de alguma forma, por isso, as diversas formas de expressões sexuais que 'fujam ao modelo heterossexual' encontram tamanha resistência de aceitação ainda nos dias atuais.

Os direitos sexuais e reprodutivos estão diretamente associados à construção da democracia. No caso das mulheres, o direito ao conhecimento sobre o seu próprio corpo e às decisões relacionadas a ele possibilitam o rompimento com esta 'normativa' a que as mulheres foram 'aprisionadas', colocando-as na condição de sujeito e não mais de objeto, de um ser passivo. Logo, conceituar os direitos sexuais

sob a égide da cidadania, coloca tanto a heterossexualidade quanto a homossexualidade enquanto práticas sexuais autônomas.

Segundo o Ministério da Saúde, os direitos reprodutivos são compreendidos como:

- ✓ Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
- ✓ Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- ✓ Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (2006, p.03)

Os direitos sexuais possibilitam o livre exercício da sexualidade dissociando esta da concepção. O Ministério da Saúde os define como:

- ✓ Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a).
- ✓ Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
- ✓ Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- ✓ Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- ✓ Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
- ✓ Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.
- ✓ Direito de ter relação sexual independente da reprodução.
- ✓ Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS.

- ✓ Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
- ✓ Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva. (Idem)

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos precisa ser garantido pelo Estado, com orientações, e acesso da população aos serviços a fim de que haja autonomia por parte dos usuários em suas escolhas. Entretanto, a questão da autonomia e do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos não se vincula exclusivamente às ações no campo da saúde e ao Estado, ainda que estes aspectos desempenhem um papel importante nessa construção.

Petchesky e Corrêa afirmam que “o corpo existe em um universo socialmente mediado” (1996, p.149). Assim, argumentam que os direitos sexuais e reprodutivos para os grupos sociais mais pobres e destituídos de direitos sociais só existem se forem asseguradas as condições para o seu exercício.

As autoras definem o terreno dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto espaço demarcado pelo poder e por recursos, poder para fazer escolhas e tomar decisões subsidiada por informações seguras sobre sua saúde, seu corpo, sua sexualidade e os recursos para acessar e garantir suas escolhas. Além disso, ressaltam que em cada caso concreto devemos observar os diversos fatores sociais, econômicos e culturais que perpassam a tomada de decisão das mulheres.

Neste sentido, destacam que para que de fato as decisões reprodutivas das mulheres sejam de fato 'livres', e não resultantes da falta de opção, ou do desespero, é preciso que haja condições que se estabeleçam como base dos direitos sexuais e reprodutivos, a autonomia das mulheres. Logo, enfatizam o impacto da ausência de condições materiais, de infra estrutura, e de fatores culturais e políticos na condução da trajetória de vida das mulheres, exemplificando inclusive que, em contextos onde elas não tem acesso à educação e à inserção qualificada no mercado de trabalho, o engravidar e cuidar dos filhos acaba se apresentando como sua melhor alternativa.

As autoras defendem que as bases para os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres remetem a quatro princípios éticos: a integridade corporal, a autonomia pessoal, a igualdade e a diversidade.

Integridade corporal não apenas como um direito individual, mas enquanto um direito social; a autonomia pessoal enquanto garantia de que estas sejam sujeitos de suas próprias histórias; a igualdade, considerando os direitos sexuais e reprodutivos entre homens e mulheres mas não deixando de considerar as diferenças entre as mulheres (como os marcadores de raça, classe e sexualidade, por exemplo) e a diversidade, valorizando a heterogeneização entre as mulheres que chegam aos serviços. Assim, o exercício efetivo desses direitos implica repensar a ordem de gênero, sexualidade, raça e classe.

Os direitos sexuais e reprodutivos tomam maior relevância a partir da década de 1960, com as lutas feministas, embora a luta pelos direitos das mulheres e da autonomia sobre seus corpos seja anterior a este período. A análise sobre a saúde reprodutiva aponta para a importância do PAISM diante de sua proposta de mudança de paradigma na atenção à saúde da mulher, articulando princípios dos direitos sexuais e reprodutivos, inclusive ao considerarmos a incorporação dos princípios de integralidade, regionalização e universalidade da atenção à saúde.

Tanto os direitos sexuais quanto os reprodutivos precisam ter espaços demarcados na atenção à saúde da mulher, através de ações políticas direcionadas para a população. Questões como violência, contracepção, prevenção a infecções sexualmente transmissíveis, gestação, aborto, mortalidade materna e neonatal compõem as trajetórias das mulheres que chegam aos serviços de saúde, e não podem ser ignoradas pelo poder público.

Entretanto, pensar a temática dos direitos sexuais e reprodutivos remete à reflexão sobre autonomia e poder que perpassam todos os relacionamentos sociais, inclusive os afetivos. Relações verticais se apresentam como empecilhos para a tomada de decisões sobre o exercício da sexualidade, negando à mulher autonomia sobre sua fecundidade de forma segura, além de acesso às informações e aos recursos que lhe possibilitem efetivar suas escolhas.

Neste sentido, um ponto essencial nesta discussão consiste em observar tais 'escolhas', considerando que optar nem sempre é algo posto na vida das mulheres. Os marcadores de classe social, gênero, sexualidade e raça perpassam suas trajetórias, incidindo sobre sua autonomia e por vezes, a inserção em um

relacionamento, ou a maternidade se apresentam não como escolha, mas um 'destino social'.

1.4 - Quem são essas mulheres? A interseccionalidade como pano de fundo

A problematização sobre a trajetória das mulheres, alvo desta pesquisa, nos remete à reflexão sobre 'quem são elas, qual seu papel em nossa sociedade e como elas se percebem'. Assim, considero fundamental problematizar como a interseccionalidade se apresenta em suas histórias. Além disso, pensar atenção em saúde da mulher numa perspectiva integral que supere a visão fragmentada do corpo e de seu lugar na sociedade implica considerá-la em sua totalidade.

Ao envolver os marcadores de gênero, raça e classe social, encontramos na literatura vigente duas perspectivas de análise, a interseccionalidade e a consubstancialidade.

A interseccionalidade diz respeito à articulação das diversas formas de opressão, de classe social, raça, sexualidade, sem que estas se sobreponham. Hirata (2014) destaca que este termo foi inicialmente utilizado por Kimberlé W. Crenshaw, jurista afro-americana, no final da década de 1980 e com o objetivo de apontar a interdependência das relações de poder de raça, sexo e classe social. Contudo, ressalta que o termo tem origem no movimento do 'feminismo negro', remetendo ao final da década de 1970, com críticas ao movimento feminista que, segundo a compreensão das integrantes deste movimento, trazia reivindicações que atendiam os interesses apenas das mulheres brancas, e de classe média, ou seja, as mulheres negras por exemplo, eram invisibilizadas dentro do movimento.

Desta forma, a autora destaca que o conjunto de questões sobre a interseccionalidade foi desenvolvida nos países anglo-saxônicos a partir dessa herança do feminismo negro, desde o início da década de 1990, ressaltando principalmente as intersecções da raça e do gênero, e incluindo os marcadores de classe e sexualidade.

As reivindicações apontadas pelo feminismo negro são extremamente relevantes, uma vez que, as opressões que as mulheres negras sofrem vão além da

questão de gênero, logo, não se pode considerar uma homogeneidade 'dentro do gênero', as questões de classe social, raça e sexualidade atravessam e constituem as trajetórias dos indivíduos, levando-os a experiências diferenciadas em suas histórias.

Digo isto porque, enquanto o movimento feminista, em sua segunda onda, trazia reivindicações cuja maior bandeira era a discriminação de gênero, o direito ao trabalho, as mulheres negras por sua vez, sempre trabalharam, desde o período escravocrata, e, mesmo após o 'abolicionismo', seguiram ocupando espaços de trabalho de baixa remuneração e pouco reconhecimento social (LEMOS, 2006).

Davis (2016), destaca que no trabalho escravo as mulheres negras vivenciaram a mesma violência, força, castigos e opressões direcionados aos homens, contudo, por serem mulheres, eram também violentadas sexualmente, tendo seus corpos marcados pela violência física, psicológica e sexual.

Hirata destaca que "A interseccionalidade é vista como uma das formas de combater as opressões múltiplas e imbricadas, e portanto como um instrumento de luta política" (2014, p.69).

Ratificando este pensamento, Piscitelli (2004) aponta que a história do feminismo remete à inquietação diante das relações de poder que perpassam o universo feminino e que demarcam às mulheres posições desiguais. A análise deste contexto pressupõe uma compreensão interseccional uma vez que

O debate sobre as interseccionalidades permite perceber a coexistência de diversas abordagens. Diferentes perspectivas utilizam os mesmos termos para referir-se à articulação entre diferenciações, mas elas variam em função de como são pensados diferença e poder. Essas abordagens divergem também em termos das margens de agência (agency) concedidas aos sujeitos, isto é, as possibilidades no que se refere à capacidade de agir, mediada cultural e socialmente (PISCITELLI, 2004, p. 267).

Para Crenshaw (2002), hoje, já é clara a compreensão de uma não homogeneidade no universo feminino, onde nem todas as mulheres vivenciam o sexismo da mesma forma, assim como homens e mulheres também não são atravessados pela questão do racismo de forma igualitária. Para a autora:

A associação de sistemas múltiplos de subordinação tem sido descrita de vários modos: discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação. A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros

sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENSHAW, 2002, p. 177).

Já a consubstancialidade, foi elaborada a partir do final da década de 1970, tendo como uma de suas referências a autora francesa Danièle Kergoat. Para ela, o fato de as relações sociais formarem um sistema não exclui a existência de contradições entre elas, ou seja, as relações se entrecruzam em diversos momentos, não sendo circulares, não se esgotando em si mesmas. Em outras palavras:

O objetivo [da consubstancialidade] é, portanto, desnaturalizar radicalmente as construções que se baseiam na diferenciação das desigualdades, sem com isso perder de vista a dimensão concreta das relações sociais. Essa análise vai contra a idéia de que, por exemplo, as relações de classe se inscrevem unicamente na instância econômica, e as relações patriarcais, unicamente na instância ideológica. Cada um desses sistemas possui suas próprias instâncias, que exploram economicamente, dominam e oprimem. Estas instâncias articulam-se entre si, de maneira intra e intersistêmica. Tal enunciado lança um desafio à análise empírica. Como não isolar as relações sociais, se não quisermos trabalhar com categorias reificadas? Para esboçar uma resposta a esta questão, enumero a seguir alguns princípios e proponho algumas orientações metodológicas. (KERGOAT, 2010, p. 99).

Embora a consubstancialidade preconize pela desnaturalização das relações considerando os marcadores de raça, gênero e classe social; a interseccionalidade aponta para a possibilidade de identificação de outras formas de opressão como geração, crença, dentre outros. Um ponto de convergência entre ambas é a proposta de não hierarquização das formas de opressão.

Além disso, a abordagem pela perspectiva da consubstancialidade reserva um 'foco privilegiado' à classe social, enquanto que a interseccionalidade compreende que em determinado momento o marcador 'raça', por exemplo, pode ter um significado mais intenso na vida de um indivíduo, enquanto que em outro pode ser o gênero, ou a classe social, ou seja, não há 'estratificação' ou 'fixidade' de opressões.

Neste sentido, faço a opção nesta pesquisa por uma abordagem interseccional, por compreender que esta analisa e decodifica de forma mais

qualitativa a fala das mulheres entrevistadas, que envolvem questões de sexualidade permeadas por histórias de vida tão singulares.

Cumprir mostrar que esse debate se articula à história das lutas feministas e ao modo como ao longo do tempo deram visibilidade e ao mesmo tempo produziram também invisibilidades às diferenças e desigualdades que atravessavam as experiências das mulheres.

Segundo Louro (2003), a grande bandeira de luta das estudiosas feministas era trazer visibilidade à população feminina, que ao longo da história, devido a segregação social e política que viveram, sempre foram ocultadas, o foco era torná-las sujeitos e cidadãs. Foi neste período que se gestaram as três ondas do feminismo que protagonizaram novas perspectivas para as questões de gênero e sexualidade.

Para a autora, a primeira onda do feminismo se instaura no início do século XX, tendo como principais reivindicações o direito ao voto e à vida pública, o chamado "sufragismo"²³, ou seja, o movimento voltado para estender o direito do voto às mulheres²⁴.

A segunda onda se inicia no final da década de 1960 e início dos anos 1970, num momento em que o país vivencia a crise da democracia. A luta tinha destaque na valorização do trabalho da mulher, contra a violência sexual e, também, o enfrentamento à ditadura militar. Para a autora, é neste momento que

o feminismo, além das preocupações sociais e políticas, irá se voltar para as construções propriamente teóricas. No âmbito do debate que a partir de então se trava, entre estudiosas e militantes, de um lado, e seus críticos ou suas críticas, de outro, será engendrado e problematizando o conceito de gênero. (LOURO, 2003, p. 15)

A terceira onda tem início na década de 1990 com um posicionamento crítico diante dos paradigmas apontados nas ondas anteriores, problematizando a questão da 'micropolítica'. A principal discussão faz referência à compreensão do discurso universal enquanto um 'discurso excludente', isto pela ideia de que as opressões atingem as mulheres de forma diferente e, portanto, seria essencial inscrever as

²³ O voto da mulher em eleições não era permitido no Brasil, ainda que não houvesse qualquer proibição nos textos da Constituição Federal.

²⁴ Sugiro "As sufragistas", trata-se de um filme britânico, com direção de Sarah Gavron e lançado no Brasil em 2015. que aborda bem este processo.

variáveis de "raça" e classe atravessando a discussão de gênero. O próprio sujeito "mulher" é posto em dúvida, como uma categoria homogênea inaugurando a perspectiva de identidades instáveis e diversidade de gênero.

Segundo Schwebel (2009), essas lutas têm como bandeira a compreensão de que as relações entre os gêneros não estão inscritas na natureza, defendendo a possibilidade política de sua transformação.

A autora destaca a necessidade de distinção entre os movimentos feministas e os movimentos populares das mulheres, afirmando que

...os movimentos populares das mulheres não expõem frontalmente a exigência de direitos específicos para as mulheres (o serviço de direitos das mulheres na França propõe a noção de 'direitos próprios' em contraponto à oposição 'específica' que corresponde a 'mulher', versus 'universal' que corresponde a 'homem'). Todavia, alguns movimentos que lutam politicamente pela igualdade entre homens e mulheres, as mulheres socialistas da 2ª e depois da 3ª Internacionais, rejeitam a qualificação 'feminista' porque a seus olhos está marcada pelos fundamentos burgueses das reivindicações de direitos. Assim, a associação entre 'movimentos de mulheres' e 'movimentos feministas' assume significações diferentes segundo as representações que se façam das feministas: muito burguesas no século XIX e no começo do século XX, muito radicais e inimigas dos homens depois dos anos 70. Durante os anos 70, a expressão 'movimento das mulheres'; por esse fato, ela pôde ser associada ao feminismo mais radical. Daí, às vezes, a diversidade e a confusão na oposição entre o movimento feminista e o movimento das mulheres (SCHWEBEL, 2009, p.144).

Contudo, mesmo diante de tantas lutas e conquistas do movimento feminista, observamos que as mulheres negras foram invisibilizadas neste processo, sofrendo ainda os impactos do processo escravocrata a que foram submetidas por tantos anos. Logo, enquanto a luta do movimento feminista, marcado principalmente por mulheres brancas e de classes mais favorecidas pleiteava sua inserção no mercado de trabalho, o direito ao voto, as mulheres negras, que sempre trabalharam, permaneciam na condição de babás, empregadas domésticas, e outras ocupações, que subsidiavam a ida das mulheres brancas ao espaço público (LEMOS, 2002).

Ribeiro (2017), defende que ao cunhar o conceito de interseccionalidade, as feministas negras, nomeando as opressões de raça, classe e gênero, estão afirmando que não pode existir primazia de uma opressão sobre a outra. E reconhece que há uma resistência por parte de feministas brancas, numa

compreensão de que o feminismo negro traz cisões ou separações, quando o que ocorre é exatamente o oposto. A autora aponta que esse movimento de resistência coaduna com as velhas e conhecidas lógicas de opressão, impedindo o avanço. Para ela:

Tirar essas pautas da invisibilidade e um olhar interseccional mostra-se muito importante para que fuçamos de análises simplistas ou para se romper com essa tentação de universalidade que exclui. A história tem nos mostrado que a invisibilidade mata, o que Foucault chama de 'deixar viver ou deixar morrer'. a reflexão fundamental a ser feita é perceber que, quando pessoas negras estão reivindicando o direito a ter voz, elas estão reivindicando o direito a própria vida. (RIBEIRO, 2017, p. 42)

É imprescindível destacar que as mulheres negras, embora tenham sido invisibilizadas, não seguiram passivas durante este processo. A partir da segunda onda do feminismo, o feminismo negro começa a espriar suas reivindicações, contando neste período com a fundação da National Black Feminist, nos EUA.

No Brasil, a organização de mulheres negras em busca de visibilidade no meio feminista tem como marco a década de 1980, contando com o II Encontro Feminista Latino-americano, em 1985, na cidade de Bertioga, São Paulo, seguido pelos primeiros Coletivos de Mulheres Negras e Encontros Estaduais e Nacionais de Mulheres Negras.

As principais demandas do feminismo negro apontavam para a constituição de uma identidade racial, e o debate sobre a saúde reprodutiva da população negra no país, principalmente, diante de acusações onde, num objetivo de controle de natalidade desse grupo, as mulheres negras estariam sendo vítimas de esterilização cirúrgica em massa, fato que foi tema de investigação em 1993, na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), conforme citada anteriormente (RIBEIRO, 2017).

Neste sentido, a compreensão das relações de gênero enquanto conceito alvo de discussões científicas está diretamente associada ao movimento feminista, que tem problematizado o papel da mulher nas sociedades ocidentais desde o século XIX, apontando para a necessidade de não rigidez ou fixação das identidades, sobretudo de não naturalizar a condição da mulher na sociedade. Defende-se que tais definições são históricas e plurais; e que a concepção de gênero é relacional, ou seja, é uma relação social e se insere nas relações sociais,

bem como consiste numa maneira de significar as relações de poder. (SCOTT, 1995)

Preliminarmente, as análises sobre o tema centralizavam esforços na compreensão binária do masculino e do feminino, numa perspectiva de um polo dominante e outro dominado. E, ao fazer referência ao poder, este era simplesmente atribuído de forma instantânea aos homens. Tal olhar delimita de forma fixa e essencialista a discussão sobre as relações de gênero.

Neste sentido, proponho esta reflexão a partir das contribuições da historiadora, pós-estruturalista e referência nesta temática, Joan Scott (2016). A autora entende o gênero como uma relação primária de poder. Para ela, gênero trata do modo como são percebidas as diferenças sexuais, mas um olhar para essas diferenças que as hierarquiza e assim estabelece uma relação dual, antagônica e desigual.

Scott reconhece que as diferenças entre os corpos sexuados é fruto da forma como os significados culturais são construídos, posicionando-os em relações hierárquicas e assimétricas. Tais significados baseiam-se na diferença sexual para a compreensão do todo.

Ao delimitar de forma rígida os sentidos construídos sobre os gêneros masculino e feminino, desconsidera-se a diversidade presente em cada um desses 'pólos', diversidade esta que evita dualizar e antagonizar com papéis engessados e imbuídos de relações fixas de poder.

O reconhecimento das diferenças entre os indivíduos a partir da diferença entre os corpos reduz a discussão à manutenção da dicotomia sexo x gênero. Entretanto, a autora defende que se a compreensão de um corpo acontece a partir de um ponto de vista social, temos então o conceito de sexo imbuído no conceito de gênero. Desta forma, tanto o conceito de gênero quanto o próprio conceito de sexo seriam um produto cultural.

Butler (2000) se contrapõe à dicotomia sexo x gênero, trazendo a necessidade de historicidade a este conceito. Para a autora, tal dicotomia limita a compreensão da “natureza biológica” tanto dos sexos quanto dos gêneros. Para a filósofa, nossa sociedade fixou um significado tão demarcado entre os sexos direcionando toda a reflexão para uma homogeneidade dos papéis e das formas de apreensão dos sujeitos e de suas subjetividades, não restando assim espaço, por

exemplo, para qualquer papel que se afaste da heterossexualidade. Nas palavras da autora:

Se o gênero são os significados culturais assumidos pelo corpo sexuado, não se pode dizer que ele decorra de um sexo desta ou daquela maneira. Levada a seu limite lógico, a distinção sexo/gênero sugere uma descontinuidade radical entre corpos sexuados e gêneros culturalmente construídos. Suponho por um momento a estabilidade do sexo binário, não decorre daí a construção de 'homens' se aplique exclusivamente a corpos masculinos, ou que o termo 'mulheres' interprete somente corpos femininos. Além disso, mesmo que os sexos pareçam não problematicamente binários em sua morfologia e constituição (ao que será questionado), não há razão para supor que os gêneros também devam permanecer em número de dois. A hipótese de um sistema binário dos gêneros encerra implicitamente a crença numa relação simétrica entre gênero e sexo, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito. Quando o status construído do gênero é teorizado como radicalmente independente do sexo, o próprio gênero se torna um artifício flutuante, com a consequência de que homem e masculino podem, com igual facilidade, significar tanto um corpo feminino como um masculino, e mulher e feminino, tanto um corpo masculino como um feminino. (BUTLER, 2016, p.26).

Considerando esta lógica, a filósofa destaca que ainda no período gestacional, o lugar desta criança já segue determinado a partir de seus órgãos genitais, onde um bebê que apresente um pênis logo será um menino, e desta forma, terá atração pelo sexo oposto. Butler defende que esta lógica é cultural, desconsidera as relações de sexo, gênero e desejo e tem por finalidade o exercício da reprodução.

Essa cisão radical do sujeito tomado em seu gênero levanta outro conjunto de problemas. Podemos referir-nos a um 'dado' sexo ou um 'dado' gênero, sem primeiro investigar como são dados o sexo e/ou o gênero e por que meios? E o que é, afinal, o 'sexo'? É ele natural, anatômico, cromossômico ou hormonal, e como deve a crítica feminista avaliar os discursos científicos que alegam estabelecer tais 'fatos' para nós? Teria o sexo uma história? Possuiria cada sexo uma história ou histórias diferentes? Haveria uma história de como se estabeleceu a dualidade do sexo, uma genealogia capaz de expor as opções binárias como uma construção variável? Seriam os fatos ostensivamente naturais do sexo produzidos discursivamente por vários discursos científicos a serviço de outros interesses políticos e sociais? Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado 'sexo' seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nula. (Idem, p.27)

Logo, o binarismo de gênero atende à legitimação das relações sociais na sociedade capitalista, pois insere as diferenças sexuais e o sexo dissociados do

social e o imbuem de um significado que o direcionam para a lógica produtiva (a reprodução) restringindo a crítica e a possibilidade de uma nova reconfiguração. Nas palavras de Butler:

Nesse sentido, o que constitui a fixidez do corpo, seus contornos, seus movimentos, será plenamente material, mas a materialidade será repensada como o efeito do poder, como o efeito mais produtivo do poder. Não se pode, de forma alguma, conceber o gênero como um constructo cultural que é simplesmente imposto sobre a superfície da matéria – quer se entenda essa como o “corpo”, quer como um suposto sexo. Ao invés disso, uma vez que o próprio “sexo” seja compreendido em sua normatividade, a materialidade do corpo não pode ser pensada separadamente da materialização daquela norma regulatória. O “sexo” é, pois, não simplesmente aquilo que alguém tem ou uma descrição estática daquilo que alguém é: ele é uma das normas pelas quais o “alguém” simplesmente se torna viável, é aquilo que qualifica um corpo para a vida no interior do domínio da inteligibilidade cultural. (BUTLER, 2000, p. 151)

Neste sentido, podemos afirmar que Butler se contrapõe à ideia de gênero enquanto construção social e o sexo enquanto algo biológico, que remete à natureza. Para a autora, o sexo também é carregado de significados atribuídos a ele de forma histórica, é também uma instância normativa e de regulação das relações sociais, mas ganha a aparência de estrutura rígida e naturalizada que isenta qualquer questionamento sobre isto.

Em sua obra "Problemas de Gênero - Feminismo e Subversão da Identidade, lançado em 1989 e com a 10ª edição em 2016, a autora problematiza este caráter normativo do gênero indicando que a partir do nascimento, os indivíduos já são rotulados e fixos em quais papéis irão exercer ao longo de suas vidas. O primeiro passo 'legal' ocorre ainda na maternidade onde a criança recebe o 'nome'.

A autora chama a atenção para ao fato de que, ao longo da vida, algumas pessoas seguirão 'concordando' com este 'papal que lhe foi atribuído', já outras não, e estes seguirão marcados pelo estigma e pelo sofrimento, sendo necessário de forma urgente, criar condições de uma vida digna.

Algumas questões apresentadas pela autora levam a indagar se existe um corpo 'físico' anterior ao corpo percebido. Questão que ela mesma sugere ser impossível de responder. O fato de o pênis, a vagina, de os seios e assim por diante serem denominados partes sexuais corresponde tanto a uma restrição do corpo

erógeno a essas partes quanto a uma fragmentação do corpo como um todo. (Ibidem, p.199).

Desta forma, podemos concluir que, Judith Butler traz um forte questionamento sobre como o sexo é tratado como algo dado, enquanto uma norma da natureza. Ao pensar as participantes desta pesquisa, temos mulheres que chegam num espaço de atenção à saúde cuja ações se norteiam na concepção da mulher feita a partir do útero, do seio, da gravidez...etc.. Um grande desafio seria pensar, por exemplo, as mulheres trans que também contraem HIV, ou os homens trans que engravidam.

Essa forma de pensar as diferenças está nas bases que fundamentam a racionalidade científica moderna, e repercute nas categorias de conhecimento médico acerca do corpo da mulher. Assim, a medicina, em especial a ginecologia e a obstetrícia constituem o que Rohden denominou de “ciência da diferença” (2009).

Saffioti (2013), aponta que mesmo após inegáveis avanços e conquistas, em pleno século XXI, nossa sociedade permanece atravessada pelas desigualdades de gênero. Na sociedade capitalista, estas desigualdades recaem sobre as mulheres e têm na inserção do mercado de trabalho um dos principais pontos de exploração e discriminação.

Isto porque, principalmente nas classes sociais menos favorecidas, o capitalismo se apropria da força de trabalho dessas mulheres, exigindo delas uma maior carga horária e disponibilizando uma menor remuneração, além do fato delas assumirem uma 'dupla jornada' com a atribuição também dos serviços domésticos e do cuidado com a prole.

Assim, Saffioti insere a discussão das relações de gênero atravessadas pelo patriarcado, pois elas são hierárquicas e desiguais. Concorda com a afirmação de Scott que aponta a questão do poder, mas numa compreensão onde ambos os polos são detentores de poder, embora de uma forma desigual, reforçando o binômio 'dominação-exploração' .

Para a autora, na sociedade patriarcal, o poder além de perpassar as relações de gênero também é atravessado pelas questões de "raça", etnia, classe social e orientação sexual.

Desta forma, embora as autoras apresentem pontos diferentes de análise sobre o tema, há uma convergência em torno da ideia de que o ser homem ou ser mulher não podem ser reduzidos a uma concepção 'natural', ao contrário, eles são

atravessados pelos modos de organização históricas e culturais da sociedade. A (des)construção do gênero e da sexualidade acontecem de forma subjetiva e objetiva ao longo da vida, e não simplesmente no momento do nascimento com a nomeação de um corpo a partir de seus órgãos genitais.

Conforme afirma Louro “as justificativas para as desigualdades precisariam ser buscadas [...] nos arranjos sociais, na história, nas condições de acesso aos recursos da sociedade, nas formas de representação” (LOURO, 2003, p.22).

Considerando a atenção em saúde, além das questões de gênero, as desigualdades de "raça"/etnia e de classe social têm forte influência sobre as condições de saúde e o acesso e utilização dos serviços de saúde. Segundo Barata,

A discriminação pode assumir muitas formas, embora o racismo seja uma das mais importantes. O direito a receber tratamento igual, isto é, não discriminação, é um dos aspectos fundamentais dos direitos humanos. Ninguém deve ser tratado de maneira diferente e negativa com base nas diferenças de gênero, etnia, crença religiosa, orientação sexual ou incapacidade. (2009, p.68)

E ainda que:

No Brasil, embora nunca tenha havido um sistema consolidado de segregação racial, a população negra sofre sistematicamente maior desvantagem social. A concentração desta população é maior nas regiões mais pobres do país, seu nível de desenvolvimento humano é inferior ao da população em geral, o acesso a saneamento básico, educação e postos de trabalho também é significativamente menor. (2009, p.61)

A população negra também é mais suscetível a doenças como anemia falciforme, presença de miomas, casos de diabetes e hipertensão (SOUZA, 2006). Além disso, as mulheres negras são indiscutivelmente mais aviltadas de direitos, principalmente ao se pontuar a questão do aborto (ROLAND, 2006).

No Brasil, o aborto é ilegal e, portanto, realizado pelo SUS somente em casos onde a gravidez for resultante de estupro, no caso de o feto ser anencéfalo²⁵ ou em

²⁵ Consiste numa má-formação fetal do cérebro. Trata-se de patologia letal e os riscos para a mulher aumentam à medida que a gravidez é levada adiante. O diagnóstico pode acontecer a partir da 12ª semana de gestação, através de um exame de ultra sonografia.

situações em que a avaliação clínica indique risco de morte para a mãe. Por ser considerado crime, seu ato pode resultar em pena que varia de 1 a 3 anos de reclusão, para a mulher, e de 1 a 4 anos para aqueles que o praticam ou auxiliam. Esta pode ainda ser aumentada em um terço se, em resultado do aborto ou dos meios utilizados para induzi-lo, a gestante sofrer lesão corporal de natureza grave. Em caso de óbito da gestante, a pena pode inclusive ser duplicada.

Contudo, tal ilegalidade não distancia as mulheres da busca pela realização deste procedimento levando-as a inúmeras formas de práticas abortivas, que vão desde o uso de objetos como materiais perfurantes, chás, substâncias químicas e medicamentosas obtidas através do comércio ilegal, socos na barriga, 'provocação de acidentes' como quedas, dentre tantas outras, até a busca por clínicas clandestinas.

As mulheres choram, sangram, e muitas morrem, por não terem o seu direito, à autonomia sobre seus corpos, respeitados. Nos espaços de pré consulta, não é raro ouvir das mulheres relatos de suas próprias histórias ou de alguma conhecida, amiga, familiar, que vivenciaram o processo de abortamento sozinhas, sem assistência, e, começaram a 'passar mal', seja por não ter 'expelido o feto por completo' ou por uma reação do corpo que desencadeie num fator de risco como uma hemorragia²⁶ por exemplo, nestes casos, essas mulheres buscam os serviços de saúde, e por vezes são novamente penalizadas, criminalizadas.

Logo, podemos afirmar que o aborto ilegal, clandestino e inseguro põe em risco a vida de muitas mulheres. A ilegalidade legitima a ausência de fiscalização, possibilitando que os procedimentos sejam realizados por pessoas sem qualificação e competência, e, não raras as vezes em condições insalubres, configurando-se um importante problema de saúde pública.

Devido às complicações geradas por abortos clandestinos, é significativo o número de mulheres negras que evoluem a óbito. Logo, podemos afirmar que a violência obstétrica também é um marco na vida das mulheres negras e pobres.

Além de todos esses aspectos, é irrefutável a afirmação de que as mulheres usuárias dos serviços sociais, dentre os quais os de saúde, são majoritariamente

²⁶ Hemorragia é a perda de sangue do sistema circulatório, devido à ruptura dos vasos sanguíneos, sendo que a gravidade é medida pela quantidade e rapidez que o sangue é extravasado/perdido.

negras e isso passa “imperceptível” nas análises das condições de vida e saúde dessas mulheres. Para Almeida,

Entendo [o acesso à saúde] como um direito constitucional e uma condição materializada no SUS, onde sua concretude tem relação precípua com outras dimensões da vida e sua garantia demanda uma perspectiva de totalidade e de ações intersetoriais com outras políticas sociais. No caso específico da população negra há que se reconhecer o direito ao patrimônio cultural e imaterial, que historicamente sofreu violações por causa do preconceito e da discriminação racial. Portanto, é fundamental alargar o conceito de saúde. (ALMEIDA, 2014, p. 289)

Neste sentido, é imprescindível o reconhecimento das diferenças, elas existem, o problema começa a existir quando estas, passam a significar desigualdades.

Não há como refutar o fato de que mulheres de camadas sociais menos favorecidas terão histórias de vida fortemente marcadas pelo seu pertencimento de classe. Assim, planejar, sonhar e alcançar outros projetos que não fazem parte de seu cotidiano, constitui-se um desafio, um ato de resistência. Para Scavone:

...De fato, a maternidade foi considerada durante muito tempo o eixo central da situação- que o feminismo marxista denominava - *de opressão das mulheres*, pois sua realização determinava o lugar que elas ocupavam na família e na sociedade. Assim, a recusa consciente da maternidade - pela contracepção e/ou aborto - significava muito mais do que negá-la como fatalidade biológica, mas, também, a possibilidade de conquistar a *emancipação*. (SCAVONE, 2004, p. 48)

Desta forma, além de desconsiderar a integralidade como conceito estruturante da saúde da mulher, o entendimento que reduz as mulheres à reprodução e maternidade, também reduz a discussão de gênero ao homogeneizar todas as mulheres num modelo único, ignorando a pluralidade e historicidade do feminino e invisibilizando as questões de "raça", classe, etnia, sexualidade e culturais que perpassam essas experiências.

2 - MULHERES E HIV

Desde o surgimento dos primeiros casos, ainda na década de 1980, o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) mereceu atenção especial. Inicialmente pela alta taxa de mortalidade, e em seguida pela infecção rápida tornando-a uma epidemia, sem possibilidade de cura.

Os boletins epidemiológicos ao longo dos anos apontam para um aumento constante de mulheres infectadas pelo vírus, trazendo uma nova face da doença, que, quando surgiu, era associada somente a homossexuais. Tal mudança impulsionou a criação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização de AIDS/DST (BRASIL, 2007), com recorte para sete marcadores que perpassam a questão do gênero feminino, corroborando assim para um contexto de maior vulnerabilidade: presença de outras IST's, raça e etnia, pobreza, juventude, violência sexual e doméstica, drogas e violação dos direitos humanos.

Todos os marcadores acima indicados apontam para a desigualdade social, racial e de gênero, trazendo para essas mulheres limitações no acesso à informação, diagnóstico, tratamento, além de dificuldades no acesso aos serviços de saúde e aos insumos de prevenção.

Atualmente, no Brasil, é significativo o número de residências onde a mulher é a provedora, a 'chefe de família'. Contudo, a cultura do cuidado enquanto atribuição feminina instituída ao longo de muitas décadas impulsiona que estas mulheres assumam o cuidado pela casa, família e filhos, em detrimento do seu autocuidado.

Em nossa atuação profissional percebemos que a maioria das mulheres infectadas trazem em seu relato que o diagnóstico da doença aconteceu durante o acompanhamento de pré-natal e que várias relatam ter sido infectadas por seus companheiros. A partir dessa observação passamos a formular o problema dessa pesquisa enunciado através da hipótese de que, embora preconizado por vários marcos regulatórios (PAISM, SUS, PNAISM), na prática o olhar integral sobre a saúde da mulher com HIV não se efetiva, permanecendo o foco das ações no período reprodutivo.

Além disso, a magnitude do contágio das mulheres por seus parceiros sexuais aponta para outras dimensões desse debate. As questões de raça, classe social e sexualidade que atravessam a experiência dessas mulheres contribui para

um contexto de vulnerabilidade à infecção pelo HIV. O baixo nível de escolaridade, o desemprego, a falta de moradia e a precariedade dos serviços de saúde resultam na dificuldade de negociação de práticas de sexo seguro.

A negociação sexual é uma prática que pressupõe a existência de um contexto relacional, no qual os sujeitos disporiam de condições se não iguais, equivalentes na definição dos termos da relação. Além disso, ao percebermos que a principal medida preventiva negociável é o uso do preservativo, um método masculino, constatamos que é inquestionável a desvantagem das mulheres nesta negociação. Inúmeras questões se apresentam como dificuldade para esta negociação, principalmente o fato de não se restringir a uma escolha individual, mas que envolve o corpo do outro, e que depende da aceitação deste em acatar o uso ou não.

Soma-se a esta análise, o fato de que historicamente a negociação sobre o uso do preservativo esteve atrelada majoritariamente à prostituição, à promiscuidade, à pornografia, ou seja, quem 'poderia negociar' o sexo eram as prostitutas e os michês. A construção da prática da negociação sexual em todos os relacionamentos, inclusive os estáveis, enquanto algo positivo e associado à preservação da saúde consiste em uma mudança nos significados sociais e culturais em torno da sexualidade e do gênero, desafio ainda não alcançado.

É irrefutável a ideia de que a utilização das categorias sexo seguro e negociação tem sido recorrente nas campanhas televisivas, principalmente em determinadas épocas do ano como, por exemplo, o carnaval. Tais campanhas apresentam mensagens aos telespectadores com um forte apelo ao uso da camisinha em 100% das relações sexuais.

Outros dois aspectos que ainda nos dias atuais interferem no modo como o HIV/Aids é apreendido socialmente são o medo da morte e a intensa moralização em torno da doença.

No Núcleo Perinatal do HUPE, há todo um cuidado para preservar o sigilo sobre o diagnóstico dessas mulheres, inclusive os documentos do setor não constam diretamente a palavra 'HIV', mas 'Protocolo XXX²⁷'. Entretanto, percebemos

27

Quando analisamos os casos de HIV em crianças no Brasil identificamos que a maioria dos casos é resultado de transmissão vertical (a transmissão que ocorre da mãe para o bebê durante a gestação, parto e pós-parto, através da amamentação). O protocolo XXX (Como forma de manter o sigilo, opto por não inserir aqui o código utilizado neste caso) indica a administração do AZT a gestantes HIV

preocupação por parte das mulheres que procuram o atendimento de saúde. Mesmo quando há todo um cuidado na fala de profissionais, ainda assim muitas mulheres sentem-se observadas pelas outras usuárias do serviço. Ao serem atendidas não é incomum que elas verbalizem esta preocupação.

O julgamento moral em torno da pessoa com HIV resulta num silêncio dela em torno da doença, com o efeito de distanciamento da busca por informação e cuidados. Afinal, é uma doença que historicamente esteve atrelada à promiscuidade sexual e que, conforme ouvi durante o atendimento de uma mulher jovem e que havia acabado de receber o diagnóstico durante a gestação: 'se eu contar pros outros que tenho ninguém vai acreditar que eu só tive dois homens na vida, porque essa doença não é assim'.

