

**CAROLINA BOCCHI MAIA**

**O SIGNIFICADO DA AIDS NA VIDA DE MULHERES  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DO INDIZÍVEL À REALIDADE**

**Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do grau Mestre ao Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem, Área  
de Concentração: Prática Profissional de  
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da  
Universidade Federal do Paraná.**

**Orientadora:**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Centa**

**CURITIBA**

**2004**

Maia, Carolina Bocchi

O significado da aids na vida das mulheres profissionais de saúde: do indizível à realidade / Carolina Bocchi Maia. – 2004.

95f. : il.

Inclui bibliografia

Orientadora: Maria de Lourdes Centa

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação de Enfermagem.

1. Aids. 2. Mulheres 3. Profissionais da saúde. I. Centa, Maria de Lourdes. II. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação de Enfermagem. III. Título.

CDD 20. ed. 616.9792

## TERMO DE APROVAÇÃO

**CAROLINA BOCCHI MAIA**

### **O SIGNIFICADO DA AIDS NA VIDA DE MULHERES PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DO INDIZÍVEL À REALIDADE**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau Mestre - Área de Concentração - Prática Profissional de Enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Profª Drª Maria de Lourdes Centa  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná



Prof. Dr. Mario Sérgio Michaliszyn  
Membro Titular: Centro Universitário Positivo



Profª Marieta Fernandes Santos  
Membro Titular: Centro Universitário de Maringá

Curitiba, 14 de dezembro de 2004

*Para as minhas queridas: mãe e tia Ilka e para o  
meu pai (in memoriam), que não mediram  
esforços para que eu chegasse até aqui.*

## AGRADECIMENTOS

- ✂ A Deus pela sua infinita bondade e misericórdia, pelo seu amor e atenção demonstrados em cada detalhe da minha vida.
- ✂ Aos meus filhos, Marcela e Gustavo, que são meus tesouros e fontes de inspiração.
- ✂ Ao meu amado Rosendo pela sua presença e apoio incondicional me brindando com momentos muito felizes.
- ✂ À minha querida orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Centa, que caminhou comigo, lado a lado, me ensinou muito e me encorajou a perseverar neste estudo, a despeito das minhas limitações. Obrigada pelo seu jeito especial de cuidar de mim.
- ✂ À minha família, em especial irmãos e sobrinhos, pela cobertura à distância.
- ✂ À Primeira Igreja Batista de Curitiba (PIB), local de refúgio especial e acolhedor.
- ✂ Às minhas amigas “novas e velhas”, obrigada pelas suas dicas, broncas, companhias e, acima de tudo, por curtirem esta vitória da minha vida.
- ✂ Aos queridos alunos e alunas, vocês são especiais. Obrigada por conhecê-los e por poder compartilhar e aprender com a convivência.
- ✂ Aos atores deste estudo, obrigada pela disponibilidade e pelos momentos de interação, indispensáveis a sua construção.
- ✂ Às colegas da primeira turma de mestrado da UFPR. Nestes dois anos de curso, a convivência foi muito gostosa e com muita maturidade.
- ✂ Ao Smolka, Sheila, Gabriela e Marquinhos, muito obrigado pelo carinho e auxílio na preparação logística.
- ✂ À Eliana, Rose Marie e Morgana, vocês foram muito além. Obrigada por sentirem as minhas dores e me acolherem quando precisei.
- ✂ À Universidade Federal do Paraná, e em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que, por intermédio da qualidade e dedicação do seu corpo docente e da equipe administrativa, me proporcionaram ensinamentos e contribuições valiosas na efetivação deste sonho de me tornar mestre.

*Há doenças piores que as doenças,  
Há dores que não doem, nem na alma  
Mas que são dolorosas mais que as outras.  
Há angústias sonhadas mais reais  
Que as que a vida nos traz.  
Há sensações sentidas só com imaginá-las  
Que são mais nossas, do que a própria vida.  
Há tanta coisa que, sem existir, existe;  
Existe demoradamente,  
E demoradamente é nossa e nós...*

(Fernando Pessoa, 1935)

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	vii
<b>RESUMO</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1 APRESENTANDO A JUSTIFICATIVA DO ESTUDO .....	3
1.2 OBJETIVO .....	11
<b>2 REVISANDO A LITERATURA</b> .....	12
2.1 A MULHER E O CONTEXTO FAMILIAR .....	12
2.2 A EPIDEMIA DA AIDS E SUA RELAÇÃO COM A MULHER .....	21
<b>3 DESCREVENDO OS REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS</b> .....	30
3.1 FUNDAMENTANDO TEORICAMENTE O ESTUDO: O INTERACIONISMO SIMBÓLICO .....	30
3.2 OPTANDO PELA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS .....	36
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	40
4.1 CARACTERIZANDO A AMOSTRA TEÓRICA E O LOCAL DE ESTUDO .....	40
4.2 OBEDECENDO AOS ASPECTOS ÉTICOS .....	42
4.3 COLETANDO E ANALISANDO OS DADOS .....	43
4.4 APRESENTANDO E DISCUTINDO OS DADOS .....	44
4.4.1 Codificando .....	44
4.4.2 Categorizando .....	45
4.4.3 Construindo a Categoria Central .....	47
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	79
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	87
<b>APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	93

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CDC	- Center for disease control
CN-DST/AIDS	- Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IS	- Interacionismo Simbólico
ONG	- Organização Não Governamental
TFD	- Teoria Fundamentada nos Dados
UNAIDS	- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS



## RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender o significado da AIDS na vida das mulheres profissionais de saúde. Emergiu da minha inquietação como mulher e enfermeira que, há quinze anos, busca encontrar respostas e alternativas de prevenção para enfrentar o crescimento dos casos de AIDS em mulheres. Para o seu desenvolvimento optei pela realização de uma pesquisa com abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados. A amostragem teórica foi composta de oito mulheres profissionais de saúde, com vida sexual ativa e parceria estável, por período igual ou superior a seis meses, inseridas em diferentes locais do mercado formal de trabalho, tanto do setor público, quanto do privado, na cidade de Curitiba. A partir da análise e discussão dos dados obtidos, foi possível construir as seguintes categorias: **aprendizagem sobre sexualidade; praticando a sexualidade; protegendo-se da AIDS e refletindo sobre a representação da AIDS**, de onde se estabeleceu como categoria central O SIGNIFICADO DA AIDS NA VIDA DE MULHERES PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DO INDIZÍVEL A REALIDADE. O conteúdo neste estudo evidenciou de maneira análoga às demais mulheres, a forte herança cultural influenciando as suas vidas a ponto de lhes conferirem certa imunidade ideológica contra esta doença. Além disso, apesar dos atores possuírem conhecimento sobre a epidemia, em relação aos dados epidemiológicos atuais que apontam para o crescimento da AIDS em mulheres com parceria estável, elas não se sentem vulneráveis e tão pouco adotam medidas de autoproteção frente ao HIV nas suas vidas.

**Palavras-chave:** AIDS, mulheres, profissionais de saúde.

## ABSTRACT

This study has the objective of understanding the meaning of AIDS in the life of women health professionals. It resulted from my uneasiness as woman and a nurse who, for fifteen years now, has been searching for answers and prevention alternatives to face the increase of AIDS cases in women. In developing it, I have opted for a research using the qualitative approach having as theoretical reference the Symbolic Interactionism and as methodological reference the Grounded Theory. The theoretical sampling was composed of eight health professionals who have had active sexual life and a stable companion for a period equal or superior to six months and who are in different standings of the formal labour market, both in the private and public sectors, in the city of Curitiba. Based on the analysis and discussion of data obtained it is possible to establish the following categories: **learning about sexuality; practicing one's sexuality; protecting oneself from AIDS and reflecting on the representation of AIDS** from which the central category was chosen as being THE MEANING OF AIDS IN THE LIVES OF WOMEN HEALTH PROFESSIONALS, FROM THE UNMENTIONABLE TO REALITY. The content of this study makes it evident that other women have a similar cultural heritage influencing their lives to the point of their believing that they have an ideological immunity to the disease. Moreover, participants don't feel vulnerable to the AIDS epidemic and do not adopt methods of self-protection against the HIV in their private lives, despite being aware of the epidemiological data available to them, which point to an increase of AIDS Cases in women with stable companions.

**Key words:** AIDS, woman, health professionals.

## 1 INTRODUÇÃO

*Diante do real, aquilo que se acredita saber ofusca o que se deveria saber. Diante da cultura científica, o espírito jamais é jovem. Ele é até bem velho, pois tem a idade de seus preconceitos.*

(Bachelard)

O homem se depara durante a sua vida com questões distintas e conflitantes, observadas, de um lado, pelas constantes descobertas e inovações tecnológicas e, de outro, pelas dificuldades para superar e adequar estas conquistas em benefício próprio.

E eis que, de repente, surge um vírus, o da imunodeficiência humana (HIV), que se esconde nas células que definem, articulam e constroem o sistema imunitário e, ao se instalar nesse sistema, faz com que a pessoa fique suscetível a ataques externos. Sob vários aspectos, ele tem sido apontado como o principal responsável pelo desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e apareceu de forma silenciosa, rápida e fulminante, causando muita desordem e sofrimento.

A epidemia da AIDS, presente em nosso meio há pouco mais de 20 anos, traz associados certos conceitos arraigados especialmente em relação à sexualidade e nos confronta com o medo, com o reconhecimento do possível, com a morte. Revela-nos também uma verdade incômoda na qual homens, mulheres e crianças, independentemente de religião, raça, idade ou condição socioeconômica, podem contrair o HIV.

Posteriormente ao seu aparecimento, instalou-se um pânico moral, em função das fantasias e representações em torno da doença, surpreendendo a todos, população, cientistas, profissionais de saúde e governos; expondo a fragilidade dos sistemas de saúde, provocou verdadeira revolução nos saberes, conceitos, crenças e valores, especialmente acerca da sexualidade e da mortalidade. De outro lado, evidenciou a intolerância humana em face do desconhecido, ao mesmo tempo que exigiu a mobilização e organização social para o seu enfrentamento.

Atualmente, os dados epidemiológicos da AIDS apontam que, entre os segmentos mais afetados pela doença no mundo, estão as mulheres. A sua entrada neste cenário é concomitante ao rompimento da idéia de “grupo de risco”, que recortava segmentos sociais, produzindo efeitos de isolamento e de discriminação devido à força do preconceito sobre eles (BASTOS, 2000; VILLELA e DINIZ, 1998).

O surpreendente ingresso das mulheres nas estatísticas oficiais ultrapassou as fronteiras e impôs um repensar nas práticas preventivas, sobretudo porque, a partir de uma perspectiva histórica, onde elas têm assumido como função social e mesmo como condição de existência, atividades relacionadas aos encargos domésticos, aos cuidados com a saúde e à educação dos filhos, a AIDS penetrou em vários aspectos das suas vidas, produzindo graves reflexos no convívio comunitário, incluindo os locais de trabalho.

Os dados disponíveis em literatura, no que se refere à epidemia de AIDS, reforçam a idéia de que determinados segmentos de mulheres ainda se julgam imunes à doença, permanecendo presente o desafio de estabelecer estratégias capazes de transpor barreiras de negação, que imobilizam para a adoção de medidas eficazes de prevenção.

Neste sentido, com base na afirmação de especialistas que consideram que as mulheres com vida sexual ativa, independentemente de possuírem parceiros exclusivos ou não, integram o segmento de maior vulnerabilidade de contrair o HIV, optei por estudar as profissionais de saúde (VILLELA, 1996; SPINK, 2000). Entendo que, na condição de formadoras de opinião, a quem a população recorre na busca de orientação, estas dispõem de oportunidades para intervir precocemente na vida das clientes que as procuram, auxiliando-as no processo de aceitação de que a AIDS, atualmente, diz respeito a todas as mulheres, mas que, em contrapartida, é possível preveni-la.

## 1.1 APRESENTANDO A JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A minha trajetória profissional foi marcada, especialmente durante quinze anos, pela felicidade de vivenciar uma experiência ímpar como enfermeira do trabalho em empresas de diferentes ramos de atividade econômica, tamanho, porte, faturamento e de abrangência municipal ou regional. Pude atuar, de forma específica nestas funções: assistencial, administrativa, assessoria e educativa, assumindo responsabilidades de acordo com as demandas evidenciadas em cada uma delas.

Durante onze anos, permaneci na mesma empresa, em que, pelo fato de ser a única profissional enfermeira do trabalho pertencente ao quadro funcional me permitiu desenvolver ações em parceria com outros colegas de diversas instituições, ampliando e fortalecendo os contatos e intercâmbios.

Ao mesmo tempo, o convívio diário com os trabalhadores foi muito rico, uma vez que o ambiente de trabalho era composto por uma população heterogênea, que se encontrava em diferentes estágios de envolvimento e comprometimento com temas referentes à sua saúde e qualidade de vida.

Esta diversidade me trouxe à tona inúmeros questionamentos no que se refere à atuação profissional do enfermeiro do trabalho em ações de prevenção, sobretudo porque me foi apresentado um cenário diversificado de problemas de saúde decorrentes do processo produtivo que necessitavam de intervenção.

Paralelamente a esses temas específicos relacionados à saúde ocupacional, deparei-me com a morte do primeiro trabalhador vítima de AIDS, na empresa em que atuava, em 1989. Naquela época, a doença era pouco conhecida; havia grande temor e estigma, especialmente porque ela estava fortemente ligada à morte e restringia-se a determinados “grupos de risco”, incluindo os usuários de drogas injetáveis, prostitutas, hemofílicos e homossexuais masculinos.

A partir de então, iniciei a minha aproximação com a temática no âmbito interno da empresa, cuja ênfase das ações se centrava em aspectos preventivos. Posteriormente, com o passar dos anos, foram delineados os pressupostos que mais

tarde comporiam os alicerces do Programa de Prevenção e Assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/AIDS no Local de Trabalho, em que atuei como coordenadora geral, por dez anos.

Durante o desenvolvimento do Programa, foram acumulados conhecimentos específicos sobre as particularidades da epidemia, principalmente devido à minha participação como membro efetivo da Comissão Estadual de AIDS e da Câmara Técnica de Ética e Cidadania do Paraná, do Comitê Assessor e Consultivo de AIDS no Local de trabalho da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (CN-DST/AIDS). Na época, foram também elaboradas estratégias específicas para abordagem da temática junto aos trabalhadores.

Além disso, pude vivenciar diversas experiências e representações oficiais, tanto nacional quanto internacionalmente, culminando com o reconhecimento profissional recebido da Organização das Nações Unidas para o enfrentamento da AIDS (UNAIDS) no mundo, por meio do convite para integrar o Conselho Empresarial Mundial de Prevenção da AIDS no Local de Trabalho (Global Business Council), que tinha como presidente de honra o excelentíssimo Sr. Nelson Mandela.

Entretanto, durante esta trajetória, observei que a participação efetiva dos enfermeiros em geral e dos enfermeiros do trabalho em particular na discussão deste tema, ocorria de forma muito limitada. Da mesma maneira, esta característica se estendia aos demais profissionais de saúde, uma vez que se faziam presentes aos fóruns específicos para estabelecimento de estratégias para enfrentamento da epidemia, principalmente quando ocupavam cargos públicos ligados à gerência dos serviços que estavam representando.

Posteriormente, em função do crescimento do número de trabalhadores infectados ou doentes e da necessidade de atender suas famílias, ademais da alteração do perfil epidemiológico e a expansão da transmissão do HIV por via heterossexual, afetando de forma desordenada as mulheres, comecei a intensificar o meu interesse pelo estudo das especificidades neste segmento, até então pouco exploradas.

No ano de 1990, em meio ao intenso desenvolvimento das atividades educativas que eram realizadas no interior da Empresa, tive o prazer de conhecer uma pessoa maravilhosa, durante uma reunião realizada na sede da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), localizada em Curitiba.

Era uma mulher com hábitos simples de vida, casada, com diploma universitário e acesso à informação e que dividia o seu tempo entre questões profissionais e familiares.

Repentinamente, em meio ao seu depoimento, fui surpreendida com a revelação pública do fato de ela ser soropositiva para o HIV e de ter sido infectada pelo seu marido, por via sexual, já falecido de AIDS. Passado o impacto inicial, destinei enorme admiração por aquela mulher que, dotada de muita sensibilidade, atingiu-me com a força de suas palavras e com a habilidade de expor as suas idéias a respeito de temas, considerados polêmicos.

Ela demonstrou muita coragem ao sair da clandestinidade, numa época em que as mulheres mal eram contabilizadas nas estatísticas oficiais e se tornou um agente de prevenção, referência para todo o Brasil, defendendo os direitos da pessoa HIV positiva.

Este fato marcou decisivamente o meu engajamento político em face da epidemia da AIDS e exerceu tamanha influência na minha relação com a vida, a ponto de, naquele mesmo ano, aceitar o seu convite para fundar a organização-não-governamental (ONG), denominada Grupo pela Valorização, Integração, Dignidade do Doente de AIDS-PR (Grupo Pela VIDDA), na qualidade de membro do Conselho de Curadores. Nos anos subseqüentes, atuamos em parceria no sentido de convencer os diferentes interlocutores de que as pessoas vivendo com o HIV/AIDS possuíam direitos inalienáveis, como qualquer outro cidadão, independentemente da sua condição sorológica, combatendo, desta forma, toda a sorte de discriminação.

A minha estada junto ao Grupo pela VIDDA-PR foi de muito aprendizado, não somente pelo convívio com a presidenta e outros voluntários soropositivos para o HIV, mas também pela oportunidade de participação em fóruns para formulação ou

implementação das políticas governamentais e a elas me contrapor formalmente por meio de ações judiciais, quando necessário, orientando as pessoas, direta ou indiretamente atingidas pela epidemia a adotar uma postura reivindicante junto aos poderes constituídos.

Por outro lado, em relação às políticas públicas, observa-se que desde 1986, o Programa Brasileiro de Combate a AIDS está em constante evolução. No início, as iniciativas foram dirigidas para a capacitação de especialistas e preparação dos serviços para o atendimento das vítimas da doença, bem como a realização de algumas campanhas junto à população.

A partir da década de 90, a Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Ministério da Saúde do Brasil (CN-DST/AIDS) ampliou suas ações, estimulando a pesquisa e as intervenções em grupos específicos, como meio de estabelecer propostas mais efetivas de prevenção. Foi nesta época também que ocorreu a formalização do setor de articulação com as ONG e o estabelecimento da Rede Nacional de Direitos Humanos em HIV/AIDS.

Vale ressaltar que essa abertura para a sociedade civil não significou, num primeiro momento, a inclusão das mulheres em geral nas categorias de sujeitos e objetos da política brasileira para o combate à AIDS. Apenas as prostitutas foram contempladas e com intervenções limitadas, uma vez que as ações se restringiam à sua segurança no trabalho.

Ao mesmo tempo, as mensagens preventivas dirigidas pela mídia às mulheres, com ênfase em aspectos moralistas e fatalistas, eram inadequadas e distantes daquelas em que a epidemia avançava, ou seja, em jovens, monogâmicas, não usuárias de drogas, apaixonadas, dependentes financeiramente de seus parceiros sexuais e descrentes do próprio risco (VILLELA e DINIZ, 1998).

Estas autoras referem que, somente em 1997, a CN-DST/AIDS e a Coordenação da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, definiram estratégias comuns de integração DST/AIDS e saúde reprodutiva, para obtenção de mútua potenciação.



No que tange às mulheres, percebe-se, portanto que, ao longo desses anos, as ações propostas para o enfrentamento da epidemia se deparam com o desafio de articular a prevenção e a assistência, no sentido de gerar autonomia sexual e reprodutiva, ao mesmo tempo que se necessita agregar à discussão feminista uma crítica social mais ampla.

O fenômeno da AIDS é complexo, sendo determinado ou condicionado por fatores diversos. É ilusão imaginar que somente ações de natureza pública possam dar cabo à magnitude do problema. Diferentes segmentos e atores sociais precisam demonstrar o seu engajamento, com vistas a abrir perspectivas mais animadoras para o futuro, minimizando desta forma, os graves impactos advindos da falta de atuação conjunta.

Há necessidade de estabelecer estratégias de prevenção, com enfoques amplos, trazendo maior abrangência aos modelos explicativos, alargando as matrizes discursivas e buscando formas adequadas para comprometer pessoas que se julgam imunes a AIDS, pois ainda não há espaço tanto para as profissionais em geral, quanto para os profissionais de saúde, se descuidarem da sua capacidade de infecção (AYRES, 2002).

O autor, citado anteriormente, acrescenta que tais estratégias devem ser integradas, compreendendo iniciativas metodologicamente bem delineadas, com suporte técnico e científico, de forma a permitir, em momentos definidos, avaliação epidemiológica. Apresenta ainda quatro lições aprendidas ao longo dos anos com a AIDS: terrorismo não funciona; o risco é um conceito útil, mas limitado; a prevenção não se ensina e nós só podemos constituir nossa identidade a partir do outro.

As práticas de saúde têm sido permeadas pela perspectiva do exercício dos papéis socialmente atribuído às mulheres, ou seja, mãe, esposa e cuidadora, não deixando espaço para a abordagem de problemas concretos, muitas vezes vivenciados por elas como sexo fora do casamento, DST, gravidez indesejada, uso de drogas e AIDS.

Em muitos setores de atenção à saúde, as mulheres são tratadas como se não tivessem sexo e sexualidade, sem haver preocupação com o impacto da doença sobre suas vidas; não se prioriza o aconselhamento ou a pesquisa de meios contraceptivos; tampouco se faz algum investimento tecnológico para orientar as mulheres soropositivas que desejem engravidar (VILLELA e DINIZ, 1998).

Estudo referente ao comportamento sexual dos brasileiros, representando um universo de 60 milhões de pessoas, apontou que as relações estáveis são mais freqüentes entre as mulheres do que entre os homens; porém, em contrapartida, aquelas também são as que menos usam o preservativo. Além disso, de acordo com o referido estudo, a mulher inicia a sua vida sexual mais precocemente e de maneira mais fiel do que o homem (BRASIL, 2000b).

Embora muitas intervenções estejam sendo realizadas no enfrentamento da AIDS e temas afins, ainda existem barreiras, tais como os interesses econômicos, que impedem a adoção de práticas preventivas, a incompreensão social do problema, a falta e certo despreparo de recursos humanos e de materiais adequados para serem utilizados no seu tratamento.

A AIDS também nos coloca, como profissionais, diante da nossa impotência e limitação, no que se refere à possibilidade de participar do processo de cura dessas clientes. É possível apontar que, apesar do arsenal de recursos terapêuticos disponíveis, ainda são fortes o estigma e preconceito que, associados à própria patologia, ao menor acesso à informação e aos meios diagnósticos, a baixa qualidade de atenção e a problemas de adesão ao tratamento, a AIDS faz com que as mulheres evoluam mais rapidamente para a morte, quando comparadas aos homens e represente, desde 1996, a principal causa de óbito na população feminina de 20 a 34 anos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2000).