A fala recorrente dessas mulheres é "Nunca pensei que fosse acontecer comigo". Percebemos que o relacionamento estável comumente se apresenta como um 'fator de prevenção' para elas, restando, em alguns casos, a preocupação por métodos contraceptivos para não engravidar, numa total recusa à existência e possibilidade de contágio por qualquer IST.

Assim, é possível observar que quando acontece o contágio com o diagnóstico positivo, as mulheres tendem a não compartilhar esta informação, deixando-a restrita ao menor número de pessoas possível. Em muitos casos, ela não compartilha sequer com o companheiro, seja por medo do abandono, ou de uma reação violenta. Ainda que tenha sido infectada por ele, comumente há a vivência de culpabilização e vergonha.

Neste sentido, considerando o contexto de vulnerabilidade vivenciado pelas mulheres frente à epidemia do HIV os serviços de saúde precisam repensar suas estratégias de alcance à população usuária, questão para a qual esse estudo pretende contribuir.

Um aspecto que nos intriga é que ainda nos dias atuais a maioria das mulheres atendidas no HUPE relata que seu diagnóstico aconteceu no período gestacional. Logo, caberia pensar em que outros momentos as ações de saúde deveriam alcançá-las, de forma a atingir um maior número de mulheres e recusar a histórica associação do cuidado à mulher restrito apenas ao período gravídico

positivas – por via oral durante a gestação; via venosa durante o parto; e via oral para o neonato, por 6 semanas como ações de grande eficácia na redução da transmissão vertical. Este protocolo é seguido por diversos países e, quando associado à restrição da amamentação, os resultados são ainda melhores.

puerperal. Uma estratégia seria, por exemplo, o aconselhamento e a oferta do exame na rotina da ginecologia, principalmente nos exames periódicos de Papanicolau, numa perspectiva de atenção integral.

Desse modo, podemos dizer que o advento do HIV recupera respostas tradicionais nas práticas de atenção em saúde da mulher, voltadas para a produção de programas destinados ao “binômio mãe-bebê”. Nesse capítulo analisamos as principais questões que contribuem para situações de fragilidade das mulheres frente ao HIV/Aids, reconhecendo o caráter histórico, social e cultural desses aspectos. Na medida em que as ações focalizam a mulher na condição gestacional, muitas dessas dimensões não são trabalhadas, comprometendo propostas eficazes de cuidados para as mulheres.

2.1 – Histórico do HIV/Aids: perspectivas interseccionais

Ao iniciarmos a discussão sobre mulheres com HIV na condição de gestantes, considero imprescindível que o ponto de partida seja sua conceituação. Pelo senso comum, os termos HIV e AIDS são quase sinônimos, o que é um grande equívoco.

Segundo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST'S, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde, o HIV (Vírus da imunodeficiência humana), é uma IST (Infecção Sexualmente Transmissível) que pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

As IST's são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, tendo como principal causa de contágio a relação sexual desprotegida, o compartilhamento de seringas contaminadas, além da possibilidade de transmissão vertical (da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação).

A terminologia 'Infecções Sexualmente Transmissíveis' (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão 'Doenças Sexualmente Transmissíveis' (DST), porque demarca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

A infecção com o HIV não tem cura, mas tem tratamento, cujo objetivo é evitar que a pessoa chegue ao estágio mais alto da quantidade do vírus no organismo, desenvolvendo, assim, a síndrome conhecida como AIDS.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida como doença na década de 1980. Neste primeiro momento, houve uma compreensão de que a doença seria um tipo de câncer que atingia somente os homossexuais. Diante do desconhecimento, e da alta mortalidade, muito medo e tabus foram construídos em torno da doença e de sua fatalidade. (MONTEIRO, 2002; BASTOS, 2006).

Passados quase 40 anos desde os primeiros casos, a doença hoje não tem mais uma associação com a morte em termos terapêuticos, sendo considerada por muitos profissionais como uma 'doença crônica'²⁸. Com o avanço de pesquisas, temos atualmente uma melhor qualidade de vida para o portador do vírus HIV, com o acesso a tratamentos e medicamentos mais eficazes.

Em outras palavras podemos dizer que, embora os primeiros casos diagnosticados do HIV, na década de 1980, tenham apresentado rápido índice de mortalidade, hoje, após algumas décadas, devido ao avanço tecnológico, às estratégias de prevenção e ao tratamento da doença, o cenário posto é diferente. A 'fatalidade' da doença cedeu espaço à 'cronicidade', isto porque, embora ainda não haja cura, hoje, é possível ao indivíduo contaminado com o vírus, ter acesso a uma vida 'normal', desde que este faça a “adesão” ao tratamento (neste sentido a universalidade de acesso aos serviços, ao tratamento e às medicações é essencial).

Ao fazer referência a este primeiro momento da doença, Terto Júnior (1999) ilustra que

No final dos anos 80, as pessoas diagnosticadas não tinham uma perspectiva de vida muito longa, seja pela ausência de terapias, seja por estarem já muito doentes. A morte era uma realidade constante e concreta e, diante da impossibilidade de deter o avanço da doença, caracterizada pela queda sem volta dos indicadores imunológicos (número de células CD4, leucócitos, entre outros) e pela ocorrência cada vez mais frequente de infecções oportunistas, não restava mais opções ao paciente a não ser preparar-se para a morte iminente e tentar viver o que lhe restasse com um mínimo de dignidade. (Idem, 1999, p. 109).

²⁸ Doenças Crônicas são doenças de longa duração e de progressão lenta, e muitas, infelizmente, ainda não tem cura, o tratamento consiste na garantia da qualidade de vida. Existem duas categorias de doenças crônicas: as transmissíveis (hepatite B e C e tuberculose) e as não transmissíveis (asma, bronquite, diabetes, hiper e hipotireoidismo e etc).

Entretanto, há de se destacar que, embora a qualidade de vida dos portadores de HIV tenha melhorado consideravelmente, o preconceito e o tabu em torno da doença ainda não foram superados. No senso comum, permanece o silêncio e a não discussão em torno da doença, o que pode estar associado ao fato de que uma das principais formas de contágio seja a transmissão sexual, e em nossa sociedade, ainda hoje, em pleno século XXI a sexualidade segue como tabu, principalmente para as mulheres e diante de práticas consideradas “dissidentes”²⁹, questão que será melhor discutida ao longo desse capítulo.

A UNAIDS (programa das Nações Unidas criado em 1996 com o objetivo de auxiliar no combate à AIDS), em sua página eletrônica³⁰ aponta que o tratamento para o HIV é conhecido como terapia antirretroviral – TARV – sendo fundamental para melhoria da qualidade de vida das pessoas que convivem com o vírus, além de reduzir a possibilidade de contágio a outras pessoas.

A ausência de tratamento pode reduzir a quantidade de células de defesa (CD4) presentes no sangue, resultando no enfraquecimento do sistema imunológico, e dificultando o processo de defesa do próprio corpo diante de doenças oportunistas (como a tuberculose, pneumonia, infecções, neurotoxoplasmose, entre outras). Nestes casos, há a possibilidade de óbito devido ao adoecimento. Assim, podemos dizer que, de uma forma geral, *ninguém morre “de AIDS”, mas por doenças oportunistas causadas pela falha no sistema imunológico*. (BRASIL, 2010).

Ainda segundo dados da UNAIDS, em todo o mundo, 1,8 milhão de pessoas foram infectadas pelo HIV em 2016, e, apenas cerca de 76% das mulheres grávidas, vivendo com HIV, tinham acesso a medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão do HIV para seus bebês.

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2017, publicado pelo Ministério da Saúde, no Brasil, de 1980 até junho de 2017, foram registrados 576.245 (65,3%) casos de aids em homens e 306.444 (34,7%) em mulheres.

Ao analisarmos especificamente os dados das mulheres gestantes, encontramos que no período de 2000 até junho de 2017, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas com HIV, no Brasil, refletindo um aumento de 23,8% na taxa de detecção deste grupo num período de dez anos. Desde 2000, a faixa etária entre 20

²⁹ Que escapam da heteronormatividade e da perspectiva reprodutiva.

³⁰ <https://unids.org.br/2017/03/voce-sabe-o-que-e-hiv-e-o-que-e-aids/>. Acesso em 13/07/2017 às 11hs e 40 min.

e 24 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas com HIV (28,4%), notificadas no Sinan³¹.

Segundo a escolaridade, observa-se que a maioria das gestantes infectadas com HIV possui da 5ª à 8ª série incompleta, representando 37,7% dos casos notificados no período. O baixo nível de escolaridade está diretamente associado à desigualdade social de nosso país. Logo, a baixa escolaridade, atrelada ao baixo nível de renda, demarcam o perfil das mulheres infectadas pelo HIV ao longo dos anos, inserindo-as num processo de vulnerabilidade, e trazendo para a epidemia uma marca de feminização e pauperização, marcadores de gênero, raça e classe.

Quando nos atentamos para a informação (autodeclarada) da raça/cor da pele, das gestantes, temos que em 2016, segundo o boletim epidemiológico, houve um predomínio da cor parda e preta, seguido da cor branca; representando 61,9% e 37,4% dos casos, respectivamente³².

Estes dados ressaltam as iniquidades em saúde da população negra e, em particular, das mulheres negras³³. Quando comparadas às mulheres brancas, as negras apresentam, maior risco de contágio por IST's/AIDS, adoecimento e morte. A análise sobre violência sexual e doméstica reitera as disparidades e a maior vulnerabilidade social da mulher negra. (CARNEIRO, 2006; SOUZA, 2006; BASTOS, 2006; WERNECK, 2006; BARATA, 2009; SANTOS, 2016; BIROLI, 2017).

A epidemia de AIDS é considerada hoje um importante problema de saúde pública no Brasil, e, mesmo que até os dias atuais haja mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, a epidemia entre as mulheres apresentou um crescimento importante, diminuindo essa diferença entre os sexos ao longo dos anos. Esse aumento do número de casos na população feminina, ficou conceituado como um processo de 'feminização da doença' (BASTOS, 2009), que discutirei mais adiante. Este processo é resultante de uma vulnerabilidade feminina que além da

³¹ O SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - consiste num banco de dados, alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 2325 de 08 de dezembro de 2003).

³² Em anexo constam as tabelas com dados do último boletim epidemiológico divulgado pelo MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

³³ Segundo o site da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres (<http://www.spm.gov.br>), as mulheres negras são aquelas que se auto declaram como pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esta definição baseia-se no artigo 1 do Estatuto da Igualdade Racial.

questão social e cultural tem também explicações biológicas, conforme ressaltado por Barbosa (2003):

Se, por um lado, a presença de uma IST aumenta tanto a vulnerabilidade para adquirir o vírus quanto a possibilidade de transmiti-lo, por outro, é fundamental não perder de vista que as IST's são mais frequentemente assintomáticas nas mulheres e que, mesmo nessas circunstâncias, existe um processo de inflamação local e formação de microlesões que diminui os mecanismos naturais de proteção vaginal ao HIV e facilita a transmissão do vírus. Nesse sentido, é possível dizer que essa característica biológica atua como fator de vulnerabilização feminina, ao dificultar o diagnóstico e o tratamento (BARBOSA, 2003, p.350)

O cenário de feminização e pauperização da epidemia impulsionou que os dados epidemiológicos trouxessem como uma das categorias centrais de análise a 'taxa de infecção entre os sexos'. Contudo, as variáveis de raça, etnia e classe não podem ser desconsideradas ao estudarmos o tema.

Bastos e Szwarcwald (2000) destacam a escassez da menção à variável raça/cor na literatura brasileira, como se, uma vez estratificados outros indicadores como escolaridade, sexo, ano de contágio, dentre outros, não houvesse espaço para esta problematização.

Corroborando este pensamento, Barata (2009) problematiza os efeitos das desigualdades étnicas, apontando que estas impactam as condições de saúde e o acesso e utilização dos serviços. A autora destaca que

No Brasil, embora nunca tenha havido um sistema consolidado de segregação racial, a população negra sofre sistematicamente maior desvantagem social. A concentração desta população é maior nas regiões mais pobres do país, seu nível de desenvolvimento humano é inferior ao da população em geral, o acesso a saneamento básico, educação e postos de trabalho também é significativamente menor. (BARATA, 2009, p.61).

Para Carneiro (2006), a infecção pelo HIV segue assim como as demais infecções sexualmente transmissíveis, afetando mais as populações pobres e excluídas. Neste sentido, aponta para a importância de enegrecer o movimento feminista brasileiro, enquanto estratégia de resistência, trazendo a visibilidade para a questão racial. Para ela, este movimento se apropria do feminismo enquanto instrumento de luta na desconstrução das sequelas do período escravocrata, que objetificaram e mataram as mulheres negras. É o que Ribeiro (2017) defende ao indicar que "uma mulher negra terá experiências distintas de uma mulher branca por

conta de sua localização social, irá experienciar gênero de uma outra forma" (2017, p. 61).

Nesta perspectiva, Werneck (2006) acentua que a vulnerabilidade social a que estas mulheres estão submetidas compreende a falta de acesso à informação e aos meios de prevenção de infecções, assim como a falta de acesso a serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento.

A infecção pelo HIV permanece como um sério problema de Saúde Pública. Trata-se de uma epidemia de grande proporção para a qual não existe, até o momento, tratamento curativo ou vacina. Além disso, é uma doença permeada por muito desconhecimento e preconceitos morais, trazendo assim grandes impactos para o tratamento e prevenção da doença.

Ao refletir sobre prevenção, Vilella aponta que

A prevenção é uma tarefa bastante complexa, pois exige que um indivíduo modifique um hábito ou uma prática atual, por hipótese prazerosa e confortável, em função da possibilidade de que num futuro não definido tal hábito ou prática possa vir a lhe causar problemas. (VILLELLA, 1999, p. 206)

Neste sentido, a prevenção, no caso da Aids, assume uma complexidade maior pois envolve ao menos duas pessoas, e pressupõe mudanças de comportamentos e a consciência da existência de risco para ambas.

Vale considerar que esta afirmação não restringe a prevenção apenas aos relacionamentos sexuais, mas envolve um conjunto de sujeitos com os quais essa mulher se relaciona. Posso ilustrá-la com vários casos que atendemos no cotidiano do serviço de saúde, onde antes mesmo de sair da maternidade as mulheres demonstram que irão envolver outras pessoas no cuidado com o recém-nascido. Quando o bebê é considerado uma criança "exposta" ao HIV é indicado o acompanhamento clínico até aproximadamente dois anos de idade, com a administração diária de 'AZT'. Nessa situação, elas já começam a criar estratégias para o cuidado da criança. Uma estratégia muito comum é a retirada do rótulo dos medicamentos e a alegação para terceiros que aquela medicação é 'vitamina'. A restrição à amamentação, por vezes, também é alvo de questionamento por parte de amigos e familiares, numa cultura onde 'se a criança chorou coloca no peito que ela se acalma'. Ou seja, é imprescindível compreendermos que prevenção nunca é algo individual ou restrita ao casal.

Desde o surgimento dos primeiros casos, houve diversas tentativas de delimitação de perfil de pessoas infectadas. Inicialmente, os estudiosos sobre o tema apontavam para o conceito de grupos de risco, que logo foi substituído por "comportamentos ou situações de risco". Contudo, a epidemia refutou o alcance de um 'grupo', e, aos poucos, diferentes grupos populacionais foram infectados. Nesse percurso, a epidemia alcançou as mulheres, contrariando os rótulos dos chamados "grupos de riscos", uma vez que muitas apresentavam parceria sexual única no momento do diagnóstico.

A impossibilidade em rotular um determinado grupo como 'de risco' impulsionou a análise sobre como os determinantes sociais de gênero, sexualidade, classe social e "raça" podem potencializar a disseminação da infecção pelo HIV e a consequente epidemia de Aids. Para Villela,

A tentativa de responsabilizar individualmente o portador pela infecção, a partir da hipótese de que ele voluntária e conscientemente comportou-se de modo errado, em grande medida esteve subordinada à própria terminologia empregada para caracterizar os grupos inicialmente mais afetados pela epidemia: grupos de risco. O polissêmico termo *risco*, que para a epidemiologia tem um sentido estrito de mensuração da probabilidade de ocorrência de um fenômeno em uma população dada, quando referido a comportamentos ou atos individuais, adquire um sentido de escolha racional e, mesmo eventualmente, positivo – 'quem não se arrisca não petisca'. Assim, criou-se um imaginário que a pessoa portadora do vírus tinha jogado com a sorte, ao desempenhar atos socialmente inaceitáveis. E não havia sido bem-sucedida.

A responsabilização do portador por sua infecção manteve-se mesmo quando o HIV começou a atingir pessoas de hábitos socialmente aceitos, esperados e mesmo desejáveis: mulheres monogâmicas e homens heterossexuais que têm várias parceiras. (1999, p.204-205)

Em outras palavras, podemos dizer então que, desde a identificação dos primeiros casos da doença, foram apontadas várias possíveis causas de contágio, iniciando pelo conceito de grupos de risco, e em seguida por comportamentos ou situações de risco. Isto porque, no Brasil, a epidemia foi marcada por alguns momentos distintos.

O primeiro momento faz referência ao início da epidemia, com os primeiros casos diagnosticados da doença, onde prevalecia o conceito de "grupos de risco", uma vez que os infectados pelo HIV eram principalmente homens homossexuais com bom nível de escolaridade, sendo essa época marcada pelo conceito de "grupos de risco".

Para Monteiro (2002), a delimitação de um 'grupo de risco' atrelava a transmissão do HIV à noção de promiscuidade. Logo, a primeira década da epidemia foi marcada por uma visão moralista e discriminatória, com a ausência de discussões efetivas sobre as formas de transmissão do HIV. Para a autora

Com exceção de perspectivas alternativas, criadas por organizações não governamentais, prevaleceu a abordagem alarmista, caracterizada pela divisão entre os culpados pela disseminação do vírus (homossexual, 'desviante', 'promíscuo', 'drogado', africano, profissional do sexo) e as vítimas indefesas (crianças e hemofílicos). Tal visão gerou ações de discriminação, principalmente entre populações marginalizadas, e contribuiu para a disseminação do vírus entre os diversos segmentos sociais, dentre os quais aqueles considerados 'fora de risco'. (MONTEIRO, 2002, p. 25).

O segundo momento considerou que a epidemia não estava associada a um 'risco', mas ao 'comportamento', devido ao grande número de contaminação por uso de drogas injetáveis, atingindo assim, um número maior de heterossexuais.

Nesta perspectiva, pensando em prevenção, e compreendendo que esta deve ser estendida a qualquer indivíduo sexualmente ativo, o acompanhamento dos casos notificados apontou para a necessidade de repensar as estratégias de alcance à população de uma forma geral. Assim, o início da epidemia, que trouxe a ideia de 'grupos de risco', foi então substituído no jargão científico pelo termo 'vulnerabilidade'. Isto porque, o primeiro trazia o peso da 'decisão individual', restringindo o olhar da epidemia para alguns 'grupos'. Esta mudança demarca o terceiro momento, impulsionada pelo aumento de casos no sexo feminino, baixa escolaridade e interiorização da epidemia. O termo vulnerabilidade aponta para o atravessamento de uma série de fatores como por exemplo as questões de gênero, raça, classe social e sexualidade, podendo influenciar na possibilidade de infecção do indivíduo ao vírus do HIV, bem como nas possibilidades de acesso aos cuidados de saúde.

Como forma de ilustrar o quanto o discurso da prevenção está atravessado por um conjunto de dimensões sociais, culturais, econômicas, dentre outras, Vilella (1999) destaca:

Para que uma pessoa possa se prevenir de algo, é necessário que a pessoa tenha capacidade cognitiva para pensar o futuro e fazer projetos, acredite que tem um futuro assegurado no qual vale a pena investir, tenha os suportes sociais necessários para a concretização de alguns dos seus

planos, tenha a possibilidade subjetiva de sublimação e um mínimo de autodeterminação e autonomia diante da própria vida. No caso da Aids, cuja prevenção da transmissão por via sexual inclui pelo menos duas pessoas e pressupõe a aceitação de restrições, de maior ou menor intensidade - desde a abstinência até o uso de barreiras em todas as relações e práticas sexuais, passando pela redução do número de parceiros, evitar algumas práticas sexuais e o uso seletivo do preservativo - , esse processo se torna mais complexo. (Idem, 1999, p. 206)

Monteiro (2002) ressalta que, ao se analisar individualmente, qualquer pessoa pode, de alguma forma, estar vulnerável à infecção por HIV, ainda que esta vulnerabilidade esteja atravessada por questões como valores e/ou acesso a recursos que lhes possibilitem formas de se prevenir e até mesmo a compreensão de estar em risco. Ao problematizar o conceito de vulnerabilidade, a autora destaca a necessidade de considerar três planos, quais sejam:

individual: trata-se do comportamento e dos atributos pessoais, decorrentes das condições objetivas do meio social, do grau de consciência dos indivíduos dos riscos e do poder de mudança da conduta / situação; programática: referente ao desenvolvimento de políticas comprometidas com o controle da epidemia, como fornecimento de informação / educação e investimentos nos serviços sociais e de saúde; social: caracterizado pelas estruturas social, política e econômica relacionadas à garantia dos direitos humanos e de cidadania e das condições de bem estar social da população(MONTEIRO, 2002 ,p. 27)

Nesse sentido, podemos considerar que a vulnerabilidade individual está tanto relacionada à qualidade de informações que as mulheres recebem sobre as IST'S/AIDS quanto a sua autonomia³⁴, garantindo que de fato os direitos sexuais e reprodutivos sejam reais em suas vidas, e que elas sejam capazes de realizar escolhas, principalmente quando pensamos na lógica da prevenção. A vulnerabilidade social é percebida frente aos fatores sociais que atravessam a história dessas mulheres, como situações de violência, acesso à educação, condições de moradia, educação, dentre outros.

Já a vulnerabilidade programática refere-se às ações desenvolvidas ou não pelo poder público, ou seja, às respostas político-institucionais e econômicas, e aos investimentos realizados pelas autoridades governamentais no combate à epidemia.

³⁴ Sobre o conceito de autonomia considero importante destacar o texto 'Direitos Sexuais e Reprodutivos: Uma perspectiva feminista' de Corrêa e Petchesky (1996) onde as autoras ao problematizarem este conceito destacam que ouvir as mulheres enquanto sujeitos é a chave central para o respeito a sua autonomia. As autoras chamam atenção para a importância de tratá-las como sujeitos capazes de tomar decisões em assuntos de reprodução e de sexualidade, conforme destacamos no capítulo anterior.

É importante refletir sobre a ideia de que qualquer pessoa pode ser afetada pelo HIV/Aids. Essa afirmação foi e continua sendo muito importante para combater perspectivas culpabilizantes e moralizadoras sobre determinados grupos sociais, em geral os marginalizados em relação às normas de gênero, sexualidade, raça e classe. No entanto, isso não significa invisibilizar as diferenças desses grupos que geram desigualdades no acesso a direitos e exercício da autonomia, inclusive no plano individual e de suas escolhas, conforme discutimos no capítulo anterior.

Desta forma, embora a aids seja uma doença de transmissão majoritariamente sexual, a epidemia de aids é dinâmica e multifatorial, e sua ocorrência vai muito além da questão do comportamento sexual, estando relacionada com as condições de vida, gênero, composições etárias e étnicas das populações atingidas. (MONTEIRO, 2002).

Cumprido destacar que embora ao longo do tempo HIV/Aids tenha se convertido numa doença crônica, mediante avanços das tecnologias e implementação de políticas públicas, isto não é uma realidade em todo o mundo. Além disso, não eliminou em torno da doença o medo da morte e a moralização das sexualidades, questões que ainda atravessam as experiências das pessoas que convivem com HIV/Aids.

2.2 - Relações de Gênero, maternidade e HIV/AIDS

Segundo Barbosa (2003), a epidemia brasileira é marcada por um contexto de transformações, desde as formas de contágio, com os processos de infecção por transmissão sanguínea, tanto pelo compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas, quanto pela transmissão homo e bissexual e seguiu para um processo de pauperização, feminização e interiorização da epidemia.

Isto porque, conforme observamos, nos primeiros anos, a epidemia no Brasil alcançou de maneira mais significativa os homens (os HSH - homens que fazem sexo com homens, os usuários de drogas injetáveis e os hemofílicos devido ao recebimento de sangue e hemoderivados- em ambos os casos, tratamos também

majoritariamente de homens), o que contribuiu para trazer à doença um estereótipo de que esta seria restrita a este público. Todavia, a Aids seguiu alcançando de forma significativa as mulheres, e este aumento da infecção do HIV entre elas passou a ser denominado como um processo de 'feminização da epidemia'. Nesse trabalho, iremos tratar esse fenômeno buscando compreender de que modo as relações de gênero, marcadamente hierarquizadas e desiguais socialmente, produzem efeitos sobre a experiência de mulheres gestantes com HIV/Aids.

No caso delas, em contraponto aos homens, a forma mais significativa de contágio não versa sobre o compartilhamento de agulhas e seringas contaminados, mas na via sexual. Assim, a transmissão sexual assume hoje o principal impulsionador da epidemia, principalmente entre o público feminino.

Mesmo diante das alterações no perfil epidemiológico da doença com a identificação contínua de novos casos de infecção em mulheres pelo HIV/AIDS, as mulheres não representam um grupo populacional prioritário. Desta forma, essa 'não prioridade' resulta em ações restritas para as mulheres apenas durante a gravidez, visando à prevenção da transmissão para a criança. Este recorte (no período gravídico) negligencia o acesso integral à totalidade das mulheres.

Trazer a visibilidade ao relato dessas mulheres pode ser um caminho para o alcance de novos horizontes. É indiscutível a necessidade de impulsionarmos ações estratégicas que repensem tais condutas, fomentando novos protocolos, e que preconizem o alcance a todas as mulheres pela política de saúde com estratégias de prevenção.

Neste sentido, o aconselhamento e a oferta de testes deveria compreender outros momentos dissociados do período gestacional como, por exemplo, nos atendimentos periódicos de ginecologia, prevenção do Câncer, e também nos acompanhamentos de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, tuberculose, dentre outras. Cabe destacar inclusive que algumas doenças podem estar associadas ao HIV e às mulheres que se encontram fora do período reprodutivo, seja por opção, por questões de saúde ou por faixa etária, como o caso das idosas.

É inegável o avanço alcançado, principalmente na redução da transmissão vertical, ao se preconizar a oferta dos exames laboratoriais de sorologia para o HIV e sífilis, por exemplo. Contudo, o avesso disso é a redução ao período reprodutivo.

O fato da evolução da epidemia da Aids no Brasil estar alcançando de maneira especial as mulheres, trouxe como desafio a necessidade de controle da

transmissão vertical do HIV³⁵, o que de alguma forma reflete que ao se ‘defrontar o direito da mulher e o direito da criança’ o último se sobrepõe ao primeiro. Como se a preocupação central com a mulher permanecesse focada ao seu período reprodutivo.

Objetivando explicar melhor esta afirmação apresento aqui uma observação muito comum em meu cotidiano profissional. As gestantes com diagnóstico de sorologia positiva para o HIV durante o período que permaneciam internadas na ‘enfermaria de gestantes’ chegavam com relato de ‘adesão’ ou ‘não adesão’ ao tratamento e isso resultava apenas em orientações e ‘recomendações’ de prevenção e tratamento feitas pelos diversos profissionais de saúde. Entretanto, esta mesma mulher, ao ‘parir’ e ser direcionada à enfermaria de alojamento conjunto³⁶, caso não faça ‘adesão ao tratamento’ ou não tenha seguido o acompanhamento de pré natal com todas as orientações de estratégias para a redução da transmissão vertical, será alvo de preocupação por parte da equipe de saúde (mais especificamente a pediatria). É comum nesses casos que a equipe de Serviço Social e de Psicologia recebam um ‘pedido de parecer’ sobre a situação, numa compreensão de que a criança está ‘sob risco’.

De acordo com o documento sobre a profilaxia antiretroviral em gestantes do Ministério da Saúde (2010), um número considerável dos diagnósticos de casos de infecção retroviral na população feminina ocorre durante o período gestacional, devido à oferta da triagem sorológica anti-HIV durante o acompanhamento de pré-natal, conforme recomendação da política de saúde na atenção pré-natal.

A prevenção da transmissão vertical do HIV é uma grande preocupação em saúde pública. Conforme o relatório informativo da UNAIDS (2018), desde 2010, as novas infecções por HIV, em termos globais, entre crianças diminuíram 35%, de 270.000 em 2010 para 180.000 em 2017. Contudo, o acesso ao tratamento para a prevenção da transmissão vertical ainda não é alcançado por todas as mulheres gestantes. Segundo o mesmo relatório, em 2017, apenas 80% das mulheres grávidas vivendo com HIV tinham acesso a medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical do HIV, fato que pode ser justificado pelo número de

³⁵ Denomina-se transmissão vertical a infecção da criança pelo vírus HIV durante a gestação, parto ou amamentação (Ministério da Saúde, 2010).

³⁶ Enfermaria onde um berço é colocado ao lado do leito da gestante e o bebê permanece com ela em período integral.

mulheres que não seguem o acompanhamento ambulatorial de pré-natal. Esta não adesão pode estar associada a uma série de questões que embora não proponha a problematizar aqui considero importante pontuar.

A 'não-adesão' pode ser resultado da dificuldade de acesso ao serviço, da precariedade de informação, de uma negação da gestação ou ainda da gestação com o HIV, no caso de mulheres que já possuem o diagnóstico. Para ilustrar esta última afirmação aponto a história de uma puérpera atendida no Núcleo Perinatal e que não havia realizado acompanhamento ambulatorial, a mesma chegou à unidade em trabalho de parto e foi submetida ao parto, após ter sido identificado através de exame laboratorial, que sua carga viral estava muito alta.

Dois dias depois, em atendimento social, ao ser questionada pela sua não adesão ao pré-natal, a mesma referiu que 'não sentia nada' e ao chegar até a unidade seria novamente vista como 'doente'. Esta fala é justificada pelo fato de a puérpera ter seguido anos sem retornar ao serviço de saúde desde seu último parto, quando recebeu o diagnóstico do HIV.

Conforme divulgado pela UNAIDS, o governo brasileiro, com a iniciativa do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais (DDAHV), e do Ministério da Saúde, criou, em 2016, o Grupo de Trabalho (GT) de Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e/ou da Sífilis no Brasil.

A estratégia mundial do UNAIDS para 2016-2021 prevê a eliminação da transmissão vertical do HIV nesse período.

Em dezembro de 2014, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) lançou, na capital francesa, a Declaração de Paris, buscando mobilizar esforços locais para o fim da epidemia da doença até 2030.

Segundo apontado pela Organização das Nações Unidas (ONU)³⁷, diversos brasileiros se somam a mais de 200 prefeituras ao redor do mundo que já estão mobilizadas rumo às metas de tratamento 90-90-90 para 2020: ter 90% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas; desse total, 90% em tratamento; e que 90% deste grupo tenha carga viral indetectável. Além das metas de tratamento, os prefeitos se comprometem a colocar as pessoas no centro das ações e enfrentar as causas do risco, das vulnerabilidades e da transmissão do HIV.

³⁷ <https://nacoesunidas.org/mais-oito-cidades-brasileiras-assinam-a-declaracao-de-paris-para-combate-a-epidemia-de-aids/> Acesso em 23 de Julho de 2018 às 16hs e 15 min.

O Ministério da Saúde (MS) lançou em 2010 um documento com Recomendações de Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, tendo destaque a preocupação com a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Segundo este documento, a carga viral elevada é o principal fator de risco associado à transmissão vertical. Ele detalha, tecnicamente passo a passo as orientações clínicas de conduta para o acompanhamento a mulheres infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos.

A orientação do Ministério da Saúde preconiza o diagnóstico precoce do HIV nas gestantes ainda durante o pré-natal, a fim de que seja possível realizar a quimioprofilaxia (ações de tratamento) para prevenção da transmissão vertical, reduzindo consideravelmente a possibilidade de transmissão para o bebê.

Desta forma, o Ministério da Saúde recomenda que diversos exames de testagem sorológica (HIV, Sífilis, Hepatites) devem ser realizados na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, no início do 3º trimestre (28ª semana) e no momento do parto.

A primeira estratégia para evitar a contaminação do bebê é realizada com tratamento específico iniciado após a 14ª semana de gestação, com o uso de medicamentos (AZT) em mulheres grávidas HIV positivas.

Além disso, há o cuidado com tratamento intensivo durante o trabalho do parto, inclusive com o banho imediato do bebê, visando minimizar o risco de infecção.

Após o parto, o cuidado segue com a administração ao bebê do AZT via oral, durante as seis primeiras semanas de vida além da exclusão do aleitamento materno. Após a alta clínica da maternidade, as crianças seguem acompanhadas pelo ambulatório de Doenças Infecciosas Pediátricas até a definição do seu status sorológico.

Quanto à amamentação, a política do Ministério da Saúde é orientar sobre a substituição do aleitamento materno pelo leite artificial ou leite humano pasteurizado disponível nos bancos de leite.

Contudo, muitas mulheres ainda chegam às maternidades, em trabalho de parto, sem ter recebido o tratamento antiretroviral. Esse problema pode ser associado a não busca pelo serviço por parte das usuárias ou também pelo não acolhimento da rede de saúde a essa mulher.

Assim, conhecer a trajetória dessas mulheres é de extrema importância uma vez que, com o diagnóstico oportuno e o tratamento adequado, o risco da transmissão vertical do HIV é reduzido de maneira significativa.

O diagnóstico do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) ainda tende a ser algo restrito ao universo privado de cada indivíduo, uma vez que a proeminência da doença no plano social tende a refletir atitudes de discriminação, um estigma social, corroborando assim para a exclusão dos indivíduos identificados com a AIDS.

Neste sentido, o estudo das trajetórias das mulheres alvo desta pesquisa além de fomentar a discussão sobre o tema, de contribuir para o entendimento das situações que estas vivenciam, também busca identificar as possíveis influências das situações de exclusão social e desigualdades de gênero, "raça", etnia, classe social e sexualidade na vida dessas mulheres.

Knauth (1999) problematiza a subjetividade feminina diante da sua soropositividade. A autora ressalta que a AIDS comumente se associa com a noção de algum 'grupo de risco' ou de morte, como algo distante, como a doença do outro.

Ela destaca que principalmente neste período de "feminização da epidemia" as mulheres vivenciavam um contexto significativamente conturbado por não se reconhecerem portadoras da doença. Para a autora,

Existe ainda a complexa situação do que representa a soropositividade, ou seja, o fato de ter um vírus, mas não necessariamente estar ou perceber-se doente. Possuem, assim, uma doença identificada apenas por um exame laboratorial, que se encontra corporalmente invisível. É nesse sentido que, para as mulheres infectadas, o fato de não poderem amamentar seus bebês representa o que considero ser o primeiro sintoma da Aids. Se até aquele momento a Aids não aparecia nem física, nem socialmente, a não-amamentação faz com que as mulheres se vejam obrigadas a apresentar uma justificativa convincente para tal ato. E pode, assim, dar visibilidade a essa condição de portadora do vírus da Aids, que até então poderia passar completamente despercebida. É preciso considerar ainda o que significa, para essas mulheres, o fato de não poder amamentar seus bebês, visto que, em decorrência mesmo das inúmeras campanhas de incentivo ao aleitamento materno, elas acreditavam ser esse o melhor alimento, especialmente para uma criança que nasce numa situação de grave vulnerabilidade, como é a da Aids.(KNAUTH, 1999, p.124)

O locus dessa pesquisa, o Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto foi inaugurado em 2006, e possui o título de "Hospital Amigo da Criança", por promover e incentivar o aleitamento materno e pela adequação das rotinas, práticas e treinamento da equipe multiprofissional, envolvida na assistência à mulher

no processo do parto e nascimento, de forma a atender os requisitos à adoção de medidas de promoção do aleitamento materno.

Outrossim, o serviço de pré natal que integra o Núcleo Perinatal do HUPE, se insere na rede de saúde enquanto referência para situações de alto risco materno, assistindo gestantes com diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes mellitus, HIV positivas, doenças reumatológicas auto imunes, como Lupus e SAF (Síndrome do Anticorpo Antifosfolipide), dentre outras. Mas, enquanto unidade de referência para gestantes de alto risco e soropositivas segue as normas do Ministério da Saúde, onde existe um protocolo restritivo ao aleitamento materno, na prevenção de infecção vertical. Neste caso, as mulheres com diagnóstico positivo para o HIV são cadastradas pelo serviço de nutrição e, após a alta pediátrica, recebem gratuitamente um quantitativo de dez latas de fórmula artificial para alimentação do bebê, com o compromisso de continuar recebendo outras latas a cada retorno para acompanhamento ambulatorial do bebê até que este complete seis meses de idade.

A amamentação enquanto alimentação pelo seio materno, é apresentada como um momento importante na relação afetiva entre a mãe e a criança para se cultivar a intimidade, o vínculo, carinho e a segurança do bebê. No entanto, a mulher soropositiva impedida de amamentar também pode estimular todos esses sentimentos ainda que utilizando outra forma de nutrição ao seu filho.

Considero que, para essas mulheres o primeiro 'embate' já se apresente na maternidade, quando elas observam e são observadas por outras mães que estão amamentando seus bebês ao seio. Já ali se inicia uma série de questões como a vergonha, e um sentimento usualmente apontado por elas de muito sofrimento por não poder oferecer o leite materno, tão estimulado e enaltecido pelas campanhas de saúde, as mesmas que preconizam: 'use camisinha'. Nos atendimentos percebemos muitos relatos de culpa neste momento.

A equipe de enfermagem tem o cuidado de, sempre que possível, inserir essas gestantes em enfermarias onde elas fiquem menos expostas, contudo, diante da dinâmica de vagas nem sempre isto é possível. Por vezes, o que irá 'separar' duas famílias no mesmo espaço físico será apenas o 'biombo'³⁸.

Além disso, essas mulheres comumente recebem uma medicação e têm seus seios enfaixados a fim de neutralizar a produção do leite materno. É muito comum

³⁸ Divisória móvel utilizada nos espaços hospitalares, comumente utilizado para separar leitos em uma mesma enfermaria a fim de garantir alguma privacidade aos pacientes.

observarmos que várias destas mulheres 'retiram a faixa' durante o horário de visita, a fim de fugir a questionamentos por seus amigos e/ou familiares que por desconhecerem sua condição sorológica questionam: "ué, o bebê está chorando, deve estar com fome... 'dá o peito para ele'".

As mulheres na verdade tentam durante todo o tempo se reinventar, 'negociando' com as normas estabelecidas sobre a maternidade, onde a amamentação tem um destaque privilegiado, sendo apontada como a melhor forma de alimentar o bebê, inclusive pela sua contribuição à formação imunológica do bebê. Neste sentido, as mulheres que por algum motivo não podem amamentar acabam se sentindo menos mães. É como se, de alguma forma, o 'não amamentar' atingisse a sua condição de "boa mãe", remetendo por vezes a uma atitude de negligência e egoísta. Cumpre destacar que a maternidade constitui elemento central na condição de gênero das mulheres, valorizadas numa função historicamente considerada fundamental para a reprodução da ordem social (FREIRE, 2008).

As estratégias empreendidas pelas mulheres com HIV para cuidarem da saúde e não serem desqualificadas enquanto mulheres seguem ao longo do tempo, com a retirada do rótulo do medicamento AZT para o bebê, pois é um nome que ganhou popularidade no tratamento da Aids no Brasil. A resposta muito utilizada por elas diante de qualquer questionamento sobre o que está sendo ministrado ao bebê é de que aquela medicação na verdade é uma 'vitamina'.

Essas atitudes observadas entre mulheres gestantes com HIV remetem à questão do sigilo em relação à doença. Do ponto de vista dos profissionais, a comunicação do diagnóstico envolve dilemas éticos e muito delicados que não me proponho a problematizar aqui. Todavia, cabe apontar que a mulher, ao receber o diagnóstico na maternidade, algumas vezes se isola, e mais uma vez as relações de poder que perpassam os relacionamentos afetivos e conjugais, e as normas sociais de gênero e sexualidade que as envolvem, dificultam ou mesmo impedem compartilhar essa questão.

Durante nossos atendimentos algumas mulheres verbalizam que não irão conversar com o companheiro sobre o diagnóstico por 'temer a reação dele', seja por medo de uma atitude violenta, ou medo do abandono.

Aponto esta questão enquanto um dilema ético, pois o companheiro, ao saber, também possui o direito de ter acesso ao teste³⁹, e, caso positivo, ao tratamento. Embora, de alguma maneira, ao optar pela não utilização de formas de proteção, eles também assumem um risco. Essas relações de poder se sobressaem ainda mais após o nascimento da criança, uma vez que, ambos os responsáveis legais têm direito de conhecer a situação de saúde desta. E, saber que a criança segue em tratamento por ser considerada uma 'criança exposta' significa que esta mãe possui HIV. Todavia, não se pode perder de vista que estruturalmente as posições de homens e mulheres não se inscrevem sob as mesmas condições, especialmente no que diz respeito ao cuidado. Muitas relações íntimas expressam desigualdades de gênero, e às vezes também conjugadas à raça e classe, no plano simbólico e material de modo que seria necessário refletir sobre que bases esse direito se coloca. Nesses contextos, é preciso problematizar condições protegidas de comunicação por parte da mulher.

Destaco aqui também a necessidade de atenção por parte dos profissionais de saúde para que, ainda que de forma indesejada, não acabem por expor essas mulheres que já são tão penalizadas. Muitas vezes são situações com efeitos imprevistos, como no caso de mulheres que ao perceberem que a outra usuária, ao deixar a unidade, recebera latas de leite artificial, procuravam o Serviço Social relatando dificuldades financeiras e requerendo também o acesso ao leite.

Passamos a ter o cuidado de apontar que a dispensação fazia parte de um programa direto do Ministério da Saúde e que estava direcionada a algumas situações de saúde, mas não a dela (a pessoa que estava solicitando). Esta foi a saída pensada, pois se justificássemos que se tratava da dispensação pela restrição à amamentação devido ao HIV poderíamos acabar por expor a mulher que recebera o leite artificial para seu bebê.

A maternidade é um elemento de valorização da mulher e na condição de possuir HIV uma série de rituais que qualificam socialmente uma mãe são retirados. Desde a própria condição de estar grávida, que pode ser inclusive criticada pela equipe de saúde e por outras usuárias; passando pela conduta de não amamentação até a suspeita sobre a competência dessas mulheres para exercerem

³⁹ Muitas relações íntimas expressam desigualdades de gênero no plano simbólico e material, de modo que seria preciso refletir sobre o direito ao conhecimento por parte dos parceiros porém de modo que as parceiras o façam de forma protegida.

a maternidade. Nessa direção, a condição de serem mulheres negras é um elemento a mais na interdição da maternidade, visto que as famílias negras tendem a ser mais avaliadas acerca da sua capacidade de produzir cuidados e costumam ser consideradas negligentes, com efeitos diretos na destituição de vínculos com seus filhos⁴⁰.

2.3 – Afetos, Sexualidades e Conjugalidades em tempos de HIV/AIDS

Analisar as relações de gênero para mulheres em situação de HIV/Aids envolve não apenas a questão da maternidade, como também uma reflexão da sexualidade em contextos conjugais.

Iniciar uma problematização sobre o conjugalidade não me pareceu fácil, embora imprescindível a este trabalho. Justifico esta dificuldade pela parca produção bibliográfica sobre o tema. A maioria dos trabalhos pesquisados ao falar sobre conjugalidade trazem uma discussão sobre o fim de relacionamentos, com aspectos psicológicos ou jurídicos, neste último caso tratando principalmente de divórcio e guarda de filhos menores.

Além disso, ao se debruçar sobre o tema, é possível observar que os sujeitos das pesquisas não pertencem às camadas populares, pouco se fala sobre este público, sobre seus (des)acordos e negociações, o que corrobora com a necessidade de aprofundarmos a discussão numa perspectiva interseccional enfatizando as experiências das mulheres pobres.

⁴⁰ Esta reflexão poder ser reforçada com o texto de Cláudia Fonseca 'Ser mãe, mulher e pobre', inscrito na obra "A história das Mulheres no Brasil", , que mostra de forma rica o lugar reservado à mulher pela sociedade ao longo das décadas. Ressalta o trabalho de mulheres e crianças nas fábricas, avaliadas como mão de obra menos onerosa. Na obra, a autora traz um destaque para o alto índice de mortalidade materna e para o modelo de família estabelecido naquele contexto histórico, a família nuclear, embora considere o que hoje chamamos de família extensa enquanto rede de suporte para a criação dos filhos. Cabe destacar que, naquele momento, estes eram vistos de forma muito peculiar, não havendo a perspectiva de 'pessoas em desenvolvimento' com a premissa do cuidado e da proteção integral apontada hoje pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. A ausência de pensões e de uma política pública voltada para ? no contexto do envelhecimento fazia também das crianças uma espécie de 'moeda de troca', uma vez que estas, se tornariam adultos responsáveis pelo sustento da casa.

Como ponto de partida cabe discutir o próprio significado do termo, comumente associado à ideia de 'conjugal' / 'marital', que pressupõe uma relação de pessoas que se unem com propósito de uma vida mútua em comum. Esta união pode ter os mais diversos formatos, motivações e acordos ainda que sob forte normatização social.

As relações conjugais se desenvolveram ao longo do tempo. A relação conjugal pré-moderna era marcada pela dominação masculina; física, sexual e econômica. O início do século XX, traz outras ideias sobre o estabelecimento das relações conjugais, tendo como marco a questão do afeto e a noção do amor romântico. Progressivamente, a dominação física e sexual cede espaço ao discurso baseado no amor e respeito mútuos e, também, a um amor racional, que se molda em função dos interesses individuais e conjugais. O casamento mantém-se como um dos modelos de relação conjugal, mas não o único, coexistindo ao lado de uniões livres, formais ou informais.

Assim, uma grande mudança que vivemos nos dias atuais consiste na vivência da conjugalidade sem uma formalização prévia. Digo isto porque há algumas décadas este era um elemento central para o estabelecimento de uma relação conjugal, neste caso, o casamento. Hoje, o Código Civil já reconhece essas uniões 'não documentadas', depois de algum tempo, definindo-as como 'união estável'.

Neste sentido, percebemos que a contemporaneidade nos desafia a refutar a concepção homogênea de conjugalidade. Ao longo do tempo sempre existiram muitas formas de união e configuração de famílias, e a contemporaneidade nos traz uma legitimidade para o questionamento da norma burguesa, entretanto, ela continua muito presente nas regras e expectativas sociais.

Sobre os formatos, as relações conjugais podem envolver duas ou mais pessoas, a depender do contexto e dos acordos estabelecidos, não havendo mais a unicidade pela relação monogâmica. Além disso, embora essas questões não sejam ainda plenamente aceitáveis precisamos destacar inclusive que não há mais a exclusividade de que esta seja composta por pessoas de sexos diferentes.

Historicamente, a relação conjugal esteve associada à formação da família, à ideia da reprodução, além de assumir outras funções de ordem econômica e social. Mais recentemente, a promulgação dos direitos sexuais e reprodutivos, as conquistas femininas em relação à luta pela autonomia de seus corpos, dentre

outros fatores, possibilitaram uma outra leitura sobre o estabelecimento das relações conjugais, envolvendo escolhas que podem perpassar pelo afeto, pelo companheirismo, cumplicidade, por interesses políticos, econômicos, dentre tantos outros.

Assim, entre as características das relações conjugais modernas, emerge um discurso em torno de uma relação mais igualitária entre os parceiros, onde a ideia de um provedor absoluto tende a ser menos presente. Além disso, há o destaque para a não obrigatoriedade de procriação.

Outro destaque para essas mudanças remete ao fato de que as relações afetivas/sexuais contemporâneas são marcadas pela escolha dos sujeitos em permanecer com os relacionamentos enquanto assim for desejado ou possível, são relações que se constroem e reconstroem ocasionalmente, não havendo mais a fixidade dos compromissos estabelecidos e que se perpetuavam ao longo de toda a vida.

Considero importante também ressaltar que este estudo se propõe a olhar nas experiências dessas mulheres pobres e negras como elas constroem suas parcerias e suas experiências afetivo sexuais. São relações que envolvem sexualidade e afetividade, mas não estão livres de poder conforme referido por Scott " Sexo enquanto relação primeira de poder" . Além disso, o gênero organiza essas relações, conforme destacado por Leal (2005):

A relação sexual e tudo mais que a envolve são, antes de tudo, um vínculo social envolvendo relações de poder, hierarquias, expectativas e significados sociais. A sexualidade é um campo privilegiado para a análise do social, um microsomo onde se atualizam identidades de gênero, pertencimento de classe, trajetórias sociais. A sexualidade, em seu sentido mais amplo, é uma forma de pensar e sentir que se caracteriza por conter uma experiência que está para além das consciências individuais, é um domínio da vida social em que o indivíduo é levado a agir de acordo com um conjunto de disposições previamente estabelecido e fundando nas representações sociais. (Idem, 2005, p. 62)

Quando se analisa os diferentes modelos de conjugalidades num contexto de epidemia do HIV/AIDS, pesquisas⁴¹ observam também que muitas mulheres, acreditando-se "protegidas" pelo relacionamento, negligenciaram (ou não tiveram

⁴¹ BRASIL. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Conjugalidade e Prevenção. Série: Prevenção às DST/AIDS. 2010

escolha, sendo então impulsionadas a negligenciar) a possibilidade de prevenção, principalmente com o uso de preservativo nas relações sexuais. Isto porque, pressupõe-se que numa relação marcada pelo poder, a posição feminina está diretamente associada à submissão. Contudo, não podemos desconsiderar que as relações de poder também são subvertidas e podem ser reinventadas. Neste sentido, a análise da fala das mulheres entrevistadas nesta pesquisa, no capítulo seguinte, irá qualificar esta discussão.

Falar sobre prevenção, e, mais especificamente sobre o uso de preservativos nas relações sexuais aponta para os marcadores interseccionais que perpassam a história de vida dos sujeitos.

Ainda nos dias atuais, o uso dos preservativos traz a ideia de comportamentos sexuais desviantes do modelo monogâmico, onde se reverencia a fidelidade e a confiança. Usualmente, não há espaço para que a mulher demande o uso do preservativo, e, caso isto ocorra, o cenário que se instaura é desconfiança do parceiro ou infidelidade por parte da mulher. Assim, a sexualidade como elemento explicativo dos constrangimentos e moralidades que envolvem a experiência das pessoas com HIV pode ser evocada.

Bozon (1995), defende que a sexualidade humana não é produto da natureza e sim da sociedade, é uma construção social. Neste sentido, o autor destaca que a atividade sexual, embora integre uma esfera na vida dos indivíduos, não existe isoladamente. Ao contrário ela é constituída por diversos significados sociais dentro dos quais está inscrita. Logo, é irrefutável a compreensão desta enquanto construção social, que segue atravessada pelos marcadores interseccionais na trajetória de cada indivíduo. O lugar que homens e mulheres ocupam dentro das relações sexuais e como isto se configura enquanto um 'contrato entre os gêneros', também atravessado por questões de classe social, é um exemplo da complexidade envolvida nesse âmbito.

Problematizando sobre o tema o autor faz referência a três classes de realidades, que ele conceitua como: as representações, que são os símbolos que organizam a relação do indivíduo com a natureza; as normas, que são as regras de comportamento explícitos aos quais os indivíduos se referem conscientemente; e, por último, as práticas, que são os comportamentos realizados, tanto individuais quanto coletivos. Assim, essas realidades inferem sobre a percepção que os

indivíduos têm de seus parceiros dentro do relacionamento e é a partir daí que os acordos poderão ser estabelecidos ou não.

Para ele, as mudanças conjugais contemporâneas refletem a mudança da definição institucional antiga do casamento. Esta alteração impulsionou a questão do afeto nas relações conjugais, emergindo então o ideal e a prática da conjugalidade construída a partir do amor, dissociando o relacionamento das negociações entre famílias, e o situando enquanto escolha pessoal dos cônjuges. Neste cenário, a sexualidade assume um papel essencial, como instância de satisfação e prazer.

A transformação mais importante nas condições de exercício da sexualidade apontada pelo autor, tem como marco a segunda metade do século XX, e é o alongamento da vida sexual, com o início desta vivência em indivíduos cada vez mais jovens, devido a possibilidade de que estes tenham uma vida sexual sem que esta esteja necessariamente atrelada a algum relacionamento estável.

Barbosa (1999) destaca que o uso do preservativo perpassa a ideia de negociação, neste caso, a negociação sexual. Esta remete à troca, numa transação onde um dos integrantes deseja algo que o outro possui, oferecendo assim algo que desperte o interesse do outro. Considero ainda importante ressaltar que a negociação não pode ser reduzida ao diálogo, ela não é uma prática exclusiva dos casais, mas envolve todo o contexto relacional, social, cultural, econômico que envolve esses sujeitos e as mulheres.

Os dados epidemiológicos apontam para um importante número de mulheres infectadas pelo vírus HIV, porém este grupo não se percebe enquanto 'risco'. As campanhas que preconizam a adoção de práticas mais seguras têm pouco êxito em grupos de mulheres em relacionamento estável, embora este seja um segmento com altas taxas de contaminação.

Principalmente em relações "fixas", quando se pensa no uso de algum método de barreira durante as relações sexuais, a preocupação central é a concepção, e esta, é vista como responsabilidade das mulheres que, para tanto, recorrem ao uso de algum método contraceptivo como pílula, injeção, implantes, dentre outros. Diante do preservativo se construiu uma ideia de ocasionalidade, ou seja, ele tende a ser utilizado (quando se é) apenas em relações ocasionais.

Ávila (1999) destaca o desafio de se pensar a prevenção para este grupo. Para a autora:

Pensar a questão da AIDS a partir dos direitos reprodutivos exige também um reequacionamento da relação entre direitos reprodutivos e direitos sexuais. Para as mulheres, o exercício da sexualidade baseado na concepção do amor romântico - que prevalece até hoje e influencia tanto relações permanentes quanto as irregulares, as legais quanto as consensuais, os casamentos chamados monogâmicos e a prostituição - tem implicado um lugar de 'desposuimento'. Nessa concepção de amor, a renúncia, o sofrimento, a desigualdade são elementos constitutivos do lugar do feminino enquanto lugar das mulheres, no jogo do amor romântico. Neste jogo desigual, as mulheres são o outro sem desejo, apenas um corpo para servir a realização do desejo alheio. (Idem, 1999, p. 46)

O grande desafio da leitura dos relacionamentos conjugais contemporâneos consiste então em compreender e interpretar os fenômenos presentes em um determinado contexto social, com as reconfigurações de papéis na sociedade e os diferentes modelos de relacionamentos afetivos e amorosos.

As mudanças nas relações conjugais que ocorreram ao longo das transformações sociais, são importantes, contudo, não são estáticas. Elas podem assumir novas configurações, o que certamente será alvo de novos questionamentos e estudos sobre o tema.

No âmbito das relações de gênero e sexualidade, Knauth (1999) destaca que a doença assume o papel de um 'destino social', por ser consequência de seu papel de esposa. Contudo, ainda que o diagnóstico de HIV seja compreendido como resultante de seu relacionamento, usualmente as mulheres não culpam seus companheiros pela infecção. Elas percebem a contaminação deste enquanto algo próprio da natureza masculina, como algo não intencional e justificam que eles mesmos podem desconhecer sua condição sorológica (KNAUTH, 1999).

Assim, segundo essa pesquisa, embora a sociedade ou mesmo os profissionais de saúde recebam esta mulher com uma visão que as coloca num papel de vítimas do comportamento sexual dos parceiros, não é este o lugar onde elas se percebem. Elas tendem a não se desesperar, focar ações para evitar a transmissão vertical e objetivam manter seu relacionamento.

Para Basterd (2003), a chegada da AIDS impulsionou o debate sobre a sexualidade de forma mais explícita em toda a sociedade, destacando que o cerne da discussão não poderia mais estar reduzido ao direito de ter ou não filhos, mas também, ao acesso à informação sobre sexo seguro. Embora não se possa deixar

de considerar este um grande avanço, o lado 'menos interessante' foi que este debate teve espaço pela via da doença.

Neste sentido, ao nos atentarmos especificamente sobre os direitos sexuais e reprodutivos no caso de pessoas que convivem com HIV/Aids, o diagnóstico da infecção, usualmente, traz importantes transformações na vivência da sexualidade

requerendo um cuidadoso processo de avaliação das relações afetivas, dos desejos, do prazer e das relações sexuais na vida cotidiana. O medo, por parte do indivíduo, de infectar parceiros(as) ou de ser rejeitado por sua condição sorológica, o estigma associado à Aids e seus efeitos negativos sobre a autoestima, as mudanças físicas provocadas pelo tratamento medicamentoso - como a lipodistrofia e as eventuais dificuldades em usar o preservativo - são aspectos a serem considerados no cuidado ofertado pelos serviços.

Os profissionais de saúde devem estar disponíveis para o diálogo com os usuários sobre vida sexual, demandas reprodutivas e formas de proteção e prevenção viáveis, levando em consideração as especificidades de gênero, orientação sexual, idade e estilo de vida, de modo a promover seu autocuidado e sua autonomia em relação à vida sexual e reprodutiva. O aconselhamento pode contribuir para esse desafio, na medida em que permite a avaliação singular dos riscos e condições de vulnerabilidade. (BRASIL, 2010, p.14)

Observa-se que a sexualidade passa a ser tematizada pelos documentos oficiais que preconizam ações institucionais junto às pessoas com HIV/Aids. Também em 2010, o Centro de Referência e Treinamento de IST/AIDS lançou um livro⁴² discutindo as relações de conjugalidade e prevenção. Neste, são destacados alguns fenômenos que, segundo este documento, facilitaram a expansão tanto do HIV quanto de outras IST'S em nossa sociedade. Note-se a sua articulação direta com crenças sobre práticas sexuais e modelos de conjugalidade:

- Mulheres em parceria fixa se consideram 'imunes' ao HIV por serem monogâmicas;
- Homens associam a infecção por IST/HIV a condutas de risco como prostituição e homossexualidade;
- Há dificuldades na exigência do preservativo pelas mulheres, por terem que manter um padrão de aceitação da vontade de seus parceiros;
- Mulheres que se relacionam com mulheres não se percebem como vulneráveis, acreditando que o sexo entre mulheres é protegido das IST/HIV;

⁴² BRASIL. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Conjugalidade e Prevenção. Série: Prevenção às DST/AIDS. 2010

- A dificuldade das mulheres portarem e proporem ativamente o uso do preservativo;
- As relações de poder estabelecidas pela sociedade, onde as mulheres, geralmente, se submetem à vontade de seus parceiros, ora por hábito e educação, ora por dependência socioeconômica, ou até mesmo por violência (BRASIL, 2010, p.16)

A infecção pelo vírus HIV nas mulheres tem como principal fonte a relação sexual heterossexual⁴³. As questões de gênero, sexualidade, "raça" e classe social demarcam relações de poder e desigualdade, que perpassam os relacionamentos e impactam na negociação do uso do preservativo ou dos acordos do diálogo para os 'acordos' sobre outras formas de prevenção⁴⁴ das doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas o HIV.

Considero essencial destacar que, embora nossa discussão aponte para a ideia de que as 'mulheres tem dificuldade em negociar o uso do preservativo', o que é indiscutível, também percebemos nessas mesmas mulheres uma reivindicação (ainda que por vezes não tão clara ou consciente) em protagonizar suas histórias. Afirmo isto porque, embora as unidades de saúde apresentem uma série de recomendações, as mulheres que convivem com HIV/AIDS seguem exercendo sua sexualidade, mantendo relações sexuais e inclusive engravidando. Isto demonstra que outras categorias de entendimento se fazem presentes nas experiências das mulheres que vivem com HIV/AIDS e que serão melhor aprofundadas junto ao material da pesquisa no próximo capítulo.

⁴³ Embora a principal forma de contágio seja a relação sexual heterossexual, ao pensarmos a diversidade presente dentro do feminino, é imprescindível destacar invisibilidade da infecção de doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas o HIV, em parcerias lésbicas nos programas e nos atendimentos nos serviços de saúde.

Esta invisibilidade fica muito evidente ao observarmos as ações de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). A prevenção tem como 'carro chefe' as frequentes campanhas (que ocorrem de forma maciça no período do carnaval, por exemplo), com a distribuição de preservativo masculino, reduzindo a relação sexual ao ato da penetração. A ausência do falo na relação sexual lésbica contribui para esta invisibilidade, trazendo a ideia de uma relação sexual 'incompleta'.

⁴⁴ Aqui me refiro as inúmeras possibilidades de acordo estabelecidas entre os casais. Podemos fazer referência também ao PEP (Profilaxia Pós-Exposição), PREP (Profilaxia Pré-Exposição) embora estas não sejam usuais no segmento que compõe nosso universo de pesquisa. Não me proponho neste ponto a 'avaliar' a eficácia de qualquer desses acordos, mas considero pertinente destacar que é ilusória a ideia de que 'todos usam preservativo sempre, em todas as formas de relação sexual.

3 - QUANDO A TRAJETÓRIA DA PESQUISA ENCONTRA A TRAJETÓRIA DAS MULHERES

A pesquisa em questão foi realizada no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto, um *locus* de excelência em sua atuação e formação de profissionais na área de saúde e que integra o complexo de saúde da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) e a rede de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

O Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto tem objetivo de dar resposta a duas questões mais críticas e relevantes da área materno-infantil: A mortalidade Materna e Perinatal. É referência para o atendimento de saúde às gestantes que precisam de cuidados terciários, para a formação de profissionais e a produção de conhecimento na área de saúde perinatal.

Desta forma, trata-se de um núcleo que é referência no atendimento à gestação de alto risco e a unidade recebe semanalmente mulheres encaminhadas por toda a rede de saúde via SISREG⁴⁵ (Sistema de Regulação de Vagas).

⁴⁵ A sigla SISREG significa “Sistema Nacional de Regulação”. É um sistema on-line, criado para o gerenciamento de toda a rede de saúde indo da rede básica à internação hospitalar, cujo objetivo segundo o poder estatal seria de acabar com as longas filas nas unidades de saúde, numa perspectiva de humanização dos serviços e de otimização na utilização dos recursos. Em sua aplicabilidade as unidades básicas como as clínicas da família, por exemplo, são as unidades cadastrantes, e a rede especializada, como os hospitais, por exemplo, são as unidades ofertantes. Assim, a porta de entrada para os usuários tende a ser a rede básica que irá inserir o usuário no sistema, garantindo seu acesso a especialidade/ serviço necessário.

A proposta apontada pelo sistema parece ideal, garantindo um atendimento integral aos usuários e tendo a rede básica enquanto porta de entrada prioritária ao Sistema Único de Saúde. A ideia era desresponsabilizar o usuário pela garantia do acesso, uma vez que antes da inserção do SISREG, o próprio usuário, ao receber o encaminhamento para alguma especialidade, precisava procurar por conta própria cada unidade de saúde a fim de solicitar seu atendimento. Geralmente, o acesso era atravessado por longas filas nas portas das unidades de saúde que surgiam desde a madrugada, a proposta do Sistema seria de que, ao 'reorganizar' este cadastro extinguisse esse contexto penoso aos usuários.

Contudo, o que percebemos na prática, é um distanciamento ainda maior entre usuários e serviços de saúde. As filas de espera não deixaram de existir, apenas passaram a ser virtuais. Além disso, é fato que após um longo tempo de espera, quando finalmente o atendimento é agendado, inúmeras questões podem se colocar como empecilho para o real acesso deste usuário. Podemos citar os problemas resultantes de erros no processo de cadastramento (por exemplo, uma gestante que está em situação de 'alto risco', há unidades de referência para o alto risco materno [como o HUPE], e para o 'alto risco fetal' [como o Instituto Fernandes Figueira], a ausência de clareza sobre este alto risco pode ocasionar um cadastro errado, fato que não garantirá o acesso a esta usuária).

Além disso, não podemos desconsiderar os casos em que a equipe da unidade básica encontra dificuldade de contato com a usuária para informá-la da data agendada, a ausência de

Compondo este segmento de mulheres estão aquelas com diagnóstico da infecção pelo HIV que chegam ao hospital para acompanhamento de pré-natal e parto. O objetivo da pesquisa foi conhecer a experiência de vida dessas mulheres problematizando como elas acessam a rede de saúde, e discutindo as possíveis incidências da desigualdade de gênero, sexualidade, classe social, raça/etnia, entre outras em sua trajetória.

O pressuposto é de que as mulheres são extremamente aviltadas de direitos na sociedade capitalista. Um grande exemplo deste aviltamento é a divisão sexual do trabalho, a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos. Essa maneira histórica de inserção das mulheres na sociedade tem como característica a tendência prioritária das mulheres a atuarem na esfera reprodutiva e os homens na esfera produtiva.

Na esfera reprodutiva está inserida a questão do cuidado, que no caso dos serviços de saúde fica muito evidente ao percebermos que são as mulheres que cuidam, acompanham seus familiares e 'assumem gratuitamente essa responsabilidade' por uma questão cultural, historicamente construída. Soma-se a isso a responsabilidade pelo cuidado dos filhos, do lar, da educação, da reprodução da vida, ou seja, um trabalho "invisível"⁴⁶, e sempre em nome da natureza, do amor e do dever materno.

O lugar que as mulheres ocupam na sociedade capitalista é historicamente determinado e, conforme afirma Marx em sua obra "O 18 Brumário de Luís Bonaparte:

Os homens fazem a sua própria história; contudo, não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não são eles quem escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas estas lhes foram transmitidas assim como se encontram. (MARX, 2011, p.25)

recursos financeiros para a chegada da usuária ao serviço, que por vezes pode ser distante de sua residência [contrariando o princípio da territorialidade presente no SUS] , dentre outros. Por fim, não podemos deixar de apontar que ao sair do atendimento de alguma especialidade como neurologia, pediatria, endocrinologia, por exemplo, e se houver a necessidade de atendimento por uma especialidade distinta, a usuária deverá retornar à unidade básica com seu encaminhamento para mais uma vez ter seu 'acesso regulado'.

⁴⁶ Invisível em termos de desvalorização, mas central na capacidade de reprodução social dos sujeitos.

Neste sentido, compreendo que a pesquisa em questão propôs uma análise crítica e densa da realidade de vida dessas mulheres valorizando e reconhecendo o local que estas ocupam na sociedade. A análise não se restringiu a olhar essas mulheres enquanto usuárias de um serviço de saúde apenas. Foi preciso ir além da aparência, do diagnóstico por elas vivenciado e voltar a este fenômeno, discutindo as questões de gênero, de exercício da sexualidade, classe social, raça, enfim, questões mais gerais, que ao mesmo tempo são tão individuais quanto coletivas. Neste sentido, para a análise crítica, numa perspectiva dialética, de construção e desconstrução contínua, o método de Marx foi essencial para o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que, por meio deste método busca-se superar a alienação do trabalho associada à condição de classe, gênero, sexualidade e raça das mulheres.

Assim, a pesquisa, de natureza qualitativa, privilegiou o conhecimento de uma determinada realidade a partir da interação com os atores envolvidos, numa abordagem dialética. Quanto à natureza da pesquisa, Minayo (1992) afirma que,

a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de campo, visando as finalidades da investigação (1992, p.101).

Podemos afirmar que cada pesquisa tem início a partir de um questionamento do pesquisador sobre um determinado cenário e a conclusão desta pesquisa consiste numa produção que suscita novas leituras do objeto estudado. Assim, observar a realidade com olhar investigativo e crítico pressupõe ao pesquisador a compreensão de que a realidade não se resume ao que inicialmente se apresenta.

Além disso, destacamos que não é o pesquisador que cria o objeto. Para Marx, o objeto possui uma realidade objetiva independente do pesquisador. Desta forma, quem 'comanda' a pesquisa é o objeto.

No caso da pesquisa em questão, o atendimento a estas mulheres em meu cotidiano profissional me trouxe várias inquietações que não consistiam apenas no atendimento individual e orientações/encaminhamentos pertinentes. Era preciso olhar para essas usuárias para além da demanda imediata, problematizando a trajetória de vida destas até a chegada ao HUPE. E como segue essa história após

sua 'alta hospitalar'. A imersão na pesquisa seguiu despertando diversos questionamentos, num processo de compreensão de que a realidade não se reduz ao que aparece ali. Mas que aquela parte que aparece é também parte deste fenômeno.

Lisboa e Manfrini (2017) citam Faleiros para dizer que "Para o autor, as trajetórias sociais de cada indivíduo trazem imbricados processos de construção e desconstrução de poderes que se entrecruzam configurando mudanças de relações. A trajetória dos dominados geralmente tem a marca da exclusão social, pois, no transcurso de suas vidas, foram alijados de seus patrimônios; tanto culturais e simbólicos quanto materiais. (2017, p. 109).

E continuam afirmando que para elas:

Trajetórias de vida, portanto, podem ser consideradas como partes de uma história de vida, um determinado percurso, itinerário ou ciclo que deve ser resgatado pelo profissional ou pesquisador. (2017, p. 109)

Marx entende que o objeto da pesquisa tem existência objetiva, independente da ação do pesquisador, a realidade ali está. Contudo, é preciso ir além da aparência fenomênica e imediata. Para ele, a crítica possui dois significados: trazer à consciência os fundamentos de algo, de um processo, um evento histórico; ou, tomar algo, apropriar-se deste algo, negá-lo, ultrapassando assim, as limitações sócio-históricas, e retornar a ele, num processo de construção e reconstrução.

Marx destacou que a condição para compreender a sociedade burguesa é desvelar o modo como se estabelecem as condições de produção/reprodução da vida social. Assim, é preciso atentar para as contradições da sociedade burguesa que atravessam os relatos dessas mulheres sobre sua experiência de vida.

Cabe destacar ainda que a pesquisa consiste na produção de conhecimento e esta, por sua vez, torna-se relevante diante de algumas condições, como por exemplo, o surgimento de fenômenos novos ou que até o momento não receberam tratamento analítico; ou mesmo quando o acervo de conhecimentos existentes é insuficiente para dar conta do contexto atual.

O processo de pesquisa confirmou que o pesquisador precisa ter clareza de que a realidade é dinâmica e está em constante mutação, assim, ele terá sempre os limites históricos do conhecimento.

Além disso, a pesquisa consistiu no caminho percorrido com o objetivo de questionar e compreender o objeto de estudo, descortinando os fatos da vida cotidiana, sempre direcionado por um referencial teórico.

Marx, numa perspectiva dialética se apropria de categorias que surgem da realidade, e a ela retorna utilizando-as com o objetivo de problematizar o movimento de constituição dos fenômenos que são históricos e, portanto, em constante transformação. A transformação do real é uma questão central para o autor. Ele compreende a sociedade burguesa enquanto uma totalidade complexa que não se resume a 'um todo resultante da soma das partes' e que Netto ao descrever tal entendimento de Marx afirma que:

é uma totalidade concreta inclusiva e macroscópica, de máxima complexidade, constituída por totalidades de menor complexidade” e que “ Cabe a análise de cada um dos complexos constitutivos das totalidades esclarecer as tendências que operam especificamente em cada uma delas.(NETTO, 2009, p.690)

Para Marx a sociedade burguesa compreende uma totalidade dinâmica, histórica, contraditória e em constantes transformações. É através da articulação das três categorias centrais - totalidade, contradição e mediação que Marx define sua perspectiva metodológica.

Ele destaca que o método de investigação pressupõe uma pesquisa densa, exaustiva da realidade, estabelecendo categorias, identificando contradições e conexões de forma que a análise dialética ultrapasse a reflexão acrítica e estabeleça mediações com a totalidade.

Assim, como proposta para realização da análise dos dados tem-se a técnica de análise de conteúdo, utilizando o método crítico-dialético onde a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida.

No que tange à amostragem, (MINAYO,1992) afirma que “a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”.

Além disso, a pergunta neste contexto é “quais indivíduos sociais tem uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?” Para a delimitação da população em estudo, a proposta foi de que atendessem os seguintes critérios de inclusão: mulheres com sorologia positiva para o HIV que chegaram ao

Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto para atendimento de saúde, acima de 18 anos, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O projeto de pesquisa foi qualificado em março de 2018 sendo em seguida submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto. A aprovação aconteceu em 27 de julho de 2018 com registro de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 88868318.2.0000.5259 e número de parecer: 2783261

As entrevistas aconteceram imediatamente entre os meses de julho e agosto. Considero que o fato de atuar profissionalmente no campo de pesquisa me facilitou o monitoramento do momento que as mulheres internavam. Contudo, não posso deixar de registrar a preocupação entre a chegada de uma e outra entrevista. Nenhuma mulher com os critérios definidos para a pesquisa chegou ao Núcleo Perinatal nas primeiras semanas após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, e o prazo para a conclusão do trabalho se apresentava como fator tensionador deste processo.

No último ano, o ambulatório de pré-natal passou por um processo de reorganização, e os atendimentos às gestantes com HIV que antes estavam concentrados em um único dia (quartas feiras pela manhã) foi distribuído para todos os ambulatórios. Acredito que esta reorganização foi resultante da redução de atendimento que todo o hospital vivenciou, devido ao processo de crise e sucateamento posto pelo governo estadual ao longo dos últimos anos.

Neste sentido, passei a acompanhar a triagem das gestantes neste ambulatório, mas não havia regularidade, e, diante da ausência de admissão e de internação de novas gestantes cogitei acessá-las no ambulatório de Doenças Infecto Parasitárias (DIP), onde havia um dia e turno específico reservado às gestantes. Porém, a ausência de um lugar que reunisse as condições que qualificassem a realização adequada da entrevista me levou a desconsiderar esta alternativa.

Todas as entrevistas aconteceram no segundo andar do Núcleo Perinatal, com um tempo médio de 50 minutos. Escolhi uma sala que é destinada à realização de exames obstétricos e que percebia ser pouco utilizada. Trata-se de uma sala pequena, com aproximadamente cinco metros quadrados, uma mesa, duas cadeiras e uma maca que estava posicionada bem ao canto da sala. Minha vontade era retirá-la, mas infelizmente isto não era possível.

Para mim estava clara a importância de pensar a realização destas entrevistas em algum local que possibilitasse atenuar as marcas que identificam o hospital como um lugar de controle e regulação dos sujeitos, de sujeição e assepsia das suas experiências de vida, de passividade, neutralização de seus poderes e resistências, de reprodução de hierarquias de poder que reposicionam naquele espaço as dinâmicas de classe, raça, gênero e sexualidade próprias da sociabilidade burguesa. Entrevistá-las fora da unidade não era uma alternativa viável, e meu esforço foi garantir um local dentro da instituição que resguardasse o sigilo e possibilitasse um ambiente mais propício para a entrevista. Além disso, considerei não utilizar a enfermaria ou a sala de atendimento do Serviço Social pelas marcas próprias destes espaços que poderiam remeter a intervenção, a orientação. Minha ideia era conduzir a entrevista com leveza, deixando-as à vontade para falar sobre suas experiências, e foi isto que aconteceu.

Durante todo este período optei por não fazer uso do jaleco, queria demarcar bem meu lugar de pesquisadora e não enquanto profissional de saúde. Observei que de alguma forma esta conduta trouxe 'estranheza' para alguns profissionais, mas acredito que o objetivo de trazer mais 'leveza' às entrevistas foi alcançado.

Ao identificar a admissão no hospital de alguma mulher dentro dos critérios da pesquisa, minha primeira conduta era acessar seu prontuário. Ali já percebia algumas questões sobre quem era aquela mulher, sua idade, sua história gestacional (se era primeira, segunda, terceira gestação, se havia aborto), seu local de moradia, se havia feito acompanhamento de pré natal; alguns prontuários apontavam também o momento do diagnóstico, dentre outras informações.

Foram entrevistadas seis mulheres, destas, cinco estavam internadas no Núcleo Perinatal, apenas uma era paciente ambulatorial.

Para as mulheres internadas o convite foi feito na própria enfermaria, em momentos onde não havia a presença de nenhum outro profissional de saúde. Assim que elas chegavam à unidade, eu as abordava me apresentando e sinalizando que retornaria no dia seguinte, num momento mais oportuno.

Algumas mulheres estavam com acompanhantes, o que era oportuno, pois estas ficavam com o recém-nascido durante a saída delas para a entrevista. A ausência de acompanhante de uma das usuárias me levou ao diálogo com a equipe de enfermagem que se prontificou a assumir o cuidado pelo bebê no período em que a mãe estivesse ausente para a entrevista. Uma das entrevistadas não estava

grávida naquele momento, e havia internado no Núcleo Perinatal, pois não havia leito disponível na enfermaria da DIP.