Ao mesmo tempo, é neste cenário repleto de verdades e incertezas que as profissionais de saúde se inserem, como atrizes coadjuvantes do desenvolvimento de ações que contribuam para reduzir a vulnerabilidade feminina em face do HIV/AIDS, auxiliando-as no reconhecimento dos seus direitos e necessidades, para que possam

adotar posturas seguras em relação à sua saúde e bem-estar; haja vista que a incorporação de práticas preventivas em relação à AIDS depende, principalmente, da percepção da mulher acerca do seu próprio risco.

A compreensão do conceito de vulnerabilidade, por parte dessas profissionais é imperiosa, na medida em que enseja a ampliação e aprofundamento do seu olhar e do seu conhecimento sobre o tema AIDS. Incorporando isto, elas podem planejar ações que diminuam a culpabilidade das clientes à adoção de atitudes mais críticas, retirando a prevenção exclusivamente do nível individual e remetendo-a às complexidades culturais, sociais e política, onde elas se inserem e que dificultam a mudança de postura e conseqüente distanciamento do HIV (FIGUEIREDO, 1998).

As profissionais de saúde têm papel relevante nesta rede de agentes de prevenção da AIDS, sobretudo devido à sua capacitação técnica, aliada ao fato de que uma atuação receptiva, nos diferentes ambientes profissionais, pode influenciar os comportamentos das clientes que buscam auxílio.

Além disso, estabelecem-se vínculos que estreitam a distância entre o silêncio provocado pelo medo, vergonha, preconceito e discriminação, decorrentes da temática, pautados em princípios éticos que levem à emancipação; também podem colaborar com as mulheres na assunção de posturas responsáveis em face da epidemia.

Diante da diversidade de fatores que envolvem o tema AIDS, não basta apenas ter disponibilidade para participar do processo de cuidar/assistir; é igualmente necessário desenvolver espírito crítico constante e de engajamento político para poder estar revendo determinadas normas e papéis que recaem sobre as mulheres e restringem suas vidas de forma injustificada e inaceitável.

Trabalhar na prevenção da AIDS junto à população feminina não é fácil tarefa, pois exige lidar com muitos fatores ligados à sua intimidade e privacidade, incluindo a perspectiva de morte em mulheres jovens, com diferentes estilos de vida. Há também um componente forte de culpa e arrependimento, ao mesmo tempo que traz certa cumplicidade e identificação, pois as histórias de vida dessas mulheres,

por vezes, são muito semelhantes às das profissionais de saúde, por envolverem relações de gênero e poder, relacionadas fortemente ao exercício da sexualidade.

Além disso, as profissionais de saúde que trabalham com a vulnerabilidade feminina, no contexto da AIDS, precisam lidar com a maneira como a sexualidade vem sendo construída em nossa sociedade. Isso, segundo Spink (2000), implica refletir sobre a própria sexualidade e como são vivenciadas as relações de gênero, confrontando, desta forma, as suas práticas, seus preconceitos e sua herança cultural.

Ela menciona ainda que a mulher deve perguntar-se que versões de feminino considera aceitáveis, por meio de conversas informais, de tal forma que consiga ouvir as próprias reações diante de pequenas rupturas de tranquilidade do cotidiano.

Outro aspecto a considerar refere-se ao fato de que a rotina diária das profissionais de saúde, muitas vezes, permite que haja o esquecimento de si, da sua própria vida, incluindo o papel de mulher e o exercício da sexualidade com suas respectivas dúvidas, angústias e desafios em face da AIDS. Esta postura reforça a idéia, presente até mesmo neste segmento esclarecido de mulheres, da construção social da AIDS como doença do “outro” e que provoca uma cegueira para o risco a que estão sujeitas, tornando-as presas fáceis da sua sombra.

Como decorrência deste posicionamento, observo que muitas profissionais de saúde têm adotado dois tipos de abordagens. A primeira, destinada às clientes, as “outras”, e a segunda para si mesmas, incluindo como alternativa a auto-exclusão, motivada, inicialmente, pela negação da sua vulnerabilidade. E neste sentido, me questiono qual seria a diferença entre as mulheres que prestam atendimento e aquelas que são por elas atendidas?

Diante dessa realidade, entendo que as profissões de saúde, incluindo enfermagem, medicina, odontologia, psicologia e serviço social, na sua grande maioria representadas por mulheres, a despeito do conhecimento de que dispõem sobre a temática e de possuírem estilos de vida semelhantes ao perfil de mulheres que hoje estão sendo infectadas pelo HIV/AIDS pelos seus parceiros fixos, por via sexual, não se sentem partícipes desta epidemia e tampouco adotam práticas seguras nas suas vidas.

Entretanto há necessidade imediata de que seja desencadeado um processo interno de revisão e internalização de conceitos que permitam estabelecer estratégias eficazes de prevenção- junto às mulheres de uma maneira geral, sem fazer distinção.

Decorridos quinze anos militando no combate a AIDS, tanto nas esferas pública quanto na privada, pude constatar, após levantamento realizado junto à base de dados LILACS, que os estudos feitos com mulheres se concentraram nas áreas de relações de gênero e poder, prevenção e tratamento para profissionais do sexo, mulheres HIV positivas de baixa renda e pouca escolaridade.

No que se refere ao tema trabalho, a ênfase das publicações está direcionada às medidas de biossegurança, ao risco ocupacional dos profissionais de saúde e aspectos relacionados ao atendimento das mulheres HIV positivas ou doentes de AIDS. Há também diversos estudos sobre transmissão vertical e respectivas formas de prevenção em mulheres de diferentes faixas etárias, estudos pautados pelos dados epidemiológicos.

Além disso, a pouca oferta de literatura produzida no Brasil, que pudesse responder aos meus questionamentos, como mulher e enfermeira, que há anos se vê comprometida com a busca de soluções para minimizar o impacto da AIDS na vida das pessoas, foi elemento decisivo na escolha deste tema *O significado da AIDS na vida das mulheres profissionais de saúde – do indizível a realidade*, como objeto de investigação.

## 1.2 OBJETIVO

Neste sentido, e com base no exposto estabeleci o seguinte objetivo para este estudo que consiste em:

- Compreender as concepções sobre o significado do que a AIDS representa na vida das profissionais de saúde.

## 2 REVISANDO A LITERATURA

*O desejo de ser livre nasce do contraste entre dois móveis irredutíveis: a tendência a perseverar no ser, implícita na herança e a tendência a aumentar o ser, implícita na variação. Uma é o princípio de estabilidade e outra de progresso.*

(José Ingenieros)

### 2.1 A MULHER E O CONTEXTO FAMILIAR

Falar de família no Brasil implica necessariamente remeter-se a uma formulação já clássica sobre o tema, que é a de família patriarcal composta por um núcleo onde figuravam sua mulher e seus filhos, morando sob o mesmo teto. Havia também uma extensão na periferia desse núcleo de vínculos do patriarca com suas concubinas, amantes e filhos ilegítimos (ZAMPIERI, 1996).

Descrita por Freyre (1933), este modelo era reconhecido por fazer prevalecer uma estrutura de relações entre pais e filhos, homem e mulher, branco e negro, e assim por diante.

Segundo Almeida et al. (1987), a família brasileira seria o resultado da transplantação e adaptação da família portuguesa ao nosso ambiente colonial, tendo gerado um modelo com características patriarcais e com tendências conservadoras em sua essência. Esse modelo de estrutura familiar serviu de base para caracterizar a família brasileira como um todo, esquecidas as variações que ocorrem na sua organização, em função do tempo, do espaço e dos diferentes grupos sociais. Em decorrência da utilização do modelo patriarcal, enfatiza-se a autoridade do marido, baseada no poder da força e no direito à violência, e a dependência da mulher, modelo presente desde o período colonial.

O autor refere que, neste período, as mulheres eram tratadas de forma a permanecerem ociosas e recatadas, ou seja, possuíam um estilo de vida restrito ao lar, segregado e com raras oportunidades de aparecer em público. Desta forma,

foram definidos conceitos de feminilidade, em que a mulher é sujeita à dominação absoluta, e de masculinidade, relacionados à superioridade do homem.

Menciona ainda que, ao longo dos anos, houve divergências no ideal de castidade e submissão da mulher, mostrando que na prática os valores tradicionais foram afetados ou mesmo burlados, embora no plano legítimo e permeando as relações homem/mulher, a autoridade ainda permanece nas mãos do sexo masculino.

Foi a partir do cristianismo, que se instituiu uma moral diferente que transformou a família patriarcal e impôs ao casal a instituição do casamento, como projeto de salvação da alma. Nessa nova moral, o exercício do sexo torna-se um mal absoluto, apenas tolerável pela necessidade de continuidade da espécie, e a castidade e continência sexual são erigidas como valores. Dirigindo-se naturalmente ao homem, o sexo feminino é implicitamente condenado como mero veículo da satisfação masculina. Além disso, houve uma grande repressão ao corpo, a qualquer tentativa de realizar educação sexual e aos métodos contraceptivos (MARCÍLIO et al., 1993).

Assim, na literatura cristã, encontramos referências de que os homens são convencidos a abandonar o pecado, e se possível, praticar a continência, utilizando-se de suas esposas legítimas, apenas como depositárias de espermatozoides, para cumprir, desta forma, a função natural e indispensável da procriação. O apóstolo Paulo lançou os eixos definidores do comportamento feminino compreendidos pela obediência, passividade e silêncio (ALMEIDA et al., 1987).

Para o autor, a era cristã inaugura e reforça, ao longo de muitos séculos, pela Idade Média adentro, um parâmetro de vida representado pela recusa do prazer. Não beber, não comer, não dar conforto ao corpo seriam os requisitos preparatórios da continência sexual. Nesse mesmo processo, o pecado original de Adão e Eva, antes considerado um pecado de desobediência e curiosidade, se sexualiza e se transforma em pecado da carne.

Mas é na linha aberta pelo Renascimento, culminando no movimento de idéias do Iluminismo, que fermenta outro fenômeno denominado mundanismo, cujas

conseqüências chegaram ao Brasil a partir da vinda da família real, ocorrida em 1808. Ele constituía, ao mesmo tempo, uma moda e um modo de vida que representava uma popularização dos hábitos decadentes da aristocracia, assumidos por setores da burguesia, tornando-se modelos de “modernidade” para as populações urbanas.

Ao contrário do protestantismo, o mundanismo iria atacar a visão da Igreja, justamente aquela relacionada ao prazer imediato e do conhecer pelo prazer, em contraposição à salvação eterna e ao saber revelado pelos dogmas. No mundanismo, a mulher aristocrata assume o prazer sexual quase em igualdade de condições com o homem, aspira ascender aos lugares no mundo da política, das ciências e das artes, “reina” nos salões, nos bailes e em outros lazeres, mas em contrapartida rejeita a maternidade, a amamentação, a criação e a atenção afetiva dos filhos (ALMEIDA et al., 1987).

Tanto a “re-europeização” como o “aburguesamento” eram movimentos impulsionados por idéias que haviam tido origem numa realidade social radicalmente diversa da existente no Brasil, uma vez que não havia nenhuma aristocracia mundana, nenhuma urbanização densa, e muito menos um setor social de peso que pudesse ser denominado burguesia.

Com a chegada do período moderno, por meio da importação de idéias diferentes daquelas praticadas até então, gerou-se um lento processo de assimilação das mudanças para aquilo que era tido, a princípio, como inovador e pudesse evoluir o suficiente para ser incorporado como tradicional.

Além disso, as transformações pelas quais passou a família e a sociedade brasileira consistiram na progressiva conversão do modelo de família patriarcal ao da família moderna, conjugal, vivendo uma nova sociabilidade, integrada à ordem urbana e ao Estado.

A combinação de novas práticas discursivas como instrumento técnico de controle disciplinar, determinou o aparecimento de uma organização caracterizada não mais como coercitiva e primitiva do social, mas do que chamamos de ordem normalizadora. Vista como fruto de contínuas negociações e acordos entre



seus membros, a família, naquele momento, não é organizada a partir de normas dadas. Há ênfase na capacidade de escolhas dos sujeitos individuais da família, obliterando diferenças de poder e desigualdades entre homens e mulheres (CARVALHO et al., 1995).

Parece haver consenso entre os estudiosos dessa temática, incluindo os que acreditam ser algo natural e os que afirmam ser algo mais elaborado, a partir da sociedade, que a família é uma instituição fundamental no processo de socialização da subjetividade. Ela é, de algum modo, construída, elaborada e desenvolvida, variando, muitas vezes, no ponto de partida, porém é considerada uma instituição privilegiada.

Foucault (1999) ressalta que na sociedade há uma série de mecanismos disciplinares, gerando, administrando e controlando os indivíduos. Trata-se de uma sociedade de poder difuso, isto é, em que o poder deixa de ser encarnado por indivíduos ou coisas concretas, e passa a se apresentar de maneira um tanto paradoxal, pois utiliza cada vez mais a própria idéia de opção individual.

Para este autor, é um poder que, de alguma forma, lida com a questão do indivíduo, deixando-o pensar ou sentir que opta e, portanto, é autônomo, ao mesmo tempo que sua autonomia e as condições em que é levado a escolher são, em geral, organizadas por várias modalidades de poder e de disciplina. Embora apresentada essa questão de maneira muito simplificada, é certo que nas sociedades igualitárias se dá a invisibilização de certas formas ostensivas de poder, o deslocamento de seus focos de instâncias visíveis, palpáveis para instâncias relativamente invisíveis.

Segundo Carvalho et al. (1995), no mundo contemporâneo, as mudanças ocorridas na família relacionaram-se com a perda do sentido da tradição. Sob este prisma, o amor, o casamento, a sexualidade e o trabalho antes vividos, a partir de papéis preestabelecidos, passam a ser entendidos como parte de um projeto em que a individualidade conta decisivamente e adquire cada vez maior importância social.

O autor, anteriormente citado, refere que a afirmação da individualidade sintetiza o sentido das mudanças atuais, o que tem implicações evidentes nas relações familiares, fundadas no princípio da reciprocidade e da hierarquia. Este

processo foi impulsionado basicamente pelas mulheres, a partir da possibilidade de controle da reprodução, permitindo a reformulação do seu lugar na esfera privada e sua inserção na esfera pública.

Afirma que a realidade histórica do advento do capitalismo ocidental, que transforma o homem em força de trabalho livre para o mercado, corresponde a uma noção de indivíduo para quem a sociedade existe como espaço de plena realização, visto estarem banidos os entraves de ordem pessoal. Neste sentido, em tese, as oportunidades passam a ser possíveis para todos e todos têm acesso a elas. O indivíduo aparece como valendo por si mesmo e acaba por constituir-se em objeto de saberes específicos, cujas atenções estão voltadas para ele enquanto unidade articuladora de razão, de sentimento, de criação, de sexualidade e de construção de uma imagem de si e dos outros.

A Revolução de 1930 foi um marco significativo no processo de urbanização do Brasil, com o fortalecimento da chamada classe média. Essa evolução de cunho socioeconômico foi acompanhada por uma mudança nos comportamentos e na mentalidade desse grupo social emergente e cada vez mais receptivo as idéias vigentes da Europa e Estados Unidos da América do Norte (MARCÍLIO et al., 1993).

O autor menciona ainda que o desenvolvimento progressivo da vida urbana provocou o enfraquecimento da família patriarcal originária no mundo rural e também diminuiu o sentido de dependência da mulher com relação ao marido. Esta passou a exercer atividades fora do lar, iniciando um processo de tomada de consciência dos seus direitos e se empenhando em defendê-los com mais intensidade.

Paralelamente, no que tange às mulheres, Marcílio (1993) acrescenta que o movimento higienista, ocorrido nesta mesma época, formula política voltada à assistência materna, a qual visava à regulação da força de trabalho urbana, no nascente capitalismo industrial, quanto o recrutamento das mulheres para o mercado de trabalho, havendo uma transição contínua do papel de trabalhadoras e reprodutoras domésticas para a situação conflitiva entre reprodução (biológica e social) no mundo privado da família e a condição de produtoras no mundo público do trabalho.

Como regra geral, a despeito de algumas alterações que foram ocorrendo, a Igreja católica, com forte influência no Brasil, continuou a defender a nítida divisão de funções para os homens e para as mulheres. Enquanto para os primeiros competia fundamentalmente a sustentação econômica da família mediante o trabalho fora de casa, a tarefa específica das mulheres era a educação dos filhos menores, com atividades restritas ao lar. Não obstante, essa visão idealizadora somente encontrou relativa acolhida nas famílias urbanas de classe média abastada, pois as mulheres pertencentes à classe operária, desde o início do século, já vinham trabalhando fora de casa com participação ativa, e, em alguns casos, assumindo a chefia da família, como única provedora do sustento da sua prole (MARCÍLIO et al., 1993).

Na percepção desses autores, nessa época começava a haver uma abertura em termos de profissionalização; haja vista que as mulheres de classes mais favorecidas desejavam obter instrução superior, com a conseqüente oportunidade de ingressar nas profissões que davam prestígio e *status* social. Ressalta-se que, apesar do empenho de algumas mulheres, durante as primeiras décadas do século XX, as ofertas eram restritas e o único espaço público aberto a esse segmento limitava-se ao magistério.

Paradoxalmente, consideram ainda os autores que uma das transformações mais significativas na vida doméstica e que redundou em mudanças na dinâmica familiar foi a crescente participação do sexo feminino na força de trabalho, em conseqüência, muitas vezes, das dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias. O fato de as mulheres, em particular as esposas, se tornarem produtoras de rendimentos e atuarem como parceiras importantes na composição do orçamento familiar, conferiu-lhes nova posição na estrutura doméstica e alterou os vínculos que as unem aos maridos e aos filhos, contribuindo assim para o redimensionamento da divisão sexual do trabalho dentro de casa, ainda que realizado de forma incipiente.

Independentemente de a esposa desempenhar atividade profissional remunerada, ou ainda usufruir rendimentos provenientes de outras fontes que não de seu trabalho, ela não tem autoridade sobre o marido, seja no plano das representações,

seja no aspecto jurídico. Este fato se verifica, até mesmo quando a contribuição financeira da esposa se equipara ou supera a do marido; este, ainda assim, preserva sua posição hierárquica, mantendo a dominância no interior da família (CARVALHO et al., 1995).

Também são de parecer que todos nós, em nosso percurso de vida, estamos repetidamente nos confrontando com situações, encontros e acontecimentos que se tornam transmissão e transformação daquelas que foram interiorizadas pelo processo de socialização primária; a família constitui-se em uma das formas de mediações entre o homem e a sociedade.

Sob este prisma, o autor supracitado afirma que ela não só interioriza aspectos ideológicos dominantes na sociedade, como projeta em outros grupos os modelos de relação criados e recriados dentro do seu grupo inicial. Cada família circula num modo particular de ser e de emocionar-se, criando cultura própria, com seus códigos e formas de comunicação, regras, ritos e valores.

As transformações que ocorrem na família, construídas entre as gerações, revelam a coexistência do hierárquico e do igualitário, do moderno e do arcaico como modelos orientadores de socialização, que dificultavam a realização das mudanças. Os ideais igualitários de família, impregnados pela noção de autonomia e individualidade, convivem com a necessidade social de dependência de seus membros. Nesse sentido, as mudanças aceleradas dos papéis sociais, que envolvem homens e mulheres, passaram a exigir transformações de valores correspondentes (CARVALHO et al., 1995).

Segundo Muraro (1992), a partir do medo da força genesíaca da mulher foi fácil, no decorrer dos séculos, formar uma identidade masculina baseada na maior capacidade intelectual dos homens em relação à das mulheres, com a finalidade de controlar a natureza e inventar novas tecnologias, na sua maior força física para prover alimentos e defesa para os grupos e na sua maior agressividade para vencer as guerras. O domínio público foi alocado ao homem, enquanto o princípio feminino, marginalizado, circunscreveu-se ao domínio da casa, do privado e apenas para a reprodução.

Menciona também que, aos poucos, a personalidade feminina vai sendo moldada, a partir da dominação econômica exercida sobre ela, introjetando e usando essa inferioridade para assumir, inclusive, a própria condição de dependência psicológica do homem. Cada um, homem e mulher, assume de maneira diferente o seu papel no sistema patriarcal. De um lado, o homem com seu pensamento racional, objetivo e prático, dissociado de emoções, torna-se apto para embates de competitividade na esfera profissional; de outro, a mulher desenvolve atividades relacionadas ao processo de cuidar, em que são exigidas características que incluam amor, afeto, intuição e subjetividade. De maneira inconsciente, ela vai reprimindo a sua inteligência e iniciativa, e contendo sua agressividade, especializando-se, desta forma, para o domínio privado.

Uma referência importante da autora é que no Brasil, atualmente, a condição da mulher varia de acordo com a classe social e com o lugar que ela ocupa no sistema produtivo. Tal consideração serve para manter inalterada a sociedade de classes, porque é na família que a criança aprende, desde que nasce, principalmente com as atitudes de seus pais, os valores de sua classe social, aprende a submeter-se ou a dominar, romper normas que, de alguma forma, trazem sofrimento, desigualdade e controle.

Observa-se que a despeito das dificuldades vivenciadas pelas mulheres para superar as desigualdades de oportunidades, registradas ao longo da história, elas vêm conseguindo superar a dicotomia entre o público e o privado que caracterizou o patriarcado, na tentativa de obter a igualdade de oportunidades (MURARO, 1992).

A referida autora enfatiza que, no mundo inteiro, a entrada da mulher no domínio público está realizando uma transformação das conformações psíquicas tanto de homens quanto das próprias mulheres; haja vista que as mudanças se refletem nas dimensões socioeconômicas por caminhos surpreendentes e criam demandas diversas, para as quais ainda não existem respostas. Afinal, a trajetória da inserção da mulher na esfera produtiva tem sido vista como conseqüência da secularização das atitudes e das mudanças na estrutura familiar, entre outras variáveis.

Acrescenta, neste sentido, que na era pós-econômica, baseada na satisfação das necessidades, cumpre haver por leis que enfatizem solidariedade, respeito e partilha entre homens e mulheres, onde cada um possa contribuir com o que tem de melhor na construção de uma sociedade justa e com igualdade de oportunidades, respeitadas as particularidades de cada gênero.

Decorridos vários anos de luta, a mulher permanece reivindicando sua participação no setor público, a despeito das conquistas já conseguidas com muito esforço. Ela ainda ocupa uma posição muito inferior à dos homens, o que leva, nos dias atuais, a um número significativo de mulheres a fazerem do casamento seu destino e única fonte de subsistência (GÓMEZ, 1993).