Apenas uma entrevistada não estava internada, ela foi acompanhada no ambulatório de pré natal do HUPE e teve seu bebê no Núcleo Perinatal, porém, em período anterior à autorização do Comitê de Ética para a realização das entrevistas.

Desta forma, optei por contactá-la por telefone. Na ocasião falei de maneira superficial sobre a pesquisa e combinei um encontro presencial na semana seguinte, quando ela retornaria à unidade para participar da reunião do grupo de planejamento familiar. Neste momento, ela concordou com a concessão da entrevista.

A última participante não aceitou prontamente conceder a entrevista, alegando que o tema envolvia questões muito delicadas e que ninguém sabia do seu diagnóstico. Após um período de explicação ela concordou, desde que as perguntas iniciais como nome, idade e organização familiar não fossem abordadas. Posteriormente, cogitei que neste caso o fato de não estar com jaleco e ser vista como 'pesquisadora' e não como 'profissional de saúde daquele espaço' pode ter lhe causado alguma estranheza.

O processo de entrevista foi extremamente rico, e, ao terminar, quando agradecia pela participação, duas me surpreenderam. Uma com a fala: 'eu que te agradeço por me ouvir', e outra, exatamente a que foi mais resistente em aceitar o convite, antes de sair da sala me agradeceu perguntando se eu poderia lhe abraçar.

Seguindo os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apontando os objetivos da pesquisa. Às entrevistadas eram entregues duas vias deste termo, ao assinarem, uma ficava com elas e a outra via com a pesquisadora.

A abordagem era detalhada apontando os objetivos da pesquisa, o sigilo quanto às informações fornecidas, bem como a voluntariedade da participação, tudo foi descrito e explicitado de maneira minuciosa. A gravação em áudio das entrevistas foi efetuada após autorização das participantes. Um fato interessante era que ao solicitar autorização para a gravação, o primeiro momento causava certo incômodo, que era imediatamente solucionado ao explicar que seria a gravação apenas do áudio e não de imagem.

Considero interessante destacar também o quão diferente foi este processo ao estar ali enquanto pesquisadora e não como profissional. Isto porque, por vezes, algumas respostas das participantes me instigavam a querer intervir, como por

exemplo, uma que respondeu não saber nada sobre o HIV. Diante disso, algumas entrevistas impulsionaram atendimentos posteriores.

Além disso, no momento de elaboração do instrumento de entrevista, tive muito cuidado em como construí-lo. Optei por iniciar abordando sua condição de mulher, gestante e por último, a questão do HIV. Contudo, nada estava tão ‘engessado ou destacado’ ou sob meu controle, como pensava. Ao iniciar a gravação, elas mesmas começavam a falar, e quase todas começaram falando sobre o HIV. Este fato me fez refletir o quanto podemos produzir o silenciamento no outro, a partir do nosso próprio silenciamento. Em condições favoráveis, elas estavam sim dispostas a falar, algumas inclusive agradeceram por ter participado, pela oportunidade de expor suas experiências.

Neste sentido, em todas as entrevistas não houve uma ‘ordem para sua condução’, elas começavam a falar, traziam suas experiências e, em meio as riquezas de seus relatos, identificava que meu papel era apenas de atentar para as questões que elas ainda não haviam problematizado e seguir conduzindo/acompanhando, no tempo delas.

As participantes tinham perfis diferentes, algumas eram mais tímidas, falavam mais baixo, outras mais falantes. Mas posso garantir que a vergonha, a culpa e o preconceito perpassaram todas as histórias. Uma das entrevistadas ao se referir ao HIV tornava-o quase como um indivíduo, como alguém que, conforme por ela apontado, tinha uma vida própria: ‘eu vivo com ele, mas não sou amiga dele, não gosto dele!’.

A ideia de registrar as informações por meio da gravação teve por objetivo uma maior naturalidade na condução da entrevista, e, consistiu numa maneira de facilitar minha interlocução com as ideias manifestadas, permitindo o aprofundamento das questões que surgiram durante o processo, inclusive, a percepção quanto à linguagem não-verbal da entrevistada, parte de importância ímpar no processo da comunicação. As entrevistas foram transcritas na íntegra, respeitando a linguagem das mulheres entrevistadas.

Com o objetivo de preservar a identidade das participantes, seus nomes foram ocultados, e as mesmas serão identificadas enquanto pedras preciosas, considerando a preciosidade, resistência e o valor de cada história. Assim, elas serão apresentadas como Esmeralda, Diamante, Rubi, Pérola, Ametista e Jaspe. São histórias que trazem marcas de força e resistência ao longo de suas vidas.

O início do roteiro da entrevista trouxe algumas questões fechadas com o objetivo de traçar um perfil das participantes da pesquisa. A parte seguinte trouxe questões que remetiam às trajetórias de vida, com os seguintes temas: vida familiar e afetiva; acesso à escolarização, ao trabalho, contexto da infecção pelo HIV; momento do diagnóstico; acesso e decisões sexuais e reprodutivas.

A ideia de trabalhar com trajetórias de vida se articula a compreensão de que o percurso das vidas dessas mulheres traria elementos que oferecem sentidos, condições e delineamentos para as experiências com HIV. Além do que gênero, sexualidade, raça e classe em suas dimensões estruturais aparecem em muitos campos de suas biografias, e de maneiras diferentes.

A análise dos dados contou com quatro momentos. No primeiro, chamado pré-analítico, foi transcrito o material e feita uma leitura atenta de cada entrevista. No segundo momento, foi reconstruída a experiência de cada mulher, respeitando suas singularidades. O terceiro momento consistiu na exploração do material, com a organização em blocos temáticos previamente categorizados. O quarto e último momento, trouxe o tratamento dos resultados encontrados e a interpretação dos mesmos, subsidiado pelo arcabouço teórico que fundamentou a pesquisa.

3.1 - Mulheres, jovens, negras e positivas para o HIV... Quem elas são?

A pesquisa contou com a participação de seis mulheres, todas bem jovens, numa faixa etária de 21 a 29 anos, fato que já vem sendo apontado pela bibliografia como peculiaridade da transição demográfica brasileira: um rejuvenescimento reprodutivo da população e indicação de que essa população jovem não faz uso regular do preservativo (Revista Pesquisa FAPESP, 2012).

Berquó et al (2016) apontam que o comportamento sexual e reprodutivo parece ser moldado pelas oportunidades estruturais e pelas normas culturais. As autoras trazem dados a partir de uma pesquisa sobre a Reprodução na juventude, observando os perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006. O objetivo da pesquisa foi a análise de características sociodemográficas e do comportamento sexual e reprodutivo de mulheres jovens. Como resultado,

identificam que as mulheres mais pobres e menos escolarizadas apresentam menor percentual de uso atual de contraceptivos e no primeiro intercurso sexual, mostrando comportamento mais desprotegido do que as jovens em melhores condições sociais. Essa afirmação também pode ser comprovada nesta pesquisa, onde o discurso das participantes reflete o desconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos.

A questão sócio econômica foi uma das marcas que as uniu, com relatos de dificuldades de inserção no mercado de trabalho e por vezes, tendo o benefício assistencial do Programa Bolsa Família como única renda da família. Cabe destacar que a questão socioeconômica se articula diretamente com o marcador raça/cor, tendo em vista que é esta população que se viu historicamente excluída das oportunidades de educação e trabalho, e acesso aos bens que lhes permitisse uma posição social privilegiada.

Ao serem questionadas sobre sua cor/raça, por ser uma classificação autodeclarada, registramos as respostas verbalizadas pelas participantes. Contudo, consideramos importante demarcar neste trabalho também a perspectiva de heteroidentificação, na medida em que independente da forma como as pessoas se percebem elas são posicionadas nas hierarquias das relações de poder.

A variável cor/raça tem sido alvo de várias pesquisas⁴⁷ e esta questão impulsiona análises sociais e epidemiológicas como por exemplo os diferenciais étnico-raciais na atenção em saúde reprodutiva. É inquestionável que questões raciais e de gênero impactam diretamente na qualidade de vida dos indivíduos. Assim, mulheres negras vivenciam um contexto de privações e exclusões. Quando atentamos para a saúde reprodutiva destas encontramos que essas mulheres apresentam prevalência nos índices de aborto e mortalidade materna.(Reis, 2006)

A atenção em saúde durante o pré-natal e no parto pode ser impactado pelo estereótipo racista de que as mulheres negras são mais resistentes às dores do que as brancas. De uma forma geral, as mulheres têm direito ao acompanhamento durante todo o período gestacional com um pré-natal de qualidade. Contudo, ao observarmos a realidade de gestantes negras, percebemos que estas podem ser negligenciadas em seus direitos pela compreensão racista de que elas são “mais fortes” e “não adoecem”.(Davis, 2006)

⁴⁷ Berquó et all (2016).

Nesta pesquisa, uma participante ao ser questionada sobre sua cor/raça/etnia, se declarou branca, refletindo a forma como ela se percebe socialmente. Contudo, ela apresentava traços que a posicionariam diante da sociedade como 'negra'⁴⁸. Mesmo que no Brasil historicamente a miscigenação faça parte do imaginário social como atenuante da identificação classificatória negra, seus cabelos crespos, a cor escura de sua pele, os lábios mais carnudos traduzem no 'senso comum' características fenotípicas que apontam para esta definição⁴⁹. Esta entrevistada prontamente se coloca como 'branca', fato que reflete como o racismo é estrutural em nossa sociedade, e com a invisibilidade imposta às pessoas negras e o preconceito que esta população sofre, é comum observar o processo de 'branqueamento'⁵⁰ das pessoas negras. Para Barata,

Quanto mais miscigenada uma população, mais difícil é a ampliação dessa concepção. Nestes casos o mais comum é a substituição do critério de ancestralidade pela classificação baseada na cor da pele, admitindo-se diferentes gradações entre os tipos não miscigenados e os demais. No Brasil a classificação sempre esteve baseada no critério de cor e traços fisionômicos. (2009, p.59)

Acho importante refletir o quanto a pouca discussão sobre o quesito raça/cor dificulta a apreensão dos determinantes sociais de saúde na perspectiva racial, inclusive no que diz respeito ao HIV/Aids. Muitas das experiências socioculturais e econômicas vividas por essas mulheres dificilmente serão reconhecidas como oriundas de uma relação de poder baseada no racismo estrutural da sociedade brasileira. Assim, a auto identificação é um passo importante para o desvelamento dessas conexões estruturais de cada experiência vivida.

Ao problematizar sobre o racismo estrutural, o filósofo Silvio Luiz de Almeida⁵¹ aponta que este é estruturante das relações sociais, podendo ser dividido em três dimensões: economia, política e subjetividade.

⁴⁸ Vale ressaltar que 'negra' é uma denominação que engloba 'parda' e 'preta'.

⁴⁹ Não pretendo aqui reduzir a discussão a traços e características fenotípicas. Compreendo que esta envolve também questões de ordem social e política.

⁵⁰ Este branqueamento está associado a intervenções estéticas que visem a inserção de autoimagem ou alteração das características físicas vistas como próprias da população negra.

⁵¹ As informações citadas tem como fonte um depoimento do autor a TV Boi Tempo intitulado " O que é Racismo Estrutural?" disponibilizado no link :https://www.youtube.com/watch?time_continue=617&v=PD4Ew5DIGrU, acessado em 10 de Outubro de 2018. O filósofo Silvio Luiz de Almeida é uma das referências nesta discussão. É Pós-doutor pelo departamento de Filosofia e Teoria Geral do Direito da Faculdade de Direito da Universidade de São

O filósofo destaca que 52% da população se declara negra, mas que ainda assim, a sociedade naturaliza a violência a este público. Esta afirmação é seguida da reflexão sobre a recorrente morte de jovens negros nas periferias, o encarceramento em massa de jovens negros e da análise para o fato que entre 2003 e 2013 a violência contra as mulheres brancas recuou 9.8% enquanto que a violência contra as mulheres negras avançou 54%.

Neste sentido, Silvio Luiz de Almeida destaca que ser branco ou ser negro, assim como o machismo, são construções sociais e que são vivenciados a partir de certos privilégios estruturalmente favorecidos.

Para contextualizar melhor esta e outras questões que serão aprofundadas no decorrer do capítulo, achamos por bem apresentar sucintamente algumas características das entrevistadas.

A primeira entrevistada, **Pérola**, é uma jovem de 21 anos, com ensino médio completo, formada em Curso Técnico de Nutrição, mas que ainda não exerce a profissão, atuando como vendedora. Sua fala denota uma valorização pela busca de conhecimentos, em sua maioria acessados por meio da internet, considerando ser essa atitude a chave para enfrentar comportamentos preconceituosos dirigidos a pessoas com HIV.

Conforme podemos observar em seu relato:

Eu estudei muito, li muito, por ter a doença, e me sentir doente... então você acaba tendo curiosidade pra saber mais coisas... então, eu sei que se você pegar meu copo pra beber água não passa, que se você pegar minha toalha, não passa! se você pegar meu sabonete não passa, se você usar uma escova minha não passa... mas as pessoas que não tem a doença, não pesquisa.. acha que vai passar! (Pérola, 21 anos)

Pérola está em sua primeira gestação, e recebeu o diagnóstico da infecção pelo HIV no momento do pré-natal. Relata acreditar ter sido contaminada pelo ex companheiro, pois só teve dois relacionamentos e o companheiro atual fez o teste recebendo resultado negativo.

Paulo (USP). Doutor em Filosofia e Teoria Geral do Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Direito Político e Econômico e Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Graduado em Filosofia pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP). Professor do Curso de Graduação em Direito e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito Político e Econômico da Universidade Presbiteriana Mackenzie (SP). Professor de Filosofia do Direito e Introdução ao Estudo do Direito da Universidade São Judas Tadeu (SP). Presidente do Instituto Luiz Gama (SP). Advogado em São Paulo.

Atualmente reside com a mãe, mas refere ter planos de morar com o companheiro num futuro próximo, não havendo ainda uma data precisa. Neste momento considera que permanecer com a mãe será mais oportuno pelo suporte que esta poderá lhe disponibilizar nestes primeiros meses com o bebê, fato que indica a centralidade das redes femininas de cuidado.

Ao ser questionada sobre sua cor/raça, Pérola se autodeclarou branca. Contudo, numa perspectiva de heteroidentificação, sua classificação seria negra.

A renda *per capita* da família é de aproximadamente R\$ 800,00, considerando já a inclusão do recém-nascido, sendo esta renda resultante do salário de Pérola e de sua mãe.

Refere que a gestação foi desejada, mas não planejada e, como seguiu o tratamento para HIV desde o pré-natal, atualmente sua condição sorológica consiste numa carga viral indetectável.

No dia que Pérola chegou ao Núcleo Perinatal fui até a enfermaria em que ela estava e me apresentei, sinalizando que retornaria em outro momento para conversarmos melhor. Nesta abordagem, ao saber que estava de frente para uma assistente social sua primeira solicitação foi sobre orientação para licença paternidade. Seu companheiro questionava a paternidade e havia um acordo entre o casal de que o registro de nascimento da criança seria efetivado mediante o resultado do exame de DNA, que seria feito num laboratório privado após a saída da maternidade, situação que denota certa ambiguidade nas expectativas de constituir família com seu parceiro.

A entrevista aconteceu no segundo dia pós-parto, e Pérola esteve acompanhada durante todo o período de internação por sua mãe, que optou por ficar com a filha em período integral, faltando ao trabalho, mesmo sem respaldo na legislação trabalhista que lhe garantisse esse direito.

A segunda entrevistada, **Ametista**, tem 22 anos, cursou o ensino fundamental incompleto e atualmente encontra-se desempregada.

Bem menos falante que a primeira entrevistada, Ametista por vezes optou por responder as perguntas com expressões corporais, balançando a cabeça em sinal de afirmativo ou negativo, ou com momentos demarcados por tosse e pausas.

Recebeu o diagnóstico no pré-natal da primeira gestação, há dois anos, mas após o parto não seguiu o seu tratamento, apenas o de sua filha. Para ela, retornar

ao serviço de saúde lhe faria se ver novamente 'doente', o que ela não queria. Ametista acredita ter sido contaminada pelo ex companheiro.

Seu retorno ao serviço de saúde acontece quando Ametista percebe estar grávida novamente. Na ocasião, refere ter ido apenas a duas consultas, pois ao iniciar o acompanhamento, quando a profissional solicitou os exames incluindo HIV, não retornou. Optou por não seguir o acompanhamento de pré-natal nesta gestação por recusa ao diagnóstico.

Não fiz (o acompanhamento de pré-natal), eu cheguei (abaixa a cabeça.... momento de silêncio) comecei a fazer sabe? Uma duas vezes... Só que aí, ela tinha falado, a médica tinha falado (momento de silêncio). Como ninguém espera, né? A médica tinha falado que tinha que fazer um novo exame de sangue, que tava com suspeita de alguma coisa... aí eu não fui mais depois desse dia. (Ametista, 22 anos).

O companheiro atual, com quem convive há um ano fez o teste recebendo resultado negativo.

Ametista chegou ao Núcleo Perinatal com 38 semanas de gestação e em trabalho de parto. Foi realizada cesárea eletiva para diminuir o risco de transmissão vertical, pois sua carga viral estava muito alta.

Reside com o companheiro, a filha de 2 anos de idade e agora também o recém-nascido. Não soube precisar a renda da família, a única renda é do companheiro, que trabalha como pintor, mas que Ametista refere não ter noção do quanto ele recebe.

Ao ser questionada sobre sua cor/raça, Ametista se autodeclarou parda, condizendo com sua heteroidentificação.

A terceira entrevistada, **Jaspe**, 26 anos de idade não estava gestante durante a entrevista, sua última gestação aconteceu há cerca de um ano e meio e sua internação no Núcleo Perinatal foi resultante da ausência de leitos na enfermaria da DIP. Como ela atendia os critérios principais da pesquisa (estar acima de 18 anos, ter HIV e estar vivenciando ou ter vivenciado a maternidade) optamos por convidá-la, e ela prontamente aceitou participar.

Jaspe cursou o ensino médio incompleto, trabalhava no comércio, mas atualmente encontra-se desempregada. A renda *per capita*⁵² da família consiste no

⁵² Renda per capita é uma expressão em latim que significa "renda por cabeça". Renda familiar é a soma da renda individual dos moradores do mesmo domicílio. Renda familiar per capita é calculada dividindo-se o total de renda familiar pelo número de moradores de uma residência.

valor de R\$ 60,00, referente ao benefício assistencial do Programa Bolsa Família e, ocasionalmente conta com a ajuda do atual namorado.

Só o Bolsa Família entendeu? que é R\$ 120,00 e o meu atual namorado, meio que me ajuda. Minha filha, se precisar de remédio ele compra, sabe? É isso no momento! Não consegui mais emprego nenhum. (Jaspe, 26 anos)

Reside apenas com a filha de 6 anos de idade e está iniciando um relacionamento, há cinco meses. O segundo filho não 'negativou' e veio a falecer com menos de um ano de idade por pneumonia.

Foi infectada por transmissão vertical, diagnosticada aos quatro anos de idade quando precisou ser internada. Na ocasião, sua mãe que estava bem adoecida veio a falecer e ela foi encaminhada para um abrigo. Diante da recusa dos familiares em a aceitarem foi posta para adoção, que aconteceu quatro anos depois. Hoje, sua maior preocupação é em se cuidar para que sua história não se repita com a filha.

Ao ser questionada sobre sua raça, Jaspe se autodeclarou parda, condizendo com sua heteroidentificação.

A quarta entrevistada, **Esmeralda**, 22 anos, concluiu o Ensino Médio Completo, mas no momento também se encontra desempregada.

Esmeralda não estava internada durante o momento da entrevista, conforme apontado anteriormente, ela teve seu filho no núcleo perinatal antes do período de autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Contudo, como já havia sido acompanhada durante a gestação pela equipe de serviço social do Núcleo Perinatal, ao ser contactada por telefone, concordou em participar da pesquisa. A entrevista aconteceu no dia que retornou ao HUPE para participar de uma reunião do Planejamento Familiar.

Atualmente reside apenas com o filho de 6 meses de idade. Sua filha mais velha passou a residir com a mãe quando estava com cerca de um ano de idade. A renda *per capita* da família consiste em aproximadamente R\$ 110,00, referente ao benefício assistencial do Programa Bolsa Família e, o pagamento de pensão alimentícia para seus filhos.

Esmeralda possui diagnóstico de uma doença autoimune, o Lupus, desde a adolescência, sendo acompanhada pelo ambulatório de reumatologia do HUPE. Recebeu o diagnóstico da infecção pelo HIV na primeira gestação, durante o pré-

natal, e segue o acompanhamento até então. Acredita ter sido contaminada pelo ex-companheiro.

Ao ser questionada sobre sua cor/raça, Esmeralda também se autodeclarou parda, condizendo com sua heteroidentificação. Na primeira gestação Esmeralda foi proibida pelo padrasto de entrar na casa de sua mãe com medo de que ela contaminasse as pessoas da casa. Na segunda, sua entrada foi autorizada, desde que não sentasse no sofá e que as refeições fossem feitas exclusivamente em utensílios descartáveis.

Além disso, seu pai exigiu nas duas gestações que as crianças fossem direcionadas à adoção, pois não aceitava ficar com crianças 'doentes' na família.

Suas duas gestações não foram planejadas nem desejadas. Atualmente, com o tratamento, sua carga viral encontra-se indetectável.

A quinta participante, **Rubi**, possui 22 anos de idade. Coursou o ensino fundamental incompleto e atualmente também se encontra desempregada.

Rubi reside com a mãe, a irmã e a filha de 4 anos e agora seu recém-nascido. A renda *per capita* da família consiste no valor de R\$ 70,00, referente ao benefício assistencial do Programa Bolsa Família.

Recebeu o diagnóstico do HIV e de Sífilis no pré-natal da segunda gestação. Seguiu o tratamento negatizando a sífilis e tendo carga viral indetectável para o HIV.

Refere no momento estar solteira e acredita ter sido contaminada pelo ex-companheiro.

Ao ser questionada sobre sua cor/raça, Rubi se autodeclarou negra, condizendo com sua heteroidentificação.

A sexta e última participante, **Diamante**, possui 29 anos de idade e cursou o ensino superior incompleto.

Reside com o companheiro e esta é sua segunda gestação. A primeira resultou num aborto induzido, ainda na adolescência, por determinação da família.

Diamante não informou sua renda *per capita*. A condição colocada por ela para a participação na pesquisa foi não responder aos primeiros questionamentos, pois avaliou que estes poderiam deixá-la mais exposta, fato que a preocupa muito.

Recebeu o diagnóstico do HIV fora do período gestacional. Refere ter ido ao posto de saúde fazer o teste rápido há alguns anos, pois seu namorado na época estava com 'suspeita'. Na ocasião, recebeu resultado positivo, mas optou por não acreditar, não retornando mais à unidade de saúde.

Acredita ter sido contaminada por transmissão vertical, pois seu diagnóstico do HIV aconteceu aos 15 anos de idade, e, segundo ela, sua carga viral estava alta.

Diamante retorna ao serviço de saúde (privado) cinco anos depois do diagnóstico, com uma queixa clínica ao deglutir, sendo então diagnosticada com candidíase de esôfago. Na ocasião, a médica lhe explicou que esta era uma doença muito prevalente em pessoas infectadas pelo HIV e lhe pediu novo exame. Diamante refere não ter verbalizado para a médica sobre o exame anterior e que já tinha até 'esquecido'. Ao receber então este novo resultado positivo, optou por iniciar o tratamento.

Ao ser questionada sobre sua cor/raça, Diamante, se autodeclarou negra, condizendo com sua heteroidentificação.

Além do tratamento para o HIV, também faz acompanhamento em saúde devido a 'doença de grave' – Tireóide.

3.2 - Gênero, sexualidade e práticas heterossexuais

A sexualidade, e principalmente a sexualidade feminina, foi, e ainda é demarcada por tabus, moral, silêncio e muito preconceito. Há uma construção social que 'dita' o que 'pode' e o que 'não deve' ser feito pelas mulheres. E estas são vistas assim, a partir de comportamentos que lhes rotula enquanto a 'mulher de casa' e a 'mulher da rua', numa diferença entre o 'limpo' e o 'sujo'.

Ao abordar o tema, Leal (2005) traz uma análise das diferenças entre os discursos masculinos e femininos sobre a sexualidade. Para a autora, a relação sexual é antes de qualquer coisa uma relação de poder, expectativas e significados sociais e "aquilo que pode ser feito em um ato sexual é ditado por normas sociais, e, portanto, é sempre relativo a um determinado contexto, o que inclui saber com quem e quando se faz sexo" (2005, p. 63).

Para ilustrar suas afirmações a autora faz referência aos relatos de jovens entrevistados durante a pesquisa "Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico

sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil⁵³". A pesquisa envolveu jovens entre 18 e 24 anos, faixa etária muito similar a de nossas entrevistadas, com a diferença de obter a fala de homens e mulheres.

Ao problematizar as práticas sociais, a pesquisa citada analisou que os discursos femininos enfatizam a valorização, na relação sexual, do "carinho", do "beijo", enquanto que as falas masculinas apresentaram claramente que práticas sexuais podem ser realizadas com 'diferentes tipos de parceiras', onde os homens reservavam o beijo para a 'mulher de casa' e o sexo anal ou o oral para 'a mulher da rua'. A pesquisa identificou que a relação de conjugalidade está marcada, sob a ótica masculina, pela ideia da limpeza: a esposa é - e deve ser sempre - limpa.

A autora faz referência também à pesquisa "Corpo, Sexualidade e Reprodução: um Estudo de Representações Sociais"⁵⁴ que também corrobora com as análises da pesquisa citada anteriormente, onde à mulher 'de casa' é reservado o espaço da 'pureza', e que

O sistema de classificação das parceiras sexuais, intimamente relacionado às práticas corporais no ato sexual, revela que as mulheres podem ser consideradas como sendo 'de respeito', 'de casa', 'de fé', 'com vergonha', 'de família', ou, ao contrário, como 'de rua', 'prostituta', 'vagabunda'. Os homens também podem ser classificados como 'homens' ou 'veados' ou 'boiolas'. Estas características estão ligadas a determinações de gênero, construções sociais sobre o que significa ser homem e ser mulher (e, necessariamente, referidas ao que é não ser homem ou ao que é não ser mulher). Neste contexto, estes sistemas classificatórios envolvem expectativas sociais relativas ao desempenho de papéis de gênero e podem embasar um sistema de acusação: 'boiola' pode (des) classificar o masculino e 'vagabunda' qualificar negativamente o feminino. (Leal, 2005:41)

Essa dicotomia que demarca 'casa e rua', 'limpo e sujo' reserva às mulheres o espaço privado, com a ausência de possibilidade de escolhas. As mulheres participantes desta pesquisa ilustraram claramente essas 'marcas' em suas histórias.

⁵³Trata-se da pesquisa 'Gravada' elaborada inicialmente por Maria Luiza Heilborn (IMS/UERJ), Michel Bozon (INED, Paris), Estela Aquino (MUSA/UFBA), Daniela Knauth (NUPACS/UFRGS) e Ondina Fachel Leal (NUPACS/UFRGS).. Foi realizada em três centros de pesquisa: Programa de Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS/UERJ, Programa de Estudos em Gênero e Saúde, do ISC/UFBA, e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS/UFRGS).

⁵⁴ A pesquisa "Corpo, Sexualidade e Reprodução: Um Estudo de Representações Sociais", também conhecida como pesquisa WHO-BODY, foi desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS/UFRGS), sob a coordenação de Ondina Fachel Leal, em 1993-1994.

Enquanto mulheres, vivenciam o espaço secreto onde, muitas vezes, não há escolha para suas atribuições, que são cuidar da casa, dos filhos e preservar um ambiente cuidado para seus companheiros. Neste sentido, o exercício da maternidade se apresenta como alternativa para essas mulheres.

A fala de Esmeralda nos permite observar como as mulheres vivenciam esse papel social que lhes é imposto

é porque quando eu engravidei da primeira, a gente resolveu morar junto, a gente alugou um canto e resolveu morar junto, eu ele e minha filha, o bebê nasceu beleza, tudo perfeito, aí continuou morando junto, só que ela chorava, eu tinha que parar tudo pra fazer e ele trabalhando, e chegava e queria ver tudo limpo, eu chegava e falava pra ele “você fica aqui um dia comigo pra você ver minha rotina”, “ah não, tá bom! eu te entendo”, beleza, fazia o máximo que podia, fazia questão de lavar a roupa dele primeiro, pra depois deixar as minhas de lado, fazia tudo, arrumava tudo pá, deixava tudo direitinho, comida pronta, quando ele chegava eu deixava tudo assim, não tudo perfeito, mas a metade das coisas eu conseguia fazer, aí chegava tá, comeu, bebeu e dormiu. No outro dia ele ligava: tô chegando, tá! aí passava três, quatro horas, tá... ligava, tô chegando.... tipo assim, eu fazia tudo em casa, me esforçava o máximo, cuidava da minha filha, que seria a minha primeira filha, eu não sabia de quase nada, e ele na rua, ia jogar bola, depois marcava com outras meninas na rua, tudo no *facebook*. Marcava, aí quando eu fui descobrir, descobri um, “ah fulana de tal tá lá na pracinha acobertando”, aí tá, conversamos aí “oh, eu tenho uma filha pequena, tô passando por situações difíceis, acabei de descobrir, tive que me segurar na gestação, muito estresse, agitação, eu tô nervosa, você passa mais tempo na rua, tem comida pronta, louça limpa, casa limpa, fica difícil pra mim sozinha, e você sai duas horas do trabalho e quer ficar metade do dia na rua, o resto do dia caçando mulher... (Esmeralda, 22 anos).

Já a fala de Pérola reflete como ela estabelece distinção intragênero, relações de poder entre mulheres que vivem sua sexualidade de modo distinto. Embora não possamos generalizar uma sexualidade feminina, não podemos desconsiderar que há também uma norma, padrão de sexualidade esperada para as mulheres. Uma maneira de se resguardar moralmente é também reivindicar o reconhecimento de que elas não são 'quaisquer mulheres'.

A pessoa não entende que você pode ter tido uma pessoa só e que ela pode ter transmitido a doença, a pessoa não entende isso. É igual no meu caso, se eu for falar pra alguém que eu peguei a doença com o meu primeiro ninguém vai acreditar porque vai achar que eu tô zoando! Que é impossível que eu com 21 anos só tive dois só...porque hoje em dia o mundo não é assim... as meninas são muito galinhas, muito piranhas. (Pérola, 21 anos)

Assim, a questão de gênero é constantemente reforçada nos discursos. As entrevistadas relatam os envolvimento extraconjugais de seus companheiros e reafirmam, quase que se justificando, o fato de terem tido poucos parceiros sexuais, e sua postura monogâmica dentro dos relacionamentos:

eu nunca achei legal ficar com várias pessoas, ter relações com várias pessoas, como o termo popular diz: ser piranha... nunca achei isso bonito, sempre achei assim: vou perder a virgindade e ficar com uma pessoa! Nunca achei legal conhecer a pessoa hoje e ir pra cama, transar... Sempre achei que você deveria conhecer a pessoa, que quando a pessoa tivesse um sentimento por você, você deveria se abrir, ter uma relação...porque eu acho que o sexo não é qualquer coisa, tem que ter um envolvimento, pra mim não é só 'abrir as pernas'.. no meu caso... então a gente conversou e quando a gente começou a namorar, ele era muito galinha... ele nunca namorou e por ele ter aparência... Ele é moreno, tem 1,90 cm, tem o cabelo liso, os olhos verdes, então ele chama muita atenção...então ele sempre pegou muito! e deixou bem claro que não queria namorar com ninguém! Por a gente ser primo... aí você fala que ele começou a namorar com você mais por respeito, por não querer te usar... mas não foi bem assim! A gente começou a ficar, ficar aí aconteceu por ele ter esse jeito eu vi que ele só queria sexo... eu sou realista! No começo ele só queria isso mesmo aí aconteceu de eu estar gostando dele, eu vi que tava gostando dele e ele não tava apaixonado por mim... acabei terminando! Acabou que teve uma recaída que foi quando eu fiquei grávida e a gente vai fazer o exame de DNA por eu não estar namorando ele (naquele momento) e por eu ter ficado muito tempo com esse cara e todo mundo achar que eu amo ele...aí acabou que ele falou que queria o teste do DNA porque a gente não tava junto... aí eu falei: tudo bem! vamos fazer numa boa! vamos marcar quando eu chegar em casa hoje pra gente fazer amanhã e por mim tudo bem! ele é uma pessoa que quando a gente começou a namorar ele disse que não gosta de mentira...que ele não aceita traição, temos esse acordo! (Pérola, 21 anos).

O relato acima apontado, assim como o de outras entrevistadas ilustram a distinção de gênero para demarcar a sexualidade, compõem também os marcadores étnico-raciais de valorização do parceiro, dando a entender no caso de Pérola que suas características físicas lhe conferem capital maior na obtenção de parceiras sexuais o que contribui para uma “naturalidade” da intensa e diversificada vida extraconjugual do parceiro.

O acordo do casal parece indicar relacionamentos extraconjugais para ele, mas não para ela, situação que seria evidenciada com a gravidez. Seus discursos apontam para um incômodo também com a desigualdade na divisão sexual do

trabalho (cuidados com a casa, filha e etc), talvez mais do que propriamente com as experiências sexuais dele, que de algum modo até valorizariam o parceiro. Contudo, esta observação não desconsidera o incômodo delas, mas parece de algum modo natural da experiência de masculinidade: "ele era muito sem vergonha, muito safado mesmo (...) eu acho que ele tinha outra relação sim com outras pessoas" (Rubi, 22 anos).

Além disso, o discurso de Pérola, assim como o de outras entrevistadas é atravessado pela oposição romance/sexo, muito presente na constituição da sexualidade feminina. O discurso de Ametista também ilustra esta afirmação: "Eu sempre fui uma menina caseira, nunca fui de ficar com um e com outro" (Ametista, 22 anos).

Neste sentido, é irrefutável a afirmação de que o diagnóstico do HIV é 'perturbador' para a afirmação das expectativas de gênero, tendo um peso singular, sobretudo, na história das mulheres. Em alguma medida, o HIV entra em conflito com o discurso repetitivo das mulheres sobre sua moral sexual.

Em nossa pesquisa, foi perceptível nos depoimentos das mulheres o impacto do diagnóstico do HIV nas relações afetivas e sexuais de suas vidas. Comportamentos afetivos e/ou práticas sexuais que antes eram comuns passaram a ser evitados por causa do HIV, impedindo essas mulheres de externar a sua sexualidade como desejavam. Os depoimentos abaixo ilustram esta afirmação:

Mas você vira e mexe tá tendo um probleminha de imunidade, vira e mexe... Às vezes é uma candidíase vaginal, é não sei o que... um negócio na pele, que você acha que é uma alergia, mas não é! Tem um nome que se dá específico... (pausa tentando lembrar....) dá umas bolinhas, uns negócios que quando você vai ver é herpes.... Então é uma doença que tá sempre te dando uma rasteira, então sempre dando uma oportunidade para alguma outra coisa! Você tem que sempre estar se cuidando mesmo! Então é muita coisa pra gente ter! (Diamante, 29 anos)

Em relação a parceiro, eu tive um parceiro que não quis ficar comigo, por olha só, por bobeira. Ele, como é que eu vou dizer, não sei nem se eu digo isso, ele gosta muito de sexo oral, por ele me conhecer, ele falava muito de sexo, sexo, sexo, sexo, e eu já fiquei logo preocupada, ai meu deus, então quem é portador tem que evitar sexo oral, tem que evitar, entendeu, apesar das chances de passar com sexo oral é mínima né? mas é bom evitar, você não quer que seu parceiro adoça, é bom evitar. Aí, ele falou que gostava muito de fazer as preliminares ... aí quando eu contei, ele não quis ficar comigo não, que ele falou que ia ser muito difícil, fazer sexo só transar, não é difícil... (Jaspe, 26 anos)

As falas seguintes apontam para a ideia de um enclausuramento e uma saída da cena afetiva e sexual por parte dessas mulheres. De algum modo, seus corpos não se tornariam mais válidos para a sexualidade, atingindo também o gênero e sua valorização como mulheres:

Agora eu me afasto, eu procuro me afastar! Tipo assim, eu não quero relação com ninguém... não quero ter! Pra mim por exemplo, quando eu tava com ele, [pensei que pra ele] pra ele era algo sério, não era palhaçada! Depois, com isso que ele fez comigo [o contágio pelo HIV] eu falei "olha só, não quero mais saber de homem não! Quero ficar na minha mesmo", não penso em conhecer ninguém assim tão cedo! (Rubi, 22 anos)

Depois que eu descobri [o HIV] eu fico muito na minha... Eu já era um pouco tímida pra falar em público, agora eu fico muito na minha! Eu fico olhando pras pessoas assim e fico muito quieta, é... eu penso mais eu fico pensando mil coisas, tipo: será que esse aqui vai contar pra alguma pessoa? Se eu tossir aqui será que vai pegar? Eu fico pensando mil coisas aqui, então em questão disso, mudou muita coisa pra mim, mudou muita coisa, muito... (Momento de Silêncio). Mas, a gente tenta levar, eu não gosto de sair, eu já não saía muito e agora vou sair pra que? Não faço nem muita questão de sair! Vou perder o que lá fora? (...) Ai, eu pensei: gente vou ficar na minha, vou tomar os meus remédios! Fico assim... eu não sou mais assim... alegre! Vamos dizer, eu tento demonstrar alegria para as pessoas, mas no fundo eu sou muito triste, e o que me dá mais força mesmo são os meus filhos, os meus filhos! (...) Tenho medo de passar qualquer coisinha, aí, vira e mexe eu fico com ferida na boca, devido remédios né, ao tratamento, aí fico com ferida na língua, fica cheia de ferida também, ai eu fico olhando assim, gente, como é que vou beijar alguém? Eu vou passar isso, eu não vou beijar ninguém. Aí nem beijo meus filhos, aí eu brinco... Aí vem o pai dos meus filhos "ai senti muita saudade sua" aí já vem me abraçando, querendo me beijar, já falo, "oh você quer saber como está minha boca? Como você quer me beijar?" Ele responde: "Ah não, isso não é nada não!". (...) As pessoas não tem muito cuidado, e ele não observa muito as coisas, aí eu fico nessa: 'Se eu observasse antes, tivesse mais cuidado, nada disso teria acontecido'. Eu sou cagona! Sou medrosa! Nada disso teria acontecido cara! Mas é só um deslize... que pode acontecer a qualquer momento! Se eu tivesse tido mais cuidado nada disso teria acontecido. (Esmeralda, 22 anos).