Ainda de acordo com o autor, citado anteriormente, é possível afirmar que existe um eixo inquestionável no panorama internacional referente à participação, cada vez maior, da mulher no setor produtivo, ocorrendo de forma mais elevada no setor saúde, em relação ao conjunto da população economicamente ativa, de tal maneira que os estudiosos ousam a afirmar que, neste setor, existe uma tendência à feminização. Além disso, está se consolidando a crescente entrada das mulheres, em mercados de trabalho considerados de domínio exclusivo “masculino”, incluindo a medicina e a odontologia, fato este observado pelo aumento do número de matrículas femininas nesses cursos.

Por outro lado, o autor afirma que, apesar da hegemonia quantitativa das mulheres neste setor, ainda se observam desigualdades em relação aos homens, especialmente nas condições de trabalho, incluindo diferenças salariais, relações de ofertas e demandas, áreas de atuação, empregos assalariados, entre outros, o que não se configura proporcionalmente em hegemonia qualitativa.

A partir deste breve relato que comporta alguns aspectos da trajetória percorrida pelas mulheres, sua relação no contexto familiar e respectiva inserção no mercado de trabalho, é possível imaginar a diversidade de situações que elas tiveram que superar até chegar aos dias atuais, quando de repente se deparam com o desafio de conviver com a problemática, em nível global, da epidemia provocada

pelo HIV/AIDS, afetando suas vidas de maneira surpreendente e inequívoca, em diferentes aspectos.

A discussão sobre feminização da AIDS assumiu grande relevância no Brasil, sobretudo porque o país apresenta diferentes fatores socioeconômicos e culturais, frutos de desigualdades e de opressão social, identificados como estruturantes da vulnerabilidade relacionada à epidemia neste segmento da população que será apresentada a seguir.

## 2.2 A EPIDEMIA DA AIDS E SUA RELAÇÃO COM A MULHER

A AIDS, segundo Guimarães (1994), é considerada a pandemia mais desafiadora, até este século, e apresenta características especiais por envolver comportamentos e atitudes essenciais à manutenção da vida, à reprodução biológica e ao prazer, ao mesmo tempo que sustenta no imaginário social de cada país a constatação de que esteja restrita a determinado segmento de população.

Desde o seu surgimento foi vinculada à sexualidade humana muito mais diversa daquilo que é normatizado, falado e até pensado, a comportamentos socialmente considerados inaceitáveis. No Brasil, ela veio precipitar um “levantar de pano” para esse mundo sexual oculto, cuja diversidade de sexualidades comporta várias conseqüências no campo de definição de luta contra a AIDS (BASTOS et al., 1994).

Para Czeresnia et al. (1995), a caracterização inicial, enquanto doença contagiosa, incurável, mortal e fortemente associada à homossexualidade, reacendeu velhas representações sociais experimentadas por meio de antigas epidemias que configuravam o mal, a tragédia e o definhamento, e atribuíram à AIDS o *status* de doença carregada de estigma.

A esse respeito, Parker e Aggleton (2001) referem que a aparente complexidade do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) se torna pequena diante da complexidade das influências sociais que concorrem para a produção e reprodução do estigma em relação ao HIV/AIDS.

O termo estigma sofreu algumas ampliações na sua compreensão desde a antigüidade, época em que os gregos o relacionavam a sinais corporais provocados por meio de cortes ou de fogo, no intuito de evidenciar algo de extraordinário ou de mal sobre o *status* das pessoas, representadas naquela época pelos escravos, criminosos ou traidores e que, como tais, deveriam ser privadas do convívio em ambientes públicos. Atualmente, de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, observa-se que ele ainda é fortemente aplicado às pessoas, porém mais à própria desgraça do que à sua evidência corporal (BRASIL, 2002b).

Para Goffman (1988), o estigma é considerado um atributo profundamente depreciativo e que, na sociedade, é visto como útil para desacreditar a pessoa que o possui, fazendo-a sentir-se como de menos valor. Este estigma desempenha papel central na produção e na reprodução das relações de poder e de controle, permitindo, em contrapartida, que alguns indivíduos se sintam, de alguma forma, superiores aos outros.

De acordo com Seffner (1995), a AIDS tornou-se uma entidade com características próprias, ultrapassando as definições médicas e epidemiológicas: passou a ser apresentada como enunciado social, em que a pessoa, a partir do resultado positivo para o HIV, é obrigada a conviver com uma série de preconceitos, “estigmatizações” e culpas, impondo-lhe os mais diversificados tipos de exclusões sociais caracterizando-se o que o autor denominou de morte civil, vivenciada como morte anunciada.

Para este autor, a morte anunciada precede a morte civil, uma vez que a própria pessoa infectada pelo HIV adota uma posição de isolamento, demonstrando ter internalizado a equação socialmente construída “AIDS = morte”. Acrescenta ainda que a morte provocada pela AIDS, em relação a outras mortes, assume conotação diferente, na medida em que põe sob suspeita os comportamentos e expõe a intimidade, desencadeando intenso sofrimento da pessoa portadora do HIV/AIDS, quando esta se submete passivamente à convivência permanente com a idéia da própria morte.



A respeito da morte civil provocada pela AIDS, Daniel e Parker (1991) mencionam que, pelo fato de a própria doença não corresponder em nada a um modelo formal, passa-se a considerar o doente de AIDS um pária; assim, ela determina uma condenação não somente em relação à morte biológica e natural comum aos seres humanos independentemente de sorologia para o HIV, mas, principalmente, ela impõe uma série de restrições, implicando a perda de direitos de exercer plenamente a sua cidadania.

Michalizen (1999) ressalta a peculiaridade que os seres humanos possuem ao se deparar com as suas limitações, no sentido de aceitar a morte como parte integrante do ciclo vital diante de epidemias que surgem grassando, de maneira perversa, e que, a despeito do conhecimento existente, podem interferir na continuidade das gerações. Neste sentido, cita Delumau (1993), quando afirma que apesar de o homem ser o único ser vivo que tem a compreensão da sua finitude, apresenta, ao mesmo tempo, demonstrações pela busca incessante de obtenção da vida eterna.

Camargo Jr. (1995) aponta, como aspecto fundamental para a compreensão contextual da AIDS no cenário brasileiro, o fato de ser considerada como fenômeno social que ultrapassa os limites do biológico e vem assinalar uma perigosa aliança das condições estruturais do país com as idiosincrasias do saber médico. Acrescenta que a discussão da AIDS não oferece lugar seguro, mas, sim, que se apresenta de forma mutante.

Estudo realizado por Stefanelli, Gualda e Ferraz (1999), apontou que a AIDS, enquanto fenômeno que envolve aspectos sociais, psicológicos e culturais, tem exigido da sociedade um repensar no modo como os valores e crenças têm sustentado os diferentes estilos de vida e, por conseguinte, vem interferindo na qualidade dos relacionamentos humanos.

Helman (1994), numa reflexão mais ampla, associa a AIDS a uma “praga”, uma “contaminação invisível”, “punição moral”, “invasor”, “guerra”, entidade primitiva “pré-social” utilizando estas associações como metáforas para reforçar o estigma da AIDS, porquanto, apesar de comprovadas somente três categorias de transmissão

até o presente, respectivamente a sexual, a sangüínea e a perinatal, a humanidade, num misto de incredulidade, pasmo e medo, mesclada com atitudes discriminatórias, denuncia os mais variados preconceitos de forma perversa.

A AIDS é uma epidemia marcada por uma história que evidencia a exclusão e a desigualdade social, no Brasil e no mundo, suscitando várias questões de natureza ética e científica. O seu mapa epidemiológico seguiu não só um perfil biológico do desenvolvimento da epidemia, mas, principalmente, um perfil social de vulnerabilidade dos diversos segmentos da população. Esta vulnerabilidade pressupõe um conjunto de fatores e magnitude distintos, no nível individual e coletivo, cuja interação aumenta ou reduz as possibilidades de uma pessoa se infectar pelo HIV (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 1999).

Figueiredo e Ayres (2002) incluem, na vulnerabilidade de um determinado grupo de pessoas, as características macropolíticas, econômicas e socioculturais que interferem diretamente sobre o risco individual, pois cada um é simultaneamente, mais ou menos, vulnerável à infecção pelo HIV e alguém inserido em uma comunidade ou segmento populacional que possui maior ou menor prevalência.

A epidemia da AIDS no Brasil foi detectada no início da década de 1980, sendo os primeiros casos concentrados na Região Sudeste, nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro. Paulatinamente, ela se disseminou para outras regiões do país, assim como para indivíduos cada vez mais diversos, evoluindo com muita ênfase junto aos mais jovens, às mulheres e aos mais pobres (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2000).

Daniel e Parker (1991) salientam que, embora desde o final de 1970, estivesse ocorrendo o espraio silente da AIDS na população brasileira, somente em 1982, a terceira epidemia, denominada de reações sociais, culturais, econômicas e políticas começou a tomar forma, por meio de concepções que apresentavam, por um lado, as vítimas da AIDS e por outro, um conjunto de suposições misturando preconceitos populares e teorias científicas, reforçando e influenciando mutuamente as maneiras com as que a sociedade brasileira respondia aos seus reflexos.

O primeiro caso de AIDS em mulheres foi diagnosticado em 1983, sendo que em 1985 a razão homem/mulher era de 28:1, caindo bruscamente para 2:1 em 1997. Observa-se, entretanto, que no grupo etário de 15 a 19 anos, a partir de 1994, a razão já é de 1:1. Este número de casos decuplicou entre 1990 e 1998 sendo, naquela época, considerada a principal causa de óbitos nas principais cidades brasileiras; verificou-se que, entre as pessoas afetadas, a relação heterossexual consentida e sem proteção é o modo predominante de transmissão (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2000).

Para o autor, no período compreendido entre 1994-1998, houve um crescimento significativo de casos nas mulheres na ordem de 75,3%, contrapondo-se apenas 10,2% nos homens. Foi observado também que os casos de exposição heterossexual ao HIV apresentaram crescimento de 113%, enquanto os de exposição homo/bissexual tivera, acréscimo de 8.6%.

Ressalta-se que, no período compreendido entre o início de 1980 até dezembro de 2002, o Brasil contabiliza 310.310 diagnósticos e notificações de casos de AIDS. Em relação à região sul, tomando-se o ano de 2002 como referência para a análise de incidência, ela mantém-se com as taxas de incidência mais elevadas do país, porém, como as demais, apresenta redução de taxas em relação a 2001 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2003).

Embora existam evidências de que o curso do HIV em mulheres seja distinto do que ocorre em homens, ainda são poucos os estudos aprofundados sobre a história natural do HIV neste segmento da população. É possível afirmar que mulheres são mais vulneráveis do ponto de vista biológico, social e econômico e, que, apesar das inúmeras iniciativas tentando elucidá-las, os dois gêneros são tratados desigualmente em termos políticos, culturais e socioeconômicos, gerando efeitos sinérgicos, especialmente em países em desenvolvimento (BASTOS e SZWARCOWALD, 1999).

Para Schuch (1998), a despeito do perfil epidemiológico da AIDS transformar-se mais rapidamente do que as concepções que a cercam, as mulheres vivem hoje a época da etapa heterossexual da epidemia no Brasil, perdendo, desta forma, a imunidade

ideológica produzida para fechar seus corpos contra a AIDS e suas vítimas e afastando-as das sexualidades perigosas. Acrescenta que a doença ainda é marcada por valores morais que a identificam como sendo privativa de pessoas desviantes e marginais.

Aliado a este fato, há o despreparo dos profissionais de saúde no atendimento às clientes, sobretudo porque seus preconceitos e o não reconhecimento da possibilidade de infecção das mulheres por parte destes profissionais, muitas vezes, atrasam a realização do diagnóstico precoce, reduzindo a sobrevivência da população feminina infectada em relação à masculina (SANTOS e MUNHOZ, 1996).

Bastos e Szwarcwald (1999) referem que as representações sociais que consubstanciam a desigualdade de gênero permeiam não somente o imaginário leigo, mas também o dos profissionais de saúde, que supostamente seriam os responsáveis por orientar indivíduos e casais a adotarem comportamentos seguros. Entretanto este posicionamento, por vezes, não é realizado adequadamente do ponto de vista científico, uma vez que os aconselhamentos ocorrem de maneira incompleta e errônea, com ênfase para uma cultura sexista e paternalista.

Ressalte-se que, atualmente, a faixa etária compreendida entre 20 e 49 anos é a mais atingida e também considerada como no auge de sua vida produtiva, sexual e reprodutiva. Dentre os segmentos mais afetados pela AIDS ganha destaque o crescente aumento de casos nas mulheres, na maioria jovens, monogâmicas, não usuárias de drogas e dependentes financeiramente de seus parceiros fixos. Paradoxalmente, estes parceiros fixos são também os responsáveis, em grande parte, pela sua transmissão sexual (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2000).

Ferraz (1998) ressalta que, em pouco tempo, a AIDS foi amplamente estudada e muito já se sabe a seu respeito, quando comparada a outras doenças, sendo considerada atualmente como passível de tratamento.

Entendida também como possível doença que se cronifica, ela apresenta peculiaridades que a tornam muito complexa. Apesar dos avanços tecnológicos obtidos, sobretudo na assistência, em função da distribuição universal dos medicamentos anti-retrovirais, presente no Brasil desde 1996, e a conseqüente

melhoria na qualidade de vida dos sujeitos, a ciência ainda enfrenta diversas dificuldades para contê-la (MAIA, 2003).

Tal questão se verifica, dada a inexistência de vacinas e o fato de a transmissão do HIV ocorrer principalmente por meio das secreções sexuais, do sangue e leite humano contaminados, cuja prevenção baseada inteiramente na capacidade de interrompê-la, depende de profundas mudanças nas práticas sexuais e no comportamento, em especial no que se refere ao exercício da sexualidade e que transcendem, portanto, ações de natureza exclusivamente individuais (VILLELA e DINIZ, 1998).

Guimarães (1992) assinala que, paralelamente a este fato, o perfil epidemiológico da AIDS sofreu intensas transformações, alterando os valores, de maneira que houve a perda da imunidade ideológica, produzida para proteger os corpos da população geral, normal e familiar, em relação à sexualidade perigosa. O que se pensava estar restrito a determinados grupos de risco, incluindo os homossexuais, os usuários de drogas e as prostitutas, passou a revelar uma verdade incômoda e fazer parte do cotidiano de outros segmentos da população, incluindo as mulheres.

A esse respeito, Figueiredo e Ayres (2002) referem que as maneiras pelas quais as mulheres adquirem o HIV, por via sexual, são específicas e incluem contatos sexuais esporádicos como na prestação de serviços sexuais remunerados. Porém é cada vez mais freqüente a transmissão decorrente de seus parceiros fixos, quer sejam namorados ou maridos.

Embora a realidade da epidemia esteja se modificando, ainda se observa que, para a maioria das pessoas, a AIDS é vista como algo distante, onde persiste a sua associação com marginalidade/perigo, a qual, por sua vez, produz uma identidade social do indivíduo soropositivo, que estaria comprometida com a prática de comportamentos considerados desviantes. Esta associação AIDS/marginalidade explicita alguns valores morais atribuídos à doença, os quais levam ao estigma e à discriminação (SCHUCH, 1998).

O autor, citado anteriormente, enfatiza que esses valores dificultam a adoção de medidas preventivas, até mesmo para as profissionais de saúde, pois demonstrar preocupação com precauções pode ser considerado como comportamento reprovável que se dá, sob a forma de condenações individuais e de certos grupos e, portanto, dos “outros”.

Corroborando esta idéia, Silva (2002) menciona que em função de a AIDS estar associada a comportamentos marginais, o homem adulto heterossexual foi excluído das discussões, especialmente os casados. Apesar de as estatísticas demonstrarem crescimento cada vez maior nas mulheres, parece não ser percebido por estas como problema extensivo aos seus parceiros sexuais.

Por muito tempo, falou-se mais do “doente” do que da “doença”, com ênfase para o fato de a epidemia estar restrita aos grupos de risco. Zampieri (1996) menciona que tal posicionamento reforçou a crença de que, enquanto a AIDS biológica avançava de forma sutil, outra AIDS denominada de imaginária negava as particularidades da infecção junto às pessoas heterossexuais que se consideravam imunes a ela, subestimando os riscos a que estavam sendo expostas.

Martin, Barbosa e Villela (1992) ressaltam que doença e doente são fatos sociais codificados culturalmente e que, no caso da AIDS, se dá sob a forma de condenações moralistas, individuais e de certos grupos, favorecendo a crença de que só os “outros” podem contraí-la. Neste sentido, é importante considerar quanto se torna mais fácil e confortável para aqueles indivíduos que são aceitos socialmente, incluindo as mulheres casadas, negar a possibilidade de se ver em situação de vulnerabilidade, ao invés de enfrentá-la.

Afirmam também que a lacuna provocada pelo risco real de contrair a AIDS e o risco tal como é percebido individualmente ou em grupos, reforça medos, boatos e controvérsias que interferem no problema e dificultam muito as maneiras práticas e concretas de gestão do risco. A AIDS nos lembra que é humano ter medo do que é posto fora dos padrões e dos códigos compartilhados pela maioria das pessoas: elas temem aquilo que está além das suas fronteiras, pois lá está o inexplorado, o

sombrio; portanto o senso comum apresenta razões lógicas para permanecerem adaptadas ao que “todo o mundo acha certo ou faz”.

A epidemia da AIDS continua crescendo rapidamente entre as mulheres e representa uma questão de direitos humanos, com alguns impasses culturais considerados aparentemente intransponíveis. Falar sobre prevenção neste segmento não é fácil tarefa, pois nos remete a enorme dificuldade, comum a várias partes do mundo, de falar sobre sexualidade, gênero, poder e morte (VILLELA e DINIZ, 1998).

Essas autoras acrescentam ainda que, apesar das diferenças de compreensão e de vivência, esta problemática também nos confronta com a desigualdade e a inadequação das respostas institucionais de saúde para atender as especificidades das mulheres, ainda desconhecidas e pouco exploradas, quando comparadas aos homens.

Berer e Ray (1997) referem que barreiras, preconceitos e interpretações que as mulheres revelam sobre a AIDS, longe de serem respostas irresponsáveis ao perigo de contágio, são apreensões de um sistema codificador que as mantém numa posição muito distinta em relação aos homens.

Para as autoras, há que se considerar as concepções históricas, científicas e sociais do corpo feminino, o papel social da mulher baseado no conceito de gênero, na medida em que se estrutura a prevenção do HIV, neste segmento, uma vez que a transformação das informações em ações só será eficaz, se as questões de gênero e poder, presentes nas relações, forem cuidadosamente trabalhadas.

A temática mulher e AIDS desvela algumas peculiaridades que extrapolam os limites do processo saúde-doença e reforçam, de maneira inequívoca, a posição de gênero que ela ocupa nas sociedades patriarcais, cujos problemas se sobrepõem, de tal forma que, mesmo quando se trata de mulher considerada emancipada, ao se deparar com esta síndrome, evidencia quanto, no plano das relações interpessoais, ela é ainda oprimida (REIS e XAVIER, 2003).

### 3 DESCRREVENDO OS REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Desde o início, durante a trajetória percorrida no mestrado, encontrar os referenciais teórico-metodológicos que mais se adequassem ao tema proposto representou um desafio.

Movida pela experiência subjetiva que constituiu o impulso inicial para realização do estudo, respaldada pelos subsídios teóricos relativos ao tema e pelo referencial metodológico para abordar o problema, foi sendo determinada a direção da pesquisa.

#### 3.1 FUNDAMENTANDO TEORICAMENTE O ESTUDO: O INTERACIONISMO SIMBÓLICO

O interacionismo simbólico (IS) foi o referencial teórico escolhido para o desenvolvimento do estudo, em função da natureza do problema de investigação.

É uma perspectiva que tem suas raízes em pressupostos em que se procura entender as características simbólicas da vida social. Os adeptos desta teoria concebem a sociedade como um processo no qual indivíduo e sociedade estão intimamente inter-relacionados; e nesta relação surge o aspecto subjetivo do comportamento humano, como parte necessária ao processo de formação e manutenção da dinâmica do grupo social.

Embora este termo tenha sido empregado pela primeira vez por Herbert Blumer em 1937, sua origem remonta aos clássicos da sociologia, em especial George Herbert Mead, professor de filosofia na Universidade de Chicago, no período de 1893 a 1931. Seus pensamentos a respeito desta abordagem partiam do princípio de que a conduta humana devia ser compreendida em termos sociais, não sendo vista como decorrente apenas de mera influência externa sobre o indivíduo (MEAD, 1972).



Herbert Blumer, sociólogo, ex-aluno e discípulo de Mead, foi quem lhe atribuiu o nome de Interacionismo Simbólico, trazendo à luz o processo interpretativo e sistemático dos pressupostos básicos da obra de seu mestre (CHARON, 1995; HAGUETTE, 1992). Para Blumer (1969), o IS nos indica uma abordagem distinta para o estudo da vida e ação humana, considerando que a descrição do comportamento humano deve ser feita com base no ato social, que se dá em duas dimensões: a atividade manifesta, concebida como comportamento externo observável, leva em conta o processo dinâmico em execução; a outra dimensão é a atividade encoberta, representada pela experiência interna do indivíduo.

Assim, Mead (1972) descrevendo a interação dos atores sociais como processo, considerou o que se explicita abaixo:

- O indivíduo é ator que está em mudança, em constante “*estado de tornar*”, socializando-se nos processos interativos pelos quais passa ao longo da vida. É caracterizado como possuidor de *mind* e de *self* com habilidade para selecionar estímulos, atribuir significados, interpretar situações, emitir julgamentos sobre si e sobre os outros. Faz escolhas relacionadas com a interação em que está envolvido, podendo redefinir-se constantemente.
- A sociedade e o grupo são conceitualizados como processos de interação e são compostos por indivíduos em constante interação.

Segundo Blumer (1969) são três as premissas básicas do IS:

- O ser humano se comporta em relação às coisas segundo o significado que estas têm para ele. Tais coisas incluem tudo o que ele percebe em seu mundo, como objetos, seres humanos, instituições, idéias e situações da vida cotidiana.
- O significado dessas coisas é decorrente da interação social que o indivíduo estabelece com outras pessoas.

- Os significados são manipulados ou modificados pelo indivíduo por meio de processo interpretativo usado por ele ao lidar com as situações com que se depara.

Charon (1995) elenca quatro idéias centrais do IS:

- Ao considerar a interação como objeto de estudo, cria uma imagem ativa do indivíduo, rejeitando a idéia de determinado e passivo, focalizando a dinâmica da atividade social entre as pessoas, de tal maneira que elas percebem, interpretam e agem novamente.
- O indivíduo é entendido como agindo no presente, influenciado muito mais pelo que está acontecendo agora do que o acontecido no passado. Este só entra na ação, quando nós o chamamos de volta ao presente; porém a ação dificilmente será a mesma, porque cada interação é única.
- A interação é resultado do que acontece no íntimo do indivíduo e entre os indivíduos. Os seres humanos agem num mundo que eles próprios definem, na interação com outras pessoas, podendo ser influenciado por esse outro.
- IS descreve o ser humano como mais imprevisível, livre e ativo em seu mundo do que em outras perspectivas. Isto porque age no mundo conforme o define e isto abrange escolha consciente, autodireção, avaliação de suas ações e dos outros, permitindo o seu redirecionamento.

As premissas descritas por Blumer (1969) e Mead (1972) e as idéias centrais apresentadas por Charon (1995), a respeito do IS, contêm conceitos que são apresentados a seguir, para possibilitar melhor compreensão de sua perspectiva.

- **Símbolo**

É uma classe de objetos sociais resultantes da interação e são definidos pelos indivíduos, de acordo com seu uso, para representação e comunicação de

alguma coisa. É considerado o conceito central deste referencial teórico, porquanto, sem ele, não há interação.

Para Charon (1995), os símbolos incluem objetos físicos, ações humanas ou palavras que são definidos na interação e desenvolvidos socialmente. Eles só têm significado para as pessoas, porque podem ser descritos por meio do uso de palavras; estas, quando ligada à linguagem, comportem a chave e a base simbólica do ser humano.

Para este autor, a linguagem é considerada como sistema simbólico definido na interação e usada para descrever aos outros e a nós mesmos, o que observamos, pensamos e imaginamos. A linguagem descreve todos os outros objetos sociais, tudo o que as pessoas indicam para os outros na interação. A linguagem é usada para representar ou referir uma parte da realidade.

Segundo Blumer (1969), o símbolo é usado para pensar, comunicar, representar e só é simbólico quando há significado e intencionalidade. Ele afirma que a resposta ao outro é baseada nos significados que são atribuídos às ações do outro. Portanto o uso de símbolos, a interpretação ou atribuição de significados às ações dos outros, eis o que intervém na interação humana.

Entre os conceitos utilizados pelo IS, o símbolo ocupa lugar de destaque, haja vista que, quando uma pessoa compartilha suas perspectivas, por meio da linguagem, há o processo de criação e manipulação dos símbolos. De outra sorte, desconsiderar a sua utilização inviabiliza, nos seres humanos, a realização da interação com os outros ou consigo mesmos (CENTA, 2001).

- **Self**

O *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age, por meio da interação e, também, como todo objeto social, é definido e redefinido por esta interação. Significa que a pessoa é apta para ver a si própria como objeto, de tal forma que interage consigo mesmo, olhando para si na perspectiva dos outros.

De acordo com Mead (1972), o *self* é um processo social interno do indivíduo que envolve duas fases distintas, o “eu” e o “mim”. O “eu” é a reação do organismo às atitudes dos outros. É o indivíduo como sujeito, impulsivo, espontâneo, não socializado, cujas reações são imprevisíveis. É aquele aspecto que dá propulsão ao ato que provoca o “mim”.

Para esse autor, o “mim” é um conjunto organizado de atitudes, definições, compreensões e expectativas comuns ao grupo assumidas pelo indivíduo e que determina sua conduta em função de seu caráter autoconsciente. É o que dá forma ao “eu” e direção ao ato.

O *self* tem fundamentação social, surge na infância, por meio das sucessivas interações com os pais e outros significantes e modifica-se constantemente, de acordo com as novas experiências consigo e com as outras pessoas (HAGUETTE, 1992).

- **Mind**

É a ação simbólica em relação ao *self*. É a comunicação ativa com o *self*, por meio da manipulação dos símbolos, por meio do pensamento. É em função do processo mental que o indivíduo é capaz de definir, dirigir e controlar impulsos e situações, reagindo de forma ativa e seletiva, dando significados a partir do sentido que eles apresentam para si, em dado momento.

- **Assumir o papel do outro**

Considera-se como um dos conceitos importantes do IS, pois está intimamente ligado ao comentado anteriormente, ou seja, o desenvolvimento do *self*. Refere-se à atividade mental do indivíduo de ver o mundo a partir da perspectiva de outro indivíduo ou grupo. Charon (1995), enfatiza que assumir o papel do outro é uma atividade mental sofisticada, na medida em que procura compreender e respeitar as razões que o levam a agir como age, obtendo melhor interação.

Segundo Blumer (1969), os participantes de qualquer interação devem necessariamente assumir papéis mutuamente, pois esta é uma condição indispensável da comunicação simbólica efetiva.

- **Ação Humana e Interação Social**

Charon (1995) explica que o ser humano pode ser entendido a partir do que ele faz, ou seja, da sua ação humana. Esta ação pode ser interpretada como simbólica, na medida em que cada interação produz significados; a partir daí, tomamos decisões, estabelecemos novas metas, definimos objetos, interagimos com os outros, avaliamos e assumimos o seu papel.

Na perspectiva do IS, o autor ainda menciona que a ação só é entendida como social quando é guiada ou influenciada pela ação que os outros fazem da situação, enquanto objetos sociais; para ela ser simbólica, deve haver comunicação, ocorrendo sob a forma de palavras ou atos que expressem o que nós somos e pensamos.

Ao interagir, nos tornamos objetos sociais para o outro, utilizamos símbolos que conduzem o *self*, tomamos decisões, mudamos direções e definimos a realidade. Portanto o que cada um dos atores faz depende, em parte, do que os outros fazem na situação. Os outros não determinam o nosso agir, mas interagem conosco e esta interação é que gera o que fazemos.

Desta forma, segundo Blumer (1969), as atividades dos outros entram como fatores que influenciam ou guiam nossa própria conduta. Mediante a ação dos outros, podemos abandonar uma intenção ou propósito, revisá-los, validá-los, suspendê-los, intensificá-los redimensioná-los ou recolocá-los, porque agimos de acordo com o nosso *self*. Entretanto, como os outros também agem segundo o seu *self*, a alteração da situação ocorre no processo de interação de ambos.

A interação é considerada como idéia central do IS, uma vez que cria perspectivas, define objetos sociais, símbolos; e o *self*, gera e influencia a mente e produz habilidade de desempenhar papéis.

As premissas apresentadas anteriormente subsidiam as indagações deste estudo no processo de compreender o significado do que a AIDS representa na vida das mulheres profissionais de saúde.

### 3.2 OPTANDO PELA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

Considerando a questão do estudo, optei pela utilização do Interacionismo Simbólico (IS) como base teórica, e pela Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory) como base metodológica de pesquisa qualitativa, para a realização da coleta e análise dos dados; haja vista que, enquanto o IS tem por objetivo captar o aspecto intersubjetivo das experiências sociais das pessoas, a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) fornece a trajetória para que este aspecto da vida subjetiva se torne acessível ao entendimento do investigador (CHENITZ e SWASON, 1986).

O método da TFD explora o processo social que, aliado ao estabelecido pelo IS, tenta compreender, a partir do referencial dos atores, os significados derivados da interação social estabelecida por eles. Permite também descrever e analisar a interação de variáveis envolvidas em determinado problema, levando a compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, resultando no entendimento mais profundo das particularidades do comportamento dos indivíduos. Possibilita descobrir e compreender o que está por trás do fenômeno, fornecendo detalhes intrincados na dinâmica da experiência humana em dada situação (STRAUSS e CORBIN, 1991).

Desenvolvida por Glaser e Strauss (1967), ela possui a finalidade de conhecer o fenômeno diretamente no contexto social sob estudo, em que as pessoas partilham suas vidas, incluindo os locais de trabalho, no inter-relacionamento de significados e ações e apresenta os seguintes pressupostos:

- Toda interação humana é um processo de constante evolução.
- A elaboração da teoria envolve abordagens dedutivas e indutivas.

- Devem existir grupos amostrais, que são comparados entre si durante o estudo, dando origem a conceitos de amostragem teórica e a saturação das categorias.

Sua técnica sistematiza a análise comparativa dos dados, proporcionando ao pesquisador a possibilidade de desenvolvimento de uma teoria substantiva, por meio de métodos indutivos e dedutivos, dando a precisão e o rigor analítico, que favoreça a compreensão dos fenômenos sociais e psicológicos observados no ambiente, tendo em vista que os significados são derivados da interação social, ao invés de testar teorias já existentes (STRAUSS e CORBIN, 1991).

Para Glaser e Strauss (1967), ao gerar uma teoria, a ênfase não reside nos fatos em si, mas na categoria conceitual, que é concebida a partir deles e, por sua vez, nos conceitos que emergem. Neste sentido, viabiliza-se a construção de hipóteses testáveis, decorrentes da identificação dos elementos da teoria representadas pelas categorias conceituais e suas propriedades (elementos conceituais).

Para os autores, entende-se por categorias e propriedades os conceitos indicados pelos dados, que devem ser, ao mesmo tempo, **analíticos**, suficientemente generalizados para designar características de entidades concretas; e **sensitivos** para produzir um quadro significativo, induzido por ilustrações que habilitem o entendimento de referência, em termos da sua própria experiência.

Como os conceitos são a base de análise neste tipo de abordagem metodológica, os procedimentos seguidos buscam identificá-los, desenvolvê-los e relacioná-los, para que alcancem relevância teórica comprovada, ou seja, os conceitos serão considerados significantes, quando estiverem repetidamente presentes ou ausentes, quando, por meio do procedimento de codificação, ganharem o *status* de categoria.

O uso deste método capacita-nos a pensar sistematicamente e de maneira flexível, sobre os dados e a relacioná-los de modo mais complexo, de forma que a resposta a cada um de seus elementos possa garantir a saturação teórica de cada categoria. Essa saturação, segundo Glaser e Strauss (1967), exige a combinação

entre os limites empíricos dos dados, a integração, a densidade da teoria e a sensibilidade do pesquisador.

Para Strauss e Corbin (1991), a decisão por quais incidentes e onde encontrá-los será controlada durante o processo de coleta, codificação e análise dos dados, com vistas ao desenvolvimento da teoria, uma vez que na TFD se mostram os incidentes e não as pessoas em si. Importa coletar dados sobre o que as pessoas fazem ou não, que condições favoreceram aquela ação/interação, seu impacto e conseqüências presentes, bem como de estratégias que nunca aconteceram.

Os autores citados anteriormente referem que a amostra inicial é baseada somente na área temática geral ou problema de pesquisa, não sendo norteadas por estrutura teórica preconcebida, pois os dados é que indicarão o problema emergente, direcionando os próximos locais e atores que vão ser pesquisados, com base na evolução da relevância teórica dos conceitos.

Nesse sentido, há necessidade de o pesquisador possuir sensibilidade teórica, para que possa conceitualizar e formular a teoria que emerge da coleta e análise dos dados do que realmente está acontecendo, mantendo-se aberto e desprovido do maior número possível de posturas preconceituosas que possam interferir neste processo e indo além dos dados apresentados, para perceber, em meio às sutilezas dos significados dos dados, novos problemas, idéias e conceitos, para que o pesquisador reflita em como interpretá-los e explicá-los (GLASER, 1978).

Ainda segundo o autor, a sensibilidade teórica refere-se à qualidade pessoal do pesquisador, traduzida pela habilidade, que inclui a sua compreensão e aplicação de passos metodológicos, mas, principalmente, a capacidade de discernir o que é pertinente ou não para o seu estudo.

Centa (2001) menciona que esta sensibilidade pode ser proveniente de diversas fontes, incluindo literatura especializada, experiência profissional e pessoal, bem como o processo analítico dos dados, uma vez que durante todo o tempo de interação com os atores, levantam-se questões, fazem-se comparações, formulam-



se hipóteses, dando-se início à construção de estruturas teóricas sobre os seus conceitos e relações.

Santos e Nobrega (2002), acrescentam que essa característica inclui a manutenção de um equilíbrio entre criatividade e cientificidade, aliada a uma postura cética ao seguir os procedimentos da pesquisa.

A TFD consiste, portanto, na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir de dados obtidos sistematicamente de forma comparativa sobre um determinado objeto, estabelecendo-se as categorias e que, segundo Stern, Allen e Moxley (1982), têm a sua utilização indicada para descobrir novas perspectivas para enfrentar problemas práticos de situações familiares.

Ainda sobre este aspecto, Santos e Nóbrega (2002) afirmam que por se tratar de abordagem interpretativa, a TFD é útil quando já existe um conhecimento mínimo sobre um fenômeno, ou quando uma nova perspectiva é requerida, indicando o caminho para chegar a resultados confiáveis que possam gerar ações.

## 4 METODOLOGIA

*Há uma forma de sentir a realidade de certas experiências cuja expressão em palavras é difícil, por se tratar de processos internos intransferíveis.*

(Rolando Toro)

### 4.1 CARACTERIZANDO A AMOSTRA TEÓRICA E O LOCAL DE ESTUDO

Os atores deste estudo foram oito mulheres profissionais de saúde e áreas afins, adultas, possuindo idade variando entre vinte e oito e quarenta e oito anos, com vida sexual ativa e parceria estável, por período igual ou superior a seis meses, até vinte e um anos.

Participaram da amostra representantes dos cursos de serviço social, enfermagem, odontologia, medicina e psicologia, com amplitude de tempo de formada oscilando entre seis e vinte e quatro anos e que prontamente aceitaram ao convite.

A escolha por essas profissões, dentro da área de saúde, ocorreu devido a diversas razões, incluindo a proximidade que elas possuem com o acompanhamento do crescimento no número de casos de AIDS junto às mulheres no seu exercício profissional cotidiano; de estarem presentes na maioria das instituições que prestam atendimento de saúde à população; de atuarem como elementos formadores de opinião sobre questões referentes à saúde e qualidade de vida junto às suas clientes.

Além disso, também se procurou fornecer uma resposta para minha inquietação enquanto mulher e enfermeira, que há vários anos vem refletindo sobre as particularidades da epidemia e da pouca oferta de publicações, no Brasil, em relação a este segmento de mulheres. Assim com este estudo, pretende-se compreender o significado que a AIDS representa para o contingente específico de mulheres profissionais de saúde, que supostamente possuem maior conhecimento e acesso a informações atualizadas sobre a temática e, por conseguinte, maior possibilidade de atuação para o seu enfrentamento.

O planejamento inicial previa a realização de dez entrevistas, sendo duas de cada profissão. Após diversas tentativas para agendamento, respectivamente com uma médica e uma psicóloga, foram apresentados diferentes impedimentos que inviabilizaram a sua efetivação. Ressalta-se que não se procurou substituí-las por outras representantes dessas profissões, uma vez que o estudo já havia atingido a saturação dos dados.

Durante a realização das entrevistas, à medida que ocorriam as análises comparativas e novas hipóteses iam surgindo, foi necessário buscar novos atores, ou a revisita dos anteriormente entrevistados.

Em relação à descendência, a amostra foi constituída por representantes da raça italiana, portuguesa, polonesa, alemã, japonesa, francesa, espanhola, austríaca e holandesa, não havendo predominância.

Curitiba, capital do estado do Paraná, foi o município escolhido para a realização deste estudo, pelas seguintes razões.

- ⌘ Dentro de uma população estimada de 1.587.315 habitantes, verifiquei que 826.467 destes são representados pelo gênero feminino correspondendo a 52%.
- ⌘ Existência de conquistas para a vida da população curitibana como estas: diminuição de casos de AIDS decorrentes de transmissão vertical do HIV, ampliação de unidades de referência para atendimento de clientes vivendo com HIV e AIDS, descentralização da testagem sorológica para o anti-HIV, entre outros (CIS/SMS).

Em relação aos dados epidemiológicos acerca da AIDS em Curitiba, ressalta-se que no período de 1984-1994, o número de casos em mulheres foi de 178 casos, passando para 1485 casos no período de 1995 a 2004, correspondendo a um crescimento de 7,3 vezes. Em relação aos homens, foram notificados 844 casos no período de 1984 a 1994, passando para 3265 casos até 2004, perfazendo um crescimento de 3,8 vezes (SINAMW/CE/CVE/SMS, 1994).

Além disso, o fato de conhecer a realidade de Curitiba, aliada à facilidade de acesso a essas mulheres atuando como profissionais de saúde, em diversos locais de trabalho, tanto do setor público quanto do privado, incluindo a Secretaria Municipal de Saúde, consultórios particulares e instituições de ensino superior, logrei maior amplitude da amostra no que se referia a sua percepção e familiaridade com a temática da AIDS, o que também me proporcionou pontos analisados durante o processo de escolha por este município.

#### 4.2 OBEDECENDO AOS ASPECTOS ÉTICOS

Foi observado no estudo, em suas diversas etapas o que reza a Resolução n.º 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que estabelece as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa, envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2002). O projeto foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, estando sob o registro CEP/SD: 047.SE.011/04-03.

Na intenção de obter a anuência das profissionais, com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foi realizada explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, justificativa, seu objetivo, métodos, benefícios previstos. Após isso, foi solicitada a assinatura no termo de consentimento (Apêndice 1), autorizando a sua participação voluntária e sem qualquer tipo de remuneração ou ônus.

Em relação à metodologia, os atores foram orientados sobre a eventual necessidade de retornar à entrevistada para validar, complementar ou esclarecer dados, buscando cumprir o rigor metodológico imposto pela TFD.

Foram previstos procedimentos como a utilização de citações representadas pelas cores: vermelho, verde, laranja, amarelo, azul, pink, lilás e branco, para identificar os atores e assegurar a confidencialidade e a sua privacidade mantendo-os anônimos, bem como foram informados sobre o destino do

conhecimento produzido após a conclusão do estudo, o qual poderá ser utilizado exclusivamente para apresentação em encontros científicos e para publicação em revistas especializadas.

Eles, também, foram esclarecidos sobre a possibilidade de se retirar do trabalho, em qualquer momento, antes da realização ou durante o seu desenvolvimento, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício que pudesse ter adquirido, bem como lhes foi garantido o direito de serem mantidos informados sobre os resultados parciais e finais da pesquisa.

#### 4.3 COLETANDO E ANALISANDO OS DADOS

A coleta e análise dos dados foram realizadas simultaneamente, no período de 3 de maio a 26 de agosto, conforme o estabelecido pela TFD.

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas livres, realizadas individualmente, mediante prévio agendamento de data e local, de acordo com a conveniência dos atores do estudo. As entrevistas foram feitas em diferentes locais, incluindo: residência particular, local de trabalho, grupo de pesquisa e parque. Tiveram duração aproximada de uma hora e foi utilizado um gravador para registrar os relatos, bem como caderno para anotar aspectos subjetivos observados pela pesquisadora durante a entrevista, incluindo os indizíveis e as emoções demonstradas.

No decorrer das entrevistas, procurei interagir com as profissionais, componentes da amostra, de maneira a proporcionar-lhes ambiente acolhedor e tranquilo, estimulando a fala espontânea e livre, respeitando suas percepções, sentimentos, ações, relações e decisões, bem como permanecendo atenta para não interferir nas suas respostas, conforme o que se exige de sensibilidade teórica da pesquisadora.

A seqüência dos aspectos abordados durante as entrevistas seguiu um roteiro cuidadosamente pré-elaborado; haja vista que a temática de estudo envolvia questões referentes a intimidades, regadas de preconceitos. Decidi, então, iniciar por itens mais genéricos e de identificação, para estabelecer o vínculo e diminuir a

ansiedade dos atores durante a entrevista, procurando interagir gradativamente, com a finalidade de obter aprofundamento e aproximando a coleta dos dados ao objetivo proposto neste estudo.

O conteúdo mais específico das entrevistas incluiu questões referentes ao conhecimento da temática, herança familiar, aspectos ligados à sexualidade, utilização regular ou não de medidas de autoproteção, percepção da vulnerabilidade, além do significado que a AIDS tem em sua vida.

O processo de interação foi realizado em atmosfera que exigiu muita sensibilidade da pesquisadora, mantendo-a fiel ao rigor determinado em pesquisa qualitativa, respeitando os atores em todo o tempo, no intuito de proporcionar-lhes liberdade para manifestar os seus posicionamentos, durante os momentos em que se buscava o significado dos dados.

Os dados obtidos foram transcritos no término de cada entrevista pela pesquisadora que, após, forneceu uma cópia à respectiva entrevistada, para reconhecimento e validação de suas falas. Depois disso, eles foram lidos e relidos, várias vezes, pela investigadora, a fim de se observar a necessidade de complementação dos dados coletados, obtenção de esclarecimentos adicionais e compreensão das respostas fornecidas durante a entrevista, bem como para testagem de novas hipóteses que surgiam, atendendo, desta forma, ao rigor exigido pela metodologia da pesquisa escolhida.

#### 4.4 APRESENTANDO E DISCUTINDO OS DADOS

O processo analítico foi constituído das seguintes etapas: codificando, categorizando e descobrindo a categoria central.

##### 4.4.1 Codificando

De posse dos dados advindos da entrevista, o primeiro passo consistiu em sublinhar as unidades para em seguida codificá-las. Esta etapa denominada por

Strauss e Corbin (1991) como codificação aberta, foi caracterizada pelo desmembramento, exame e comparação dos dados, cuja realização exigiu muita dedicação e atenção, além de exigir considerável tempo, pensando sobre o que eles queriam dizer-me e qual sua relação entre si. Houve também necessidade de imprimir cuidado a que nenhum detalhe fosse perdido, bem como que se preservasse o seu significado original.

Isto pode ser observado no quadro 1 a seguir:

QUADRO 1 - CODIFICANDO

A infidelidade é um sentimento que, se acontecer, eu vou dar conta. Agora a doença, por ser um processo que eu não posso reverter e posso perder a minha vida, isso me abala muito.	Estabelecendo prioridades
A AIDS não é coisa para mim. Eu a coloco fora da minha vida. Não sei se é por medo ou por educação, mas a AIDS não é relevante para mim. Encaro a AIDS para o outro como profissional. Não fico ligada na AIDS, talvez seja isto que faça eu não me proteger. AIDS lembra medo	Definindo o significado da AIDS para sua vida

Esta fase de codificação, segundo Glaser (1978) deve ser feita pelo próprio pesquisador, uma vez que, durante a sua realização, idéias vão surgindo e suscitando a sua interrupção, para anotar nos memos e fazendo com que idéias abstratas não se percam, permitindo que elas sejam exploradas posteriormente, em novo passo de coleta e análise dos dados.

Este procedimento de registro dos memos se justifica, pois não há outro modo de manter armazenados na mente os *insights* que vão emergindo dos dados.

Vale ressaltar que o processo de transferência do pensamento dos atores para o de escrever os memos, não foi fácil tarefa.

#### 4.4.2 Categorizando

Mediante os códigos, passei a agrupá-los por semelhança de significados e não pelo assunto. Esta etapa de agrupamento dos conceitos a partir dos seus significados foi acompanhada por certo grau de ansiedade e insegurança por parte da pesquisadora, uma vez que a sensibilidade teórica, requisito indispensável exigido pela TFD, estaria sendo testado.