Assim, podemos afirmar que o exercício da sexualidade assume posicionamentos diferenciados para homens e mulheres e que, as últimas, além de considerar todas os marcadores que lhes atravessam, de raça, classe, têm em comum o lugar esperado, desenhado por uma sociedade machista e patriarcal.

O HIV parece não se apresentar enquanto 'risco' nas histórias das mulheres uma vez que a representação deste vírus é dissociado da ideia do amor. A infecção

pelo vírus do HIV traz a referência à promiscuidade, ao sofrimento e à morte, sentimentos que são contrários à forma com que as mulheres idealizam seus relacionamentos, que lhes são definidos pela lógica da entrega, confiança e do companheirismo. Neste sentido, a lógica da prevenção acontece com a promessa de manutenção da fidelidade nos relacionamentos.

3.2.1 - O uso do preservativo enquanto estratégia de prevenção

Conforme constatamos durante as entrevistas, problematizar o uso de preservativo enquanto forma de prevenção, e relações extraconjugais é muito difícil em uma sociedade em que, teoricamente, todos são monogâmicos, e as 'escapadas' masculinas ainda que contestadas afirmam sua sexualidade. Para as mulheres participantes desta pesquisa, a soropositividade para o HIV ainda as expõe ao preconceito social e ao estigma de ser portadora de uma doença vista até os dias atuais como 'incurável' e que traz a marca da 'impureza'.

Parte das mulheres não tem acesso a informações sobre sexualidade e saúde reprodutiva, fato que limita que elas problematizem as relações de gênero e dificulta o controle sobre seu próprio corpo e sobre a tomada de decisão a respeito de viver sua sexualidade de maneira segura, apesar do HIV.

Ao serem questionadas se a gestação havia sido planejada todas responderam que não. E ao fazer referência ao uso de algum método as respostas passavam desde o desconhecimento até o uso por influência de alguma amiga ou familiar. Os relatos abaixo ilustram melhor esta afirmação:

eu escolhi a injeção porque... só as meninas falaram "toma a injeção, você não esquece", aí entendeu? melhor do que tomar remédio, aí eu peguei e fui tomar. Quando chegou lá, fiquei cinco meses menstruando, desisti e parei de tomar. Quando eu parei de tomar ela falou assim: "eu vou te dar um comprimido, é anticoncepcional também, para parar de descer o sangue. Se o sangue não parar, eu vou te levar pra fazer outros exames". Aí eu falei "ta bom". Aí parou de descer! Aí depois que parou de descer eu pensei que era normal a menstruação não descer mais. Quando fui descobrir eu tava com dois meses de gravidez. (Rubi, 22 anos)

Da mesma forma, outra entrevistada aponta que:

eu prefiro a vacina mesmo, até porque eu vou ver se eu faço na clínica da família que é do lado da minha casa... e minha amiga toma! E ela falou que é bom... Ela só tá inchada, tá um pouquinho gorda (risos) mas ela falou que é melhor, que esse é seguro...Não tem muita preocupação. Eu ia querer o DIU mas essa de "daqui a dois meses você volta pra ver se tá encaixado direito..." Aí minha mãe: 'pra que você vai colocar isso se você mal tem relação? Toma a vacina é mais prático, aí eu pensando bem, é melhor porque ... vai ter complicação e vai piorar tudo numa coisa que eu nem tô tendo relação frequente...A vacina eu vou tomar, sei que não vou ter relação agora... vou ficar tranquila! Vou tomar de três em três meses tá ótimo! É perto da minha casa, bem melhor pra mim! (Esmeralda, 22 anos).

E que:

Eu nunca tomei remédio....Sei que existe a tabelinha, mas eu não acredito nessas coisas não. Aí como eu nunca acreditei nunca quis fazer nada. Só ejaculava fora mesmo porque como eu fiquei com o meu ex quatro anos e fazia isso e eu nunca engravidei achei que ia acontecer a mesma coisa, só que infelizmente não funcionou. (Pérola, 21 anos)

As falas de Pérola, Esmeralda, Rubi, remetem à questão das práticas anticonceptivas e ainda que elas sejam muito jovens demonstram uma situação antiga na história das mulheres que é o consumo de hormônios, a falta de opções baseadas em informações seguras, acesso a métodos diversos e acompanhamento de saúde, e sobretudo a falta de ligação entre métodos contraceptivos e prevenção de IST/Aids. Podemos perceber que a principal preocupação das mulheres jovens dessa pesquisa é a gravidez e isso numa geração que já nasceu com a experiência da Aids no mundo.

Além disso, num contexto de desconhecimento sobre o seu próprio corpo, e onde as decisões referentes ao autocuidado refletem o silêncio, torna-se cada vez mais difícil impulsionar a autonomia das mulheres enquanto protagonistas de suas histórias.

Não podemos afirmar que todas as entrevistadas compreendem a necessidade do uso do preservativo como forma de prevenção às IST/AIDS. Contudo, é irrefutável a afirmação que solicitar o uso de preservativos para o

parceiro implica assumir diversos riscos, que vão desde as questões mais ligadas à afetividade, como a quebra de confiança entre o casal, até o risco de perder o apoio financeiro do companheiro quando elas são dependentes deles.

Logo, percebemos que, em geral, as mulheres se percebem inibidas para negociar o uso de preservativo com o(s) companheiro(s), temerosas de gerar suspeita de infidelidade; e recusar o relacionamento sexual se o parceiro se nega a usar o preservativo é ainda mais difícil.

Ao ser questionada sobre a possibilidade de diálogo sobre o uso do preservativo, embora Rubi, Ametista e Esmeralda tenham relatado nunca ter feito uso com seus companheiros, responderam que:

eu acho que podia acontecer sim, eu faria, mas eu acho pra não constranger ele, deixar ele com muita vergonha eu não faria, entendeu? Falar assim diretamente (momento de silêncio)... Mas eu falaria! Eu falaria, "você não vai colocar camisinha não?" Mas na cabeça dele, sei lá... Eu acho que, no caso dele, como ele fez comigo, ele ia desconfiar na hora, então ele ia falar, tanto faz....É, eu acho que ele ia pensar... que eu tava com medo de engravidar, ou então, ele ia pensar assim "será que ela tá desconfiada de mim?", ou então pensar: será que ele tem uma doença? ou será que tá doente pra querer usar camisinha? Eu acho que ele pensaria assim, entendeu?. (Rubi, 22 anos)

E que:

a gente não pode ter relação sem camisinha, mesmo a gente se tratando, a gente não pode ter relação sem camisinha, mas tipo: o homem foi, o homem é muito coisa... sabe? mas, vamos tentar entrar em um acordo!. (Ametista, 22 anos)

E ainda que:

é, que hoje em dia, esses meninos só 'quer' viver sem camisinha, mas se quiser transar sem camisinha... pra mim com camisinha ou sem camisinha, tanto faz! Como eu fiquei com esse pai dos meus filhos durante cinco anos, então eu só tava com ele... então eu falei: "Vamos transar sem camisinha!" Mas isso foi há uns três anos atrás, antes de eu ter engravidado da [minha filha] mais velha, eu transava com ele sem camisinha! Os três anos que fiquei com ele, e ia sem camisinha direto! Hoje eu até penso assim "não, o certo é não confiar no parceiro", 'né'? Sendo que eu era aquelas meninas 'boba', de dezessete anos, dezesseis anos, então só focava nele, nele... O amor da minha vida, amor da minha vida, então transamos sem camisinha! E ele também! Homem é assim: "sem camisinha é melhor, não sei o que é

melhor” então, 'né'? pra agradar ele, vamos, vamos sem camisinha... la direto! (Esmeralda, 22 anos)

Já outra participante, que referia o uso ocasional. Sua fala ilustra bem como a camisinha põe em questão a masculinidade e a feminilidade

esse meu último relacionamento, que eu morei junto com um rapaz, eu sentia que pra ele era difícil, ele tentava aguentar por gostar de mim, mas eu sentia que pra ele era difícil, que ele queria fazer um sexo oral, queria tirar um pouco a camisinha, entendeu? ficar sem camisinha e não podia. Ele falou que é como se tivesse transando e tivesse um plástico, entendeu? mas ele ficou por gostar, ele gostava mesmo de mim, porque ficou, porque eu sinto que pra eles não... a gente ainda consegue ficar, levar, eu não sinto tanta diferença, vou dizer que sem camisinha é melhor... mas não vou dizer que pra mim é tão difícil assim como que pra ele. Eles tem aquele negócio de masculinidade deles... eles querem. (Jaspe, 22 anos)

Outro ponto importante a ser problematizado é a utilização de preservativos entre casais diagnosticados com HIV. As relações soroconcordantes são aquelas em que ambos os parceiros vivem com HIV/AIDS. Neste caso, o Ministério da Saúde também recomenda o uso do preservativo como forma de prevenção uma vez que o uso da camisinha evita um possível aumento de carga viral entre parceiros, além de prevenir a infecção por HIV mutantes.

A carga viral é a quantidade de HIV no sangue, assim, quanto maior a carga viral maior a probabilidade de transmissão da infecção; já com a carga viral menor, menor será o risco.

O tratamento em saúde objetiva que o indivíduo alcance um momento onde sua carga viral esteja indetectável, ou seja, que a quantidade de vírus no sangue esteja em tão reduzida que se torne difícil calculá-la com os métodos disponíveis da atualidade.

As pessoas com carga viral baixa ou indetectável têm menor risco de desenvolver a doença e desenvolver a AIDS, assim como de infectar seus parceiros sexuais.

Contudo, a fala de Jaspe ilustra bem como na prática, nem sempre ocorre o uso da camisinha nas relações sexuais soroconcordantes:

a gente ficou 5 anos, ia fazer 6 anos entendeu? Aí ele usando camisinha estourou várias vezes, ele empolgado... eu também! A gente não percebeu aí deixou passar, depois fez os exames e ele tava com HIV! Enfim, aí depois que ele diagnosticou o HIV, ele se trata no Fundão agora, depois que ele se diagnosticou eu não tava mais usando camisinha. Apesar que é o errado, porque tem que usar, mesmo que as duas pessoas tenham... Já conversaram comigo sobre isso. Porque as vezes um tá se tratando, um tá se cuidando direitinho e o outro não, aí o que não está se cuidando, acaba ficando doente acho que é mais ou menos isso. Eu não sei explicar muito bem, mas enfim aí eu achei que eu tava com um probleminha, peguei HPV também, além do HIV, peguei HPV. Não sei se foi do meu ex parceiro ou do pai da minha filha, um dos dois passou HPV pra mim, então o que que acontece? Esse HPV eu descobri no preventivo e tal... Aí eu não sei se ele me deixou como se fosse uma infertilidade, porque eu fiquei muitos anos, muito tempo com o pai do meu filho e não engravidei. Então eu tava até achando que não podia ter mais filho, que eu tivesse ficado com alguma complicação e não tava nem querendo ter mais e achei que não engravidava mais, aí quando eu vi já tava com o neném na barriga. (Jaspe, 26 anos)

A pesquisa em questão confirmou a ideia de que as mulheres não se percebem vulneráveis à infecção pelo HIV. Elas se sentem seguras em suas relações sexuais em virtude de um sentimento de confiança no parceiro:

Ele nunca teve um relacionamento sério com ninguém. Ele sempre 'ficou' então ele sempre usava camisinha... Usar camisinha significa se prevenir, se proteger... Eu que fui burra! Eu sou prima dele, mas também sou mulher, também posso ter doença! Depois de um tempo ele passou a confiar em mim, viu que não tinha possibilidade de acontecer nada... aí acabou que eu tinha! Mas Deus sabe que eu não fiz de maldade! (Pérola, 21 anos)

A gente nunca chegou a usar [o preservativo]... Na primeira vez já não usamos, eu que tipo assim... olhei pra cara dele e perguntei: "você não vai botar camisinha?" Aí ele olhou pra minha cara e disse: "Não, eu sei usar fora, eu sei me controlar!". Então pra mim, ele me passou aquela segurança que não tinha doença! E também sabia o que tava fazendo... então eu pensei: "ah, então tá bom! (Rubi, 22 anos)

Os discursos analisados refletem uma questão importante para as práticas preventivas e o discurso da saúde sexual. Identificamos que reprodução e sexualidade tem pesos muito diferentes na vida das pessoas, principalmente das mulheres. E o discurso da camisinha tem poucas chances de fazer efeito nesse contexto sociocultural.

3.3 - O momento do diagnóstico e sua repercussão

A hipótese que motivou esta pesquisa foi que embora preconizado por várias legislações (PAISM, SUS, PNAISM), na prática o olhar integral sobre a saúde da mulher com HIV não se efetiva, permanecendo o foco das ações no período reprodutivo.

Este olhar não é restrito dos serviços de saúde, sendo também absorvido pelas próprias mulheres, que, na assunção do papel social do cuidado que lhes é direcionado, acabam por negligenciar o seu autocuidado. Ao pensar o exercício da maternidade, isto não é diferente:

É eu também vacilei, é vacilei, depois que eu tive minha filha eu me tratei direitinho, tratei a minha filha, aí depois que ela nasceu eu continuei só tratando ela, trazendo ela aqui na pediatria né? e aí abandonei o meu tratamento, foi aí que eu peguei tuberculose, eu fiquei acho que 3 anos sem me tratar. (Jaspe, 26 anos)

Neste sentido, ao pensar o HIV (recorte desta pesquisa) e a vida dessas mulheres, percebemos que das seis entrevistadas, três receberam o diagnóstico fora do período gestacional. Uma referiu ter feito o teste espontaneamente, pois o parceiro da época desconfiava estar contaminado, outra buscou o serviço de saúde devido a um sintoma, e a outra por ter sido infectada através da transmissão vertical⁵⁵.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, consideramos indispensável a análise de como aconteceu essa abordagem, e quais foram as repercussões apontadas por elas pós diagnóstico.

A primeira entrevistada, Pérola, estava em sua primeira gestação e recebeu o diagnóstico durante o acompanhamento de pré-natal. Seu relato ilustra como seu percurso seguiu bem o que é preconizado pelo SUS: atenção básica, testagem, nível de complexidade maior e tratamento:

No posto tem a agente [de saúde] e ela ia lá em casa... ela já 'tava' atendendo minha mãe aí quando minha mãe falou que eu 'tava' grávida e que tinha que fazer o pré-natal ela marcou 'pra depois' de duas semanas. E

⁵⁵ Não podemos desconsiderar que este caso também faz referência ao período reprodutivo, nesse caso da mãe.

fui lá pra começar a fazer os exames. A gente foi na consulta e esses exames são 'teste rápido' que você tem que fazer quando descobre que tá grávida. Aí eu fiz e fiquei esperando e ela falou que eu tinha que fazer de novo... já fiquei assustada. Só que ela não me falou o que tinha dado eu e tive que esperar numa sala, e ela falou: você pode voltar lá pra colher o exame novamente? Aí eu fui e voltei pra sala de novo e quando ela voltou já voltou com um médico e com o resultado na mão. Aí ela falou que tinha dado reagente e que era possível eu ter a doença porque esse teste não erra... E que teria que fazer outro de sangue, especificou o exame, aí eu tive que fazer...Fiquei esperando o resultado e acabou que deu positivo... Infelizmente! Aí a médica falou do tratamento eu comecei a fazer o tratamento... Ela me passou aqui pro Pedro Ernesto pra eu passar pela infecto pra começar o tratamento... Aí eu fui colher a carga viral aqui com a infecto, ela passou os remédios que eu tinha que tomar aí passou o tratamento.

Já a segunda participante, Ametista, no momento da entrevista estava em sua segunda gestação, que não teve acompanhamento de pré-natal exatamente pelo diagnóstico, que havia recebido na primeira gestação:

Não fiz [o pré-natal], eu cheguei... comecei a fazer sabe? Umas duas vezes, só que aí ela tinha falado (momento de silêncio)... a médica tinha falado. Como ninguém espera né? A médica tinha falado que tinha que fazer um novo exame de sangue, que tava com suspeita de alguma coisa... aí eu não fui mais depois desse dia...Eu fiquei sei lá! Fiquei com aquilo na cabeça e aí esperei dar a hora de ganhar. Aí no dia que fui ganhar, peguei esses papéis, levei os papéis que ela falou que deu, aí eles fizeram o exame de novo, e fizeram na minha filha e tal, só que nela graças a deus deu negativo. E constou lá no hospital mesmo. (Ametista,22 anos)

Ametista refere não ter seguido com o seu tratamento de saúde após a saída da maternidade, cuidando apenas de sua filha. Cerca de um ano e meio depois ela engravida, mas só retorna ao serviço de saúde no final da gestação, com aproximadamente 39 semanas. Este fato pode estar associado ao simbolismo sobre a doença como morte, como algo impuro e que desqualifica sua feminilidade. Ou ainda, ao papel da mulher como cuidadora que negligencia seu autocuidado e se invisibiliza enquanto mulher neste processo:

Aí dessa vez eu mesma que falei pra eles [a unidade básica de saúde]...E eles me encaminharam pra vir pra cá. Aí quando eu vim praticamente já estava ganhando, vamos supor assim... eu já tava com 39 semanas.

A terceira entrevistada foi diagnosticada aos 4 anos de idade, refletindo um outro momento da doença, onde a taxa de infecção por transmissão vertical era consideravelmente maior. Além disso, ela tem conhecimento de que sua mãe faleceu devido a doença e o processo de discriminação que ela vivenciou após o diagnóstico não sendo aceita por outros familiares e sendo direcionada, após a saída do hospital à um abrigo. De alguma forma essa experiência atravessa os cuidados de saúde com ela e com seus filhos:

Foi diagnosticado com quatro anos de idade. Eu fui internada no Hospital Jesus, saiu o diagnóstico, né? Eu fiquei muito doente! Foi feito exames, os médicos quando vê que o paciente tá com sintoma de alguma doença eles solicitam os exames aí deu positivo, né? Fiquei internada, muito grave, tuberculose, né? e HIV... e ela [sua mãe] descobriu Aids também e tuberculose, que ela tava com tuberculose e depois veio a óbito ... Eu fui direto pro abrigo... fui morar num abrigo, e com oito anos eu fui adotada! Eu fiquei no hospital internada, ela faleceu, não sei se ela faleceu no hospital, ou se faleceu em casa, ela morava em Santíssimo né? A gente morava em Santíssimo. Eu não sei onde foi exatamente o falecimento dela, no hospital ou em casa. Mas ela faleceu em dezembro. Eu internei em agosto em dezembro minha mãe veio a óbito. Em agosto eu internei, já saiu o diagnóstico de HIV, que eu era soropositivo, eu e minha mãe também, em agosto ela veio a óbito em 1996. Em agosto não, em dezembro ela veio a óbito.

Rubi, a quarta entrevistada, descreveu este momento do diagnóstico, que também não aconteceu no período gestacional, e evidencia a preocupação em 'sobreviver' após o diagnóstico:

ela me chamou numa sala bem fechada e falou assim Rubi.. Antes disso já tinha nascido uns carocinhos na minha vagina, aí eu meio assim assustada falei assim: “doutora, eu queria fazer um teste pra sífilis”, porque eu pensava que era sífilis. Aí eu falei: Pode? Aí ela falou assim “bora, bora fazer que isso também pode ser outra coisa, pode ser resultado da HPV” aí falei “ta bom”. Aí ela me levou, quando ela me levou aí ela pegou e falou, olhou pra minha cara, ela falou assim “isso não é uma coisa pra se desesperar, é pra você ficar com calma”, aí ficou me enrolando assim em volta para me dar o resultado, aí eu “faaala, doutora”, aí ela olhou pra minha cara e falou: “você está com HIV”. Ai eu olhei pra cara dela e falei: “eu não acredito”. Olhei para a cara dela e comecei a me desesperar, mas eu não chorei, não fiz aquela briga toda “eu vou morrer, o que eu vou fazer?”. Eu conversava com ela normalmente mas chorando porque eu pensava assim “minha vida acabou!”. Aí ela falou assim “não, você vai viver normalmente, você vai ter uma vida normal, mas agora você vai ter que ficar tomando remédio, pra se tratar e se cuidar, você vai conseguir fazer isso? Se você não conseguir fazer isso tem como a gente mandar um psicólogo pra você” aí eu falei pra ela: “não, não vai precisar não, só vou ter que chegar em casa e conversar com minha mãe”. Porque eu só pensava na minha mãe nos primeiros dias né?. Ai minha mãe foi conversando comigo, me dava conselho, falou que não era nenhum bicho de sete cabeças, que a gente

podia se acalmar, e conversar, e se eu me cuidasse direito eu ia sobreviver, **eu ia saber sobreviver**. Aí depois com o passar do tempo eu fui aceitando, entendeu. Foi difícil, mas eu fui aceitando depois daí ate hoje.

Esmeralda, a quinta entrevistada relatou que ao desconfiar que estava grávida buscou a unidade básica de saúde para fazer o teste e lá iniciou o pré-natal e recebeu o diagnóstico da infecção. Ela descreve este momento:

Aí fez esse do HIV, aí a médica veio conversar comigo, aí “óh, deu positivo, mas a gente vai estar de mãos abertas aí, de braços abertos, de pé aberto”, assim jogou várias piadas assim, pra mim não chorar, pra não ficar nervosa. Ai eu falei “não, tudo bem, tá”, eu não contei pra minha amiga, eu fiquei na minha. “que que houve?”, “não, só deu positivo lá da gravidez, mas vamos seguir em frente” tá bom, mas até hoje é só a minha mãe que sabe. Aí também quando eu cheguei na frente dele, do pai da minha filha, eu falei “óh, deu positivo lá no HIV, eu to com HIV”, ai ele: “sério?”, falei “sério”, aí ele: “ah, vamos levar, é só tomar o remédio”. Eu pensei né, eu fiquei com medo de falar, eu achei que ele ia brigar comigo, ou então, porque na verdade ele era virgem também, então eu fui a primeira a ter relação com ele, então eu sei que não peguei dele, certamente foi com outra pessoa. Ai eu falei: “gente, ele vai me matar”, mas aí eu vou ter que contar, até mesmo pra ele fazer o teste, se prevenir. Ai fui e falei pra ele, aí ele ficou meio chocado assim, mas...

Diamante, a última entrevistada relatou ter feito o teste uma vez ainda bem jovem, quando soube que seu então companheiro estaria com suspeita da infecção, ela aponta que

Então e nisso eu era bem novinha, eu devia ter uns 15 anos de idade. Aí eu não quis acreditar... tá bom! Passou essa parte. E na verdade, na época... hoje tem assim: chega um médico pra te falar, chega uma pessoa pra te contar e conversar... Mas na época não tinha isso! Eu recebi o exame assim o papel, como se fosse hemograma... Eu vi que o resultado tinha dado positivo... beleza! Eu falei: Ah não deve ser não! Deve tá errado! E deixei pra lá até porque eu era muito nova, não tinha maturidade e tal. E a forma como foi conduzido também, né? Depois, passou assim uns anos, aí eu...como é que aconteceu...deixa eu lembrar... Eu com isso eu tinha uns 15 anos, mas a vida seguiu... eu terminei com esse namorado, cada um viveu sua vida... Não por causa disso! Por causa do relacionamento mesmo. Vivi minha vida! Ele tinha suspeita mas nesse meio tempo de tá não tá, tá não tá a gente separou. Beleza! Então eu não sabia da vida dele e ele não sabia da minha!

E depois,

Quando eu... com 20 anos eu casei. E aí eu comecei a viver uma vida muito atribulada e tal. Mas eu fiquei casada ali, numa boa... Um certo dia, eu comecei a me sentir muito mal, não conseguia engolir direito. Não tava me alimentando bem... comecei a me sentir muito mal! E eu comecei que quando eu tossia saía umas plaquinhas brancas. Quando eu fui ver, fui na gastro, era candidíase de esôfago. E é uma doença muito específica do HIV. Muito raro, 1% das pessoas vai ter isso sem ter o HIV, quase 100% das pessoas que tem esse problema tem o HIV. Então ali ela me olhou assustada, me viu casada e tudo... e me pediu autorização pra me passar o exame. Aí eu fui e tudo bem, mas aí na hora deu aquele estalo de mil anos atrás que tinha feito aquele exame e não tinha ligado. OK! Mas aí eu fui e deu positivo, o exame, o laboratório me chamou de novo pra repetir tal, tal, tal...deu positivo!

Considero importante destacar que, embora nem todas as mulheres tenham recebido o diagnóstico no período gestacional, este também não aconteceu por uma iniciativa dos serviços de saúde em outros setores de atenção. Mas sim, por iniciativa das próprias mulheres, seja por desconfiança dos parceiros ou por outros problemas de saúde.

Esta observação nos impulsiona a pensar sobre o real alcance dos serviços de saúde na vida das mulheres.

3.3.1 - A revelação pós diagnóstico

Os relatos das entrevistadas refletem a marca de um processo de estigma na trajetória de suas vidas, numa perspectiva de desaprovação e desqualificação social. No caso do HIV, a associação da infecção aos “grupos de risco” permanece presente no imaginário social, levando as mulheres desta pesquisa a vivenciar atos de isolamento e vergonha.

Seus relatos indicam o receio do julgamento moral e como estratégia elas vivenciam uma intensa preocupação em silenciar, esconder este diagnóstico para se manterem aceitas no convívio social.

Neste sentido, o sigilo com relação à condição de ser portadora do HIV e o isolamento foram atitudes comuns, além do constante sofrimento proporcionado pelo receio de ao serem 'descobertas', sofrerem discriminação. O relato de Esmeralda além de mostrar isto também remete a um contexto relacional de cumplicidade com

o companheiro, de apoio embora esta situação não reflita a realidade de todas as mulheres.

Eu não converso muito com as pessoas, não sou de sair muito que eu sou muito triste, eu fico pensando, eu vou chegar ali a pessoa vai ficar pensando... lógico tem horas que parece que a pessoa lê que aqui tem HIV! Na rua... ai, gente! Parece que alguém descobriu... Atravesso a rua, eu fico quieta na minha (momento de silêncio). Às vezes eu saio com o pai dos meus filhos, pra comprar roupa pra ele e pras crianças, aí as vezes 'fica mulher me olhando' assim... uns velhinhos, Aí eu abaixo a cabeça aí ele me pergunta [o pai de seus filhos] 'Que, que foi? Tá com alguma coisa?'. Eu respondo: 'Acho que ele descobriu! Vamos sair dessa loja, pelo amor de deus!' Ele me pergunta: 'Descobriu o que?', eu falo: 'Descobriu que eu tenho HIV! Vamos sair daqui!' Eu fico como aquelas neuróticas! Aí ele: 'Assim você não vai viver desse jeito! Você não precisa falar pra todo mundo que você tem, mas você tem que continuar sua vida, tem que continuar cuidando dos seus filhos'. (Esmeralda, 22 anos)

Se considerarmos que este sigilo é permeado por um contexto de autculpabilização socialmente produzido, e que elas mesmas se atribuem, podemos concluir que dialogar e revelar o diagnóstico ao parceiro também é um processo permeado por muito sofrimento e autocobrança, principalmente ao levarmos em conta a posição desigual das mulheres e a importância que a sexualidade tem na constituição do gênero feminino.

Eu olhei, eu tomei um susto, eu pensei 'Como é que eu vou falar com minha mãe? Como é que eu peguei essa doença? De quem eu peguei isso?' Eu falei pra mim mesma, eu não tinha mais relação sexual com ninguém, era só com ele! Aí eu pensava...E como eu tive a minha filha, eu fiz esses exames, então não acusou, e não acusou também o dela. Foi ele que me passou! Ai fiquei pensando com isso na minha cabeça, chorava dia e noite! Aí ele agindo normalmente dizendo que não era dele, que ele não tinha me passado isso, aí eu falei: 'Foi você sim, cara! É impossível!'. Eu (momento de silêncio)...A gente tava com dois anos, o meu filho tinha dois anos e meio e eu não tava com ele ainda. Eu não tinha essa doença! Aí foi quando eu passei dois anos com ele que eu descobri! (Rubi, 22 anos)

(...) Nossa, esse cara que fiquei antes dele, me contaminou e eu com a preocupação de ter contaminado o coitado, que eu não sabia de nada. Então eu ficava com aquela consciência pesada, tipo: 'Meu Deus, fiz merda!' Aí eu ficava olhando pra lá e pra cá, aí sendo que eu fui falar com ele, ele agia tranquilamente, parecia que não ele não sabia o que era HIV! Aí eu falei: "Eu tô com isso, isso e isso", "Você??? Ah, toma o remédio que vai passar" Aí eu falei: 'Tá bom, nem começava...Mas, tá tá bom! E ele: ' Deixa pra lá, esquece, mas vamos sem camisinha!' E eu: 'Mas eu acabei de descobrir que eu tô com HIV, como eu vou transar sem camisinha?' Ai ele 'Ah, porque você fez o teste? Tá vendo acabou minha alegria!' Aí ele ficava chateado comigo, eu tava vendo que ele não tava levando mais a sério, que

só queria levar na brincadeira! Porque transar sem camisinha, né? Aí eu falei: Não! Olha só... Não vai dá pra gente ficar junto! Eu já estou com uma culpa achando que você tá com isso, porque ele só fez um teste só, então falei com ele, você tem que fazer mais dois, mais três, mais quatro, quantos puder, pra ter certeza mesmo! Aí ele: 'Não! Você não me passou nada não! Você não tem nada não!' Mas continua tomando remédio! aí tá, tá bom, mas ele queria continuar transar sem camisinha, e eu falei eu não vou fazer isso que eu já to com culpa que eu não tenho certeza, eu vou fazer sem camisinha pra que? Ai ele 'Não, não tem problema não'. Aí um dos motivos de eu ter terminado com ele é que eu via que gente... já tô me sentindo culpada, ele também não queria fazer mais teste, aí eu posso não ter passado ali, mas se eu quiser transar com ele agora eu posso passar... não! Eu posso passar! Não posso fazer! (Esmeralda, 22 anos)

Além disso, por vezes o constrangimento para revelar o diagnóstico assume uma dimensão significativa neste processo, ainda que não impeça esta revelação. As falas abaixo ilustram bem esta observação:

Logicamente, assim que eu saí do posto eu liguei pro meu namorado porque eu acho que é justo, que é isso que tem que fazer, né? E fiquei mais desesperada ainda por ele ser meu primo e ter passado pra ele e a médica falou que eu já tinha a doença há aproximadamente uns dois ou três anos. Aí você me fala assim: então como é que você soube que foi seu primeiro e não esse? Porque ela falou que já tinha uns dois anos que eu tinha a doença. Aí eu liguei pra ele e conversei e ele disse: 'Não, vai ficar tudo bem!' 'Porque ele tinha feito exames de doenças tinha pouco tempo e ele disse: 'Mas o meu deu negativo, e a gente tá junto desde o ano passado'. Aí eu falei: 'É!' Ele disse: 'Vai ficar tudo bem, deve ser engano! e eu fiquei acreditando que era engano, aí veio que deu positivo'. Aí ele falou: 'Tudo bem!'. Ele não ficou desesperado mas também não falou: 'vou terminar com você porque você é doente...' Ele não me abandonou nem nada...' aí a gente marcou e começou a fazer só com camisinha e esperou o resultado e o dele deu negativo, graças a Deus! (...) Ele, falou que tava tudo bem, que tinha acontecido e como ele é meu primo ele sabe também que eu só tive 'um' que todo mundo conhecia ele, que eu tinha ficado muito tempo com ele, então ele sabe. Ele acreditou e entendeu a minha história. Eu acho que na hora ele ficou triste por mim, ficou com um pouco de medo mas aí depois ele também queria até fazer sem camisinha mas aí eu falei: 'não, cara!' aí ele 'não , mas eu quero ficar com você, eu vou ficar do seu lado e eu não tenho medo' Aí eu falei: 'Sim! mas a questão é que eu não vou ficar bem sabendo que eu te passei alguma coisa, eu estou doente e eu tenho que aguentar as consequências, a culpa foi minha!'. (Pérola, 21 anos)

Ele não sabia e eu não conseguia também falar. Assim... chegar e falar! Aí não sei... Acho que foi muito rápido que a gente se envolveu... A gente já se conhecia sabe? A gente não tinha se envolvido. Aí depois que ele separou da mãe do filho dele e eu separei do pai da minha filha, aí a gente começou a se envolver. Aí depois de um tempo quando ele descobriu que eu tava grávida, foi que eu falei pra ele [sobre o HIV]. Eu esperava outra reação, entendeu? Dele. Mas ele foi ficando de boa, ele aceitou de boa,

falou que ia me apoiar tal, que não sei o que, conversamos bastante sobre isso.(Ametista, 22 anos)

A pesquisa apontou que as mulheres revelaram seu diagnóstico aos parceiros e estes, reagiram razoavelmente bem, apoiaram, se tornaram cúmplices, não romperam a relação, sendo essa uma expectativa do pior cenário a ser experimentado. Há sempre a questão de quem passou para quem e sobretudo da desqualificação enquanto mulher, o que não ocorre para o homem que possui HIV e transmite para a mulher. Além disso, é importante destacar que o sigilo sobre o diagnóstico se manteve para as outras pessoas, do círculo mais amplo.

3.3.2 - A restrição à amamentação - Interdições aos símbolos da maternidade

A dissociação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos representa uma conquista para as mulheres. O livre exercício de sua sexualidade resultou no direito de facultar ou não pelo exercício da maternidade, embora culturalmente⁵⁶ ainda permaneça muito presente o que Badinter (1985) conceituou como "o mito do amor materno". Como se a maternidade, e sobretudo o amor materno fosse algo inato a todas as mulheres, um amor materno instintivo, imaculado e incondicional, a função primordial de todas as mulheres. Parte-se ainda de uma compreensão de que a relação mãe-filho reflete o papel de uma união perfeita, compreendendo o cuidado, a renúncia, o amor incondicional além da provisão afetiva e material.

Neste sentido, ressaltamos que o amor materno com a roupagem que percebemos nos dias atuais é bem recente. Badinter, ao explanar o tema destaca que esta maneira de se olhar a maternidade historicamente não era perpassada por laços afetivos. A função materna era muito mais biológica e as crianças ficavam a cargo de amas-de-leite, estas por sua vez eram as responsáveis pelo cuidado, alimentação e pelo desenvolvimento das crianças. (MARQUES, 2000).

⁵⁶ Esta imposição cultural abrange uma idealização de família que consiste basicamente numa invenção burguesa e que traz o 'amor materno' como algo inato. É o conceito que nossa sociedade vivencia desde o século XIX e que 'deprecia' as mulheres que optam por vivenciar a maternidade de forma diferente, e por vezes até contraditória com esses padrões, ou ainda, aquelas que optam por não ter filhos.

Para Freire (2009), a ideologia da maternidade no Brasil trazia uma dimensão singular, ela integrava as especificidades do contexto econômico, político e social, principalmente o projeto modernizador republicano, que tinha na infância a viabilidade da nação. Para a autora:

Os esforços da elite intelectual concentravam-se sobretudo em tentativas de eliminação de qualquer resquício de um passado de 'atraso' e tradição e de incorporação do 'novo' como passaporte para a ordem e o progresso. Sob a égide da modernidade - transformada em palavra de ordem em todo o mundo - almejava-se uma verdadeira transformação cultural, com rejeição à cultura colonial e configuração de novas relações sociais, impondo-se a adoção de comportamentos e atitudes adequados aos 'novos tempos'. (FREIRE, 2009, p.01)

Neste sentido, o papel da mulher na sociedade brasileira, assume uma função pública e patriótica, o de garantir "cidadãos à pátria". Este papel segue associado à ideia da maternidade como um instinto da natureza feminina, num dever social e uma missão divina, imbuída de um amor inato incondicional pelo 'novo ser' que afinal... é 'carne da sua carne'. E onde, a mulher deve ser 'boa e sábia' para educar seus filhos como 'cidadãos de bem'.

A maternidade é uma construção social destinada às mulheres, que as coloca primordialmente na esfera privada e doméstica, sendo assim, consiste num fenômeno social que também é atravessado pelas desigualdades sociais, étnicas e raciais, bem como pela questão de gênero. Assim, o cuidado e a amamentação, como símbolos supremos da maternagem, assumem lugar de destaque no exercício da maternidade contemporânea.

A amamentação é recomendada pelo Ministério da Saúde até os dois anos de idade ou mais, com destaque para a recomendação de que nos primeiros 6 meses, a alimentação do bebê consista exclusivamente no leite materno.

O Ministério da Saúde ressalta que o ato de amamentar excede o objetivo da nutrição, proporcionando uma interação profunda entre mãe e filho, trazendo benefícios tanto no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, quanto em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

Neste sentido, o leite materno recebe um lugar de destaque nas campanhas em saúde, sendo apresentado enquanto um alimento completo. Ele é descrito como um alimento de mais fácil digestão do que qualquer outro leite e funciona

como uma vacina, pois é rico em anticorpos, protegendo a criança de muitas doenças. Para a mulher que amamenta os benefícios apontados são: a redução de peso mais rapidamente após o parto; auxílio para o útero na recuperação de seu tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia e de anemia após o parto; redução do risco de algumas doenças como diabetes, desenvolvimento de câncer de mama e de ovário. Além disso, é apontado como um método natural para evitar uma nova gravidez nos primeiros 6 meses desde que a mãe esteja amamentando exclusivamente (a criança não recebe nenhum outro alimento) e em livre demanda (dia e noite, sempre que o bebê quiser) e ainda não tenha menstruado.

As mulheres participantes desta pesquisa representam um número significativo de mulheres que, ouvem essas campanhas ao longo da vida, sendo por vezes⁵⁷ convencidas e incentivadas a amamentar seus filhos, mas que, ao receberem o diagnóstico da infecção pelo HIV são orientadas a 'não amamentar' e todo o discurso que se criou enquanto 'o melhor para ela e para o bebê' passa a assumir o lugar do risco, e do que deve ser evitado.

Isto porque, a gestação no contexto da soropositividade para o HIV traz a possibilidade da transmissão do vírus da mãe para o bebê, a transmissão vertical. Esta exposição, conforme discutido no segundo capítulo desta pesquisa, acontece durante gestação, trabalho de parto, parto ou aleitamento.