Além disso, vencer a resistência inicial para ultrapassar as barreiras evidenciadas e conseguir mergulhar no significado das falas das entrevistadas de maneira aberta foi sendo superada aos poucos, à medida que os achados começavam a tomar sentido, estimulando-me a continuar buscando evidências para verificar se a minha compreensão estava indo na direção que os atores indicavam.

Ressalta-se que a categorização compreende a etapa do processo de análise dos dados que está presente, em grande parte do tempo, porém realizada com características peculiares, em função do momento em que o estudo se encontra. Ocorre sob a forma de processo que a partir das primeiras entrevistas, é formado, reelaborado, reagrupado ou aglutinado em novas categorias.

Neste estudo, as categorias receberam inicialmente nomes mais conceituais, para ensejar o agrupamento ao seu redor de outros grupos de conceitos. Algumas mudaram de nome por mais de uma vez, até finalmente encontrar aquele que melhor traduzisse o significado dos códigos agrupados ao seu redor, como mostra o quadro 2 a seguir:

QUADRO 2 - CATEGORIZANDO

CÓDIGO	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Verificando que foi pouco orientada sobre sexualidade e suas conseqüências	Recebendo orientação	Aprendizagem sobre sexualidade
Sentindo que não foi orientada sobre sexualidade	Não recebendo orientação	

De acordo com Glaser (1978), não há necessidade de preocupar-se em acertar o nome das categorias logo na primeira vez. O que importa é que elas sejam desenvolvidas analiticamente, o que se consegue descobrindo suas **propriedades**, que são as características de uma categoria e as **dimensões** de suas propriedades, ou seja, a especificidade da propriedade e das categorias. Por sua vez, desenvolver sistematicamente esta análise é essencial, porquanto a partir dela se obtém a base que se utiliza para fazer as relações entre categorias maiores.



As categorias tornam-se, portanto, a base da amostragem teórica, apontando qual a ênfase de abordagem a ser utilizada durante a próxima entrevista.

#### 4.4.3 Construindo a Categoria Central

Encontrar a categoria central foi o principal desafio, uma vez que representou o processo nuclear na tentativa de construir uma teoria. Para a sua obtenção foram necessárias inúmeras idas e vindas, dos dados às categorias, e entre estas. Isto foi permanentemente acompanhado de reflexões e questionamentos no sentido de *Compreender o significado que a AIDS representava na vida das mulheres profissionais de saúde*, atores deste estudo.

Portanto, neste processo de construção, as categorias ficaram listadas da seguinte forma, podendo ser observadas a seguir:

- Aprendizagem sobre sexualidade
  - ⓧ Recebendo orientação
  - ⓧ Não recebendo orientação
- Praticando a sexualidade
  - ⓧ Compreendendo sua sexualidade
  - ⓧ Desejando mais informações
- Protegendo-se da AIDS
  - ⓧ Não usando preservativo
  - ⓧ Usando preservativo para prevenção da AIDS e como contraceptivo
- Refletindo sobre representação da AIDS
  - ⓧ Conhecimento sobre AIDS
  - ⓧ Hierarquizando prioridades
  - ⓧ Tendo confiança
  - ⓧ Realizando testagem sorológica
  - ⓧ Significado da AIDS

Seguindo o processo de codificação e categorização dos dados obtidos chegou-se à categoria central intitulada **O SIGNIFICADO DA AIDS NA VIDA DE MULHERES PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DO INDIZÍVEL À REALIDADE.**

Nela pode observar que a experiência vivida pelas mulheres profissionais de saúde em relação a AIDS é rica em significados e repleta de fatores de sua herança cultural, de valores e de tabus.

Os atores deste estudo, em geral, não foram orientados para exercer a sua sexualidade, ocorrência esta que deveria iniciar-se desde a infância, recebendo maior ênfase na adolescência e estendendo-se do decorrer de suas vidas, quer no âmbito particular, quer no profissional.

Eles demonstram certa ambigüidade e contradição durante os seus relatos, quando não consideram a AIDS em relação a si mesmas, mas como doença do “outro”, porquanto, pelo fato de possuírem parceiro sexual estável e confiarem nessa relação, reforçam a postura de que não vêem necessidade de adotar estratégias de prevenção nas suas vidas.

Ao mesmo tempo, eles se submeteram a testes anti-HIV referindo apenas medo de contágio por risco ocupacional, deixando de lado o conhecimento técnico científico produzido até o momento, que sinaliza como principal fator de risco para o HIV a transmissão sexual.

Em contrapartida, no papel de profissionais de saúde, são imbuídas de realizar orientação, prestar cuidado e apoio a mulheres com diferentes estilos de vida, incluindo as portadoras e doentes de AIDS, auxiliando-as no processo de tomada de decisão, especialmente em aspectos relacionados ao exercício da sexualidade.

Isto, entretanto, me leva a pensar, em função dos relatos apresentados, que a sua prática profissional possa estar influenciada por este posicionamento, ambíguo e contraditório, cuja abordagem sobre vulnerabilidade em face do HIV, a que as mulheres em geral estão submetidas, seja menos enfática, desconsiderando, de certa forma, os dados epidemiológicos atuais, que reforçam o seguinte: a prevenção deve ser recomendada a todas as mulheres com vida sexual ativa, independentemente de possuir ou não parceria estável.

Descrevendo as categorias:

Iniciei o meu caminhar relembando a experiência vivida pelas mulheres em sua adolescência em APRENDIZAGEM SOBRE SEXUALIDADE proveniente de suas famílias, ou seja, se receberam ou não receberam orientação sobre o tema.

Sabe-se que é nas famílias que as crianças são socializadas e educadas para enfrentarem o mundo. Neste processo, inclui-se a orientação sobre sexualidade e reprodução humana, no qual o homem e a mulher deveriam ser preparados para exercer seus respectivos papéis.

Entretanto, se observa que, apesar dos avanços tecnológicos ocorridos com o passar dos anos, as famílias ainda têm dificuldade para orientar seus filhos sobre sexualidade. Esta situação parece refletir a herança cultural, quando o sexo era tido como objeto de reprodução; fora disso, era visto como algo sujo, fonte de pecado e, portanto, condenado.

APRENDIZAGEM SOBRE SEXUALIDADE me levou a construir as seguintes subcategorias: **recebendo alguma orientação** e **não recebendo orientação**.

Em **recebendo alguma orientação**, os atores deste estudo relataram que suas mães as orientaram sobre alguns aspectos da menstruação; porém não houve orientação efetiva e mais ampla sobre o ciclo menstrual, nem sobre o processo reprodutivo, sexualidade, atividade sexual e suas conseqüências para a vida da mulher.

*...Minha mãe foi até o banheiro e falou: olha filha, você virou mocinha e daqui para frente vai ter que usar absorvente (vermelha).*

*...Foi com onze anos. Não sabia bem o que ia acontecer. Minha mãe disse, agora você vai ter que usar modess, a coisa prática, mas não falou sobre contracepção (laranja).*

*...Mãe já tinha falado sobre menstruação e no colégio também. Minha mãe festejou porque eu estava ficando mocinha e encarou como uma coisa normal da vida e não como algo desagradável (amarelo).*

Observou-se também que, apesar de serem as mães as que mais orientaram suas filhas, houve relato atribuindo ao pai esta tarefa, porém realizada de forma semelhante às mães, ou seja, restrita à menstruação. Isto pode ser verificado na fala a seguir.

*...Quem me ensinou foi meu pai. A mãe não era de conversar. Ele era mais afetivo, falou de menstruação e modess com naturalidade, porém não queria tocar no assunto de sexualidade e contracepção. Dizia que virava libertinagem (lilás).*

Houve relato mencionando ter aprendido sobre sexo com o noivo

*...Eu não me sentia preparada para ter uma relação sexual, então me entreguei totalmente, quando já era noiva. Foi com ele que aprendi tudo sobre sexo, sobre prazer (lilás).*

Pelo relato dos atores deste estudo, observa-se que a menina é pouco orientada pela família sobre suas necessidades e conseqüências do exercício da sexualidade. Isto faz com que elas, muitas vezes, se utilizem de outros mecanismos em busca de sanar as suas curiosidades, que podem mencionar fatos sobre a realidade ou fantasiá-los.

Outras vezes, só vão aprender na prática, ficando à mercê do desejo do parceiro, dos laços afetivos que envolvem a relação e do exemplo observado em seu contexto familiar e social.

A dificuldade em dialogar sobre estes temas com as meninas se deve à herança cultural, a qual ao homem era permitido vivenciar e experimentar diferentes práticas sexuais, antes mesmo do casamento, como prova de demonstração de virilidade, força e soberania. Este valor também lhe era transmitido pelo próprio pai, pelo que atestava, de certa forma, a perpetuação do homem no domínio público.

Em contrapartida, à mulher restava o reinado no domínio privado, devendo manter-se distante de quaisquer informações referentes ao exercício da sexualidade, restrições que incluíam a manutenção da castidade e da virgindade até o casamento.

Esta atitude diferenciada existente entre as mulheres e os homens sofreu forte influência do catolicismo para o qual o sexo só era permitido para fins de

reprodução. Posteriormente, com as conquistas obtidas pelo movimento feminista, ele se torna mais livre; é utilizado para proporcionar prazer e a mulher decide sobre o seu corpo, entre outras.

Ainda hoje encontramos aspectos remanescentes da cultura do século passado, pois os pais, muitas vezes, se encontram constrangidos e com dificuldades para dialogar abertamente com seus filhos, principalmente com as do gênero feminino, sobre os fatores biopsicosocioculturais e espirituais que envolvem a sexualidade, estimulando-as, de certa forma, para que busquem outras fontes de informação ou, então, aprendam na prática.

Os fatores socioculturais mostram-se importantes aliados na determinação dos aspectos básicos do comportamento sexual. O sexo não é considerado apenas do ponto de vista biológico, centrado nas necessidades de satisfação do corpo, mas como experiência culturalmente informada, moldada pelo mundo interno e externo, onde se encontram os seres humanos (PARKER, HERDT e CARBALLO, 1995).

A descrição da cultura sexual, por sua vez, envolve um conjunto de distinções básicas entre ideais culturais e práticas reais, conduta pública e privada e comportamento prescrito e voluntário, de tal maneira que o que se observa é aquilo que as pessoas dizem e fazem em público difere em muito o que fazem no privado e até o contrariam. As normas sociais, portanto, estabelecem o que se admite, porém, não necessariamente, o que ocorre (BARBOSA, 1995).

Neste sentido, a família, é entendida como célula básica da sociedade, que emerge como esfera prioritária de identificação feminina, ou seja, é vista como *locus* em que a identidade é gerada, construída e referida, assumindo papel relevante na construção e desconstrução de conceitos sobre aspectos relacionados à sexualidade que venham influenciar a vida dos seus integrantes (GUIMARÃES, C. D., 1996).

Entretanto, segundo Villela (1996), informações básicas sobre contracepção e sexualidade, sob a ótica de gênero, não são tão do domínio das mulheres, quanto se acreditava. Seguindo nesta direção, é possível perceber quanto se torna difícil falar

sobre o conceito de sexualidade e de gênero, ao considerarmos que ambos pretendem dar conta da vivência humana de uma função natural, ou seja, do sexo.

De acordo com essa autora, embora a sexualidade esteja centrada na dimensão biológica, sua configuração relaciona-se fortemente ao conjunto de significados definidos em cada cultura, criando as dimensões de erotismo e de sensualidade; embora existam evidências que justifiquem a necessidade de explicitar, de maneira ampla e espontânea, os diversos aspectos que a envolvem, o preconceito e a vinculação da sexualidade à maternidade e ao mundo dos afetos acabam por reduzir as orientações a questões referentes ao corpo e condicionadas a existência de uma relação.

Em **não recebendo orientação**, alguns relatos mencionaram que, na família, não era permitido falar sobre este assunto.

*...Antes, a minha mãe não abria a parte da sexualidade como eu gostaria. Não tive muita abertura com a minha mãe (pink).*

*...Não foi falado em casa sobre sexualidade, incluindo contracepção. Mãe só dizia: vê se não vai engravidar, mas nunca foi falado sobre pílula ou outro método (azul).*

Mais uma vez, percebe-se que a herança cultural está presente nas famílias, nas quais falar sobre sexualidade e relações sexuais era proibido, pois isto era considerado um tabu, algo impuro e sujo, e que deveria ser praticado apenas para a reprodução da espécie.

Muitas delas optavam por silenciar entendendo ser a melhor forma de atuação junto às suas filhas, pois a sua prática, por vezes, seria aprendida dentro da vivência diária do casamento, onde a mulher deveria estar disponível para o ato sexual, independentemente de possuir ou não vontade. Falar sobre sexo representava desrespeito à autoridade materna e possibilidade do seu exercício estar ocorrendo fora do casamento, quando a virgindade e a castidade eram atributos indiscutíveis para a composição da família.

Para as mães, a sexualidade estava restrita ao domínio do privado. O ato sexual, como atividade obrigatória no exercício do papel de mulher deveria ser realizado somente com o marido, de acordo com as suas preferências, porém desprovida de vinculação com a obtenção de prazer.

Isto reforça o que Aldana (1992) refere em relação à influência da herança cultural das famílias sobre a sexualidade, restringindo-a à função reprodutiva; durante o ato sexual a ejaculação adquiria valor de êxito e plenitude enfatizando, portanto, a penetração e a genitalidade. Neste contexto, ao homem foi atribuído um limite artificial de poder e de violência, enquanto à mulher foi ensinado exercer o domínio sobre o seu desejo sexual e o controle sobre sua expressão.

Nessa direção, a autora entende a sexualidade como processo dinâmico e mutável, que não pode mais permanecer restrita à ótica patriarcal, onde o gênero masculino define os limites e os contornos da prática sexual, de acordo com a sua conveniência, desmistificando até mesmo o entendimento de ser algo trivial e responsável por roubar o tempo das atividades mais profundas e fundamentais da vida de cada indivíduo.

O discurso científico da AIDS e o que expressa o imaginário social da AIDS precisam ser revistos à luz da identidade social das próprias mulheres, isto porque, diferentemente dos homens, elas não incorporam as práticas exercidas na rua e em casa na sua construção pessoal. Para elas somente é considerado valor o da sua família, o da sua casa e observa-se que a família preexiste e se impõe como único eixo de referência para as relações de gênero que envolve a sexualidade, o amor e seus cuidados (GUIMARÃES, C. D., 1996).

Portanto as mulheres PRATICANDO SUA SEXUALIDADE sentiram necessidade de compreendê-la.

Em **compreendendo sua sexualidade** os atores deste estudo relataram sentir falta de informação e preparo para exercer a sua sexualidade, demonstrando que ela ainda está fortemente relacionada à herança cultural, onde o sexo era visto exclusivamente em função da reprodução.

*...Esse assunto é nebuloso para mim até hoje. Falta informação sobre sexualidade da mulher, pois fui muito reprimida em minha educação. Morro de vergonha (vermelho).*

*A minha mãe falava do orgasmo e do prazer que poderia ter, mas que a relação sexual poderia ser sofrida e não iria querer saber nunca mais (amarelo).*

Isto reflete os valores e costumes de uma época, em que falar de sexo para a mulher era coisa proibida ou, de outra forma, só fazia parte do repertório de diálogos, após o casamento.

Embora, atualmente, existam diversos meios de que as mulheres podem utilizar-se para conhecer o seu corpo e, conseqüentemente, explorar melhor a sua sexualidade, parece que elas seguem a cartilha adotada pelas suas mães, porquanto, a despeito de serem profissionais de saúde, agem de forma tímida e emotiva.

A sua vivência cotidiana, como pessoas, junto a seus parceiros sexuais é isenta de diálogo sobre a temática e, muitas vezes, se comportam de maneira tolerante e até submissa, deixando que a decisão pelas diversas etapas do planejamento da atividade sexual fique sob a responsabilidade do outro, ou seja, do parceiro.

Além disso, a despeito de a mulher encontrar-se inserida no domínio do público, a sociedade ainda lhe exige funções do privado, como ter um marido, ser boa esposa e mãe. Para atender os valores socioculturais ou subsistir, por vezes, ela faz do ato sexual motivo para não perder o marido e seu *status* de casada possuindo sua própria família.

Apesar de, atualmente, o sexo estar sendo exposto na mídia de muitas maneiras e as informações serem de fácil acesso, para atender aos diferentes públicos e necessidades, os relatos apresentados demonstram que ele ainda pertence ao privado, e vem acompanhado de muitas limitações, uma vez que as relações sexuais dos indivíduos são, talvez, a parte mais pessoal e íntima de suas vidas. Embora as mulheres sejam moldadas e reflitam valores fundamentais da sociedade, elas são consideradas de difícil enfrentamento na busca de sua satisfação.

Isso é corroborado por O'Leary e Cheney (1993), quando mencionam que circunstâncias sociais e econômicas, arraigadas e difundidas de crenças sobre a



natureza passiva da sexualidade feminina e sobre valores circunscritos à maternidade, se apresentam em várias sociedades, como alternativa que reduz as possibilidades de controle que as mulheres têm sobre o seu corpo e, no caso da AIDS, sobre seus próprios destinos.

Além disso, as concepções sobre feminilidade incluem, no terreno sexual, adoção de atitudes passivas, incluindo certo grau de recato e desconhecimento das potencialidades eróticas do sexo, uma categorização sobre o que é certo e o que é errado fazer e, principalmente, uma vinculação do prazer com o afeto existente no ato sexual. Neste sentido, observa-se que a negociação sexual entre homens e mulheres, sobretudo quando a iniciativa pelas propostas de mudança ocorre a partir das mulheres, não é tarefa muito fácil de ser realizada (VILLELA, 1996).

A sexualidade é uma necessidade que apresenta como características a sua complexidade e magnitude sobre os sentimentos, sensações e conexões. Ela é vista, por vezes, como sendo perigosa, prazerosa e desconcertante, que exige dos seres humanos em geral, e das mulheres em particular, uma apropriação dessas conquistas, na busca de satisfação e proteção pessoal (ALDANA, 1992).

Em **desejando mais informações**, as mulheres mencionaram que a despeito de serem profissionais de saúde, possuem desejo e interesse em participar de cursos sobre o assunto, para aprender a lidar com a sua própria sexualidade, de maneira mais ampla que permita vivê-la nas dimensões de comunicação, de reprodução e de busca de prazer, haja vista que referem que a orientação sexual recebida, até o momento, não é suficiente ou satisfatória.

A necessidade de compreender melhor a sua sexualidade, manifestada pelos atores deste estudo, talvez ocorra devido à falta de orientação que elas tiveram ao longo das suas vidas, tanto no âmbito familiar quanto fornecida por outras fontes, bem como da dificuldade que significa explorar um tema tão amplo e complexo, capaz de influenciar seu modo de vida.

Entretanto, apesar de viverem no século XXI, e de terem desejo de saber mais sobre sexualidade, os atores deste estudo demonstraram que ainda dependem

da vontade e aprovação de seus parceiros para buscar conhecimentos mais aprofundados, o que reafirma o processo de socialização desenvolvido pelas famílias, quando a menina deve permanecer recatada, guardando sua sexualidade para ser exercida no privado, enquanto o menino é estimulado para vivê-la no público.

*...Gostaria de fazer um curso sobre sexualidade, mas não sei se teria argumentos para que o meu marido fosse também (amarelo).*

*...Participaria de um curso de sexualidade se convidada, pois nunca tive a oportunidade de fazê-lo anteriormente, mas meu parceiro, não sei (pink).*

*...Nunca fiz curso sobre sexualidade, mas gostaria de fazê-lo, pois sou aberta para aprender mais, porém o meu marido não. Ele é machão (azul).*

Neste contexto, enquanto profissionais de saúde, elas ao pertencerem, simultaneamente, ao público e ao privado, se deparam com a sexualidade que é liberada, mas, ao mesmo tempo, não é exercida com liberdade, uma vez que está sujeita às normas sociais.

Foi possível perceber pelos relatos apresentados que existe uma sinalização positiva e favorável, no que se refere ao desejo de ampliar o conhecimento específico sobre a sexualidade, inicialmente, para benefício próprio.

A sexualidade, entendida como construção cultural, é algo mutante e que necessita ser contemplado de forma que cada pessoa possa construir o seu próprio caminho, abrindo ou fechando possibilidades de resgate dos seus direitos individuais.

De acordo com Martin, Barbosa e Villela (1992), a informação que uma pessoa apresenta sofre influências do seu nível de educação e da facilidade de acesso aos bens e serviços existentes no seu entorno. Ao mesmo tempo, o conjunto de representações, valores e afetos que constituem a identidade cultural do sujeito age como elemento mediador para a incorporação desta informação recebida e a conseqüente ação prática consigo mesmo.

As mulheres, contudo, demonstram maior disponibilidade em compreender a abrangência do seu significado, ultrapassando a simples disponibilização de informações sobre o tema, buscando vivenciá-la para além da reprodução, mas indo em

busca do prazer. Recomenda-se não aceitar que os desejos esperem o momento adequado para surgir, ou que outros problemas sejam resolvidos, antes de exercê-lo (ALDANA, 1992).

Neste sentido, para combater o fenômeno da AIDS junto às mulheres, a educação sobre sexualidade é considerada condição primordial, pois é por intermédio deste instrumento que elas poderão ampliar seus conceitos, buscando alternativas de prevenção.

Em PROTEGENDO-SE DA AIDS, os relatos apresentados referiram o preservativo como única alternativa que está sendo utilizada como medida da prevenção da AIDS ou outra doença sexualmente transmissível (DST). Entretanto, foi observada a inexistência de profissionais de saúde que o utilizam em todas as suas relações sexuais, independentemente da parceria ser estável ou não.

Para elas, o principal motivo para justificar o não uso do preservativo, enquanto medida de prevenção da AIDS, é ter parceiro fixo, o que nos leva a observar que elas negam a sua vulnerabilidade, evidenciando incoerência entre o esperado conhecimento sobre a temática e a respectiva ação.

Além disso, a maioria dos atores referiu-se ao preservativo como método contraceptivo, sendo que apenas um relato o associou como opção utilizada para prevenção simultânea de AIDS e gravidez.

Portanto algumas mulheres profissionais de saúde referem não usar preservativo em seus relacionamentos sexuais e outras usarem preservativo para prevenção da AIDS e como contraceptivo.

Em **não usando preservativo**, o fazem devido à confiança, dificuldade de se cuidar, aceitação do risco, não achar necessário, o marido não apresentar fatores de transmissão, como pode ser observado nas falas a seguir.

*...Eu e meu marido não usamos preservativos. Não existe suspeita. Eu confio (verde).*

*...Tenho uma dificuldade em me cuidar, de usar preservativo (branco).*

*...Eu pergunto se ele não tem preservativo, não discuto e não deixo de me relacionar por este motivo (vermelho).*

*...Não passa como necessidade para mim, usar preservativo com meu marido (lilás).*

*...Não uso preservativos. Meu marido não usa droga e só poderia vir daí. Não fizemos cirurgia, nem transfusão de sangue. Todas as formas de contágio estão riscadas do nosso cotidiano (azul).*

*...Eu acho complicado porque a gente tem um parceiro de quatro anos e então não uso preservativo. Fica a questão de confiabilidade (pink).*

Os relatos apresentados pelos atores deste estudo evidenciam a lacuna existente entre o conhecimento científico disponível e a herança cultural dessas mulheres.

Embora conhecedoras dos dados epidemiológicos atuais que apontam para um crescimento acentuado no número de casos de AIDS nas mulheres, muitas das quais com parceria sexual estável, bem como da eficácia da utilização do preservativo, masculino ou feminino, como método de barreira impeditivo à transmissão sexual do HIV, elas não o utilizam.

Isto evidencia que no discurso as mulheres estão liberadas sexualmente, mas, na prática, ainda se encontram submissas à vontade do parceiro, o que se deve a diversos fatores, entre eles o amor romântico praticado pela mulher, os costumes, os valores e *status* social que levam à subserviência, além da gama de preconceitos.

Este posicionamento vem reforçar a crença de que a AIDS, enquanto doença de transmissão sexual, está fortemente internalizada nas profissionais de saúde, atores deste estudo, de maneira semelhante a outras mulheres, como algo distante, e que a confiança existente no seu parceiro sexual fixo tem sido compreendida como sinônimo de prevenção, fato este que elimina qualquer suspeita de risco.

Isto, portanto, exime do casal a necessidade de conversar e, até mesmo, de propor alguma alternativa de prevenção que inclua a prática do sexo seguro, uma vez que não se vêem como possibilidades reais de inclusão nas estatísticas oficiais referentes aos casos de AIDS em mulheres.

Segundo Ávila (1998), o exercício da sexualidade, quando se baseia no amor romântico exerce influência nos diferentes tipos de relações, quer sejam permanentes, irregulares, legais, consensuais, casamentos chamados monogâmicos e a prostituição, pois este tipo de amor tem implicado para as mulheres um lugar de desposuimento, não existindo uma relação, mas sim uma fusão, e como tal apenas um dos lados, o masculino, acaba prevalecendo. Para que exista uma relação é necessário haver a existência de duas pessoas integrais, onde cada um, a seu modo, se aproprie dos direitos nos campos reprodutivo e sexual.

A autora refere que para as mulheres é visto como fundamental pensar a questão da AIDS como um novo equacionamento da relação dos direitos reprodutivos e sexuais.

Além disso, conforme assinala Guimarães (1992), o uso do preservativo apresenta baixa significância percentual, especialmente quando se trata de relações conjugais ou uniões consensuais pautadas pela fidelidade e confiança mútua, justificando a atitude das mulheres, quando não reconhecem essas medidas de prevenção como necessárias para suas vidas.

De acordo com Barbosa (1995), o discurso predominante da nossa cultura sexual é o de uma sociedade patriarcal, em que a fala adotada pela mulher é a fala do oprimido, independentemente da classe à qual pertença, assimilando o discurso masculino dominante, mas que tenta reescrevê-lo, modificando-o a partir das suas experiências de vida.

Historicamente, os papéis sexuais e sociais desempenhados por homens e mulheres sempre foram diferenciados. A mulher adotou uma postura de aceitação e subordinação ao desejo masculino, permeando o universo do amor e da fidelidade, especialmente nas relações afetivas, expondo-a desta forma a uma maior vulnerabilidade em relação a AIDS e demais DST (PREUSSLER, MICHELETTI e PEDRO, 2003).

Neste contexto, é importante considerar que as práticas sexuais fazem parte das normas sociais e individuais, e não podem ser alteradas por conta própria

ou de um dia para o outro. É preciso analisar os diferentes contextos em que as mulheres se inserem, bem como o grau de percepção e aceitação social da sua vulnerabilidade em face da AIDS e da conseqüente necessidade de mudança.

As que estão **usando preservativo para prevenção da AIDS e como contracepção** citaram como razões o fato de que não existe imunidade para a infidelidade, segurança, por questão de escolha e como contraceptivo, podendo ser observadas nos relatos a seguir.

*...Eu acho que a prevenção está bem internalizada em mim, independentemente de ser casada. Uso camisinha por dois motivos: como método contraceptivo e como segurança, pois não existe imunidade contra infidelidade; porém não uso durante o sexo oral (amarelo).*

*...Negociar o uso do preservativo num relacionamento é complicadíssimo. Quanto mais aprofunda, pior. Não é por desconhecimento, é uma questão de escolha,... eu tive dois namorados, depois que desnoivei, sempre usei camisinha, porém, nunca consegui usá-la no sexo oral. De uns tempos para cá, eu incorporei o uso de preservativo para a minha vida (laranja).*

*...A gente deu para transar de camisinha quando estou no período fértil (branco).*

Observa-se nos relatos apresentados que o uso do preservativo como instrumento de prevenção da AIDS decorrente de transmissão sexual, não está fortemente assimilado no consciente das mulheres atores deste estudo, pois a maioria quando admitem usá-lo, o vinculam à finalidade contraceptiva, além de reforçarem a dificuldade de introduzi-lo em relacionamento estável.

O conhecimento técnico-científico disponível parece assumir posição secundária em detrimento de outros motivos de cunho mais pessoal e não está sendo suficientemente capaz de desencadear reflexões no intuito de produzir mudanças de atitudes e práticas.

Neste sentido, questiona-se, enquanto profissionais de saúde na sua vivência diária com outras mulheres soropositivas ou não, quanto se sentem protagonistas da própria história, em que a AIDS hoje representa um desafio para enfrentamento, para as mulheres em geral.

A categoria PROTEGENDO-SE DA AIDS e suas **subcategorias** explicitam as ambigüidades e contradições existentes nos relacionamentos estáveis estabelecidos a partir da concretização das alianças, revelando a influência que a perspectiva de gênero e a visão de mundo orientam seus comportamentos, justificando, neste sentido, a falta de percepção da sua vulnerabilidade em face do HIV/AIDS e desobrigando-as de adotar, nas suas vidas, práticas seguras de prevenção.

A despeito da ênfase que se tem dado a camisinha como barreira mecânica impeditiva à transmissão do HIV, cumpre situá-la no contexto mais amplo das atitudes contraceptivas, a fim de controlar também as demais DST e permitir análise e compreensão mais abrangente da vida sexual das mulheres.

O processo de tomada de decisões sobre o uso de preservativos e outros métodos contraceptivos, segundo O'Leary e Cheney (1993), está relacionado a um conjunto de influências sociais, econômicas e culturais que, além de muito complexo, é sempre voltado para um reforço do perfil materno das mulheres.

Corroborando esta idéia, destaco Martin, Barbosa e Villela (1992), que mencionam ser do homem, independentemente do tipo de estabilidade conjugal, a definição do ritmo e da forma das relações sexuais, incluindo a incorporação de práticas preventivas em relação ao HIV.

Visto de outra maneira, numa relação estável, a inclusão do uso do preservativo de forma regular, antes não adotada como prática pelo casal, pode ameaçar a confiança que está implícita, quer ela exista ou não, uma vez que, para muitas pessoas, ele é visto como símbolo de atividade extraconjugal e conviver com a suspeita que não esteja fazendo sexo apenas com um parceiro é, portanto, usado como principal obstáculo ao uso de preservativo (O'LEARY e CHENEY, 1993).

Além disso, segundo os autores mencionados anteriormente, intenções racionais nem sempre se materializam, sobretudo quando se trata de relacionamentos sexuais estáveis, porque nestas situações, entram em jogo diversas variáveis, incluído o amor, o afeto, a dependência econômica ou emocional, o sentimento de inferioridade, entre outros. Adotar e sustentar uma postura de prevenção, muitas vezes, pode

ameaçar a suposta estabilidade e qualidade da relação, permitindo que se opte por permanecer sob risco de adquirir o HIV.

Numa cultura sexual como a brasileira, em que a representação de sexo e sexualidade é fortemente determinada pelo gênero masculino, a prática do sexo seguro pode ser muito difícil de ser colocada em prática para as mulheres e a tendência é excluí-la (BARBOSA, 1995).

A referida autora acrescenta que, nos dias atuais, apesar das conquistas econômicas e de participação no cenário profissional, as mulheres têm pouco ou nenhum controle sobre as suas decisões sexuais, na medida em que seus corpos estão determinados por interesses econômicos e sociais, criando uma cultura em que lhe é reservado o mundo da vida privada, restando-lhe pouca oportunidade de discussão pública, de caráter político, sobre questões referentes à sua vida.

Concordo com esta autora, especialmente quando observo que, desde o período de domínio patriarcal, foram poucas as mudanças significativas que puderam ser sentidas pelas mulheres, independentemente de classe social, na medida em que a sexualidade ainda é fortemente vista com fins reprodutivos e, como tal, desprovida da necessidade de incluir o preservativo, no centro do diálogo dos parceiros estáveis, como opção de prevenção da AIDS.

REFLETINDO SOBRE A REPRESENTAÇÃO DA AIDS, expressaram-se por meio de conhecimento sobre AIDS, hierarquizando prioridade, tendo confiança, realizando a testagem sorológica e significado da AIDS.

Em **conhecimento sobre AIDS**, as participantes do estudo referiram tê-lo obtido, principalmente, após se tornarem profissionais, por intermédio de cursos e palestras promovidos pelos locais de trabalho, além de informações veiculadas na mídia, bem como durante o atendimento a clientes e familiares com AIDS. Ressaltaram que os cursos de graduação foram os que menos contribuíram para este aprendizado. Uma delas mencionou a opção de buscar conhecimentos por iniciativa própria, por meio de leituras, como preferencial.



*...Desde 1988 na faculdade de odontologia, porém somente para questões profissionais, mas não incluía a transmissão sexual. Aumentou mesmo, por meio de treinamentos promovidos pela Instituição onde trabalho (laranja).*

*...Em 1991, pela mídia. Posteriormente, pela vivência no atendimento de uma tia que "pegou aids" de um namorado. Na faculdade coisa muito distante, duas ou três aulas. A gente não tem contato pessoalmente com "aidéticos", para conhecer a realidade (azul).*

*...Por meio da vida profissional aprendi bastante coisa com uma amiga enfermeira. Inicialmente a preocupação era com os equipamentos de proteção individual (amarelo).*

*...Não tive na faculdade. Optei por periodontia, que tem contato com gengivas e lesões iniciais do paciente "aidético". Adquiri conhecimento por iniciativa própria, por intermédio de muita leitura (pink).*

Apesar da epidemia provocada pelo HIV/AIDS estar presente no Brasil desde a década de 1980, percebe-se que a construção científica da AIDS ignorou, desde o início, seus determinantes sociais e culturais, o que tem apresentado sérias conseqüências no seu enfrentamento, especialmente para as mulheres.

Num país onde o valor relacionado à sexualidade do tempo dos primeiros colonizadores ainda faz parte do credo oficial, falar sobre esta temática remete à necessidade de dar uma virada significativa na abordagem que vem sendo utilizada pelos diferentes segmentos da sociedade. Neste contexto, devemos destacar os cursos da área de saúde, a mídia e o local de trabalho, como fontes promotoras de conhecimento, na tentativa de minimizar as estatísticas, priorizando as mulheres como foco das abordagens, uma vez que, atualmente, é o segmento populacional no qual se registra maior crescimento da epidemia provocada pelo HIV.

A AIDS vem sendo pouco abordada pelos diferentes cursos da área de saúde e de serviço social, fato este que retarda e, às vezes, impede que os acadêmicos vivenciem essa realidade e desenvolvam uma postura crítico-reflexiva mais aprofundada sobre os diversos aspectos que a envolvem, incluindo o aprendizado e uso adequado de terminologia específica.

Embora a academia venha realizando vários trabalhos investigativos sobre AIDS, observa-se que a mesma ênfase não é dada no interior dos cursos. Neles, o conteúdo é abordado de maneira superficial e com enfoque por vezes, restrito aos aspectos biológicos e de biossegurança, desconsiderando a multiplicidade de fatores que a circunscrevem e que poderiam estar sendo refletidos, de maneira transversal, nas diversas disciplinas que compõem os cursos.

Tal fato corrobora o estigma, o preconceito e a adoção de posturas discriminatórias presentes nestas profissões, nos dias atuais.

De outra sorte, os relatos apresentados salientam, em contrapartida, a importância que os ambientes de trabalho representam como cenários ideais para adquirirem conhecimento sobre AIDS, bem como para o estabelecimento de estratégias de prevenção da AIDS, sobretudo porque nele as pessoas passam grande parte de suas vidas e vivem os reflexos das suas emoções e experiências trazidas do meio familiar e social, além do fato de que eles dispõem de mecanismos internos que favorecem a educação continuada (MAIA, ANDRADE NETO e SICILIANO, 1999).

Para Maia (2003), é importante assinalar o trabalho como referencial que tem contribuído para a construção da identidade dos sujeitos. No que se refere à AIDS é perceptível constatar a necessidade de contemplar os locais de trabalho, de tal maneira que favoreçam o exercício da cidadania e da solidariedade, adequando de um lado a concepção voltada à produtividade e, de outro, a preocupação com a satisfação das necessidades humanas e que estimulem a adoção de práticas seguras em face do HIV.

A mídia, com a sua enorme capacidade de mobilização e alcance tem veiculado, até o momento, campanhas informativas com focos variados, para atender às solicitações encomendadas e financiadas pela Coordenação Nacional de DST/AIDS. Entretanto, se observa ao longo dos anos que, quando o foco da campanha foi a mulher, este se concentrou naquelas que apresentam dificuldade de acesso à informação e tratamento, que vivem em situação de pobreza e dependência total

de seus parceiros, que sofrem desigualdades acentuadas em questões de gênero, entre outros.

Neste sentido, e considerando a maneira como as campanhas são construídas, acabam por reforçar a idéia, para as mulheres profissionais de saúde, de que a AIDS não lhes diz respeito no âmbito pessoal, e que se trata de mais uma doença a ser aprendida apenas para atuação no exercício profissional, para as clientes, para as “outras”.

Em **hierarquizando prioridades**, as mulheres profissionais de saúde mencionaram que o medo da AIDS, seguido da infidelidade, ocupam posição de destaque, quando se trata de definir o que representa prioridade em suas vidas. Isto me possibilitou construir duas subcategorias: *medo da AIDS* e *medo da infidelidade*.

Em *medo da AIDS*, os atores incluíram o fato de a AIDS machucar mais do que a infidelidade; que não possuem medo da traição, apesar de ser uma grande decepção; que a infidelidade é possibilidade previsível, como se fizesse parte, até mesmo dentro do limite conjugal.

*...Seria grande decepção descobrir que fui traída, porém eu não tenho medo da traição, pois a minha relação é tranqüila, pelo menos para mim. Porque se a gente viver na neura de ser traída, que vida é essa. Você está com alguém por opção. Para mim, o mais grave é a AIDS (branco).*

*...A AIDS em primeiro lugar, a infidelidade é um sentimento que, se acontecer, vou dar conta. Agora a doença, por ser um processo que eu não posso reverter, e posso perder a minha vida, isso me abala muito (amarelo).*

*...AIDS é prioridade, porque até onde eu sei, é 100% fatal, acabando com toda a rotina da vida. A traição é um outro tipo de dor (pink).*

*...AIDS em primeiro lugar. A infidelidade é uma coisa que pode acontecer para qualquer uma de nós e dentro do limite conjugal, às vezes, nem é ela que destrói o amor; isto até pode fortificar o relacionamento. Há vários livros educativos a esse respeito. Como pessoa, eu não acho que a infidelidade seja um caso sério. A infidelidade pode trazer a AIDS; e a doença é uma coisa que mata, que destrói a vida (lilás).*

Apesar de os atores deste estudo incluírem a morte como justificativa para sentir medo da AIDS em caráter de prioridade vem refletir, mais uma vez, a ambigüidade demonstrada pelas profissionais de saúde em relação ao conhecimento oficial, daquele internalizado e vivenciado.

Além disso, os relatos evidenciam que a AIDS reforça de maneira intensa, a associação do binômio AIDS X morte, onde o medo da morte, como algo certo, que cerceia, faz sofrer e impõe restrições à vida das pessoas é, ao mesmo tempo, vista como incontrollada, assumindo dimensões que superam o conhecimento produzido até o momento sobre a temática.

A esse respeito Zampieri (1996) assinala que a AIDS chegou até nós como doença da morte, associando a ela o sexo; porém o medo que ela provoca, independentemente de qual seja a sua origem, gera reações de pânico desproporcionais ao grau de transmissibilidade real do HIV, confirmado cientificamente.

Entretanto é importante ressaltar que, pelo quinto ano consecutivo, o Brasil registra o importante declínio no número de óbitos, observando taxas inferiores a sete óbitos por 100.000 habitantes (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2003).

A despeito das profundas transformações sociais que fizeram com que as mulheres conquistassem direitos civis e sexuais equivalentes aos dos homens, a representação dos papéis ainda ocupa papel preponderante nos dias atuais de maneira análoga aos anos passados.

Apesar da relativa autonomia que as mulheres em geral, e as profissionais de saúde em particular, desfrutam como agentes econômicos ou de estruturação familiar, elas se conduzem como tuteladas, quando se trata de pôr em prática seus desejos e interesses na interação sexual com os homens, atitude provocada por múltiplos fatores, com ênfase para o romantismo amoroso (COSTA, 2003).

De acordo com Zampieri (1996), diversos são os mitos transmitidos de geração a geração, entre os quais o fato de um caso extraconjugal vivido pelo marido poder reavivar um casamento monótono ou o homem que tem casos extraconjugais não colocar em risco a estrutura familiar, uma vez que, diferentemente da mulher, ele

não mistura amor e sexo, entre outros, têm sido utilizados para justificar a infidelidade conjugal. Ao mesmo tempo, com o surgimento da AIDS, a honestidade sexual passa a ser condição necessária entre os relacionamentos heterossexuais como estratégia de prevenção.

Em *medo da infidelidade*, observou-se que a traição é algo muito grave na vida das mulheres, que dói, que não existe tolerância, que é motivo para terminar uma relação.

*...Infidelidade em primeiro lugar, é a coisa mais séria e que mais dói. É muito grave saber que fui traída. A AIDS vem depois (vermelho).*

*...Tolerância zero para infidelidade, tchau e benção. Para mim, só faz uma vez”, entretanto a AIDS não traz muita preocupação (verde).*

*...Infidelidade pesa mais que a AIDS. Se a pessoa disser: vamos fazer amor sem camisinha porque eu sou fiel, eu até topo. Agora se ela falar que foi infiel, termina na hora. Se eu me descobrir com HIV, porém que tem tratamento, então o medo é menor (laranja).*

Em nossa sociedade, a infidelidade masculina é considerada ocorrência normal na vida dos homens; entretanto representa sérios conflitos, quando é exercida pela mulher ou a ela revelada. Ela não aceita dividir seu parceiro com outra mulher, talvez porque ela aja mais com o coração e não admita existir um relacionamento sem amor. Além disso, somam-se esses pontos ao medo de perder o *status* de mulher casada e a proteção econômica, a posse do outro e o preconceito de ser discriminada pela sociedade.

O comportamento das profissionais de saúde muito se assemelha ao comportamento das mulheres em geral, no que se refere ao fato de não conviver com a possibilidade de haver traição na sua relação estável.

A preocupação-obsessão com a fidelidade feminina foi consolidada ao longo de milênios, por motivos culturais, antropológicos e biológicos que são quase auto-explicáveis. Nas sociedades patriarcais, esmagadoramente majoritárias, a perpetuação da tribo se dá pela linhagem masculina e por mais conflitante que seja

a eterna briga envolvendo aspectos biológicos e culturais, o senso comum se encarrega de definir algumas constatações.

Na representação das mulheres, o homem é visto como um ser naturalmente livre, não precisando justificar as suas atitudes e tampouco se preocupar com sua reputação moral. O seu simples querer não deixa margem para contestações femininas, fazendo com que a infidelidade masculina seja considerada uma situação “normal” do gênero masculino, desde que ocorra com o homem da outra.

Geralmente, as mulheres não aceitam pensar ou falar na infidelidade de seus parceiros e evitam falar no assunto, mesmo que isto as coloque em situação de risco para a AIDS.

Praça e Gualda (2003) mencionam que conversar com seus parceiros sexuais exclusivos sobre sexualidade que inclua a desconfiança, sobre possível comportamento sexual extramarital representa um desafio a ser transposto; haja vista que, ambos, homens e mulheres consideram dispensável o uso de preservativos nos seus relacionamentos sexuais.

Para estas autoras, o evidente desnível de poder entre os membros do casal que vive numa sociedade que aceita com mais facilidade as relações ocasionais ou extraconjugais para os homens, em relação às mulheres, dá margem, com frequência, a que eles tenham mais parceiras fora da relação, sem que suas esposas saibam e, conseqüentemente, reforcem e tragam sérias implicações que, muitas vezes, impedem o afloramento de processos modificadores da identidade sexual da mulher.

Em **tendo confiança** observa-se pelos relatos que a confiança ocorreu por meio da realização de sorologia anti-HIV, conhecimento e convivência, diálogo e cumplicidade com o parceiro, sentimento e amor. Isto pode ser verificado a seguir.

*...É quando os casais fazem a sorologia. Eu apostaria nisto, mas não sei até que ponto, pois não vejo fidelidade neste mundo (laranja).*

*...Eu acho que é quando você conhece a pessoa e convive, pois ninguém é burro; você começa a perceber se tem um relacionamento bom e estável (pink).*

*...O que eu levo em conta é o diálogo, a cumplicidade. É conhecer a pessoa. Eu acho que a grande importância é a compreensão sobre estas coisas (branco).*

*...Entre mim e meu marido existe um sentimento, amor; então não há necessidade de procurar nada fora, outra pessoa. Eu não tenho desconfiança do meu marido. Eu recomendo o uso do preservativo, mas não uso (verde).*

Os relatos apresentados reforçam a idéia de que a mulher brasileira cria, ela própria, sua idolatria, na qual, por vezes, permite que se aliene. Isto não é outra coisa senão a projeção idealizada de seus papéis convencionais como esposa, ou como parceira estável, que incluem a obrigatoriedade de ser recatada, fiel, carinhosa com o parceiro e, muitas vezes, permanecendo em silêncio, nas situações cotidianas do seu relacionamento afetivo.

Na situação de esposa ou de parceira estável, cujo papel a ser exercido não possibilita a inclusão de temas relacionados à sexualidade, é possível perceber a forte influência que a herança cultural exerce sobre suas vidas, dificultando a utilização do conhecimento técnico-científico que possuem como profissionais de saúde.