Desde 1996, o Brasil tem adotado medidas de prevenção da transmissão vertical, voltadas à mãe durante gestação e parto, e ao bebê após o nascimento. As medidas profiláticas preconizam que seja oferecido o exame anti-HIV a todas as gestantes e, no caso de infecção pelo HIV, recomenda-se o uso de antirretrovirais pela mãe durante gestação e parto. Além disso, quando a carga viral materna for considerada alta ou desconhecida a recomendação é de que o parto vaginal seja evitado, com indicação de cesariana eletiva visando minimizar o contato do bebê com os fluídos da mãe. O tratamento preventivo do bebê é iniciado logo após o nascimento com o uso de medicação específica e a restrição ao aleitamento materno. Além disso, o acompanhamento do bebê com testagens sorológicas deve

⁵⁷ Apontamos que 'por vezes' pois não podemos desconsiderar que algumas mulheres fazem a opção por inúmeros motivos de não amamentar. Assim, não podemos ser simplistas afirmando que todas as mulheres amamentam e que apenas as com diagnóstico do HIV não o farão. Inclusive porque mesmo com a orientação de não amamentar, algumas mulheres com HIV seguirão amamentando, neste universo, algumas podem ter recebido o diagnóstico antes ou durante o parto e outras poderão ser infectadas nos meses que segue a amamentação.

seguir ambulatorialmente até a definição de seu diagnóstico, que ocorre até os 18 meses de vida (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a recomendação de restrição da amamentação traz impactos para essas mulheres, que de alguma forma, mesmo antes do nascimento do bebê já se deparam com a preocupação de pensar estratégias para justificar socialmente o porquê não irão amamentar. A fala de Diamante ilustra bem este contexto:

A princípio eu fiquei meio assim... poxaaa! Até esse direito eu vou ser roubada! Assim Por causa de uma doença, sabe? Eu fiquei bem pra baixo! Mas agora eu tô lidando melhor... já comprei as mamadeiras, sabe? (risos), comprei uma chupetinha pra acalmar... já comprei os negócios e tá lá organizado pra ele...então eu to melhor. Mas ainda não sinto dor no seio, não vaza leite ainda (entrevistada está com 32 semanas), não acontece nada... então isso também não me instiga ainda! Se bem que eu até conversei com o meu marido porque todo mundo vai questionar o porquê eu não to dando 'mamar' para essa criança, não to dando o peito pra essa criança, né? Aí a gente falou: Vamos falar que é por causa do hipertireoidismo, que não sei o que (momento de silêncio)... Sendo que eu vou fazer a cirurgia agora (risos), vou retirar... então esse problema talvez não seja tão grande! A gente ainda não sabe muito bem o que dizer (gargalhada). (...)Condição clínica que eu tenho e q eu posso expor é o hipertireoidismo mesmo.

O relato acima nos chama atenção para o fato de que a construção das estratégias não acontece de forma restrita pelas mulheres, mas pode ser compartilhada com outras pessoas, no caso de Diamante, com seu parceiro.

Outro ponto de destaque é que tais estratégias expressam resistências a um poder que desqualifica as pessoas devido ao seu diagnóstico. A escolha pela exposição de uma condição clínica, desde que ela não seja a infecção pelo HIV representa uma estratégia de proteção, uma maneira se 'justificar' diante de um possível questionamento de terceiros sobre o fato de não estar amamentando o bebê:

Tá! Mas é menos pior, né? Dizer que eu tenho HIV? “ HIV... Você tem AIDSSSS????” Assim que as pessoas são (momento de silêncio)...e quanto menos instruídas mais chocadas as pessoas ficam.. Porque não sabem como é que funciona a doença.. que não sabe o que acontece. Acha que a pessoa é extremamente doente, extremamente contagiosa, que tá com lepra por exemplo... entendeu? Que você pode pegar... Então assim... isso eu sei pelas conversas que eu pesco, né? Então é isso. (Diamante, 29 anos)

Rubi vivenciou os dois momentos, ela amamentou a primeira filha, e na segunda gestação, quando recebeu o diagnóstico, foi orientada sobre a restrição ao aleitamento. Ao falar sobre este momento afirma que:

é diferente, porque eu vi ele tomando no copinho e não poder amamentar ele é meio estranho, ai eu falei assim “caraca, eu amamentei minha outra filha, eu não vou amamentar ele”, vai ser difícil mas eu continuo assim, com a expectativa de querer ser mãe assim, continuar sendo a mãe dele, entendeu, ...eu quero fazer essas coisas assim, eu me alegro de ser mãe de novo.

Este sentimento também pode ser percebido na fala de outras mulheres, conforme podemos perceber abaixo:

Só é muito complicado ter HIV e ser mãe porque você não pode amamentar, isso é uma coisa que me deixa muito triste. Aí as vezes a pessoa pode falar assim; Ahh você tem que ficar feliz, seu peito não vai cair, você vai ficar bem, não vai machucar o peito, não vai ferir igual como todo mundo fala, mas isso é triste, é muito estranho. Tipo, é estranho a minha mãe pegar ele pra amamentar, ou outra pessoa...(Pérola, 21 anos)

E ainda:

Não amamentar é ruim! Eu queria amamentar meus filhos, é horrível. É que o leite do peito também é o melhor remédio pra criança. Assim evita doença, evita resfriado, muita coisa e eu queria sim dar de mamar pra eles sim. Mas, infelizmente não posso... Fazer o q? É o melhor que tem que fazer pra eles então. (Ametista, 22 anos)

Ao concluir esta afirmação, a entrevistada seguiu problematizando a dificuldade que seria não amamentar uma vez que pouquíssimas pessoas tinham conhecimento de sua condição sorológica. Oportunamente retornamos à sua fala de que sua mãe o pegaria para amamentar, fato que nos preocupou por nos remeter à amamentação cruzada⁵⁸, ao que ela respondeu:

⁵⁸ Amamentação cruzada é quando a mãe entrega o seu bebê para outra mulher amamentar, seja por acreditar que não tem leite suficiente ou por não pode amamentar. No entanto, esta prática é desaconselhada pelo Ministério da Saúde, porque aumenta o risco do bebê ser contaminado com

Porque, tipo, todo mundo pode pegar e dar leite... é como se ele tivesse uma aproximação com todos, porque o laço que torna a criança mais apegada a mãe quando eu acho assim, bebe... muito bonito é por você poder amamentar, como se sentisse que você é importante na vida de um bebê indispensavelmente, q ninguém vai cumprir aquele papel que você cumpre, eu me senti tipo: aí você pega e qualquer um... o meu namorado, a minha mãe, pega uma mamadeira e dá pra ele, como se o vínculo de amor passasse pra todo mundo... eu me senti assim, entendeu? o laço mais forte eu não vou ter com ele, lógico que ele não vai deixar de me amar por causa disso mas por ser bebezinho, ter a mãe para amamentar toda hora, aquele contato... eu fiquei triste por causa disso... só por isso! (Pérola, 21 anos)

O relato de Pérola remete a reflexão sobre um discurso de muita eficácia estética e também ética presente no ato de amamentar. Além disso, apresenta uma generalização do que é ser mãe que desconsidera as inúmeras possibilidades de cuidado que estão para além desses atos. Este contexto expressa de que modo as campanhas também participam da produção de um modelo de maternidade que pode ser muito lesivo para as mulheres, da produção do “sonho de amamentar”, como expressou outra entrevistada. Isto ocorre a medida que, em geral, as colocam numa função isolada, sem apoio e participação das suas redes.

Corroborando esta afirmação, apenas uma das entrevistadas relatou não considerar ruim a restrição à amamentação devido ao HIV, em suas palavras:

é, tem mulheres que sonham querer amamentar, ter um filho, amamentar, eu tava lá [na enfermaria da maternidade] e tinha uma menina que queria amamentar, mas também não falou o motivo do porquê não podia. Aí ela falou: “poxa, não vou poder, queria amamentar” Não sei que, tô muito triste, eu olhava assim... e não tinha nem vontade de querer amamentar, já não queria mesmo! Mas lógico eu não queria ter o HIV, mas também não queria amamentar... Eu ficava pensando... quando eu 'ter' meu filho eu vou 'tacar' o leite da farmácia, eu vou comprar, eu não quero dar leite não! Que a criança sugando, sugando... Mas é o sonho de muita mulher amamentar, então se eu me colocasse no lugar delas eu ia me sentir muito mal, tipo, diferente de outras pessoas... A criança não ia ter meu contato direito, no máximo o colo, então acho que muitas realmente sentem muito mal, eu realmente ajo tranquilo, porque já não queria, então, eu não vejo muita diferença (Esmeralda, 22 anos)

E ao problematizar os cuidados com a criança a fim de minimizar os riscos da transmissão vertical destacou:

alguma doença que passa pelo leite da outra mulher e o bebê não tem os anticorpos específicos para se proteger.

é eu sei, pra não amamentar, pra não ficar beijando muito a criança. Eles falaram, mas não falaram muito sobre essa questão não, aqui mesmo quando nasceu falou “oh, não pode amamentar”, aí eu falei “não, não tem problema não”, eu já não queria muito mesmo, (risos...) não tem problema não, aí botou gelo, enfaixou, e eu lá quieta e acabada, e nem o pai da mais velha queria ver o parto, sendo que como eu tava no planejando da dar a criança eu não falei com ele que tava tendo o neném, então... (Esmeralda, 22 anos)

A interdição à amamentação para algumas mulheres se apresenta enquanto uma 'incompletude' da maternidade. O sentimento de incômodo foi destacado em cinco das seis entrevistadas. Por outro lado, é possível pensar que o sofrimento diante da restrição à amamentação também possa ser intensificado pelo impacto do diagnóstico de HIV e pelo sigilo que elas mantêm sobre ele, fazendo com que, diante de uma cobrança social elas precisem criar estratégias para justificar o 'não amamentar', numa readaptação de sua imagem materna.

Acreditamos que estudos mais específicos são importantes para compreender o impacto do diagnóstico de HIV/Aids nas representações da maternidade quanto à impossibilidade de amamentar. Analisando especificamente o caso das entrevistadas, podemos considerar que mesmo que algumas tenham relatado sofrimento com tal recomendação, esta foi acatada, com a aceitação do leite industrializado disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde. Isso nos impulsiona a afirmar que o temor pela infecção do bebê, algo bem presente em suas falas, prevaleceu diante da frustração por não amamentar. A fala de Jaspe, hoje com uma filha de seis anos ilustra bem essa afirmação:

Eu achei que meu filho ia vir com HIV, a ter que passar a vida com isso, até me culpar né, que tem filhos que não entendem. Mesmo com a mãe tentando, não entende: “ah, minha mãe me passou HIV”. Eu consegui entender? eu não sei se algumas não conseguiram, não sei... que as chances são muitas né. Se der tudo certinho, são muitas entendeu. Então eu consegui! Mas é.. é, ruim entendeu?.(Jaspe, 26 anos)

Outro importante ponto de análise na fala das entrevistadas foi sobre o o alcance das campanhas educativas tanto de incentivo à amamentação quanto as campanhas de prevenção às IST's/AIDS em suas vidas.

As campanhas educativas em saúde de uma forma geral tem como pressuposto a ideia de propagar informação e conscientização da população sobre a importância da prevenção.

Gonçalves e Varandas (2004)⁵⁹ trazem uma discussão sobre o papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. Para tanto, a partir da consideração de que a epidemia estava assumindo um perfil heterossexual de contaminação e o número de mulheres infectadas estava aumentando, questiona se a mídia teria trabalhado tal temática alertando a população para o direcionamento que a doença assumia.

As autoras analisaram em que medida as práticas sexuais têm sido alteradas e/ou estagnadas devido à interferência da mídia, com questionamentos sobre qual a contribuição da comunicação no sentido de esclarecer e/ou prevenir o contágio. Questionam ainda se a mídia teria adequado a linguagem para efetivo alcance no mesmo sentido da progressão da doença, e se as questões de gênero estariam sendo pautadas no contexto da doença pela mídia.

Ao analisar especificamente as campanhas direcionadas ao HIV/Aids entre mulheres as autoras destacam que há uma forte vinculação destas à questão da transmissão vertical, onde, de alguma forma, as mães são tratadas como vetores para o contágio de seus filhos, em detrimento de ações que as acolham e as identifiquem enquanto pessoas que também precisam ser cuidadas. Em outras palavras, as autoras apontam que a atenção destinada às mulheres grávidas as colocava também, como responsáveis sobre o controle da epidemia e/ou disseminação da doença, não percebendo a mulher como um ser que também precisava de assistência. A prioridade sobre o bebê acabava por responsabilizar a mulher, e somente ela, pela transmissão do vírus, negando a responsabilidade paterna, legitimando uma compreensão de que a mãe seria a responsável exclusiva pela saúde do bebê.

Além disso, as autoras observam que a medicalização das mulheres, principalmente do ciclo gravídico puerperal, e a obrigatoriedade dos exames no pré-natal são geralmente colocados numa perspectiva de cuidado à criança e não à mulher, o que reforça nossa hipótese central nessa pesquisa.

⁵⁹As autoras pertencem respectivamente ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética da Universidade de Brasília e ao Centro Universitário de Brasília UniCEUB, Radiobrás/NBR notícias.

Para as autoras, no Brasil, especificamente, a mídia trabalhou mais no sentido de amedrontar do que propriamente de educar.

A fala de duas mulheres entrevistadas ilustra de forma muito clara essas afirmações, elas são alcançadas ora pelas campanhas que incentivam a amamentação, e ora pelas campanhas voltadas à questão do HIV/AIDS que as fazem se perceber em outro lugar, conforme podemos identificar no relato de Pérola:

Toda campanha tem: HIV! Mas as pessoas não leem, não sabem a fundo do problema... mas por ter em todo lugar, médicos, e anúncios dizendo: Use camisinha pra não pegar HIV! Não aceite leite materno de qualquer pessoa pra não passar, pela doença sexualmente transmissível... A mais famosa! Aí por ser o HIV, por estar estampado em todos os lugares... por isso que eu acho... o preconceito vem daí! Pela propaganda ser a mais perigosa! Pelo menos é o que eu acho, é o que eu vi até hoje e o que eu acreditava também! (Pérola, 21 anos)

Diamante, que trabalha num salão de beleza, também faz referência às campanhas de prevenção ilustrando situações vivenciadas por ela no cotidiano de seu trabalho. A entrevistada relata que:

Quando aparece um comercial, uma campanha de prevenção mesmo... a pessoa vai lá e comenta alguma coisa... sei lá...'Pessoal doente...' Não sei o que lá...Aquilo pô! Mexe com a gente, né? Uma coisa ou outra... Eu tento até intervir para mudar a cabeça das pessoas mas não dá pra eu levantar uma pauta no meu trabalho com relação a isso, né? Porque o pessoal vai olhar pra minha cara e vai falar: 'ué, não entendi!', né? (risos). Eu procuro assim, não me levantar contra a causa mas também eu não consigo ficar 100% quieta, alguma coisa eu tenho que falar pra tentar amenizar, né? Pq...eu não sei, pra mudar um pouco. (Diamante, 29 anos)

Neste sentido, a fala das entrevistadas aponta para a necessidade de uma real discussão dos temas em saúde, e não apenas uma abordagem superficial, pautadas em recomendações comportamentalistas, e com abordagens individuais, que reforçam relações hierárquicas de gênero, sexualidade.

3.4 - Positivo! Desafios e resistências para a afirmação do gênero/sexualidade/reprodução de mulheres jovens adultas com HIV

Reservamos este tópico a fim de ilustrar as diferentes estratégias que essas mulheres são impulsionadas a criar em seu cotidiano enquanto forma de resistência às questões apresentadas devido ao diagnóstico do HIV e o silêncio que envolve esta temática.

Todas as entrevistadas relataram que a informação sobre seu diagnóstico é algo bem restrito, algumas indicaram que apenas os familiares mais próximos tinham conhecimento sobre a questão, outras, nem mesmo os pais, apenas o companheiro.

Tudo isto ocorre devido ao receio pelo preconceito, tão presente na fala de todas as entrevistadas e diante de tamanho impacto, trataremos melhor desta questão no item seguinte.

Aqui queremos registrar como o diagnóstico do HIV se apresenta para elas de forma tão singular e, embora lhe cause tanto sofrimento, conforme percebemos na fala de muitas, elas 'renascem' a cada dia com estratégias de resistência que simplesmente não encontro aqui qualquer adjetivo que as qualifique de maneira perfeita.

Eu aprendi a conviver com o HIV entendeu, vou dizer que aprendi que com o passar do tempo, a gente vai começando a aceitar, que tem muita gente revoltada aí achando que “ah, eu tô com HIV agora, eu não quero mais saber, eu vou morrer agora” entendeu. Eu não, eu aprendi a conviver, mas que no fundo, lá no fundo dói. Não adianta, eu posso colocar um sorriso no rosto, ah não, tá tudo bem, mas lá no fundo dói entendeu. Eu gostaria muito lá no fundo que tivesse vindo normal, que não tivesse vindo né... porque é cansativo entendeu, é uma barra. (Jaspe, 26 anos)

Porque é uma merda! Eu não aceito o HIV, não consigo, eu convivo com ele mas eu vou te falar... ele não é meu amigo! Não é uma coisa boa! Eu acho que é uma doença que tá sempre te dando uma rasteira! (Diamante, 29 anos)

A fala seguinte reflete como a maternidade, a questão do cuidado do outro, dos filhos se coloca como elemento disparador de uma atitude ativa diante da doença.

Eu botei isso na minha cabeça, se eu me abater também, eu vou entrar em depressão e eu não quero isso pra mim. Tenho agora dois filhos pra criar, então tenho me cuidar, me tratar e pronto. (Ametista, 22 anos)

Outra perspectiva observada nas entrevistas remete ao atravessamento do diagnóstico na vida afetiva e sexual dessas mulheres resultando inclusive num questionamento sobre a continuidade da vivência da sexualidade, conforme apontamos anteriormente. A fala de Rubi indica inclusive que neste momento sua opção é por interromper a possibilidade de outras experiências:

Eu não sei se vou conseguir falar, eu não sei se vou conseguir conversar ou então ter algum tipo de relação, entendeu, olhar pra cara da pessoa, tipo quem se interessar, aparece gente se interessando, mas por conta da doença eu nem penso, nem tenho tido mais... como é que eu posso falar? entusiasmo, não tenho mais curiosidade de conhecer outra pessoa. (Rubi, 22 anos)

Revelar o diagnóstico aos seus companheiros pode trazer a essas mulheres muitas inquietações sobre como fazer isto. Um exemplo que podemos citar foi de Diamante, que estava iniciando um novo relacionamento e pensando na melhor forma de contar ao novo parceiro sobre sua condição sorológica. Naquele momento, seu incômodo era significativo, e não sabendo como agir, conversou com o médico que lhe acompanhava e este se propôs a lhe auxiliar:

Aí passou um tempo e eu falei: Cara! E tipo assim a gente tava ficando sério mesmo. Aí eu pensei: Cara isso tá tomando uma proporção muito grande... eu vou ter que contar. Aí eu conversei com o meu médico e o meu médico disse: Conta! A verdade por pior que seja é a melhor opção. Aí eu falei: vou contar, vou contar, vou contar, mas e a coragem pra contar? Ai o meu médico gravou um vídeo dizendo que eu era realmente ...mas que eu era indetectável, assim não teria maiores riscos de contaminação, que não sei o que...ele foi explicando... no vídeo! Um vídeo pra mim! Pra me ajudar porque eu tava tremendo e falando: hoje eu vou contar! E ele (o médico) falou: tu vai contar mesmo? Eu falei: eu vou contar! Eu tremendo na sala dele, aí ele pra me ajudar... tá, mandou! Aí eu mandei o vídeo pra ele (o namorado) - (Risos) e falei: ai meu Deus! Mandei o vídeo! (Risos) Tipo, eu querendo me jogar na linha do trem (gargalhada), muito nervosa!

Quando a participante iniciou seu relato acreditávamos que ela chegaria em casa e sentaria próximo ao parceiro apresentando-lhe o vídeo, o que já seria algo

inusitado. Mas de forma surpreendente ela detalha que o enviou através de mensagem via aparelho celular. E ao ser questionada sobre a reação dele, ilustra:

Aí ele respondeu: Ué, eu não entendi! Eu tenho isso? Como é que você soube? E agora? 'Taan nan nan' Aí eu falei: Calma! A gente vai conversar pessoalmente! Você não tem isso! Porque eu sou indetectável e a pessoa quando é indetectável dificilmente ela transmite o vírus pra alguém, tal, tal, tal e eu fui explicando... Aí fui pegando matérias no Google, fui printando, passando pra ele...aos poucos ele foi entendendo, mas em momento algum ele pensou em terminar...nada disso! Foi meu companheiro! Depois que eu contei, aí veio a gravidez!

Esta mesma entrevistada vivenciou um momento que para outra mulher poderia ser indiferente, mas para ela teve um peso singular. Ao saber de sua gravidez, uma amiga lhe telefonou se prontificando a lhe presentear com um 'sutiã para amamentação':

ahhh eu vou te dar um sutiã de amamentação... E eu: Ahhh tá! Tá bom... que não sei o q... mas depois eu pensei! Caracaaa eu vou ficar com um sutiã desse em casa pra que?
Aí fui e retornei a ligação, uns dois, três dias depois: “Ahhh amiga! Não precisa não! Eu consegui comprar! Eu fui numa feira que tava com o preço mais barato e não sei o que... se você quiser dar outro presentinho pra ele tudo bem, mas esse presente específico não precisa, tá tudo certo!
(Gargalhadas)

Compreendemos que o silêncio, as reações e estratégias verbalizadas por estas mulheres se apresentam enquanto resposta a uma imagem socialmente construída, segundo a qual ela deve possuir uma sexualidade contida e monogâmica, além da atribuição singular no cuidado de seus filhos onde a amamentação assume um papel de destaque. Em contraponto, o contágio pelo HIV é associado a condutas e a práticas sexuais desviantes ou promíscuas, ou seja, uma imagem totalmente oposta à apontada para a maternidade. É nesse circuito, da sexualidade e da reprodução/maternidade que as mulheres precisarão elaborar estratégias para permanecerem valorizadas nas construções de gênero que lhe são designadas.

3.4. 1 - O aborto

No contexto da vida reprodutiva das mulheres a questão do aborto é algo a ser considerado em seus diferentes contextos e ambiguidades. Por essa razão buscamos pensar como o aborto aparece para as mulheres com HIV que engravidaram.

Segundo a Norma Técnica de Atenção Humanizada preconizada pelo Ministério da Saúde (2011): "Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500g. Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento".

O aborto pode acontecer de forma induzida (quando tem como causador um agente externo, que pode ser um profissional ou um 'leigo') ou espontânea (acontece involuntariamente, por acidente ou por questões clínicas).

No Brasil, o aborto induzido permanece sendo apontado como crime, com exceção de casos que envolvam risco para a mulher causado pela gravidez, quando a gestação é resultante de estupro e em casos de anencefalia fetal. As penas previstas são de 1 a 3 anos de detenção para a gestante, e de 1 a 4 anos de reclusão para o médico ou qualquer outra pessoa que realize o procedimento.

O aborto consiste num grave problema de saúde pública, e reflete as desigualdades de raça, classe social e de gênero que perpassa nossa sociedade.

Lima (2018) destaca que a morte por aborto consiste na terceira causa de mortalidade materna no Brasil e as complicações resultantes deste procedimento constituem a quinta causa de internação de mulheres nos serviços públicos de saúde.

Farias e Oliveira (2018) problematizam sobre a seriedade da questão que envolve a dificuldade de atendimento às mulheres em caso de interrupção da gravidez (tanto nos permitidos em lei quanto nos casos não autorizados) uma vez que, por não sentirem-se acolhidas nos sistemas de saúde, estas, acabam por realizar a interrupção de forma clandestina e insegura, colocando muitas vezes suas vidas em risco.

Talvez de alguma forma o processo de criminilização do aborto silencie esta discussão, embora seja indiscutível que em muitos casos em que as mulheres engravidam sem desejar, essa é uma questão seriamente considerada. Assim, nesta pesquisa somente duas entrevistadas problematizaram a respeito desta temática, o

aborto, durante o processo de entrevista. Uma delas apenas registrou sua opinião sobre o aborto, enquanto outra, relatou ter vivenciado este momento descrevendo-o de forma minuciosa.

Pérola durante a entrevista relatou que antes da confirmação do exame de gravidez cogitou que não seria real a possibilidade da gestação uma vez que estaria utilizando o 'coito interrompido' como método contraceptivo há anos e acreditava na eficácia deste. Assim, apontou que de forma alguma 'tiraria o bebê'. Neste momento questionamos o que ela pensava a respeito do aborto. Seu posicionamento é contrário à efetivação do aborto. A entrevistada aponta que:

O aborto? Eu acho que desde o momento que você 'faz' sem camisinha e não toma um remédio, você tem a consciência de que você tá correndo risco... Tem meios como tabelinha, como ejacular fora que é o método que eu usava e que as mulheres acreditam ser muito seguro. Tem uma colega minha, no meu trabalho, que ela fazia tabelinha e acreditava ser seguro... Eu nunca acreditei nessas coisas... não acredito que isso é 100% confiável... Na minha opinião desde o momento que você faz sexo, nada é tão confiável... Então, eu comecei a fazer[sexo] e eu sabia que a qualquer momento poderia acontecer... E eu tenho consciência que se acontecesse de eu engravidar seria minha culpa e não da criança... Então eu tenho um psicológico que eu não devo! Eu jamais abortaria uma criança que não tem culpa de nada, nunca faria uma coisa dessas... Eu sei por cargo de consciência que a culpa foi minha porque eu procurei isso, por estar fazendo sem proteção nenhuma, então porque eu iria abortar uma criança? Lógico que tipo, eu tenho meu namorado... a gente tá junto, ele vai assumir a criança... toda minha família vai ficar a meu favor, eu trabalho... pago minhas contas... eu não dependo de ninguém para nada... tem todos esses fatores, mas eu acredito que vai do caráter de cada um... Hoje em dia as meninas acham que é muito simples tirar uma vida porque o corpo é delas, igual eu vi uma frase no *facebook*: 'O corpo é meu... a vida é minha...' eu acho que não é assim! Eu não penso dessa forma, então eu jamais tiraria uma vida!

Pérola demarca sua fala com a questão da culpa e exercita uma postura classificatória entre as mulheres que fazem e não fazem o aborto, em termos morais, ela demarca o ato enquanto 'tirar uma vida'. É interessante observar que seu discurso invisibiliza o homem neste debate atribuindo responsabilidade exclusiva à mulher..

Além disso, o momento de vida de Pérola perpassado por apoio familiar, perspectiva de trabalho e autonomia não reflete a realidade de vida de todas as mulheres.

Diamante relatou ter vivenciado esta experiência ainda na adolescência, apontando que naquele momento a escolha foi de sua mãe adotiva, que teria agido

motivada por uma 'moralidade familiar' que contestava a possibilidade de uma gravidez na adolescência. Seu relato ilustra uma situação onde a moralidade familiar direciona a decisão pelo aborto, refletindo um contexto social na medida que articula com a sanção à gravidez na adolescência sobretudo de mulheres pobres e negras:

Então, quando eu tive esse outro relacionamento, assim que eu perdi a virgindade eu engravidei e na época eu falei né pra minha mãe... Muito assustada, mas eu falei pra minha mãe e aí como a minha mãe biológica é falecida todo mundo sempre teve muita responsabilidade comigo, na minha casa. Então, todo mundo: Ahhh não pode isso, não pode aquilo... e uma das coisas que não podia era engravidar na adolescência...e aí .. ela me levou num lugar pra provocar o aborto.

Que eu me arrependo até hoje! Amargamente! Era um menino também... e... eu acho que por conta da primeira gravidez, porque eu também senti isso pelo meu atual marido... porque na época era muito forte uma repulsa, eu não aguentava olhar pra cara do pai da criança e quando aconteceu o aborto, nossaaaa veio um amor, tudo de volta assim...tanto que a gente voltou e ficou junto, sabe, ainda por um bom tempo, e eu me arrependi muito porque ele não tem filho até hoje e eu também não tinha filho até agora... E eu sempre quis ter filho com uma pessoa que não tivesse filho, mas calhou do meu marido ter mais duas, sendo que é menina que ele tem....

Ao ser questionada sobre sua opinião sobre a temática, Diamante demonstra uma fala muito punitiva em relação a mulher, por meio de uma culpabilização, o que é muito recorrente neste campo:

Eu me arrependi, não tenho preconceito, de verdade! Até porque eu já pratiquei! Mas uma questão minha mesmo porque porque é doloroso...você tá matando uma criança que não teve nem culpa! Por que que eu não me preveni? Ahhh tantos métodos, tanta forma, sabe? Mas não! Eu não me preveni e veio...a gente tava junto já há dois anos quando teve a primeira relação sexual e logo depois, eu perdi a virgindade em dezembro, na virada do ano... e quando foi em maio eu tava grávida de três meses! E só aí eu fui descobrir, porque eu não sabia o que que era...o que que tava acontecendo com o meu corpo... eu não percebi a menstruação sumir...eu não percebi nada! nada! eu juro pra você q não percebi! Lógico que se fosse hoje...eu já ia ficar atenta, mas na época eu não sabia nem o que tava acontecendo... não sabia! Então, assim...quando aconteceu e eu fiquei muito assustada porque eu tinha um padrinho e ele era o meu tutor perante a justiça e aí... ele era bom pra mim, mas também era rígido, queria que eu estudasse... Claro! Todo mundo quer que seus filhos estudem, que cresçam, sabe? E aí minha mãe também falou. A gente fez até escondido dele, porque na época... Se eu tivesse morrido! Meu Deus do Céu! Aí agora a gente fica pensando... porque a gente queria evitar um mal, mas poderia ter causado outro...

A criminalização do aborto representa um grave problema de saúde pública uma vez que resulta na falta de cuidados em saúde para as mulheres quando estas fazem esta opção. Neste sentido, ao não ser acolhida pela rede de saúde elas precisam se submeter a abortos inseguros, ficando expostas a muitos riscos.

Além disso, os marcadores de raça e classe social perpassam a questão de gênero, logo, as mulheres negras e pobres são ainda mais penalizadas uma vez que estão mais vulneráveis a busca pelo atendimento em locais inseguros ou a métodos caseiros com maiores riscos de complicações. Por fim, diante de um aborto mal sucedido, elas têm maior dificuldade no acesso a serviços de saúde, como peregrinação na procura de leitos para internação, exposição a situações de discriminação e violência institucional o que aumenta o risco à vida dessas mulheres.

Durante a entrevista, após Diamante relatar sua experiência lhe questiono onde o procedimento foi realizado, se sua mãe conhecia a clínica enquanto um lugar seguro, mas ela afirma que não. Sua descrição corrobora com a afirmação sobre os riscos que as mulheres se submetem ao terem seu acesso negligenciado pela rede de saúde, devido a criminalização do aborto:

Nãooooo! Foi na casa lá de uma enfermeira, curandeira, sei lá o que era aquela mulher..tomava uma medicação.... Ela ficou sabendo de uma pessoa... Aí a gente foi pra lá, tomei a medicação... a primeira vez não deu certo, não veio... Tomei a medicação, se não me engano foram que três vezes pra poder descer.. e foi muito traumatizante. Porque era uma dor... eu tinha que ficar sem comer, eu era uma adolescente e todo mundo em volta de mim e sangue descendo pela perna.. eu fiquei apavorada! Apavorada! Na época até um rapaz que gostava muito de mim, queria ficar comigo falou: Cara, não faz isso! Eu vou cuidar de você, eu vou cuidar do seu filho... eu vou assumir, mas eu: não! Mas eu não posso! Como eu vou fazer isso... mostrar isso pro meu padrinho, esse meu tutor, né? A minha família, todo mundo...que não sei o que.... Ele me acompanhou o tempo todo por telefone porque eu tinha pavor do pai da criança, pavor e ele depois ficou com ódio de mim porque eu voltei pro pai da criança, né? (risos). Então assim, foi muito doloroso, foi muito traumatizante... é uma coisa que não sai da minha cabeça...toda vez que eu tenho oportunidade eu peço perdão a Deus de verdade! Quem nunca fez que não faça... que tenha dez filhos, que não é o ideal mas que não faça! É uma experiência que dói na minha alma até hoje, então eu não faria isso de novo! Eu prometi pra Deus que nunca mais eu faria isso na minha vida, tanto que nunca mais eu engravidei...Hoje eu tô grávida porque as coisas aconteceram de uma forma melhor pra mim, né?

Conforme pudemos perceber no relato de Diamante, a criminalização do aborto não significa que este não aconteça de forma cotidiana, apenas induz as mulheres ao silêncio, ao uso de medicamentos adquiridos de forma não segura. Além da busca de clínicas clandestinas para a realização do procedimento, colocando em risco sua saúde, devido às possíveis complicações clínicas, e suas próprias vidas.

Além disso, o trecho final da fala de Diamante, onde ela aponta que 'as coisas aconteceram de uma forma melhor para ela' demonstra a representação que ela possui sobre o HIV, e que a doença não se apresenta enquanto algo complexo no contexto da gestação e maternidade.

Assim, através desta pesquisa observamos que os contextos sociais e culturais, as expectativas de gênero, o suporte familiar, e a informação sobre as possibilidades de reduzir as taxas de transmissão vertical são mais determinantes nas escolhas reprodutivas destas mulheres do que seu estado sorológico. Desse modo, questionamos se a recusa ao aborto por mulheres com HIV também poderia estar vinculada à valorização da mulher por meio da maternidade, o que atenuaria uma possível desqualificação pelo fato de ter contraído HIV.

3.4. 2 - O risco de 'não negativar': A perda de um filho para o HIV

Apesar de não colocarem a questão do aborto como uma possibilidade quando se descobrem grávidas com HIV, os relatos de todas as entrevistadas nesta pesquisa apontaram para uma preocupação da mulher com a possibilidade de transmissão do vírus do HIV ao filho que está gerando.

As mulheres grávidas, infectadas, desejam que seus filhos nasçam com saúde e que não sejam contaminados por esse vírus que hoje ainda as insere numa condição de sofrimento e preconceito, além da impossibilidade de cura até então.

Diante desta preocupação muitas seguem as recomendações clínicas com o uso de medicamentos no período gestacional, a submissão ao parto cesárea em casos onde a carga viral delas é avaliada como 'alta', a restrição à amamentação e a

administração de medicação via oral ao recém-nascido até seis semanas de vida, seguido do acompanhamento ambulatorial.

Assim, ao nascimento, praticamente todas as crianças filhas de portadoras do vírus apresentam anticorpos anti-HIV e são consideradas como 'crianças expostas', sendo por isso imprescindível o acompanhamento do bebê desde o primeiro momento de vida. Apenas por volta dos 15 aos 18 meses de idade há uma definição diagnóstica, uma vez que neste período a probabilidade de que os anticorpos maternos tenham sido substituídos pelos da criança são consideráveis, refletindo então se esta 'negativou' definitivamente.

As mulheres de uma forma geral tendem a acreditar que com o tratamento medicamentoso, conseguirão gerar um bebê saudável e não infectado.

No caso de Jaspe, ela relata ter seguido todas as orientações tanto na primeira quanto na segunda gestação. Contudo, enquanto sua primeira filha foi considerada 'negativada', o segundo não obteve o mesmo êxito, vindo posteriormente a falecer, segundo a entrevistada em decorrência da doença. Abaixo a entrevistada fala sobre este processo:

Aí engravidei e tive um menino. Só que hoje em dia eu não tenho mais esse filho. Ele faleceu aqui no Pedro Ernesto. Seis meses, ele 'tava' com seis meses. Ele pegou pneumonia só que aí ele não teve sorte e pegou "sepsis". Aí ao invés dele responder ao tratamento, ele só piorou, aí veio a óbito. Enfim, aí eu, tipo assim... (momento de silêncio). Olha, meu filhinho foi uma história bem... a minha filha foi tudo certinho, vim pra cá, eu ganhei ela, com oito meses eles tiraram, fizeram a cesárea, tudo planejado certinho. Nasceu, fez acompanhamento aqui, e eu recebi as dez latas de leite, tudo pro mês. Eu vinha buscar com meu ex-marido, vinha buscar as latas de leite pra não ter que amamentar né? Mesmo se não conseguisse, a gente ia dar um jeito de comprar, então sabia que não podia dar meu leite pra ela.

O relato de Jaspe demonstra a experiência que reforça a crença de que é possível gerar um bebê saudável. Esta preocupação assume centralidade para essas mulheres:

Enfim, o meu filho era pra ter sido feito a mesma coisa, fez pré-natal aqui, pra vir pra cá, aí comecei a entrar em trabalho de parto, comecei a criança queria já nascer. Aí meu pai com medo de eu não conseguir chegar a tempo aqui, ele foi e me levou pro Albert Schweitzer, o meu pai me levou pra lá, aí foi lá que meu filho nasceu. Só que assim, eu cheguei lá e expliquei minha situação, que eu sou soropositiva, eu preciso né, de um acompanhamento melhor, que eu preciso, tem que ser cesárea, não pode ser parto normal, a não ser que eu esteja com a carga viral detectável né? A criança pode vir de parto normal né? Pode até ter relação, tentar ter um filho, e acontecer que

não tenha né? Que me falaram isso, isso aí eu não sabia não, isso aí eu não tava sabendo não. Até achava que nunca ia ter um filho, se eu quisesse ter outro filho com um parceiro que não tenha, eu achava que não tinha essa possibilidade, mas tem. Se eu tiver bem mesmo, 100% tem. Aí, meu filho...Eu expliquei, aí eles falaram que iam fazer meu parto lá, que o Hospital do Pedro Ernesto tinha que me buscar, só que tinha várias ambulâncias lá. Podiam ter me colocado numa ambulância e me deixar aqui, que daqui eles resolviam tudo.

A análise sobre o relato de Jaspe reflete sua experiência num contexto de violência obstétrica. Infelizmente esta situação atinge muitas mulheres, demonstrando o despreparo das equipes e pode acontecer tanto durante o período do pré natal quanto do parto.