Observa-se que, a despeito dos avanços na área tecnológica, da sua inserção no mercado de trabalho, de possuírem bom nível de esclarecimento, da liberdade para decidir sobre sua vida, as mulheres continuam ligadas ao passado; foi possível, perceber que os atores entrevistados apresentam atitudes que se assemelham a outras mulheres, que geram uma postura de passividade e aceitação do estilo de vida cotidiana, a partir do que é proposto pelo seu parceiro.

Atuar de maneira diferente, ou seja, reivindicando a necessidade de implantar a prevenção da AIDS na sua vida familiar parece algo muito distante e difícil de ser realizado, porquanto como é que ela vai solicitar que o seu parceiro utilize preservativo, se ele só mantém relação sexual com ela e, portanto, não representa risco algum de transmissão.

Para elas, muitas vezes, a utilização do preservativo pode representar o atestado de infidelidade do parceiro, desencadeando conflitos a serem enfrentados, que exigirão a adoção de posturas sofridas incluindo até mesmo uma separação.

Neste sentido, torna-se mais fácil silenciar e não ventilar a necessidade de usar o preservativo, mesmo existindo a possibilidade de adquirir AIDS, do que perder o parceiro estável.

**Tendo confiança** pode ser explicado a partir do momento em que a mulher considera a AIDS como doença do “outro”, gerando uma situação favorável ao obscurecimento das informações, podendo justificar as suas atitudes; a tendência é excluí-la (ZAMPIERI, 1996).

Corroborando esta idéia, é importante salientar que as mulheres foram particularmente influenciadas pela compreensão da AIDS como doença do “outro”, uma vez que em 1986 pesquisadores do Center for Disease Control (CDC) reclassificaram as pessoas infectadas pelo HIV na rubrica “outros”, migrando para casos obscuros ou ignorados e constataram, a partir de então, um elevado número de mulheres assim diagnosticadas (BARBOSA, 1995).

Barbosa e Villela (1996) referem que isto serviu para discriminar e dar o estatuto da doença dos outros, fazendo com que, em contrapartida, o fato de “conhecer” o parceiro seja, para muitas mulheres, o suficiente para que se sintam protegidas do risco de transmissão sexual.

A partir deste entendimento, o modo como o indivíduo procura alcançar os ideais culturais depende da capacidade que cada um tem de se firmar diante do outro e isto significa que a imagem ideal do Eu, do ponto de vista psicanalítico, e o próprio sentido da existência, é moldado por essa visão e tem a finalidade de mantê-la viva, tanto quanto possível (COSTA, 2003).

Neste sentido, o referido autor acrescenta que qualquer incursão no sentido de entender as razões que levam as mulheres a se comportarem desta forma tem a ver com a maneira como elas entendem que a vida vale a pena ser vivida tanto quanto possível de como isto representa uma variável da forma como construímos uma identidade pessoal satisfatória.

Além disso, a distinção entre os sexos não é redutível a nenhuma dicotomia biológica e que os papéis assumidos por homens e mulheres variam de



uma sociedade para outra e entre os períodos históricos, atribuindo-se-lhes o direito de definir para si os padrões aceitáveis de comportamento sexual (O'LEARY e CHENEY, 1993).

Parker, Herdt e Carballo (1995) mencionam que a noção de parceiro sexual é conceito culturalmente construído, que permite a utilização de diversas definições e que, uma vez compreendidas, influenciam os papéis e as atividades a serem desenvolvidas, impondo o sistema de proibições.

A cultura valoriza a monogamia e o relacionamento para a vida com um único parceiro, cuja definição do casamento é de extrema importância. Neste ato, o exercício da sexualidade significa para a mulher o passaporte para a maternidade, tida como a mais importante garantia de sobrevivência e que a coloca na dependência do parceiro masculino (BARBOSA e VILLELA, 1996).

Estas autoras assinalam que a dificuldade de incorporação da idéia de prevenção está ligada ao verbo *amar* que, ao ser conjugado pelo feminino, adquire forte sentido de abnegação, de renúncia, de negação de si mesmo em relação ao outro. A prevenção exige que seja introduzida uma ação racional ao desejo, que é do outro, podendo configurar-se, para muitas mulheres, como antítese do amor, e como tal injustificada.

De outra forma, de acordo com Costa (2003), o amor-paixão reforça, muitas vezes, a atitude submissa das mulheres diante da palavra, gesto e desejos masculinos, uma vez que, na condição de guardiãs da moralidade, são as principais praticantes do fundamentalismo romântico. Ao mesmo tempo, também elas colaboram ativamente na reprodução da desigualdade, na medida em que estão convertidas ao *ethos* cultural dominante, deixando de lado a visão de passividade que permeou as interações sexuais por muito tempo.

Em **realizando a testagem sorológica**, todos os atores relataram já terem feito a sorologia para o anti-HIV, o que ocorreu devido a diversas razões, incluindo curiosidade, rotina de pré-natal, triagem para doação de sangue e risco ocupacional. Alguns atores referiram tê-lo feito por várias vezes, sem especificar o motivo.

Entretanto a decisão de verificar a possibilidade de estar infectada pelo HIV por via sexual não foi observada em nenhuma fala como justificativa para se submeter ao teste. Isto talvez tenha ocorrido devido a que as mulheres ainda não estão preparadas para falar de suas intimidades, embora na atualidade muitas se definam como abertas e liberadas para decidir sobre seus atos, bem como pelo seu corpo.

*...Fiz o teste por curiosidade, porém a espera pelo resultado foi tranqüila, uma vez que não tinha por onde ter contraído (verde).*

*...Fiz o teste somente no pré-natal da minha segunda filha, como rotina (azul).*

*...Já fiz várias vezes, e até agora deu negativo, embora usando camisinha na relação sexual. O que me levou a fazer o teste foi devido a ter muito contato com sangue na mão. O teste teve significado mais pela questão profissional (amarelo).*

*...A minha realização do teste anti-HIV ocorreu devido à doação de sangue, e não para saber se tinha o vírus (lilás).*

Novamente, é possível perceber que os atores deste estudo demonstram dificuldade para agir consigo mesmo, de maneira que não se sentem como mulheres passíveis de integrar o segmento atual de maior vulnerabilidade para a AIDS, pois as razões apresentadas para se terem submetido ao teste anti-HIV não incluíram o risco de transmissão sexual.

Este posicionamento talvez tenha ocorrido devido à confiança quanto à fidelidade depositada nos seus parceiros, ou por não se sentirem à vontade para falar das suas inquietações relacionadas a intimidades.

O que aprendem, enquanto profissionais de saúde, a partir da literatura técnica científica, é que os testes anti-HIV devem ser recomendados, com ênfase, para as mulheres que têm vida sexual ativa, e que não adotam na sua prática sexual cotidiana, medidas de prevenção.

Neste sentido, as recomendações e ensinamentos proporcionados pelas profissionais de saúde às mulheres por elas atendidas não são trazidas para o seu contexto pessoal, reforçando o estigma e preconceito que estão fortemente associados a AIDS, como doença da “outra” e também evidenciando a dificuldade de

se desvencilhar da influência exercida pela educação familiar da mulher no mundo ocidental, onde se espera uma postura silenciosa. Possuem, portanto, um discurso para a vida pública e outro para a vida privada.

Os relatos referentes a **realizando a testagem sorológica** evidenciam que, apesar da AIDS, enquanto fenômeno de grande abrangência, dizer respeito às mulheres em geral, independentemente de classe, religião, raça, escolaridade ou profissão, vêm reforçar, de maneira clara, a necessidade da problematização de certas concepções que parecem fundamentais para explicar a negação da vulnerabilidade junto a este segmento de população.

Além disso, o risco ocupacional de adquirir o HIV assumiu posição de destaque como a principal razão que as motivou para a realização da testagem sorológica.

Este fato merece reflexão, uma vez que, apesar do conhecimento científico existente no que se refere à eficácia das normas de biossegurança, como barreira impeditiva à transmissão da AIDS no exercício profissional e a conseqüente baixa significância epidemiológica, o risco ocupacional assumiu uma relevância superior à transmissão sexual.

Ressalta-se que até junho de 1999, do total de 427.795 casos de AIDS notificados, o CDC tem registro de 55 profissionais de saúde nos Estados Unidos, com soroconversão comprovada após acidente ocupacional. No Brasil, até setembro de 2000, existia apenas um registro de soroconversão após acidente ocupacional ocorrido com uma enfermeira (ALVES e RAMOS, 2002).

Se compararmos a atitude das profissionais de saúde, com as das demais mulheres, perceberemos que o suposto conhecimento que elas possuem em relação à temática tem exercido pouca influência sobre tomadas de decisões mais racionais nas próprias vidas, especialmente relacionadas à prevenção da AIDS.

As diversas percepções da AIDS pelas mulheres profissionais de saúde as levam a estabelecer o **significado da AIDS** em suas vidas, isto é em relação ao seu reconhecimento ela não é relevante, porque em suas vidas, é algo distante, questão

de escolha, não se aplica para si, não acham que é uma possibilidade que possa bater na sua casa, não é uma realidade para sua vida.

Elas referem-se a AIDS como uma doença que não pode ser encarada como outra qualquer, como questão cultural, onde toda pessoa com vida sexual ativa, que não faz nada para se proteger, pode envolver-se em situação de risco. Em menor frequência, elas mencionam não estarem isentas totalmente, ser uma ameaça para sua vida e que todo o mundo está vulnerável de contraí-la; porém não fazem ou fazem muito pouco para se proteger durante o exercício de sua sexualidade.

As profissionais de saúde apresentam sentimentos ambivalentes em relação à AIDS; ao mesmo tempo que sentem medo, elas referem sentir segurança de ter um marido fiel, sentir confiança, dúvida e negação. Além disso, elas mencionam, sem destacar uma predominância, o medo, a prevenção, o sofrimento orgânico e psíquico, o desespero, o preconceito e o sexo, como expressões que mais lembram a AIDS.

*...AIDS não é coisa para mim. Eu a coloco fora da minha vida. Não sei se por medo ou por educação. AIDS não é tão relevante para mim, mas não é coisa do outro. Encaro a AIDS para o outro como profissional, não penso em AIDS na minha vida. Não fico ligada na AIDS, não penso. Talvez seja isto que faça eu não me proteger. AIDS lembra medo (vermelho).*

*...Eu sinto que ela está bem distante. Tenho que rever meus conceitos, pois a gente sempre acha que as coisas só acontecem com as outras. Até que ponto tenho direito de me colocar em risco. A gente sempre fala em casa sobre AIDS com minhas filhas numa boa, sem preconceito. Acho que eu e meu marido temos que conversar mais. AIDS lembra prevenção (verde).*

*...Pela minha formação e pelo exemplo que tive em casa com meus pais, eu deveria ser a pessoa mais prevenida. Mas é engraçado, cada relacionamento é diferente. Quando olho para o meu marido não vejo no tipo de pessoa que ele é a possibilidade de ele não viver só para mim e vice-versa. A infidelidade nunca foi uma preocupação no nosso relacionamento. Nunca tive motivo para desconfiar dele, não é porque não sou inteligente, minha formação prova que sou. Não tomo cuidado porque eu parto da premissa de que confio. Não vejo a AIDS como doença das outras, mas também não acho uma possibilidade muito próxima de bater na minha casa. Não vejo a AIDS como uma realidade para mim, justamente por este tipo de vida que eu levo. Tenho parceiro fixo e sempre tive, não uso drogas e ele também não (azul).*

*...A AIDS não pode ser vista como doença qualquer. Está vinculada a hábitos de vida, costumes, princípios, emoções e sentimentos. Acho que o grau de complexidade é bem maior do que se possa imaginar, do que simplesmente unicausal. Não considero a AIDS como doença das outras. Acho que toda pessoa com vida sexual ativa que não faz nada para se proteger, se coloca numa situação de risco. AIDS lembra sofrimento orgânico e psíquico (amarelo).*

*...Sinto muito medo, porque apesar de ter um nível cultural diferenciado, a gente não está isenta totalmente. Eu tenho um relacionamento, e eu acho que essas estatísticas sobre mulheres e AIDS são em função do tipo de homem no Brasil. São malandros e não são fiéis. Então é uma questão cultural. Eu quero fazer parte de um grupo de risco menor, porque, dentro daquilo que vivo hoje, tenho confiança. Mas eu também não sou ignorante a ponto de saber que eu não posso descartar essa possibilidade. AIDS lembra desespero (pink).*

Os relatos apresentados reforçam a idéia de que a AIDS está ligada diretamente a um dos eixos da existência humana, ou seja, a sexualidade e que como tais, demonstram a dificuldade de falar a este respeito.

Os atores, de maneira inconsciente, apresentam argumentos que evidenciam a forte influência recebida da herança cultural em que a figura sacralizada da esposa eterna, como mulher imaculada, cujo sexo se vincula à reprodução e à pureza virginal da moça de família, são utilizadas como justificativas que as levam a permanecer nos respectivos relacionamentos estáveis, sem ventilar a necessidade da adoção de medidas de autoproteção.

Além disso, para as mulheres o sexo quer dizer muitas coisas, ou seja, significa que elas ainda são amadas, desejadas e respeitadas pelo marido, e qualquer tentativa de mudança na rotina de vida sexual deste casal, pautada pela “confiança”, pode representar a conseqüente necessidade de assunção de um novo posicionamento dentro da família, o que, muitas vezes, o simples pensar nesta possibilidade inviabiliza qualquer atitude nesta direção.

Permanecer negando a própria vulnerabilidade pode significar, nesses casos, a melhor estratégia, com vistas à manutenção do *status* social de mulher casada, ou com parceiro sexual fixo, com as facilidades e benefícios que a referida condição lhe pode proporcionar. Afinal, perder a credibilidade e o respeito

assegurados pela sociedade em que ela se insere, pode trazer maior sofrimento do que a tentativa ousada para ajustar as arestas existentes no relacionamento afetivo-sexual que a colocam em risco para a AIDS.

Temos, neste sentido, dois mundos que aparentemente não se dizem respeito mutuamente. De um lado aquele normal que supostamente comportaria o maior continente de mulheres e, do outro, o desviante, que transgride os códigos consagrados dessa normalidade, em busca de coerência, entre o que diz para as outras e o que faz consigo mesma.

Entretanto, ao se confundir maioria com normalidade, as mulheres profissionais de saúde criam a ilusória legitimidade que permite analisar, avaliar e julgar o outro, portanto a minoria; coloca-se, assim, à margem desta discussão.

Esta simbólica divisão entre universos imaginados, um para as clientes e outro para as profissionais, provoca uma distorção da realidade que as impedem, muitas vezes, de realizarem uma interpretação mais realística da sexualidade e do peso que ela representa na vida das pessoas em geral.

Quando se colocam em perspectiva as regras morais e religiosas que ajudaram a formar o conceito de família ocidental, em que o sexo encontra registro apenas a partir da sua função reprodutiva, o mal-estar se instala, quando se pretende encontrar uma lógica para que o ato sexual, mediado pelo prazer, seja menos indigesto.

Parece que existe uma subvalorização sistemática de que a sexualidade constitui um assunto complexo; porém, em função da herança cultural, necessita de maior investimento por parte dos casais/parceiros, na tentativa de fortalecer os relacionamentos estáveis, buscando maior coerência e congruência do ser mulher, na vida privada e na vida pública.

O **significado da AIDS** para as mulheres profissionais de saúde trouxe uma série de pontos importantes que merecem considerações e que são corroborados por diversos autores.

A AIDS, entendida como a epidemia da significação, a despeito dos dados epidemiológicos, é considerada como privativa do gênero masculino e que permaneceu restrita no que se refere à incorporação de uma visão mais complexa da epidemia, incluindo a compreensão das múltiplas origens que constituem hoje a vulnerabilidade da mulher em face da contaminação pelo HIV na sociedade brasileira (PARKER e GALVÃO, 1996).

Capaz de mobilizar emoções, a AIDS, segundo Santos e Munhoz (1996), faz emergir nos indivíduos sentimentos de rejeição e de vergonha decorrentes do medo, desinformação e do preconceito. Tem exigido das mulheres grandes mudanças no modo de pensar, sentir e agir, uma vez que, desde o início, quando elas foram incluídas na epidemia, houve forte associação com a promiscuidade, gerando uma falsa idéia de que somente certas mulheres deveriam prevenir-se do risco de contágio sexual.

De acordo com as autoras, mencionadas anteriormente, isso trouxe como conseqüência uma divisão do sexo feminino entre as trabalhadoras do sexo e as mulheres, sendo as primeiras consideradas vetores de transmissão e as segundas vítimas. Observa-se, portanto, que o fator de risco mais forte para as mulheres é produto da disseminação da idéia de que elas, em geral, não constituem grupo exposto ao risco.

Por outro lado, Barbosa e Villela (1996) referem que a vinculação entre sexualidade feminina e perigo é uma idéia tão incorporada ao universo da mulher, principalmente devido a problemas decorrentes de aborto e da violência sexual, que o risco de infecção pelo HIV pode se constituir em apenas um entre tantos, colocado em lugar muito distante, de maneira abstrata, no lugar do outro.

Mesmo considerando a ocorrência de uma suposta abertura nos rígidos contornos referentes à sexualidade feminina, observa-se a forte influência dos aspectos da moralidade, determinando a forma pela qual as mulheres se posicionam diante das uniões e de seus parceiros (GUIMARÃES, K., 1996).

Esta autora acrescenta que as expectativas ao modelo do ser mulher para os padrões brasileiros, incluindo esposa compreensiva e subjugada em face da virilidade sexual e social masculina, aliada à posição de conformada com a vida de seu companheiro são atributos ainda fortemente evidenciados nas relações conjugais que podem dificultar uma abordagem voltada à adoção de medidas preventivas para o HIV.

Além disso, vivemos uma cultura sexual que tornou a diferença entre homens e mulheres uma desigualdade, de tal maneira que características que envolvem fidelidade, amor, recato, conciliação, ponderação e sensibilidade são associadas ao gênero feminino, enquanto a busca pelo prazer, o gosto pela aventura e a objetividade se referem ao masculino.

Para K. Guimarães (1996), este fato reforça a idéia de que os momentos de confiabilidade existentes nas parcerias estáveis, muitas vezes, impossibilitam a realização de discussões amplas sobre pontos importantes no contexto da conjugalidade, incluindo critérios de inclusão e exclusão social, extremamente rígidos, que impedem que a mulher possa expressar suas necessidades em face do exercício da própria sexualidade.

As justificativas com base no conhecimento e na confiança percorrem diferentes segmentos sociais de mulheres; dada a recorrência com que aparecem nos relatos obtidos de mulheres infectadas e não infectadas pelo HIV, é possível afirmar que “conhecer o outro” é o método de prevenção mais usado para a AIDS (GUIMARÃES, C. D., 1996).

Torna-se difícil afirmar as razões que levam as mulheres à não adoção de medidas de autoproteção, mesmo quando conscientes da sua vulnerabilidade; no entanto o que se constata é que a informação assimilada não se traduz em comportamento prático e seguro imediatamente (SANTOS e MUNHOZ, 1996).



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*A verdadeira aprendizagem é uma descoberta daquilo que já sabemos.*

(Pierre Weil)

Apesar do perfil epidemiológico atual da AIDS apontar o elevado número de casos entre mulheres que possuem parceria sexual estável, observa-se, pelos relatos dos atores, que existe uma imunidade ideológica contra esta doença como forma de justificar a não adoção de estratégias preventivas, não considerando suas práticas sexuais como arriscadas e mantendo suas atitudes usuais.

Em nenhum lugar do mundo a epidemia provocada pelo AIDS sofreu transformações tão rápidas e profundas, evidenciando de maneira especial a feminização, como no Brasil (PARKER e GALVÃO, 1996).

Este estudo permitiu compreender certas concepções sobre o significado da AIDS na vida das profissionais de saúde, buscando identificar as razões da não adoção de atitudes preventivas em face à transmissão sexual.

Para estes atores viver harmonicamente um relacionamento parece ser mais importante do que a prevenção da AIDS. Isto se deve, talvez, ao tipo de socialização e educação vivida em família, em que a sexualidade era tida como valor reprodutivo, tabu, estando submersa, retratando costumes familiares e padrões sociais.

As mulheres profissionais de saúde, embora possuidoras de conhecimento do tema, estando insertas no mercado formal de trabalho, ainda possuem dificuldade para discutir a sexualidade e práticas sexuais que gostariam de vivenciar.

Além disso, apesar do desejo de freqüentar cursos sobre sexualidade para poder implementar na sua vida sexual, não sentem a mesma correspondência por parte de seus parceiros.

Portanto não se constata a correspondência equivalente em termos de liberdade, autonomia e igualdade no terreno privado, uma vez que, a despeito de este

segmento possuir condições facilitadoras, incluindo acesso às informações concernentes à temática, principalmente em relação aos dados epidemiológicos e aos respectivos métodos preventivos, observa-se que, de certa forma, existe dificuldade em reivindicá-los.

Para mascarar este comportamento de passividade, que inclui o silêncio e não adoção de estratégias comprovadamente eficazes de proteção contra o HIV, elas suprimem o uso do preservativo da sua prática sexual e o substituem pela confiança pautada na fidelidade conjugal que possuem de seu parceiro estável, pois o considera como sinônimo de prevenção, mesmo sabendo das características do homem brasileiro.

Este fato se deve, talvez, à negação da própria vulnerabilidade e à forte influência da herança cultural, trazida de maneira intergeracional, em que o exercício da sexualidade pelos homens e pelas mulheres, ocorre de maneiras distintas, porém não complementares.

A estruturação da identidade feminina, diferentemente da masculina, segue o esteriótipo do silêncio, desconhecimento e do ocultamento, ou seja, da forma como os aspectos mais fortes da sexualidade são marcados e legitimados pelas mulheres, ressaltando a enorme influência do exemplo familiar e do domínio patriarcal sobre as suas vidas.

Além disso, observa-se que o cenário da AIDS permanece complexo e contraditório; observam-se avanços decorrentes de investigações técnico-científicas, sendo produzidos constantemente, ao mesmo tempo que as ideologias sobre sexualidade e experiências vividas atuam de maneira contrária, dificultando as práticas preventivas.

Os atores deste estudo referiram ter conhecimentos suficientes para adotar a prática do uso do preservativo, até porque, como profissionais de saúde, são orientadas para recomendá-lo às suas clientes, porém não o utilizam consigo.

Parece que as profissionais de saúde entrevistadas não conseguem tirar vantagem do conhecimento que possuem sobre a temática e que a discussão da prevenção da AIDS exige que se intensifique a reflexão acerca do casamento,

maternidade, sexualidade e demais aspectos relacionados ao poder, sobre a explicitação do papel social e histórico da mulher, que compreende o gênero feminino, para que atuem como protagonistas no enfrentamento das particularidades da epidemia junto às mulheres, a partir do reconhecimento da sua própria vulnerabilidade.

Este fato faz com que elas priorizem a convivência pacífica com o parceiro, em prol do uso do preservativo; muitas vezes, colocam a sua saúde em segundo plano; portanto, apesar de serem profissionais de saúde, os atores deste estudo, negam a sua vulnerabilidade. O uso do preservativo não está internalizado de maneira sistemática nas suas vidas como barreira mecânica impeditiva da transmissão sexual do HIV, pelo fato de que não se sentem vulneráveis.

Entretanto, antes de exigir mudanças em comportamentos sexuais, há necessidade de levar em consideração o significado simbólico e prático do seu processo de viver, uma vez que a adoção de mudanças radicais em sua postura de vida as torna mais autônomas, mesmo diante de seus parceiros estáveis.

A fragilidade com que se deparam as mulheres, em relação à transmissão sexual provocada pelo HIV, exige de todas, independentemente da profissão, a adoção de medidas urgentes com vistas a minimizar os graves reflexos advindos dessa negação da vulnerabilidade.

O momento requer pensamentos e ações para além das questões essencialmente técnicas, no intuito de explicar e compreender a desvantagem da mulher nos planos individual e social, e sua relação com o crescimento dos casos de AIDS decorrentes da transmissão sexual.

A AIDS representa para as mulheres profissionais de saúde, de forma análoga às demais mulheres, uma excelente oportunidade para realizar uma revisão de conceitos que sustentam as suas práticas cotidianas, especialmente referentes ao exercício da sexualidade, uma vez que o conhecimento que possuem ainda não é utilizado nas suas vidas como pessoas.

Observa-se, entretanto, que os respectivos cursos de graduação representaram pouca significância no aprendizado sobre AIDS; o processo de educação

continuada foi mais intenso quando realizado pelos locais de trabalho. Elas também adquiriram este conhecimento por iniciativa própria, por meio de leituras e pela mídia, ainda que sob a forma de campanhas de caráter informativo.

A meu ver, as profissionais de saúde, na condição de sujeitos formadores de opinião que, muitas vezes, influenciam a vida das suas clientes, precisam adotar posicionamentos que impliquem mecanismos facilitadores da incorporação de medidas que provoquem transformações e vantagens efetivas no enfrentamento da AIDS; haja vista que os desafios com os quais convivemos, assume proporções gigantescas.

Concordo com Santos et al. (2002), quando referem que há necessidade de atentar para que o discurso da pauperização da epidemia da AIDS não seja fator responsável por proporcionar uma falsa sensação de segurança junto às mulheres de maior grau de escolaridade e melhor nível socioeconômico, com conseqüente afastamento das ações de prevenção da doença.

Desde o seu início, a AIDS no Brasil vem mudando de perfil, exigindo estratégias que ultrapassem decisões de saúde coletiva, mas que ensejem debates mais específicos referentes a relacionamento homem/mulher, diferenciando a sexualidade vivida daquela que é dita.

Os relatos evidenciam que a mulher casada ou com parceiro estável possui um *status* que lhe confere algumas facilidades e credibilidade junto à sociedade e como decorrência, muitas vezes, lhe impõe o cumprimento de papéis e da adoção de algumas posturas que incluem certa negação do risco. Neste contexto, o medo da AIDS e o da infidelidade não são razões suficientes para ameaçar a estabilidade da relação, uma vez que a separação pode representar a sua principal preocupação.

Para os atores deste estudo, a confiança no parceiro estável representa a melhor tática de prevenção; ou seja, a despeito da facilidade de acesso à expressiva produção científica que enfoca as particularidades da epidemia da AIDS e as mulheres, o que se percebe é que a assunção do preservativo com finalidade específica de prevenção da transmissão sexual, em sua vida cotidiana, é algo distante.

Da mesma forma, no que se refere à testagem sorológica anti-HIV, os atores demonstraram, em seus relatos, que as estatísticas oficiais da AIDS não tem servido de parâmetros para embasar suas atitudes. Para elas o risco ocupacional foi a principal razão que suscitou a sua realização, seguido de pré-natal, doação de sangue e curiosidade, porém o risco de transmissão sexual, não foi apresentado por nenhum ator como justificativa, reforçando, mais uma vez, a confiança depositada no seu parceiro estável, de maneira inequívoca.

A adoção de postura preventiva em face da transmissão sexual do HIV assume dimensões variadas de mulher para mulher, em função da sua biografia, de sua subjetividade, de sua inserção de classe e de sua herança cultural, especialmente porque vivemos numa cultura sexual que trata desigualmente homens e mulheres.

Talvez iniciar uma discussão sobre a vida privada que envolve as relações de gênero e poder possa representar uma iniciativa fundamental para a formulação de uma proposta de prevenção à AIDS para as mulheres.

De outra sorte, uma resposta efetiva no enfrentamento da AIDS, constitui fundamentalmente uma questão política e que implica mudanças radicais nas relações de poder e dominação, existentes entre homens e mulheres e que sustentam a vulnerabilidade individual e social.

Pelo fato de que a doença define contextualmente perfis diferenciados, há necessidade de adotar estratégias flexíveis e de caráter múltiplo que incluam abordagens para as mulheres em geral, independentemente de escolaridade e nível socioeconômico.

Neste sentido, os relatos obtidos me levam a pensar que o significado da AIDS na vida das mulheres profissionais de saúde, atores deste estudo representa um complexo composto de percepções e atitudes ambíguas e, por vezes, contraditórias. Os argumentos utilizados apresentam diferentes bases para sustentação, muitas das quais desprovidas de embasamento técnico-científico.

Consideram a AIDS como doença que exige tratamento diferenciado, em função das suas especificidades, e que não se pode negar a sua gravidade; porém a vêem como algo remoto para suas vidas, especialmente pelo estilo de vida que

possuem com os seus parceiros estáveis; ao mesmo tempo que sentem medo, não consideram que a AIDS seja para elas, porquanto o conhecimento do parceiro e a confiança no tipo de relação são mecanismos suficientes para protegê-las.

Entretanto os relatos me remetem à idéia da AIDS encarada como doença do “outro”, em que o discurso ocorre de uma maneira e aquele praticado se dá de outra, principalmente uma vez que refletir sobre a própria vulnerabilidade para transmissão sexual do HIV exige a adoção de novos posicionamentos.

É necessário desfazer a crença de que a AIDS é uma doença dos outros e, como tal, restrita a algumas pessoas, ao mesmo tempo que incluam aspectos que desfaçam os preconceitos que sustentam o crescimento da epidemia nas mulheres nos dias atuais.

Além disso, a oportunidade de refletir sobre a temática em exame suscitou importante contribuição para orientar a assistência a ser prestada pela enfermagem e demais profissionais de saúde à população em geral e às mulheres em particular, especialmente por trazer à tona aspectos da herança cultural, principalmente no que se refere a gênero, influenciando o exercício da sexualidade e dificultando o estabelecimento de estratégias de prevenção da AIDS pelas mulheres que possuem parcerias estáveis.

Tais fatos reforçam a necessidade de se adotar uma prática profissional eficaz e desprovida de atitudes discriminatórias que impeçam a compreensão das múltiplas demandas impostas pela doença.

No que se refere ao conhecimento adquirido sobre o tema, observa-se que há necessidade premente de se intensificar a discussão sobre a AIDS e suas particularidades, nos diversos cursos de graduação, de maneira ampla; haja vista que a epidemia permanece ocupando lugar de destaque nas estatísticas oficiais, cujo impacto ocorre em esferas largamente incomensuráveis, incluindo sofrimento, perdas, sonhos interrompidos, entre outros.

Isto exige das profissionais de saúde a assunção da sua responsabilidade enquanto elementos formadores de opinião, em quem as demais mulheres confiam, e

que podem colaborar ativamente no seu enfrentamento, a partir do seu reconhecimento como partícipes da epidemia. Cumpre haver inicialmente uma mudança interna nas profissionais, para posteriormente poder auxiliar as demais mulheres.

Outro ponto por salientar refere-se ao cenário atual que se apresenta repleto de incertezas. Assistimos a um verdadeiro desmoronamento de valores e ao aumento da violência. A meu ver, tais fatos decorrem, entre outros motivos, das profundas transformações que a entidade família, passando a ser o epicentro dos abalos morais e relacionais, vem sofrendo ao longo dos anos, perdendo o poder de influência sobre os seus membros e provocando desajustes internos que se refletem no meio exterior.

Neste sentido, elaborar uma proposta de inclusão curricular do tema família e os desafios para o novo tempo, sob a forma de conteúdos transversais, que estimule as reflexões referentes às dimensões econômicas, políticas, socioculturais que conduzam ao bem-estar da sociedade e que levem ao desenvolvimento sustentável, pode significar um avanço no sentido de proporcionar o debate interdisciplinar, na busca de soluções para problemas que afligem a humanidade, incluindo a AIDS.

A realização de pesquisas que enfocam a AIDS e suas particularidades nas mulheres com maior frequência pelos diferentes cursos, tanto no mestrado quanto no doutorado, em muito contribuirá para torná-la mais acessível, ampliando desta forma, a produção de novos conhecimentos em outros aspectos, e que tem na família, a sua base para investigação.

Este estudo procurou, por meio do percurso metodológico utilizado, iniciar a familiarização com a Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory) por acreditar que, em função do tema proposto e das interações com os atores, que ocorreram de forma dinâmica, permitissem interpretar os seus significados.

Além disso, buscou, por meio das análises das entrevistas oferecer uma contribuição em relação às particularidades das mulheres profissionais de saúde, ampliando as reflexões referentes às razões que interferem na adoção voluntária de

medidas de autoproteção, em face da transmissão sexual do HIV, sem, contudo, construir uma teoria como preconiza o método.

O seu desenvolvimento foi acompanhado por um misto de diferentes sentimentos fortes. A ousadia em vivenciar cada etapa da metodologia escolhida, encarando-a como novo desafio, foi sendo superada paulatinamente, a partir do instante em que, como pesquisadora, pude percorrer o universo das profissionais de saúde, por intermédio de sucessivas interações, mergulhando, de certa forma, no íntimo da vida daquelas que vivem o conflito diário de administrar o saber técnico-científico e o agir, como mulheres, na sua vida pessoal.

Como fator limitante, destaco o tempo, uma vez que, em face da metodologia escolhida com suas diversas etapas, bem como da relevância epidemiológica que o tema AIDS e mulheres possui, na atualidade, considero que este estudo não esgotou absolutamente a discussão e que muito mais poderia ter sido aprofundado no sentido de avançar nas formas de pensar e agir diante da epidemia. Espero construir a Teoria, ora iniciada, ampliando os dados e sua respectiva análise.

Percorrer os passos estabelecidos da Teoria Fundamentada nos Dados representou uma experiência ao mesmo tempo instigante e gratificante, pois pude vivenciar a utilização do referido método para interagir com as mulheres profissionais de saúde, compreendendo um pouco mais deste universo silencioso, intuitivo e, muitas vezes, conflituoso, que é o exercício da sua sexualidade em face da problemática da AIDS.



## REFERÊNCIAS

ALDANA, A. Mulher, sexualidade e sexo seguro. In: PAIVA, V. (Org.). **Em tempos de AIDS: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores**. São Paulo: Summus, 1992. p.158-165.

ALMEIDA, A. M. et al. **Pensando a família no Brasil: da colônia à modernidade**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

ALVES, E. G. R.; RAMOS, D. L. P. **Profissionais de saúde: vivendo e convivendo com HIV/AIDS**. São Paulo: Santos, 2002.

ÁVILA, M. B. Direitos reprodutivos, exclusão social e AIDS. In: SEMINÁRIO DIREITOS REPRODUTIVOS, EXCLUSÃO SOCIAL E AIDS, 1., 1998, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.6, n.11, p.11-23, 2002.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA, I. I.; CALAZANS, G. J. **AIDS, vulnerabilidade e prevenção**. 1999. (Não publicado)

BARBOSA, R. As mulheres, a AIDS e a questão metodológica: desafios. In: CZERESNIA, D.; SANTOS, E. M.; BARBOSA, R. H. S.; MONTEIRO, S. (Org.). **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo: Hucitec, 1995.

BARBOSA, R.; VILLELA, W. V. A trajetória feminina da AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p.65-83.

BASTOS, C. et al. Introdução: sexualidade escondida. In: PARKER, R.(Org.). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BASTOS, F. I. **A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2000.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Sobre a epidemia da aids no Brasil: distintas abordagens**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p.7-19.

BERER, M.; RAY, S. **Mulheres e HIV/AIDS: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais**. Brasília: Brasiliense, 1997.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Berkeley: University of California Press, 1969.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST/AID, 1999. v.12.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília: Ministério da Saúde/ Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2000. v.12.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO-AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. v.17, n.1, jan./dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência das DST/AIDS no local de trabalho.** Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim direitos humanos em HIV/AIDS:** cuidando daqueles que cuidam de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde/Cebrap. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS.** Brasília, 2000b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa.** Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Profissionais do sexo:** documento referencial para ações de prevenção das DST e da AIDS. Brasília, 2002b.

CAMARGO JR., K. R. A construção da AIDS. In: CZERESNIA, D.; SANTOS, E. M.; BARBOSA, R. H. S.; MONTEIRO, S. (Org.). **AIDS:** ética, medicina e biotecnologia. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO, J. A. **O amor que rouba os sonhos:** um estudo sobre a exposição feminina ao HIV. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CARVALHO, M. C. B. et al. **A família contemporânea em debate.** São Paulo: EDUC, 1995.

CENTA, M. L. **Do natural ao artificial:** a trajetória de um casal infértil. Curitiba: Ed.do Autor, 2001.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism:** an introduction, an interpretation, an integration. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1995.

CHENITZ, W. C.; SWASON, J. M. **From practice to grounded theory:** qualitative research in nursing. California: Addison-Wesley, 1986.

COSTA, J. F. Prefácio. In: CARVALHO, J. A. **O amor que rouba os sonhos:** um estudo sobre a exposição feminina ao HIV. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CZERESNIA, D.; SANTOS, E. M.; BARBOSA, R. H. S.; MONTEIRO, S. (Org.). **AIDS:** ética, medicina e biotecnologia. São Paulo: Hucitec, 1995.

DANIEL, H.; PARKER, R. **AIDS a terceira epidemia:** ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991.

FERRAZ, A. **Aprender a viver de novo**: a singularidade da experiência do tornar-se portador do HIV e doente com AIDS. São Paulo, 1998. 184p. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

FIGUEIREDO, R. M. D. **Prevenção as DST/AIDS em ações de saúde e educação**. São Paulo: NEPAIDS, 1998.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J. R. C. M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/AIDS em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, 2002.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 21.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala**: formação da família brasileira sob o regimen de economia patriarcal. Rio de Janeiro: Maia & Chmidt, 1933.

GLASER, B. G. **Theoretical sensitivity**: advances in the methodology of grounded theory. San Francisco: University of California, 1978.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. New York: Aldine of Gruyter, 1967.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos, 1988.

GÓMEZ, E. G. (Ed.). **Género, mujer y salud**: en las Américas. Washington (DC): OPAS, 1993.

GUIMARÃES, C. D. O comunicante, a comunicada: a transmissão sexual do HIV. In: PAIVA, V. (Org.). **Em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 1992.

\_\_\_\_\_. Mulheres, homens e AIDS: o visível e o invisível. In: PARKER, R. (Org.). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

\_\_\_\_\_. Mas eu conheço ele! Um método de prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KNAUTH, D. R. Morte masculina: homens portadores do vírus da AIDS sob a perspectiva feminina. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectives etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.183-198.

MAIA, C. B. AIDS no local de trabalho In: PARANÁ. Secretaria do Estado de Saúde do Estado do Paraná. Diretoria de Sistemas de Saúde. Coordenação Estadual de DST e AIDS. **Câmara técnica de ética e cidadania em HIV e AIDS**. Curitiba, 2003. p.25-31.

MAIA C. B.; ANDRADE NETO, J. L.; SICILANO, R. F. HIV/AIDS no local de trabalho. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R.; LOMAR, A.V. **HIV/AIDS**: etiologia, patogenia e patologia clínica: tratamento e prevenção. São Paulo: Atheneu, 1999. p.405-408.

MARCÍLIO, M. L. et. al. **Família, mulher, sexualidade e igreja na história do Brasil**. São Paulo: Loyola, 1993.

MARTIN, D.; BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. V. As mulheres e a prevenção da AIDS. In: PAIVA, V. (Org.). **Em tempos de AIDS**: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores. São Paulo: Summus, 1992. p.166-174.

MEAD, G. H. **Mind, self and society**: from the standpoint of a social behaviorist. Chicago: The University of Chicago Press, 1972.

MICHALIZEN, M. S. **O calidoscópio e a rede**: estratégias e práticas de prevenção à AIDS e ao uso indevido de drogas. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

MURARO, R.M. **A mulher no terceiro milênio**: uma história de mulher através dos tempos e suas perspectivas para o futuro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

O'LEARY, S.; CHENEY, B. (Org.) **Tripla ameaça**: AIDS e mulheres; Dossiê Panos. Rio de Janeiro: ABIA, 1993.

PAIVA, V. (Org.). **Em tempos de AIDS**: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores. São Paulo: Summus, 1992.

PARKER, R. Prefácio. In: SOUZA, H. **A cura da AIDS**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

PARKER, R. et al. **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

PARKER, R.; AGGLETON, P. Estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS-ABIA, 2001.

PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

PARKER, R.; HERDT, G.; CARBALLO, M. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS. In: CZERESNIA, D.; SANTOS, E. M.; BARBOSA, R. H. S.; MONTEIRO, S. (Org.). **AIDS**: pesquisa social e educação. São Paulo: Hucitec, 1995.

PRAÇA, N. S.; GUALDA, D. M. R. Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1,2003.

PREUSSLER, G. M. I.; MICHELETTI, V. C. D.; PEDRO, E. N. R. Preservativo feminino: uma possibilidade de autonomia para as mulheres HIV positivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.6, p.669-701, 2003.

REIS, A. L.; XAVIER, I. M. Mulher e AIDS: rompendo o silêncio da adesão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.1, p.28-34, 2003.

SANTOS, N. J. S. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, supl., ago. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000500004...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500004...)>. Acesso em: 18 dez. 2003.

SANTOS, N. J. S.; MUNHOZ, R. A AIDS entre as mulheres: reflexões sobre seus depoimentos. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.115-135, 1996.

SANTOS, S. R.; NÓBREGA, M. M. L. A grounded theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.55, p.575-579, 2002.

SCHUCH, P. AIDS e sexualidade entre universitários solteiros de Porto Alegre: um estudo antropológico. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.199-210.

SEFFNER, F. AIDS, estigma e corpo. In: LEAL, O. F. (Org.). **Corpo e significado**: ensaios da antropologia social. Porto Alegre: Ed. da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, supl., p.40-49, 2002.

SPINK, M. J. Da vulnerabilidade feminina diante das DST/AIDS. In: PINTO, T.; TELLES, I. S. (Org.). **AIDS e escola**: reflexões e propostas do EDUCAIDS. São Paulo: Cortez, p.29-34, 2000.

STEFANELLI, M. C.; GUALDA, D. M. R.; FERRAZ, A. A. F. A convivência familiar do portador do HIV e do doente de AIDS. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n.1, p.67-73, 1999.

STERN, P.; ALLEN, L.; MOXLEY, P. The nurse as grounded theorist: history, process and uses. **Journal of Philosophical Society of Science**, v.7, n.1/2, p.200-215, 1982.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research**: grounded theory procedures and techniques. Los Angeles: Sage, 1991.

TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: NEPAIDS, 2000.

XAVIER, D.; ÁVILA, M. B.; CORREA, S. Questões femininas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M. E. (Org.). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. p.28-34.

VILLELA, W. Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da AIDS entre as mulheres. In: PARKER, R. GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p.181-189.

VILLELA, W.; DINIZ, S. **A epidemia da AIDS entre as mulheres**: aprendendo a enfrentar o desafio. São Paulo: NEPAIDS/CFSS, 1998.

WIETHÄUPER, F. S.; CECHIN, P. L.; CORREIA, S. G. AIDS em gestantes: possibilidades de reduzir a transmissão vertical. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.3, p.221-225, 2003.

ZAMPIERI, A. M. F. **Sociodrama construtivista da AIDS**: método de construção grupal na educação preventiva da síndrome da imunodeficiência adquirida. Campinas: Psy, 1996.

**APÊNDICE**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Esclarecimentos prestados

O estudo intitulado “**O significado da AIDS na vida de mulheres profissionais de saúde: do indizível à realidade**” será realizado junto a mulheres adultas e profissionais de saúde que se inserem no mercado formal de trabalho, no município de Curitiba, e tem como objetivo: *Compreender o significado da AIDS na vida das profissionais de saúde* será desenvolvido pela enfermeira e mestranda Carolina Bocchi Maia e será orientado pela Professora Doutora Maria de Lourdes Centa da Universidade Federal do Paraná.

### Neste estudo:

- ✘ Não haverá utilização de métodos invasivos nem haverá riscos para a integridade física e mental.
- ✘ A entrevista será agendada de acordo com a conveniência da voluntária. Possivelmente, haverá necessidade de retornar à entrevistada para complementar e/ou esclarecer alguns dados que não tenham sido compreendidos na primeira vez.
- ✘ As informações serão coletadas oralmente e se, autorizadas pela voluntária, serão gravadas e terão a duração aproximada de uma hora. No término da pesquisa, as fitas serão apagadas.
- ✘ Os dados obtidos neste estudo serão utilizados exclusivamente para a construção do conhecimento, apresentações em encontros científicos e serão publicados em revistas especializadas.

### À participante deste estudo serão assegurados o direito de:

- ✘ Confidencialidade e sigilo.
- ✘ Ser mantida informada sobre os resultados parciais e finais da pesquisa.
- ✘ Retirar o seu consentimento, em qualquer momento, antes do trabalho ou durante a realização dele, sem prejuízo ou perda de nenhum benefício que possa ter adquirido.
- ✘ Este Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, localizado em Curitiba, em 2004.



Termo a ser assinado:

Eu \_\_\_\_\_, concordo em participar, na qualidade de voluntária, do estudo sobre **O significado da AIDS na vida de mulheres profissionais de saúde, do indizível à realidade**, declarando que recebi as informações necessárias sobre o trabalho, sobre sua natureza, incluindo seu objetivo e os procedimentos a serem utilizados.

Fui também esclarecida sobre os meus direitos, tais como sigilo das informações, anonimato, liberdade para retirar-me do processo, em qualquer momento, e o destino dos dados.

Por estar devidamente informada é que assino este termo, por livre e espontânea vontade.

Assinatura da Entrevistada: \_\_\_\_\_

Curitiba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2004.