A violência obstétrica envolve recusa ou morosidade de atendimento, realização de intervenções e procedimentos clínicos desnecessários como grandes episiotomias⁶⁰, exames de toque em quantidade desnecessária, recusa a oferta de medicações anestésicas sob a corriqueira afirmação de que 'na hora de fazer foi bom', xingamentos, dentre outros. Este contexto é claramente observado no relato da entrevistada:

Me colocaram num quartinho, fui muito mal tratada lá sabe? muito! Eu acho que se as pessoas tivessem sido diferentes, de outra forma, talvez até meu filho estaria aqui, entendeu? Porque ele, me botaram num quartinho de isolamento, tipo esse espaço aqui, me colocaram no quartinho que era de isolamento eu já tava tendo contração e eles tentado segurar, segurar, segurar, esperando que o hospital fosse me buscar e aí nem entraram em contato com o Pedro Ernesto para solicitar. (...)Enfim meu filho nasceu em cima da cama... É! a bolsa estourou e eu botei a mão assim e meu filho já estava nascendo. Nasceu sem médico, sem alguém né? pra (momento de silêncio)... Quando a médica chegou o meu filho já tinha nascido, ele já estava em sofrimento já. Nasceu roxo, pequenininho e aí nisso que ele veio de parto normal ele já se expôs. Não me deixaram ficar com acompanhante. Meu ex marido teve que ir pra casa. Ele só ia me visitar e depois ia embora.

Embora a lei 11.108 de 2005 tenha garantido a todas as mulheres a presença de 1 (um) acompanhante, de sua escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, o relato de Jaspe além de seguir pontuando o contexto de violência obstétrica por ela vivenciado também demonstra que infelizmente nem todas as unidades respeitam a legislação negando assim um direito da parturiente:

⁶⁰ Episiotomia é uma incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto facilitando a passagem do bebê. Usualmente acontece com a administração de anestesia local. Seu uso se justifica apenas em algumas situações como por exemplo os casos de sofrimento fetal.

Apesar que para eles, eu acho que não estava em trabalho de parto, porque toda hora eles me tocavam, falavam que eu tava com uma dilatação só entendeu e eu tava com quatro. E na terceira vez que fizeram o toque ele falou: ó uma dilatação só vai pra quatro. Quatro, cinco da manhã ele nasceu. Eu coloquei a mão e meu filho já estava saindo.

Após um momento de silêncio retomo o diálogo e questiono sobre a criança. Jaspe continua:

Morreu com seis meses. Ele internou, ele ficou em casa com a gente, aí com cinco meses ele pegou uma pneumonia, Lá onde eu moro, o pessoal da clínica da família de lá, falou que ele tava com gripe, aí compramos um xarope pra ele, não melhorava só piorava, aí trouxe para o pediatra, aí no pediatra eles falaram que não tá gripado não, ele tá com pneumonia, aí internou, só que eu acho que foi uma consequência de coisas sabe, ele já nasceu com HIV, nasceu prematuro, antes da hora, daí foi uma soma de coisas né, aí pneumonia, acho até que se não tivesse HIV, ele responderia melhor a pneumonia né, porque com HIV e prematuro, porque a minha filha já teve uma pneumonia uma vez só, oito dias minha filha já tava boa.

Após as análises, podemos afirmar que as mulheres parecem efetivamente ter uma expectativa de que os filhos fiquem saudáveis e isto corrobora para a afirmação da gravidez/maternidade.

Contudo, além de toda a complexidade que envolve a gravidez num contexto de HIV, com os diversos protocolos de cuidado conforme apontados no capítulo anterior, essas mulheres também podem ser vítimas de julgamento moral por parte das próprias instituições de saúde.

Os marcadores de raça, classe social e gênero se atravessam com o contexto do HIV e mais uma vez são elas, as mulheres negras, pobres e infectadas pelo vírus HIV as mais penalizadas.

3.5 - Percepções sobre HIV... *tem horas que você até esquece*

Ao serem questionadas sobre o que seria ter HIV, no sentido de revelarem qual sua compreensão sobre a doença, as respostas foram as mais diversas. A resposta de uma das entrevistadas me chamou atenção de forma significativa, ela respondeu que não sabia o que dizer, demonstrando a ausência de informações sobre sua condição de saúde, o que nos leva a refletir sobre os impactos deste contexto na construção da autonomia em sua vida. Enquanto isto, outras entrevistadas demonstraram de forma muito singular sua concepção sobre a doença, conforme ilustrado abaixo:

No meu psicológico eu sei que eu sou doente mas para as pessoas, esse negócio de você dizer que HIV você fica seca, que você fica com aparência, tipo antigamente sim! Porque você não tinha tratamento, hoje em dia eu sou uma pessoa super normal, pratico atividade física, não tenho nenhum aspecto que demonstre que eu sou portadora do vírus e tipo, a imunidade tá super bem e vai chegar um nível que também...Eu, já tô num nível indetectável no meu corpo e depois de um tempo eu não corro mais o risco de passar 'sexualmente transmissível' o que é muito bom! Então eu sou uma pessoa normal, eu vou viver normal, vou tomar remédio pro resto da minha vida, mas continuo vivendo normal, não posso deixar de tomar o remédio porque por ser uma doença que abaixa sua imunidade, posso pegar uma pneumonia, um resfriado, muito forte, ter problemas respiratórios que podem me matar...., isso eu tô ciente, da gravidade do problema, porque eu sei que não é uma coisa tão simples, mas eu sei que eu sou completamente normal, não é como antigamente que você sabia da doença, era diagnosticada com HIV e poderia comprar um caixão porque a qualquer momento você poderia morrer... não é mais. A medicina evoluiu muito, graças a Deus, porque, senão... (Pérola, 21 anos)

É complicado... é difícil. Eu passei a me acostumar, no começo quando meus pais me contaram que eu tinha HIV, porque eu fui adotada né? então o juiz não deixa contar pra criança que a criança tem HIV. Eu tomava um monte de remédio, mas não sabia pra que que era. Eu sabia que todo dia eu tinha que tomar aqueles remédios, meu irmão também tomava os deles, não sabia pra que que era. Aí eu passei a conviver assim, a lidar, mas vou te falar que no fundo dói digo de verdade não queria ter. As vezes passo cada barra, cada coisa que dói dói dói eu fico pensando por que né? Mas o negócio é que consegui conviver com isso. Tem muitos que tem HIV e é revoltado, né? Resolveu beber, usar droga, eu tenho é isso aí e vou me acabar. Eu não, eu aprendi a conviver com isso, entendeu? Mas no fundo lá, no fundo mesmo dói, eu queria não ter vindo com isso. Se minha mãe tivesse todo o cuidado do mundo, igual eu tive com minha filha né? (Jaspe, 26 anos)

O que que é ter HIV? É... (momento de silêncio) você carregar uma doença no corpo, é uma doença, mas que se você se entregar direito você pode sobreviver, mas se você não se tratar a gente decide morrer então, parar de viver. (...) É como se pudesse escolher. Eu escolhi sobreviver, então... eu me trato, entendeu? (Diamante, 29 anos)

Os relatos aqui expostos refletem que o avanço do tratamento impactou de forma muito positiva na redução da mortalidade e das infecções oportunistas. Fica claro sua descrição enquanto doença crônica e um distanciamento da imagem que a doença apresentava quando os primeiros casos foram diagnosticados, numa associação direta com a morte.

Neste sentido, percebemos que os medos que acometem essas mulheres estão muito mais ligados à sua desqualificação moral, sobretudo no que se refere à gênero e sexualidade do que à perspectiva de morte.

O relato de Rubi ilustra como o 'sobreviver ao HIV' está no plano do desejo, da escolha, enquanto que Esmeralda reflete que o HIV não é central em sua vida, ela apenas destaca a interdição da amamentação e do sexo sem camisinha.

Se tratar pra mim é se cuidar, tomar os remédios direito. A médica também me falou que tem gente que sabe que tem e não se trata, não se cuida, então, se decide como viver. Ou se quer morrer ou se quer viver. Eu decidi viver! Agora eu tomo remédio! (Rubi, 22 anos)

ah eu sei muito pouco porque eu queria me aprofundar mais.... o que eu sei é que não pode amamentar, não pode ter relação sem camisinha, eu sei muito pouco, sei quase nada! muita gente fala pra mim mas entra por um ouvido e sai pelo outro porque é tanta coisa que eu faço no dia a dia, é tanta correria, que as vezes eu só deito na cama e não consigo fazer mais nada. Mas em questão de HIV eu sei muito pouco. (Esmeralda, 22 anos)

O HIV ele...assim eu não vou saber te dar uma resposta definitiva mas ele é uma doença que você vive com ele, você convive, tem horas que você até esquece... Se você tiver sadio, com sua carga viral indetectável você até esquece que ele existe mas ele sei lá parece que não esquece de você. Parece que vira e mexe você passa por alguma situação que te lembra que você tem aquilo ali... Parece que ele tá sempre te dando uma rasteira! Eu não vou saber te explicar... mas vira e mexe eu me sinto mal em alguma situação por conta do HIV sabe? Eu trabalho, sou ativa, sou alegre, sou feliz... Mas uma coisa que me derruba emocionalmente é essa questão. Porque ele não é uma coisa só...[...] Se fosse uma coisa...Ah! Sei lá..unha! Vou cuidar da unha! A unha tá com uma micose eu vou cuidar daquela unha, daquela micose, mas não! É aquela unha, aquela micose que pode se alastrar pro teu dedo, sabe? Pode gerar outras coisas em você! Então você tem que estar sempre alerta! [...]Eu não consegui ainda digerir todas as coisas, eu acho que se eu não tivesse o HIV eu não tava enfrentando o posto, não tava, sabe? É muito massacrante, toda hora você tem que tá, sabe? E é uma coisa que a gente precisa, que a gente não pode abrir mão!

Eu não abro mão, agradeço a Deus por ter tratamento! Porque tem doenças hoje em dia como o câncer que você não consegue tratamento...você só consegue uma qualidade de vida melhor pra pessoa e é muito difícil quem se cura...mas, Éhhhh! não sei é uma coisa que eu tenho que agradecer por ter o tratamento mas eu não consigo me conformar de ter essa doença, é uma doença que vive te dando uma rasteira, que vira e mexe eu fico pra baixo por causa dela. É uma doença que.... não sei! É uma doença que não faz mal só pro meu organismo... Ela faz mal pra minha mente, ela me faz mal no meu interior... ela me faz mal até em questão de uma religião de eu querer sabe, Ahhh ter mais fé! Às vezes eu não consigo! Sabe? Essa doença ela me faz mal! Ela me corrói, eu não consigo eu convivo com ela mas eu não sou amiga dela, eu não gosto dela (risos) entendeu? Eu não queria que ela estivesse em mim, sabe? Então assim é muito complicada a convivência com o HIV eu não vou saber te expressar agora, te dar uma definição... Ah o HIV é vida, é morte... eu não vou saber te expressar, mas... (Diamante, 29 anos)

O relato de Diamante demonstra como o HIV é permeado pela culpa e pelo silenciamento e o quanto isto alcança todas as esferas de sua vida. A entrevistada verbaliza que o HIV 'a corrói', e, numa perspectiva contraditória, chega a fazer a associação da doença com o câncer. Ela mesma destaca a impossibilidade de tratamento em alguns contextos de adoecimento pelo câncer, enquanto que o HIV lhe possibilita levar uma vida normal, onde inclusive ela pode por momentos se esquecer da doença. Contudo, o HIV sinaliza as fragilidades, e de alguma forma lhe desperta certa culpa.

3.5.1 - Preconceito e HIV

Os avanços terapêuticos e a introdução de novas classes de antirretrovirais nas últimas décadas, alterou o significado da infecção pelo HIV de uma doença fatal para uma condição crônica.

Contudo, conforme pudemos observar no relato das entrevistadas muitas são as dificuldades vivenciadas por elas, passando desde a dificuldade de acesso e manutenção de sua inserção no mercado de trabalho até a administração de sua vida como um todo, inclusive suas relações afetivas e amorosas. O silêncio e o sigilo quanto à doença perpassaram a história de todas as entrevistadas.

Ninguém sabe que eu tenho esse diagnóstico! Ninguém! Só meu marido agora porque virou meu marido, porque senão eu nem sei se eu ia contar! O

relacionamento ia começar e ia acabar e eu ia me cuidar lógico, porque é uma outra vida também, mas nem sei se eu ia contar. (...) Não tem mais ninguém! Nem minha mãe sabe! Ninguém sabe... então assim... é muito complicado! (Diamante, 29 anos)

Das seis entrevistadas nenhuma relatou ter revelado seu diagnóstico para um(a) amigo (a), algumas referem amizades de décadas, mas que elas não tiveram coragem para contar por receio de suas reações. Uma das entrevistadas relatou que chegou a ficar inibida ao usar seu cartão de gratuidade de transporte enquanto estava com sua amiga.

Óh, nenhum amigo sabe que eu tenho HIV, eu não conto! Não tenho coragem de contar. Eu tenho uma amiga de anos... há mais de dez anos, até hoje eu não tive coragem. Uma vez, ela me levou pra consulta aqui do pré-natal, tava com a barriga muito grande, ela veio porque queria ver a bebezinha, a minha filha. Aí eu usei o cartão especial, aí ela perguntou por que eu uso o cartão especial. Eu menti, eu não tive coragem de contar, com medo dela se afastar, dela não entender, entendeu?(Jaspe, 26 anos)

Não são poucas as dificuldades enfrentadas por essas mulheres em seu ambiente familiar, sofrendo preconceitos por membros próximos, do núcleo familiar. Nos depoimentos, percebemos o quanto o preconceito traz repercussões negativas, impactando diretamente no processo de conviver com a doença.

Uma das entrevistadas ao falar para sua mãe sobre a gestação que acabara de descobrir ouviu a seguinte resposta:

tu é irresponsável, que não sei o que, aí passou pra menina, a menina vai vir doente aí”, ai eu falei “mãe, pelo amor de Deus, eu já to com esse problema, agora falar que ela tá doente eu vou ficar como?”, “Eu não quero saber de nada não, quero ver como é a reação do seu pai”, Quando eu falei pro meu pai, meu pai nem aí também, mas “Óh, você vai ter essa criança, a gente vai jogar essa criança não sei aonde e não quero essa criança, não quero. (Esmeralda, 21 anos)

Além do posicionamento diante da chegada de uma criança e que conforme seu relato, uma criança 'doente', Esmeralda vivenciou (e vivencia) o preconceito também com ela, dentro do próprio núcleo familiar:

meu padrasto que também rejeitou, não deixou entrar quando eu tava grávida, não deixou eu entrar na [casa da] minha mãe, que meu padrasto fica com minha mãe. Ele sabe! E não deixava eu entrar lá quando tava grávida. Não deixava não! Eu falava com minha mãe no portão. Ele não deixava, uma que ele falava que eu tinha que comer tudo no plástico, copo descartável, prato descartável, colher descartável, lençol não podia, sentar no sofá não podia, tudo ele falava que não podia que ia contaminar tudo. Ai minha mãe conversava com ele mas ele respondia: “não, eu não quero ela aqui não”, mas também ele não falava pra ninguém da comunidade. Mas ele falava “não, não quero ela aqui não, vai contaminar os meus filhos, que não sei o que”. Que minha mãe... eu tenho mais dois irmãos por parte dele”. “Não, vai contaminar meus filhos, vai contaminar minhas coisas aqui, não quero. Aí por isso que eu fico na casa de baixo com meu filho mais novo. (Esmeralda, 21 anos)

O relato de Esmeralda tem como pano de fundo um contexto de violações familiares, ilustrando bem que a família nem sempre é esse lugar idealizado de acolhimento e proteção.

Além disso, merece destaque a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, de como as decisões se fazem num contexto muitas vezes bastante desfavorável para as mulheres.

O relato abaixo mostra o quanto a entrega do filho para adoção não era uma escolha dela e práticas institucionais vão compondo trajetórias dessas vidas.

Enquanto em não vi o rostinho da criança, eu falei que ia assinar, sendo que Deus é tão bom, vamos dizer assim, claro, Deus é bom, que na hora que tava todo mundo no carnaval, na troca de plantão aqui, uma mulher, na hora que eu tava tendo neném, trocou o plantão... veio uma moça a enfermeira que não sabia de nada, não tinha pegado os papéis ainda, chegou “ih, já tá aqui, já to vendo a cabeça dele”, eu entrei em pânico. Aí, a gente não foi pra sala de cirurgia normal pra ter o neném, e eu fiquei ali mesmo na sala de esperar, ai foi na hora que nasceu. Na hora que nasceu o certo era pegar a criança e levar pra mim não ver o rostinho da criança, mas nasceu e “oh, a criança precisa se esquentar com seu corpo” seu calor, não sei, aí jogou a criança no meu peito, e pronto, depois que eu vi a cara “pronto, ninguém mais tira”, e o meu pai “já nasceu? To indo praí, não dá na mão dela”, pronto, a criança já tava até do meu lado, já tinha mandado foto pra minha mãe, que ela tava querendo saber o sexo né, se era realmente um menino, aí ele ficou meio bolado, até hoje ele fica meio bolado, chateado, que era pra mim ter dado a criança, mas quando ele vier ele ele já muda um pouco, já quer pegar, já quer dar carinho ai eu fico olhando gente “as pessoas falam assim que ele não quer aí sem ver antes a cara...” fico olhando assim. Mas assim, foi uma coisa de Deus, porque se fosse pra dar, eu teria questões de minutos, ele nasceu sete horas, nasceu certinho no horário que trocou. A mulher foi embora e nem me avisou que foi embora e eu sentindo a dor. Chegou a outra, nasceu e jogou nos braços, aí ela não sabia, depois que ela foi ver os papéis, ih era pra dar, aí já era tarde. (Esmeralda, 21 anos)

A análise sobre a história de Esmeralda nos trouxe muita inquietação, a família a distancia desde que ela recebeu o diagnóstico. Nas duas vezes que ela engravidou a família pressionou para que ela 'deixasse a criança no hospital para adoção', e hoje, ela reside sozinha no imóvel que fica abaixo da casa de sua mãe, onde ela tem inúmeras restrições para entrar. Em contraponto, sua primeira filha, após ter feito vários exames e ter sido considerada 'negativa para o HIV' passou a residir na casa da avó, sob os seus cuidados. De alguma forma, agora ela é 'limpa' e não pode residir num ambiente que a 'coloque em risco'.

Hoje ele [seu pai, avó da criança] é assim, vamos dizer, o mais apegado a ela quando ele tá perto dela, ele é o mais apegado posta foto dela no *facebook*, roupas de natal só comprou pra ela; a filha aqui esqueceu. Roupa de natal só pra ela, brinquedo, tudo pra ela, aí minha mãe também dá! Eles rejeitavam muito, mas agora só querem ficar com ela. (Esmeralda, 21 anos)

Sua narrativa versa sobre um contexto de muita violência. Questionamos se eles sabem que ela fez o teste e que ela obteve resultado negativo, e Esmeralda responde que sim e que agora "deu tudo negativo, aí, também é o xodó deles. Fulana vem pra cá, é fulana vem pra lá".

Uma das entrevistadas cujo contágio ocorreu via transmissão vertical foi direcionada para um abrigo ainda aos 4 anos de idade, após o falecimento de sua mãe em decorrência da doença. Ao fazer referência a este momento afirma que não foi aceita pela família extensa em virtude de seu diagnóstico, sendo então encaminhada para adoção. Em suas palavras:

Com certeza foi [fazendo referência a não aceitação de sua família devido ao diagnóstico]. Se bobear eles acham que eu não tô nem mais viva, que nem a minha mãe! Eu era uma criança muito doente. Eu acho até, vou te falar... meu namorado, esse que tá comigo agora, ele fala que eu tô aqui com alguma missão, com alguma coisa sabe? Coisa de Deus mesmo! Que eu já passei por tanta coisa, que sinceramente eu muita das vezes eu achei que não estaria mais aqui. Foram muitas muitas vezes, eu era uma criança muito doente, ao longo da vida, dos quatro anos pra cá. Eu fui morar num abrigo, assim que ela morreu, e a família não quis contato, eu fui pro abrigo, como toda criança vai, ou por falta da mãe, ou por abandono da mãe né? A criança vai pro abrigo. Enfim, fui pro abrigo, eu vivia no abrigo e no hospital. Eu internava, ficava um mês internada, e hospital de novo. E vivia assim,

então muita das vezes os médicos diziam: “Ah, essa criança vai morrer”. E quando meu pai me adotou, ainda tem isso, ele sofreu alguns preconceitos de algumas pessoas né? (Jaspe, 26 anos)

O silêncio apontado por essas mulheres reflete a vergonha, o medo, a culpa pela contaminação, fazendo-as viver sozinhas inúmeras situações difíceis e que resultam em muito sofrimento. Estes sentimentos se conectam ao fato de a doença estar vinculada ao universo simbólico da sexualidade e do gênero, repercutindo sobre a moralidade e honra dessas mulheres:

... Minha vida sexual... não tô mais com esse menino, o pai dos meus filhos, a gente terminou ... mas as vezes vai lá em casa, mas não pra ter relação, então até porque eu fico com isso na cabeça! 'Aí, eu vou passar isso pra outra pessoa!' Então é melhor não ter relação, a pessoa vai descobrir, vai querer me matar! Ou ah, vou transar com camisinha, aí a pessoa não vai querer transar com camisinha, aí vão querer obrigar e aí não vou querer transar, aí a pessoa vai falar 'ué, não quer transar por que? Não quer transar sem camisinha por que?' Aí já fico com isso, aí já é mais um motivo, HIV, HIV.... E eu, ai meu Deus do Céu! Aí já empatou a parte de eu ter relacionamentos, mas questão de amigos eu também não conto pra ninguém. Uma amiga minha faleceu por conta do HIV também... Aí... mas eu fico quieta, as vezes outras amigas comentam: 'poxa, morreu de HIV, isso mata', só que aí eu fico pensando 'caraca, elas nem sabem que eu tenho também', aí fico na minha assim... (Esmeralda, 21 anos)

Foi notória na fala das entrevistadas uma preocupação em contar ao parceiro sobre o diagnóstico, por desconhecer e temer suas reações, seja o medo da crítica, do apontamento, até o medo do abandono.

Eu conversei com minha mãe. Minha mãe foi lá na maternidade, conversei com minha irmã mais velha também, aí elas queriam que eu falasse pra ele, pro pai da fulana, só que eu não tava conseguindo falar assim de cara. Eu não consegui falar. Eu não tive coragem. É muito sabe, a gente passa muito preconceito das pessoas, sei lá... Aí eu peguei e contei pra ele, eu e minha mãe contamos pra ele. (Ametista, 22 anos)

E ainda:

É uma dificuldade muito grande a gente expor isso, é uma coisa que envolve outras pessoas. Envolve filho, envolve marido, envolve família. E assim, tem gente que não sabe lidar! Tem muito preconceito mesmo! A gente luta contra o preconceito racial, o preconceito religioso, preconceito isso, aquilo, mas esse é o tipo de preconceito que as pessoas não conseguem se expor. Não sei, parece que há uma opressão, você não

consegue colocar aquilo pra fora, você não consegue conversar com uma amiga..." (Diamante, 29 anos)

Embora as campanhas publicitárias e de saúde reiterem a todo instante que o contágio com o HIV não ocorra através do beijo, abraço, saliva ou do suor, o medo do contágio ainda prevalece. Este preconceito presente ainda nos dias atuais é resultante da alta letalidade dos primeiros casos diagnosticados ainda na década de 1980. Naquele momento, a doença então conhecida como peste gay influenciou o posicionamento da sociedade diante da doença, a compreensão era da necessidade de afastamento das pessoas infectadas, que era vista por muitos como um castigo divino pelas supostas 'transgressões praticadas'.

A representação inicial da doença estava associada aos grupos de risco, que eram rotulados como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, sendo também posteriormente inseridos os hemofílicos e pessoas que receberam transfusão de sangue. Essa representação rotulou a Aids no campo das doenças malignas, impulsionando preconceitos, presentes até os dias atuais.

tem pessoas desinformadas, tem muitos ainda, com todas essas tecnologias, com todas essas informações, tem muitas pessoas desinformadas. Meu último namorado antes desse, nem ficamos muito tempo, eu contei logo o que que eu tinha. Eu peguei uma gripe muito forte, eu ia pra casa dele, ele mora perto da minha casa, na mesma rua praticamente. Aí a gente já se conhecia há muitos anos, mas a gente nunca resolveu ficar... ai eu resolvi dar uma chance pra ele, achando que ele... 'Não esse aí não vai ter preconceito comigo, né? Jamais!'. Eu contei pra ele né? Aí eu peguei uma gripe, antes disso eu não tinha contado, aí eu fiquei muito gripada, né?, No período que eu contei pra ele eu tava muito gripada, aí ele começou a falar: óh, não vem aqui pra casa não; porque eu vou ter que sair. Né, já me jogando né? Não teve coragem de falar: Jaspe, não quero mais ficar com você! Né? Não quero! Não dá pra mim, isso pra mim e muita coisa...

Ai eu falei assim: eu vou aí pra sua casa, hoje é sábado, eu vou praí tá? Vou arrumar a bolsa e vou praí. Ai ele falou: não vem aqui não que você tá muito gripada, se você tossir perto de mim você vai passar Aids pra mim. Fora outras coisas que ele falou. Ele falou assim: Se você passar perto de mim e do meu filho, você vai passar Aids pra mim. Entendeu? Então muita das vezes é preconceito, puro preconceito, muita das vezes é má informação, entendeu? Eu até falei pra ele: óh, procura um médico, e se informa, entendeu, você está muito desinformado. HIV não passa em você falar com a pessoa, se tossir perto da pessoa, não passa, em você encostar na pessoa. (Jaspe, 26 anos)

3.5.2 - Preconceito meu, dele, dela, e de todos nós! Os estereótipos percebidos na fala das entrevistadas sobre o HIV

Apesar do grande benefício decorrente do uso de medicamentos específicos, sobretudo pela cronicidade da infecção do HIV e a melhora da qualidade de vida, os rebatimentos na forma como as usuárias passam a se perceber em sociedade são inegáveis.

De alguma forma, se desenhou ao longo das décadas uma imagem de que a pessoa infectada pelo HIV possui aparência magra, doente e com manchas no corpo⁶¹. Contudo, hoje, com as opções de tratamento existentes, é menos frequente encontrarmos alguém que tenha HIV com essas características.

O relato das entrevistadas demonstrou de forma muito clara esta imagem social construída em torno da doença, uma das participantes chega a descrever o corpo de outros usuários que ela encontrava enquanto aguardava atendimento ou ia buscar alguma medicação em sua unidade de referência.

Consideramos oportuno destacar que o corpo está diretamente associado à construção da identidade do indivíduo e ele tem uma representação social. As pessoas investem cada vez mais tempo, energia e recursos financeiros no consumo de bens e serviços destinados à construção e manutenção da imagem corporal. Para Almeida (2018:67): "Focalizar o corpo é uma forma de denunciar e resistir aos enredos do biopoder e articular novas tendências nas experiências dos sujeitos".

No caso dos/as usuários/as infectados/as pelo HIV a imagem que se construiu foi de um corpo infectado, doente e que precisa ser medicado ainda que na maioria das vezes, não seja esta a imagem externada. A fala de Diamante ilustra bem esta afirmação:

Eu conheço vários homens bombados, lindos... Conheço não! Não são meus amigos, mas de ir numa fila, pegar o medicamento, esperando a consulta. Homens lindos e maravilhosos! Que a gente às vezes elogia no

⁶¹ Tais alterações são comumente resultantes da lipodistrofia. Esta consiste num efeito colateral do uso de alguns medicamentos. Trata-se de uma alteração na distribuição de gordura do organismo com concentração de gordura na barriga, costas, pescoço e nuca; e perda de gordura nos braços, pernas, nádegas e face. Além disso, hoje em dia está se chegando a um consenso de que a lipodistrofia é a mistura de várias modificações também no funcionamento do organismo (alterações metabólicas), como o aumento do colesterol e dos triglicérides, elevando o risco de problemas cardíacos e resistência à insulina, o que pode causar a diabetes.

facebook...que a gente vê sabe, aqueles homens esculturais.. Nossa! Que gato! (...) Pô, os cara tudo malhadão! Tudo sabe, sarado! Uma vez eu vi um moreno de olho verde! Qualquer mulher daria mole prum homem daquele! (...)Então eu fico muito assustada, assim! É esse tipo de homem que a gente vê na fila e eu tratava em Copacabana ... então você via o pessoal de um nível tão elevado e via os de baixo que ali também tem favela em volta! Então assim... você via pessoas magras, realmente com a aparência muito ruim, mas você via também pessoas muito bem arrumadas, estilosas...muito bem maquiadas, muito bem vestida que você via que não era roupa da *Ponto Mix*, da *Feirinha*, da *Belíssima*... não era! Assim... ehhhh é uma doença que te coloca também muito pé no chão! Você fica muito consciente de quem você é... e de que o teu dinheiro, o q você tem não vai comprar a tua saúde! É uma doença que te dá um baque! Eu mesma, sou negra, sou pobre... mas assim quebrei muitos preconceitos depois disso! Comecei a olhar muitas coisas de forma diferente, entendeu? Inclusive essa questão de que o dinheiro, o poder, não vai comprar a tua saúde de volta! (Diamante, 29 anos)

Além disso, os relatos das entrevistadas demonstram a tendência da associação da doença à pobreza e a questões raciais, conforme podemos observar a seguir:

Eu já encontrei com a menina lá no IPPMG branca, loira, dos olhos verdes. Sabe? Eu sou negra, pobre... mas ela branca, loira, com um maridão assim do lado. Tu via que o cara 'tava na beca, ela tava na beca', bem vestida, maquiadíssima....bonitaaaa! Essa doença não escolhe cor, raça, não escolhe nada...Sabe? Aí você olha.... Aí quando aquela assistente social começou a chamar... Acho que era a primeira vez ou ela não se ligou...paciente da Dra tal, do Dr tal, entra aqui... que ela entrou.. eu fiquei chocada! Eu achei que ela tivesse ido por qualquer outro problema. Que sei lá... que ela tivesse um filho que fosse deficiente, não sei.... porque ali tem muita criança assim com muito problema de deficiência. Eu achei que ela estivesse ali por qualquer outro problema e não por esse! Porque a gente pensa que a pessoa que tem uma condição financeira melhor, automaticamente tem um nível de instrução melhor, a gente pensa no nosso raciocínio... e que automaticamente essa pessoa vai ter um acesso a informações melhores, vai ser melhor protegida, vamos dizer assim! Vai ter acesso a melhores coisas na vida. Em algum ponto, quando a pessoa estuda pode até ser ... mas nesse caso não tem nada a ver... é a consciência mesmo!

De uma forma geral, a expansão das epidemias é influenciada por questões estruturais e socioeconômicas. Porém, é imprescindível destacarmos que elas tendem a alcançar de forma mais severa os grupos historicamente excluídos e discriminados. Dentre os motivos para isto podemos apontar o não reconhecimento desses grupos enquanto sujeitos de direitos, as dificuldades de acesso que estes encontram aos bens, serviços e direitos de uma forma geral que impactam

diretamente em sua qualidade de vida. No caso da epidemia do HIV, percebemos que isso não é diferente.

Em função da dificuldade em reconhecer o racismo, as desigualdades raciais e suas interações com outros marcadores como os de classe social e gênero/sexualidade por exemplo potencializam a vulnerabilidade das mulheres negras às IST'S, inclusive ao HIV.

Neste sentido, ações pejorativas e segregacionistas tornam-se “naturalizadas” e introjetadas, consolidando-se historicamente. Isto fica claro no relato de Diamante que ao perceber uma mulher branca e de olhos azuis, não consegue perceber nela qualquer possibilidade de semelhança com sua história. De uma forma não dita, seu relato aponta que ela e talvez todas as outras mulheres que ali estavam, no IPPMG, com o mesmo diagnóstico - a infecção pelo HIV - eram passíveis sim de ter a doença, como se esta apresentasse um estereótipo quer lhes abrangia.

Contudo, a mulher branca e de olhos azuis, conforme ela mesma descreveu, arrumada e acompanhada por um homem de perfil semelhante não passou por Diamante de forma despercebida, porém, causou-lhe espanto, uma vez que, em seu imaginário, o lugar dessas pessoas pode ser qualquer outro, inclusive de um filho com deficiência mas não de alguém com HIV, considerando todos os atributos morais e estereotipados que a doença possui. Além disso, é relevante pensar que talvez a questão de gênero e sexualidade, nesse caso do HIV, tenham uma proeminência na questão de classe, em termos de contágio sobretudo.

O relato de todas as entrevistadas aponta para uma busca pela origem da infecção, numa perspectiva de compreender e também justificar o que aconteceu. Neste sentido, tem destaque em suas falas o sentimento de culpa e a necessidade de mostrar que a infecção pelo HIV não era resultado de uma vida promíscua:

Todo mundo tem preconceito, não adianta dizer que não tem porque eu tinha! HIV 'que não sei o que' na hora eu fiquei assim... na hora eu fiquei nossa! me senti doente, me senti muito mal. E tipo, quando você tem é... tem uma 'ficha', né? que 'gosta' ... 'essas meninas' que saem sair pra balada, tem relação sexual com várias pessoas... Eu nunca fui disso! Sempre! Me formei, tipo, eu me formei muito nova, trabalho desde os meus 15 anos, sempre fui muito independente. Então eu tive um relacionamento sério, me 'perdi', fiquei durante muito tempo, aí quando você descobre, você fica meio sem acreditar. (...) Eu fiquei preocupada com o bebê, tipo: ele não tem culpa de nada! Eu tenho culpa sim! De ter confiado, vacilei, mas ele não tem culpa! (Pérola, 21 anos)

E ainda:

Eu já tinha muito medo assim da noite! Eu não sou uma pessoa que saiu dando por aí a vida toda! Sou uma pessoa que cresci dentro de casa, perdi minha virgindade com meu primeiro namorado, que eu namorei quatro anos da minha vida, sabe, não namorei um mês, sem conhecer... Não! Quatro anos! Eu namorei em casa! Depois disso, eu namorei mais uma vez que foram três anos com a mesma pessoa... e um relacionamento eu acabei emendando em outro. Antes de eu me casar que eu fiquei uns dois meses sem ninguém. E aí quando eu casei, é eu fiquei com ele seis anos. Eu me casei com 20 anos. Ou seja, já tinha o diagnóstico quando eu casei, entendeu? (Diamante, 29 anos)

Como podemos perceber, os relatos são permeados por representações dos estigmas mais comuns associados à expressão da sexualidade: aqueles que refletem o desempenho social reservado às mulheres, à raça e à condição social em que vivem as entrevistadas. Ao perceber um homem, de outro país, com 'filhos' e 'cristão', Diamante se surpreende porque assim como para a mulher branca de olhos azuis, este não era o seu lugar.

Lá no posto de Copacabana (...) eu conversando com um cara lá, era angolano, não era nem daqui! Tinha filhos, cristão! Sabe??? Onde que esse cara arrumou isso? (risos). Entendeu o que eu tô querendo dizer? Poxaaa como é que esse cara fez essa merdaaa na vida dele? Porque é uma merda! Eu não aceito o HIV, não consigo! Eu convivo com ele mas eu vou te falar... ele não é meu amigo! (Diamante, 29 anos)

Neste sentido, percebemos que a perspectiva de gênero, sexualidade e raça são centrais para entender as dinâmicas de contágio pelo HIV, deixando nesse contexto classe, raça/etnia como elementos importantes para compreender as respostas ao HIV.

Esta perspectiva nos impulsiona a refletir sobre como se entrecruzam os eixos de opressão, e como precisamos lutar pela garantia de ações que contribuam para a desconstrução das desigualdades em muitas dimensões.

3.5.3 - Viver com o HIV e o mercado de trabalho

A sociedade vivenciou ao longo do tempo uma divisão entre o espaço público e privado. Os homens desempenhavam de forma predominante o papel de provedor da família, pertencendo assim à esfera pública. Já às mulheres estava direcionado o cuidado da casa e da família, demarcando assim o seu espaço na esfera privada.

Nessa dicotomia entre o público e o privado se materializou a divisão sexual do trabalho, onde os homens assumem o papel de provedores e as mulheres de cuidadoras. Esta organização historicamente demarcou a assunção dos homens pelo espaço público e das mulheres ao espaço privado. É importante demarcar que não se trata apenas de uma organização do trabalho mais racional e moderna, porém isto implicou na produção de uma desigualdade social que atingiu diretamente as mulheres na sua condição de exercerem autonomia, liberdade de expressão e cidadania.

Contudo, as transformações no cenário socioeconômico, impulsionadas também pelas lutas feministas trouxeram impactos para este modelo estabelecido, enfraquecendo essa dicotomia entre o mundo produtivo (homens - trabalho remunerado) e o mundo reprodutivo (mulheres - majoritariamente um trabalho não remunerado). Embora, a inserção das mulheres no mundo produtivo não lhe garanta um distanciamento da esfera reprodutiva, uma vez que o cuidado da casa e da família permanece culturalmente sob a responsabilidade das mulheres, a teoria das esferas separadas foi problematizada.

Para Hirata e Kergoat (2007), a relação social estabelecida entre homens e mulheres, considerada “relações sociais de sexo”, envolvem a divisão sexual do trabalho que é resultado da divisão social construída histórica e socialmente. A forma como as “relações sociais de sexo” organiza o mundo do trabalho reservou às mulheres a esfera reprodutiva e aos homens, a esfera produtiva. Esta divisão demarca entre os sexos uma relação assimétrica, reproduzindo as desigualdades sociais.

Todas as mulheres entrevistadas, embora ocupassem o lugar do trabalho reprodutivo e do cuidado exerciam também atividade laborativa no espaço público. Embora algumas, no momento da pesquisa estivessem desempregadas. Para elas, o mundo do trabalho segue atravessado não apenas pela questão de gênero, que

delimita inserções diferenciadas para homens e mulheres, mas também pelas questões de raça e de sua condição de saúde.

Elas verbalizaram de que modo o cuidado com a saúde, a adesão ao tratamento, o comparecimento às consultas, ausências para aquisição de medicamentos e exames causam faltas ou atrasos no trabalho. A apresentação dos atestados no emprego, mesmo sem indicar o diagnóstico, marcava o início de um processo de visibilidade da condição de 'doente', afetando sua condição diante dos outros funcionários.

O problema é conciliar... muitas das vezes eu não consigo conciliar o meu trabalho com o tratamento por que: como eu não terminei os meus estudos a maioria dos empregos que eu arrumei, foi padaria, esses emprego assim ...eu não sei se em outras empresas eles compreendem mais, mas as vezes, muitas da vezes, vamos supor eu tive minha folga era quarta feira, meu médico só tinha nas quintas, muito dos empregos que eu arrumei eu falei que minha filha faz tratamento e eu preciso faltar o dia tal. Eu tinha receio de falar que eu faço tratamento e os outros começar a comentar.. lhhh, a Jaspe tem alguma doença, ela faz tratamento, então eu falava, minha filha faz um tratamento, inventava, sempre minha filha que faz tratamento, eu nunca dizia.

O último trecho do relato acima reflete a legitimidade social em torno do cuidado do outro e não do autocuidado. Essa questão marca a forma como essas mulheres terão dificuldades de produzir autocuidado. Assim, há um reforço em muitas instâncias sociais, como nesse caso nas relações de trabalho, da perspectiva dos cuidados de saúde com o outro, mas não consigo mesmas.

Esta afirmação é corroborada ao questionarmos se ela acredita que assim seria melhor aceita, e sua resposta imediata é:

Melhor do que eu dizer! O patrão mesmo ficaria, pô ela tem né? a funcionária que precisa fazer tratamento, será que ela, será que ela está apta a trabalhar? Mas não foram todos que eu consegui conciliar, teve um emprego que eu tive que folgar, segunda feira, mas eu não faço, minha consulta não é segunda, é às quintas, oito horas da manhã, era né? Que agora eu troquei de médico, troquei de médico, troquei de horário, agora é a tarde, uma hora, mas nem sempre dava! Aí eu tentava conversar, dialogar, tentava dar meu jeito, mas não conseguia, aí o que que eu fazia?! Entre optar pelo trabalho e minha saúde, eu optava pelo trabalho, eu tinha medo de perder o emprego e não ter o que comer, passar necessidade com a minha filha, fui morar sozinha que agora não moro mais com meus pais, então eu ficava ali focada no trabalho e minha saúde eu deixava de lado, sempre empurrava pra debaixo do tapete! Eu pensava, amanhã eu vou conseguir, no outro dia eu vou conseguir dar um jeitinho né? Eu converso aqui, eu converso ali, eu consigo um jeito, porque eu não preciso vir pra consulta a toda hora, só as vezes que tenho que vir um bocado porque

tenho que fazer exame né? De rotina, o normal, fazer exames, agora que eu tô com HPV, tem que vir mais tempo! Tô acompanhando com a ginecologia agora, HPV se não tratar dá câncer no colo do útero e então não é sempre... É de 3 em 3 meses, então tem emprego que, teve um emprego que meu pai que conseguiu pra mim que foi no *petshop*, nunca tinha trabalhado, aí eu aprendi a tosar cachorro, a dar banho né? Aprendi de tudo um pouco, aí eu precisei faltar, aí foi aí que começou, precisei faltar, a minha folga no *pet shop* era só aos domingos e eu não podia ir ao médico domingo. Não tem como! Aí eu falei pra ela que tinha tratamento eu fazia tratamento, aí dessa vez eu falei que eu que fazia o tratamento, eu ia inventar o que ia falar, que tratamento que eu fazia (risos), aí ela foi, ficou meio assim. (Jaspe, 26 anos)

O relato de Jaspe demonstra as relações de trabalho a que está submetida a classe trabalhadora em geral, e as mulheres em particular. Isso porque o adoecimento é visto como um problema para o trabalhador, sobretudo em condições precárias de trabalho e de baixa regulação de seus direitos trabalhistas. No caso das mulheres com HIV, isso se torna mais ainda tensionado. A mesma entrevistada demonstra como essa situação é corriqueira em sua trajetória, e verbaliza a presença do risco da perda do emprego, fato que muito lhe preocupa uma vez que o trabalho versa sobre a garantia de sua sobrevivência e de sua prole.

o outro emprego que trabalhei, eu sempre fui uma boa funcionária, nunca fui de faltar, chegar atrasada nada, sempre cobri pra ele outras funcionárias que faltava, dobrar né? E quando eu precisei faltar uma vez que adoeci, eu estava com tuberculose, eu não sabia que era tuberculose, porque a UPA falou que eu tava com pneumonia, beleza aí, faltei o primeiro dia pra ir pra UPA porque eu não tava me sentindo bem, aí eu faltei, quando eu voltei, eu falei: seu João, aqui o atestado, eu faltei porque eu não to bem, eu não to legal, tentei ainda continuar trabalhando, continuei trabalhando doente, entendeu.? Ai ele falou: o que que isso aí? Você faltou? Vem cá, você não tá doente não né, **porque se tiver doente eu vou te mandar embora**, eu não quero filho doente, nem com funcionário doente. Não... não quero filho doente, nem funcionário doente, aí você imagina se ele soubesse que eu tenho HIV? Ainda mais trabalhar com público, entendeu? Hoje em dia ainda tem preconceito sim, infelizmente ainda tem. (Jaspe, 26 anos)

Embora a Constituição Federal Brasileira de 1988 preconize pelo direito a um tratamento igualitário a todos (as), percebemos na fala das entrevistadas que ainda há muito preconceito, e que ao conseguir se inserir no mercado de trabalho, o desafio seguinte, e talvez maior, seja o de ali se manter.

Podemos perceber que Jaspe chega a se culpabilizar por este processo, ela acredita que tais situações são vivenciadas por ela devido a sua baixa qualificação escolar, que lhe impossibilita ocupar cargos onde ela acredita que tais dificuldades não se fazem presentes.

Ao relatar sua experiência, Esmeralda traz uma experiência marcada pelo preconceito e pela desesperança. Ela descreve o momento em que se candidata a uma vaga de emprego e na ocasião, o empregador lhe solicita exames de sangue, dentre eles, o teste para o HIV.

ó, você vai entrar na farmácia [fazendo referência à possibilidade de se candidatar a uma vaga de emprego no estabelecimento] e vai ter que fazer todos esses exames. Todos! E vê lá no final: 'Teste de HIV'. Pronto! Você rasga aquilo e joga fora, que eles não vão te contratar! Vão olhar assim (a entrevistada silencia e levanta apenas o olhar...) Não vai! Eu já cheguei a fazer um... Foi num negócio de restaurante lá na Tijuca. Fiz teste, fiz tudo! E falei: Vou fazer! Foi o primeiro teste que fiz... 'bum', não chamaram não! E eu já sei até qual é o motivo que não me chamaram, e eu tinha acabado meus estudos, seria meu primeiro trabalho, eu fui indicada pelo pai dos meus filhos... Ele trabalhava lá! Ele só saiu porque conseguiu esse melhor, então minha amiga entrou, com um rapaz lá, o marido dela, e eu não entrei... eu falei ah, já sei!.

A exigência de exames clínicos para se detectar o vírus é proibida, mas como percebemos no relato da entrevistada, algumas empresas desrespeitam a lei e rejeitam a candidata soropositiva.

De acordo com o artigo 168 da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), o empregado não é obrigado a fazer o exame sorológico, uma vez que os exames realizados tem a finalidade de avaliar somente a capacidade laborativa do empregado. Entretanto, a fragilidade das relações de trabalho com o recrudescimento do desemprego e da desproteção do trabalho no Brasil na atualidade são fatores condicionantes da inserção e permanência dessas mulheres no trabalho.

O objetivo central deste capítulo foi analisar as falas das entrevistadas observando os atravessadores de gênero, classe social, raça/etnia e sexualidade que perpassam suas histórias.

Os relatos demonstraram que as mulheres em questão vivenciavam gestações não planejadas, e que o diagnóstico do HIV impacta diretamente no

exercício da sexualidade destas, podendo inclusive levá-las à opção por não experimentar novos afetos.

O momento do diagnóstico também apresentou histórias singulares, porém a recusa as uniu em diversos momentos.

Questões como o uso do preservativo, o preconceito, a restrição a amamentação e as estratégias de resistência e sobrevivência em meio a tantas dificuldades também foram problematizadas.

O aborto foi um tema pouco discutido, citado apenas por duas entrevistadas, como se elas estivessem avessas a essa possibilidade. Como reflexão podemos problematizar se a maternidade surgiria como um antídoto à sexualidade 'suja' que a contaminou com HIV. Além disso, a condição de mãe pode representar uma forma de preservar um valor social para essas mulheres questionáveis em termos de uma moral sexual.

Por fim, considero importante destacar ainda que as dinâmicas de gênero, sexualidade, raça e classe se combinam de modos distintos nas questões diversas que todas elas enfrentam.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa se propôs a desvelar o conjunto das relações de poder, de gênero, sexualidade, "raça" e classe social que permeiam a trajetória de vida das mulheres entrevistadas. Para tanto, a temática da interseccionalidade foi considerada essencial estando presente em todos os momentos desta pesquisa, desde a reflexão sobre o objeto, a construção, realização e análise das entrevistas. Considero que seria impossível dar concretude a esta pesquisa sem valorizar este conceito, ou ainda, que a ausência desta perspectiva traria um olhar reducionista sobre os relatos trazidos pelas mulheres entrevistadas.

Ainda nos dias atuais o HIV continua permeado por estigmas e preconceitos, e, mesmo que já estejamos vivendo a terceira década da epidemia, de uma forma geral, as pessoas ainda se percebem imunes ao HIV, sobretudo as mulheres heterossexuais em relações consideradas por elas monogâmicas, desconsiderando que a infecção pelo vírus HIV pode atingir qualquer indivíduo.

Esta situação mostrou-se constante durante o estudo, onde as mulheres demonstraram em seus relatos que não consideravam em suas histórias a possibilidade de infecção pelo vírus. Algumas verbalizavam que 'não gostavam de baladas', que 'eram muito caseiras', numa perspectiva de distanciar-se da imagem 'promíscua' comumente associada ao HIV. Outro aspecto observado foi que algumas mulheres não se consideravam expostas ao HIV por estarem em um relacionamento onde a confiança no parceiro era marcante.

As trajetórias de vida das mulheres entrevistadas foram marcadas por desigualdades de gênero, vulnerabilidades, baixa qualificação profissional e o desconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, impulsionadas pelos marcadores de gênero, raça/etnia, classe social e sexualidade que atravessam suas histórias.

Ao se deparar com o vírus HIV em suas vidas, elas enfrentaram dificuldades na revelação do diagnóstico, ocultaram a doença da grande maioria das pessoas de seu convívio para não sofrer preconceitos, discriminações e culpabilização. Por fim,

o vírus do HIV marca suas histórias, silencia seus relacionamentos afetivos, trazendo impactos para suas vidas como um todo.

Considero importante destacar que duas mulheres souberam de seus diagnósticos no pré-natal e decidiram se afastar dos atendimentos em saúde por recusa do diagnóstico. Essa situação indica a gravidade dos aspectos de gênero, sexualidade, raça e classe como determinantes de saúde. Muito dessa recusa se liga a receios de sofrer preconceitos, discriminações, desqualificações como mulheres, além de exclusão do trabalho, da família, da comunidade em geral, como também das possibilidades afetivo-sexuais para as mulheres.

Precisamos ressaltar que o enfrentamento da epidemia de AIDS é um desafio posto a toda a sociedade. A garantia dos direitos sexuais e reprodutivos agora engloba a luta contra o HIV, num campo em que as desigualdades de gênero se evidenciam e as questões da sexualidade - e do direito ao prazer - se desnudam.

A Sexualidade é uma construção social que abrange o conjunto dos efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos e nas relações sociais. Historicamente, a atividade sexual esteve atravessada pela moral, sendo submetida ao controle das práticas e comportamentos sexuais de cada contexto socio-histórico.

Até o século XVIII, o sexo era restrito às relações matrimoniais e com diversas orientações sobre como deveria/poderia acontecer. Qualquer contexto de relação sexual que estivesse em dissociação a estas normas era condenado.

Assim, falar sobre sexualidade se constitui um desafio, e este se torna ainda maior ao nos debruçarmos sobre a intersecção sexualidade e pobreza. Embora seja este um debate extremamente pertinente, o legado histórico sobre a temática deixado por algumas políticas de desenvolvimento remete à associação do exercício da sexualidade entre os pobres a ações de 'controle de natalidade'.

A invisibilidade do debate sobre direitos sexuais e pobreza numa perspectiva de direitos humanos se coloca como obstáculo no avanço da garantia de uma sociedade mais igualitária.

Isto porque, ao observarmos os atravessamentos de gênero e raça que alcançam a pobreza, concluímos que esta impacta as mulheres negras de forma singular conforme percebemos inclusive no universo de participantes desta pesquisa. Além disso, precisamos ressaltar que são elas que, de uma forma geral, majoritariamente acessam as políticas públicas.

Neste sentido, as construções sociais sobre gênero, sexualidade e desigualdade social se enredam e afetam subjetivamente a vida de mulheres.

Mesmo diante de muitas lutas e resistências, as mulheres sofrem em duplas jornadas de trabalho, além de receberem os menores salários. Nos grandes centros urbanos, boa parte delas assumem as tarefas que são socialmente reconhecidas como de menor valor, como: auxiliares de serviços gerais, empregadas domésticas além de trabalhos ligados ao cuidado, principalmente de crianças, idosos e doentes.

Os efeitos da sociedade capitalista impactam diretamente na vida das mulheres, uma vez que, diante do sucateamento dos serviços públicos e do não investimento em políticas públicas de qualidade que atendam as demandas da população, o ônus por esta responsabilidade acaba sendo transferido às mulheres.

Ainda assim, consideramos importante destacar que, ao problematizar a pobreza, nosso olhar não se reduz à ausência de recursos materiais. Embora a escassez de recursos financeiros necessários à sobrevivência se configure enquanto uma importante dimensão da pobreza, ela não se reduz a esta esfera. A pobreza compreende um contexto de privação aos direitos básicos como alimentação, moradia, saúde, lazer, informação, dentre outras.

Seguindo esta perspectiva, percebemos que a desigualdade social atinge também os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, impactando sua autonomia.

Nesta perspectiva precisamos ressaltar a primazia destes direitos para a garantia desta autonomia. Uma vez que se essas mulheres não possuem condições de evitar que seus corpos sejam violados por outras pessoas, se lhes são negadas as oportunidades de viver de forma plena sua sexualidade, de se prevenir de uma gestação indesejada ou do contágio por alguma IST, inquestionavelmente, o acesso a todos os outros direitos também serão dificultados.

A experiência das mulheres participantes desta pesquisa demonstra de forma clara os atravessamentos dos marcadores sociais de classe, raça, pertencimento social no exercício de sua sexualidade. A violência, o estigma, o preconceito e a exclusão sofridos por elas somado ao contexto da vivência com o HIV, impactam diretamente em suas relações afetivas e amorosas.

Além disso, as desigualdades entre os gêneros e os tabus em torno da sexualidade podem aumentar as possibilidades de infecção das mulheres pelo HIV,

além da exposição destas ao sofrimento e possível morte resultantes de abortos ilegais.

Desta forma, a realidade social vivida pelas participantes desta pesquisa, é marcada pela naturalização das desigualdades econômicas, raciais e de gênero/sexualidade, fazendo que elas embora lutem cotidianamente resistindo a todos esses atravessamentos por vezes não consigam fazer uma leitura conjuntural de todo o contexto de suas vidas. Logo, a análise dos relatos das participantes aponta que as relações de gênero, seguem atravessadas pelos marcadores de classe social, raça/etnia e sexualidade.

A pesquisa observou também que, embora nem todas tenham sido diagnosticadas durante o período gravídico puerperal, é neste momento que os serviços de saúde compõem suas histórias, confirmando a hipótese de que o acesso delas está pautado neste período.

Esta conclusão não deve ser vista como algo desanimador; ao contrário, deve servir de mote para que se caminhe na garantia da atenção à saúde integral da mulher.

Por fim, a pesquisa aponta a necessidade de problematizar as respostas ao processo de saúde-doença a mulheres com HIV-Aids numa perspectiva integral e interseccional, recuperando as dimensões de gênero, sexualidade, raça e classe que configuram situações complexas e que estão para além da perspectiva de fracasso na “adesão ao tratamento” comumente percebidas no cotidiano dos serviços.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. M. T. de. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, Mione. CASTRO, Maurílio.

LEAL, Cristina (Orgs). Política Social, Família e Juventude: Uma questão de direitos. São Paulo: Editora Cortez, 2004. p.62-77.

ALMEIDA, C.C.L. Feminismos e Saúde. Faculdade de Serviço Social. UERJ. Rio de Janeiro.2016. mimeo.

ALMEIDA, C.C.L. Gênero e Saúde: o que o corpo deixa ver? In: LOLE, Ana E.; DELFINO, Kamila (orgs.) Gênero e Aborto - Aportes para uma interlocução necessária com o Serviço Social. Rio de Janeiro : Letra Capital, 2018. p.51-59.

ALMEIDA, M.S. Saúde da população negra e equidade no Sistema Único de Saúde. In: OLIVEIRA, Marco José. D. et.alii (orgs.) Política de Saúde Hoje: interfaces & desafios no trabalho dos assistentes sociais.. 1ª ed. – Campinas, SP: Editora Papel Social, 2014. p. 271-294.

AYRES, J.R. JUNIOR, I.F. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (orgs) Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidade e Poder.. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo. Editora 34, 1999. p. 49-72.

AVILA, MB; CORREA S. Direitos Sexuais e Reprodutivos - Pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (org.). Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. p.17-78.

BARATA, R.B. Como e Por Que as Desigualdades Sociais fazem mal a Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARBOSA, R.M. Um olhar de gênero sobre a pandemia da AIDS. In: BERQUÓ, Elza (org.) Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil.. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. p..339-383.

BASTOS, F.I. AIDS na terceira década. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. S65-S76, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de julho de 2018.

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

BERQUO, Elza; GARCIA, Sandra; LIMA, Liliam. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 46, n. 4, p. 685-693, Agosto, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 de Outubro de 2018.

BIROLI, F. *Gênero e Desigualdades: Limites da democracia no Brasil*. São Paulo. Editora Boitempo. 2018.

BOZON, M. Amor Sexualidade e Relações Sociais de Sexo na França Contemporânea. *Revista Estudos Feministas, Florianópolis*, v. 3, n. 1, p. 122, jan. 1995. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16925>>. Acesso em: 20 de abril de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para uma ação programática, 1983.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Manual de bolso. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Manuais 80. Brasília - DF 2007.

_____. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS, 2006.

_____. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. *Conjugalidade e Prevenção*. Série: Prevenção às DST/AIDS. 2010

_____. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: Manual Técnico*. Secretaria de Políticas, Área Técnica de Saúde da Mulher – Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas estratégicas. – Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Lei Orgânica da Saúde: Lei 8.080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Lei Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>.

BOURDIEU, P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004.

BUTLER J, Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo". In: LOURO, GL (org) O Corpo Educado. Pedagogias da Sexualidade.. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2000.

_____. Problemas de Gênero: Feminismo e Subversão da Identidade. 10ª ed. Rio de Janeiro. Editora Civilização Brasileira, 2016.

CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. 2011. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/375003/mod_resource/content/0/Carneiro_F>

eminismo%20negro.pdf >. Acesso em 30 de dezembro de 2017.

CARUSO, I.A. Introdução: definição do problema / organização do ensaio. In. A separação dos amantes: uma fenomenologia da morte. São Paulo: Editora Cortez, 1989, p. 11-22.

CARVALHAES, Flávia Fernandes de; TEIXEIRA FILHO, Fernando Silva. Histórias de vida de mulheres HIV+ ativistas: mudanças e permanências. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 377-398, Agosto, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de Agosto de 2017.

CONSELHO Federal de Medicina. Código de Ética Médico. Brasília: CFM, 2009.

CONSELHO Federal de Serviço Social. Código de ética do assistente social. Brasília: CFESS, 2011.

_____. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010.

CORREA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. Physis, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311996000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de Agosto de 2017.

CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. ESTUDOS FEMINISTAS 171 1/2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>> Acesso em 20 de abril de 2018.

CRUZ, N. O Trabalho de Campo como Descrição e Criação. In: MINAYO, M. C. S. (org.) Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1993. pp.51-66.

DAVIS, A. Mulheres, "raça" e classe. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DAVIS, B.M. Falando da perda: hoje estou mal, espero que você entenda. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WRITE, E. (orgs.) O livro da Saúde das Mulheres Negras. Nossos passos vêm de longe. 2.ed. Rio de Janeiro: Pallas / Criola, 2006.p. 103-110.

FARIAS, RJ; OLIVEIRA, AC. Significados Sócio-históricos do aborto e a efetivação dos serviços de acesso ao aborto legal no Brasil. In: LOLE, Ana E.; DELFINO, Kamila (orgs.) Gênero e Aborto - Aportes para uma interlocução necessária com o Serviço Social. Rio de Janeiro : Letra Capital, 2018. p.106-127.

FONSECA, C. Ser mãe, mulher e pobre. In. DEL PRIORE, M. (org.) & BASSANEZI, C. História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto/Ed. UNESP, 1997.

FREIRE, M.M.L.F. Mulheres, mães e médicos: Discurso Maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

_____. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, suplemento, p.153-171, jun. 2008.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 9-20, 2010.

GONÇALVES, Erli Helena; VARANDAS, Renata. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 229-235, Mar. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de Setembro de 2018.

GONÇALVES, R. Introdução: o pionerismo de a mulher na sociedade de classes. In. SAFFIOTI, H. A mulher na Sociedade de Classes - Mito e Realidade. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2013. p. 11-26.

GUIMARÃES, C.D. Aids no Feminino. Por que a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. 2001.

HAAG, C. Famílias Encolhidas: Brasil em transição demográfica. Pesquisa FAPESP, 2012. Disponível em <http://revistapesquisa.fapesp.br/2012/02/27/brasil-em-transi%C3%A7%C3%A3o-demogr%C3%A1fica/?cat=humanidades>. Acesso em 10 de Outubro de 2018.

HIRATA, H. Gênero, classe e "raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais". Tempo Social - Revista de Sociologia da USP, v. 26, n. 1, junho 2014, pp. 61-73.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Cadernos de Pesquisa, v.37, n.132, p.595-609, set./dez. 2007.

IAMAMOTO, M.V. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2000.

KNAUTH, D.R. Subjetividade Feminina e Soropositividade. In: BARBOSA, R.M. ; PARKER, R. (orgs) Sexualidades pelo Averso - Direitos, Identidade e Poder.. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 121-136.

KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. Novos estudos- CEBRAP, São Paulo, n. 86, p. 93-103, Mar. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-3302010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de abril de 2018.

LEMOS. R.O. A face negra do feminismo: problemas e prespectivas. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WRITE, E. (orgs.) O livro da Saúde das Mulheres Negras. Nossos passos vêm de longe. 2.ed. Rio de Janeiro: Pallas / Criola, 2006.p. 137-143.

LIMA, A.C.C. Criminalização do aborto como violação dos direitos humanos das mulheres. In: LOLE, Ana E.; DELFINO, Kamila (orgs). Gênero e Aborto - Aportes para uma interlocução necessária com o Serviço Social. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2018.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Revista katálysis, Florianópolis, v. 10, n. especial, p. 37-45, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de agosto de 2017.

LISBOA, Teresa K.; MANFRINI, Daniele B. Gênero, Cuidado e Trajetórias de Vida de Mulheres. In: LISBOA, Teresa K.; ZUCCO, Luciana; SENNA, Mônica; LIMA, Ana Beatriz; FREITAS, Rita de C. S. (orgs.) Estudos Interdisciplinares sobre Gênero, Família e Saúde. Tubarão/SC, Copiart, 2017. p.99-120.

LEAL, A.F. Práticas Sociais no Contexto da Conjugalidade. In: HEILBORN, M. L. et alii (orgs.) Sexualidade, família e ethos religiosos. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2005. p.61 - 86.

LOURO, G. L. Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

MARQUES, M.B. Discursos Médicos sobre seres frágeis. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

MARX, K. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, M. C. S. O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/ABRASCO, 1992.

MONTEIRO, S. Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

NETTO J. P. Introdução ao método da teoria social. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009. p. 667 – 700.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, supl. 1; Rio de Janeiro, 1998.

PISCITELLI, A. (2008). Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. Sociedade e Cultura, 11(2), pp.263-274, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70311249015>. Acesso em 18 de Março de 2018.

RIBEIRO, D. O que é lugar de fala? Belo Horizonte: Editora Letramento: Justificando, 2017.

ROHDEN, F. A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

REIS, V. Mulheres: Pelo direito de decidir. A prática do feminismo no debate sobre o aborto legal. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WRITE, E. (orgs.) O livro da Saúde das Mulheres Negras. Nossos passos vêm de longe. 2.ed. Rio de Janeiro: Pallas / Criola, 2006.p. 137-143.

ROLAND, E. Eu fiz aborto: aborto e clandestinidade. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WRITE, E. (orgs.) O livro da Saúde das Mulheres Negras. Nossos passos vêm de longe. 2.ed. Rio de Janeiro: Pallas / Criola, 2006.p. 130-136.

SAFIOTTI, H. A mulher na sociedade de Classes. Mito e Realidades. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2013.

_____. Gênero, Patriarcado e Violência. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2015.

SANTOS, N. JS et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 4, supl. p. 12-23, Agosto 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de agosto de 2017.

SCAVONE, L. Dar a vida e cuidar da vida. Feminismo e Ciências Sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCHWEBEL, D..F. Movimentos Feministas. In: HIRATA, H. et alii (orgs). Dicionário Crítico do Feminismo. São Paulo: Editora UNESP. 2009, p.144-148.

SCOTT, J.W. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2,jul./dez. 1995.

SERRUYA, S. J; CECATTI, J. G; LAGO, T.D.G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5): 1281 -1289, set - out, 2004.

SOBRINHO, D. Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos: FNUAP, 1993.

SOUZA, V.C. A Prevalência de Miomas Uterinos em Mulheres Negras: as dificuldades e avanços na coleta e análise dos dados com recorte racial. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WRITE, E. (orgs.) O livro da Saúde das Mulheres Negras. Nossos passos vêm de longe. 2.ed. Rio de Janeiro: Pallas / Criola, 2006.p. 88-94.

TERTO JÚNIOR, V. Soropositividade e políticas de identidade no Brasil. In: BARBOSA, R.M. ; PARKER, R. (orgs) Sexualidades pelo Averso - Direitos, Identidade e Poder.. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 99-120.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. Da dúvida ao problema. In: Como fazer teses em Saúde Pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2002, p.31-45.

_____. Do problema ao projeto. In: Como fazer teses em Saúde Pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2002, p. 47-81.

TRAT, J. Movimentos Sociais. In: HIRATA, H. et alii (orgs) Dicionário Crítico do Feminismo.. São Paulo: Editora UNESP. 2009, p.149-154.

WERNECK , I. Rezadeira e Curandeira. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WRITE, E. (orgs.) O livro da Saúde das Mulheres Negras. Nossos passos vêm de longe. 2.ed. Rio de Janeiro: Pallas / Criola, 2006, p.218-220.

YAZBECK, M.C. Os fundamentos do serviço social na contemporaneidade. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 4. Brasília: UnB, 2000. p.19-34.

VIEIRA, E.M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2015

VILLELA, Wilza Vieira; MONTEIRO, Simone. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. Epidemiologia, Serviços e Saúde, v.24, n.3, p.531-540, jul-set 2015.

XAVIER, Dulcinéia; ÁVILA, Maria Bethânia; CORREA, Sonia. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, Maria Eliana (org.). Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1989.

APÊNDICE A : Roteiro de entrevistas

| |
|------------------------------|
| ROTEIRO DE ENTREVISTA |
|------------------------------|

NOME:

IDADE:

COR/RAÇA:

ESTADO CIVIL:

IDADE GESTACIONAL:

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

HISTÓRICO GESTACIONAL:

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

| NOME | PARENTESCO | IDADE | ESCOLARIDADE | ATIVIDADE | RENDA |
|------|------------|-------|--------------|-----------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

SOBRE A GESTAÇÃO:

1 - COMO DESCOBRIU A GESTAÇÃO?

2 - A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA? POR QUEM? (ELA, O COMPANHEIRO OU AMBOS)

3 – USO DE MÉTODO PREVENTIVO/CONTRACEPTIVO? QUAL? COMO INICIOU O USO DESTE MÉTODO (CONTA PRÓPRIA, ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL OU OUTRAS FORMAS)

4 - FEZ ACOMPANHAMENTO DE PRÉ NATAL?

5 - ONDE? HOUVE DIFICULDADE? QUAL? COMO ERA CHEGAR AO SERVIÇO?

SOBRE A EXPERIÊNCIA DO HIV:

1 – COMO SOUBE QUE TEVE HIV? (QUANDO E COMO RECEBEU O DIAGNÓSTICO? DE QUEM RECEBEU?)

2 – O QUE SIGNIFICA TER HIV?

3 – COMO VOCÊ RELACIONA O HIV E A MATERNIDADE?

4 – ALGUÉM SABE? (RELAÇÕES SOCIAIS, AFETIVAS E SEXUAIS PÓS HIV)

5 – O QUE SABE SOBRE O HIV?

6 – VOCÊ ACREDITA QUE AINDA EXISTE PRECONCEITO EM TORNO DA DOENÇA? VOCÊ JÁ SE SENTIU DISCRIMINADA?

7 – FAZ ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DEVIDO AO HIV? CASO AFIRMATIVO, EM QUE MOMENTO INICIOU? O QUE FACILITOU OU DIFICULTOU O ACESSO AO SERVIÇO, MEDICAMENTOS E CONSULTAS?

APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “Mulheres e HIV... Um panorama sobre a trajetória de mulheres com HIV em acompanhamento de saúde no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto.”, cuja pesquisadora responsável é Daniele Raimundo Neves Pessoa, sob a orientação de Carla Cristina Lima de Almeida. O Objetivo Geral desta pesquisa é "Identificar os determinantes sociais na interseccionalidade de gênero, sexualidade, classe social, raça, sexualidade, dentre outros que interferem no processo saúde/doença de mulheres gestantes/puérperas com HIV que acessam o Hospital Universitário Pedro Ernesto para acompanhamento no ambulatório de pré natal ou parto". Os Objetivos Específicos são: Questionar a percepção das mulheres participantes da pesquisa sobre a organização dos serviços e como acontece seu acesso para acompanhamento de saúde; Identificar em que momento essas mulheres tiveram acesso ao diagnóstico de sua soropositividade para o HIV e aos tratamentos preconizados; Analisar como a questão de classe social/ raça/etnia impacta ou não na história de vida das mulheres e na trajetória de acesso aos serviços; Verificar de que modo as questões de gênero e sexualidade perpassam e são negociadas em seu cotidiano; Interpretar a compreensão sobre o processo de saúde-doença em HIV-Aids no contexto da maternidade; Observar sua compreensão sobre os direitos sexuais e reprodutivos.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário. Suas respostas serão tratadas de forma anônima, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome, em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por uma letra do alfabeto Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em um trabalho de conclusão de curso.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição onde você está sendo atendida.

Você não terá ônus nem quaisquer compensações financeiras. Saiba que toda pesquisa possui riscos maiores e menores, de acordo com o objeto do estudo. Mas tomaremos todo o cuidado para não trazer constrangimento em falar sobre o assunto. Caso se sinta constrangido ou desconfortável durante o preenchimento do questionário, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não continuar a preenchê-lo.

Consentimento

Declaro que fui suficientemente informada sobre o estudo acima citado; que ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos sobre o andamento do estudo; que minha participação é isenta de despesas e de compensações financeiras. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com a pesquisadora responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu e a pesquisadora responsável deveremos assinar o TCLE.

Caso tenha alguma consideração ou dúvida, entre em contato com a pesquisadora Daniele Raimundo Neves Pessoa, mestranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Serviço Social da UERJ e Assistente Social do HUPE (UERJ), cel: (21) 98831-9218, e-mail: danielernp@hotmail.com, ou com o Comitê Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), situado no HUPE/UERJ, Tel: 21 2868-8253 e e-mail: cep-hupe@uerj.br.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2018.

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome e assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO A - Tabela 1 - Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico

| Casos de AIDS | 1980-2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total |
|--------------------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Total | 387.838 | 37.842 | 37.158 | 38.228 | 40.557 | 40.426 | 39.966 | 41.926 | 41.530 | 42.457 | 41.279 | 39.860 | 38.090 | 15.653 | 882.810 |
| Homens | 263.157 | 22.454 | 22.114 | 22.983 | 24.378 | 24.597 | 24.894 | 26.432 | 26.417 | 27.545 | 27.237 | 27.015 | 26.077 | 10.945 | 576.245 |
| Mulheres | 124.667 | 15.387 | 15.044 | 15.243 | 16.171 | 15.825 | 15.072 | 15.490 | 15.111 | 14.904 | 14.032 | 12.836 | 11.990 | 4.672 | 306.444 |
| Menores de 5 anos | 10.603 | 797 | 654 | 600 | 603 | 559 | 553 | 473 | 474 | 430 | 412 | 346 | 349 | 125 | 16.978 |
| Entre 15 e 24 anos | 45.617 | 3.339 | 3.244 | 3.315 | 3.593 | 3.744 | 3.794 | 4.258 | 4.636 | 4.845 | 4.904 | 4.978 | 4.712 | 2.151 | 97.130 |

Notas: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2017, SISCEL de 2000 a junho/2017 e SIM de 2000 a 2016; (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais.

ANEXO B - Tabela 2 - Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico

| Taxa de detecção | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Geral | 20,5 | 19,9 | 20,2 | 21,4 | 21,1 | 21 | 21,8 | 21,4 | 21,1 | 20,4 | 19,5 | 18,5 |
| Homens | 24,5 | 23,8 | 24,5 | 25,7 | 25,7 | 25,7 | 27,1 | 26,8 | 27,7 | 27,2 | 26,8 | 25,8 |
| Mulheres | 16,5 | 15,9 | 15,9 | 16,7 | 16,2 | 15,3 | 15,5 | 15 | 14,7 | 13,7 | 12,4 | 11,6 |
| Menores de 5 anos | 4,7 | 3,9 | 3,6 | 3,7 | 3,5 | 3,5 | 3 | 3,1 | 2,8 | 2,8 | 2,3 | 2,4 |
| Entre 15 e 24 anos | 9,4 | 9,2 | 9,4 | 10,3 | 10,8 | 11 | 12,4 | 13,5 | 14,1 | 14,3 | 14,6 | 13,8 |

Notas: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2017, SISCEL de 2000 a junho/2017 e SIM de 2000 a 2016; (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais.

ANEXO C - Tabela 3 - Gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto

| | 2000 - 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total | |
|-------------------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| HIV em gestantes | 22.164 | 6.120 | 6.188 | 6.665 | 6.261 | 6.423 | 6.000 | 6.558 | 7.022 | 7.073 | 7.701 | 7.881 | 7.823 | 4.255 | 108.134 |
| Taxa de detecção em gestantes | - | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | - | - |

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2017; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos; (3) Utilizados nascidos vivos no ano de 2013 para o cálculo da taxa de 2014.

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais.

ANEXO D - Tabela 4 - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo raça/cor, por ano de diagnóstico

| Co r ou Ra ça | 1980- 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total |
|---------------------------|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|---------|
| Bra nc a | 63.008 | 12.680 | 12.431 | 12.456 | 13.157 | 13.063 | 13.261 | 13.676 | 13.258 | 12.551 | 11.194 | 10.054 | 8.542 | 3.115 | 212.446 |
| Pre ta | 12.252 | 2.878 | 2.691 | 2.866 | 2.947 | 2.926 | 2.948 | 3.002 | 2.988 | 2.938 | 2.713 | 2.490 | 2.346 | 882 | 46.867 |
| Am are la | 647 | 177 | 149 | 167 | 121 | 132 | 132 | 145 | 147 | 121 | 110 | 95 | 85 | 30 | 2.258 |
| Par da | 30.229 | 7.839 | 7.738 | 8.523 | 9.279 | 9.962 | 10.521 | 11.095 | 11.836 | 12.502 | 11.850 | 10.458 | 9.248 | 3.558 | 154.638 |
| Indi ge na | 243 | 44 | 55 | 91 | 68 | 78 | 102 | 90 | 103 | 88 | 72 | 68 | 72 | 28 | 1.202 |
| Ign ora da | 243532 | 2.802 | 2.597 | 2.479 | 2.506 | 2.564 | 2.316 | 2.452 | 2.133 | 2.221 | 1.899 | 1.482 | 1.295 | 418 | 270.696 |

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2017; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais.

ANEXO E - Tabela 5 - Distribuição percentual dos casos de AIDS notificados no SINAN, segundo raça/cor, por ano de diagnóstico

| Cor ou Raça | 1980-2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total |
|-------------|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Branca | 18 | 48 | 48,4 | 46,9 | 46,9 | 45,5 | 45,3 | 44,9 | 43,5 | 41,3 | 40,2 | 40,8 | 39,6 | 38,8 | 30,9 |
| Preta | 3,5 | 10,9 | 10,5 | 10,8 | 10,5 | 10,2 | 10,1 | 9,9 | 9,8 | 9,7 | 9,7 | 10,1 | 10,9 | 11 | 6,8 |
| Amarela | 0,2 | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,4 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,3 |
| Parda | 8,6 | 29,7 | 30,2 | 32,1 | 33 | 34,7 | 35,9 | 36,4 | 38,9 | 41,1 | 42,6 | 42,4 | 42,8 | 44,3 | 22,5 |
| Indígena | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,2 |
| Ignorada | 69,6 | 10,6 | 10,1 | 9,3 | 8,9 | 8,9 | 7,9 | 8 | 7 | 7,3 | 6,8 | 6 | 6 | 5,2 | 39,3 |

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2017; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais.

ANEXO F - Tabela 06 - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo nível de aprendizado adquirido, por ano de diagnóstico

| Escolaridade | 1980-2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total |
|---------------------------|-----------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Analfabeto | 11.729 | 843 | 740 | 529 | 584 | 621 | 669 | 703 | 667 | 657 | 583 | 499 | 450 | 165 | 19.439 |
| Fundamental incompleto | 162.254 | 11.014 | 10.318 | 9.714 | 9.800 | 9.490 | 9.186 | 9.299 | 9.163 | 8.807 | 7.824 | 6.725 | 5.629 | 1.988 | 271.211 |
| Fundamental completo | 57.713 | 5.487 | 5.354 | 4.781 | 4.903 | 4.781 | 4.802 | 4.753 | 4.769 | 4.776 | 4.255 | 3.711 | 3.300 | 1.226 | 114.611 |
| Médio completo | 3.008 | 852 | 1.275 | 3.476 | 4.252 | 4.695 | 5.178 | 5.648 | 6.295 | 6.655 | 6.443 | 5.778 | 5.183 | 1.973 | 60.711 |
| Superior completo | 27.609 | 2.210 | 1.943 | 1.213 | 1.353 | 1.560 | 1.706 | 1.954 | 2.138 | 2.171 | 2.078 | 1.985 | 1.733 | 672 | 50.325 |
| Ignorado ou não se aplica | 87.598 | 6.014 | 6.031 | 6.869 | 7.186 | 7.578 | 7.739 | 8.103 | 7.433 | 7.355 | 6.655 | 5.949 | 5.293 | 2.007 | 171.810 |

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2017; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais.