



UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
CFCH - Centro de Filosofia e Ciências Humanas
IP - Instituto de Psicologia
EICOS - Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social

Implicação das noções de prevenção e de proteção no controle da epidemia de Aids nas mulheres

Luciana Pereira Kamel

Dissertação submetida ao corpo docente do curso de Pós graduação dos Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social/EICOS da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Ana Maria Szapiro

Orientador

Rio de Janeiro

2005

FOLHA DE APROVAÇÃO

Implicação das noções de prevenção e de proteção no controle da epidemia de Aids nas mulheres

Luciana Pereira Kamel

Dissertação submetida ao corpo docente do curso de Pós graduação Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social/ EICOS da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada por:

Profa. Ana Maria Szapiro - Orientador

(Professora adjunta do Instituto de Psicologia e do Programa de Pós graduação EICOS/UFRJ)

Profa. Maria Inácia D'Ávila

(Professora titular do Instituto de Psicologia e do Programa de Pós graduação EICOS/UFRJ)

Profa. Regina Helena Simões Barbosa

(Professora adjunta da Pós Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Estudo de saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ)

Rio de Janeiro**2005**

FICHA CATALOGRÁFICA

Kamel, Luciana Pereira.

Implicação das noções de prevenção e de proteção no controle da epidemia de Aids nas mulheres

Luciana Pereira Kamel – Rio de Janeiro, 2005.

xi, 268.: il.

Dissertação (Mestrado Psicossociologia das Comunidades e Ecologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social/ EICOS. Orientador: Ana Maria Szapiro

1. Prevenção. 2. Proteção.
3. Epidemia de Aids - Teses. I- Szapiro, Ana Maria (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social/ EICOS. III. Título.

A nombre propio declaro que me gusta saberme mujer frente a un hombre que se sabe hombre, que sé de ciencia cierta que el amor es mejor que las multi-vitaminas, que la pareja humana es el principio inevitable de la vida, que por eso no quiero jamás liberarme del hombre; lo amo con todas sus debilidades y me gusta compartir con su terquedad todo este ancho mundo donde ambos nos somos imprescindibles.

- Gioconda Belli -

*Dedico esse trabalho às mulheres que mais admiro
nessa vida: minha mãe, minha vó e minha única irmã e sua filha.*

Agradecimentos

À minha orientadora Ana Szapiro, pela atenção e carinho desde a graduação e com quem pude compartilhar e construir em conjunto as idéias desse projeto.

À Profa. Maria Inácia, pela sua atenção, pelas suas aulas e por suas indicações de leitura que sempre se mostraram pertinentes para o desenvolvimento desse trabalho.

À Profa. Rosa Pedro, que ofereceu, durante o exame de qualificação e durante todo o curso de mestrado, sugestões para a qualidade da investigação.

À Cristina Pimenta, uma amiga querida, com quem tive a oportunidade de trabalhar e aprender para além do profissional.

À Amiga Patrícia Netto, pela paciência, apoio e disponibilidade que sempre demonstrou. Uma pessoa entre muitas pessoas, mas diferente por sua generosidade e simplicidade.

À amiga Eliane Maria, Lili, pelas nossas conversas foucaultianas intensas (manhã, tarde e noite) e pela leitura dos primeiros capítulos que sempre voltavam com valiosas críticas.

À amiga Ivia por sua cumplicidade e por sua valiosa leitura no processo de conclusão da dissertação.

À amiga Sonia Lacerda, que me guiou pelas escadarias do Hotel Paris e, sem saber, naquela ocasião, já despertavam as primeiras idéias desse projeto.

À amiga Sofia Helena, pela compreensão do meu humor e pelas conversas infundáveis sobre prevenção e proteção e que, ao final, conseguia entender o meu idioma.

Meu carinho à Marisa, à Oscarina, à Selma, Esterlina, às duas Éricas, à Dolores, à Joane, à Yolanda e toda a sua equipe que sempre foram muito atenciosas comigo e me deixaram à vontade para vivenciar um pouco da experiência desse trabalho com as mulheres da comunidade.

À equipe da Assessoria de DST/Aids/SES/RJ, pelo apoio afetivo e profissional. À Fátima Rocha, pela leitura atenciosa e cuidadosa nos primeiros capítulos. À Margarete Paiva, pelas sugestões e pelas trocas que fizemos a respeito do tema. Aos colegas da Prevenção, (Nilo, Sandra, Zilma, Jane, Nélio), Assistência (Márcia), Vigilância (Kátia, Assuncion), Logística (Marcos e Alessandra) e Gerência (Denise e Flávia) que através dos seus canais permitiram uma discussão mais ampliada sobre essa temática.

Aos amigos de sempre, que acompanharam de perto o início, o meio e o fim desse desafio. À amiga Flavinha, companheira mesmo nas horas difíceis e com quem pude desabafar o coração. À amiga Monique, pelos constantes conselhos.

À amiga Rosi pela atenção carinhosa e pela contribuição que dispensa palavras.

Meu carinho especial aos meus pais Lucília e Nelson pelo cuidado, carinho, confiança e pelo gosto de me ensinarem a aceitar desafios. Aproveito para agradecer-los pela paciência de entenderem minha ausência. Dedico esse trabalho a minha carismática Vovó Cinda, que

através de suas palavras me mostrou a verdadeira diferença entre homens e mulheres. Ao meu irmão Nelsinho, pela sua cumplicidade. Ao meu irmão Ricardo, por me auxiliar com a minha máquina. A minha irmã Renata, que mesmo à distância esteve sempre presente. Aos meus sobrinhos Keka e Ian, que sempre me mostraram o verdadeiro valor da vida.

Resumo

Nos últimos anos, o Brasil vem demonstrando um crescimento progressivo da epidemia de Aids pela via de infecção heterossexual, em especial entre mulheres com parcerias estáveis residentes em áreas empobrecidas. Partindo da hipótese segundo a qual as mulheres não se previnem porque se acham protegidas no contexto de suas relações interpessoais, esse trabalho tem como proposta discutir os conceitos de prevenção e de proteção em um grupo de mulheres líderes comunitárias que participam de um projeto de prevenção localizado no interior do Estado do Rio de Janeiro. A lógica da prevenção possui como foco o indivíduo e sua capacidade de perceber o risco de infectar-se e, por conseguinte, prevenir-se. Essa abordagem, entretanto, não privilegia a idéia de que a construção desse risco se faz da interação entre os parceiros, onde a proteção é pactuada, de forma explícita ou implícita. Esses acordos se revelam na intimidade de cada casal de forma singular e estão determinados, em parte, pela problemática das representações de gênero e faixa etária. Todas as entrevistadas, embora tenham demonstrado conhecimentos sobre HIV e sobre práticas sexuais seguras, parecem contradizer este conhecimento nas suas vidas cotidianas.

Palavras Chaves: feminização, Aids, gênero, prevenção e proteção

Abstract

In the last few years, the Aids epidemic in Brasil has been progressively growing by heterosexual transmission, especially among women who have an established partnership and live in low income areas. According to the theory, women don't protect themselves because they think they are protected in the context of their personal relationships. This study aims to investigate the concepts of prevention and protection in the group of female leadership who are associated with the Aids prevention project that takes place in a municipality of the Rio de Janeiro State . Most of the time both concepts are used as synonymous. Beside their meanings are closed their focus is distinct. The logic of prevention has as a focus the individual and his/her ability to realize the risks of the HIV infection and consequently making use of the prevention. This approach, however, doesn't provide the risk construction which is built from the interaction between partners. The protection privileges the way that the risk is settled. These agreements are disclosed in the intimacy of the each couple and is determined, in part, of some variants as gender and age. Even though, all the interviewed demonstrated HIV knowledge and safe sex practices, they dont'use it for their own lives.

Keywords: feminization, Aids, gender, prevention and protection

Sumário:

Introdução.....	11
------------------------	-----------

Capítulo I – Construção do saber médico

1.1-O <i>biopoder</i>, o cuidado disciplinar da vida.....	18
1.2-Sexualidade, um dispositivo de controle da vontade do saber.....	20
1.3-Nascimento da Clínica, o visível enunciável.....	24
1.4-Ares, Água e Lugares, primeira formulação do conhecimento epidemiológico.....	28
1.5-Políticas Públicas de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica.....	30
1.5.1-O Sistema de Saúde e o nascimento da Previdência Social no Brasil.....	35
1.5.2- SUS e Aids.....	41

Capítulo II– Aids, uma epidemia dos tempos modernos

2.1-Da lógica médica hipocrática para a lógica médica moderna.....	45
2.2-Epidemiologia: estratégia disciplinar da Saúde Pública.....	47
2.3- Problemática do Risco X Problemática da Vulnerabilidade.....	50
2.4-Modelo Brasileiro de Prevenção em HIV/Aids.....	60
2.5-Paradigma Preventivo.....	66
2.6-Tendências da epidemia: feminização da Aids.....	76

Capítulo III – Mulher e Aids

3.1- Diferença sexual e cultura.....	80
3.2- Gênero e Feminismo.....	84
3.3-Biologização do corpo.....	90
3.4-O espaço da Casa e da Rua.....	92
3.5- Saúde e Gênero.....	98
3.6-Vulnerabilidade e invisibilidades das mulheres diante do HIV/Aids.....	100

Capítulo IV – A pesquisa

4.1- Apresentação.....	105
4.2-Objeto de investigação.....	111
4.3-Justificativa.....	113
4.4-Metodologia.....	115
4.4.1-Universo da pesquisa.....	116
4.5-Resultados e Discussão.....	120

Capítulo V - Considerações Finais..... 146

Anexo I – Roteiro de entrevista.....	157
Anexo II- Entrevistas.....	159
Bibliografia.....	262

INTRODUÇÃO

Diante do espetáculo de corpos saudáveis que transitam esse tempo/espço descrito por alguns autores como Pós-Modernidade, uma nova doença surgiu de forma avassaladora. O vírus HIV, responsável pela falência da imunidade e, em consequência, ao adoecimento pela Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), não escolhe suas vítimas. Ele pode afetar homens, mulheres, usuários de drogas, jovens, velhos e crianças. Não existe um grupo de risco ao vírus HIV. Todos os que tiverem uma prática considerada de risco, independente da raça, sexo, idade, orientação sexual e classe social, podem estar sujeitos a se infectarem pelo vírus da Aids.

Nos últimos dez anos, os dados epidemiológicos vêm demonstrando uma progressão no número de casos notificados de Aids em mulheres no Brasil. Este aumento se caracteriza pela participação da população heterossexual em um novo contexto da epidemia. A velocidade de crescimento da infecção pelo HIV entre as mulheres já chega a ser nove vezes maior do que entre os homens. Segundo os dados do último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2004), hoje, cerca de 80 mil mulheres no Brasil vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). O crescimento da epidemia entre as mulheres, em especial, mulheres com parcerias estáveis residentes em áreas empobrecidas tem ensejado a discussão de que se trataria de uma nova epidemia social.

A história da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) tem demonstrado que o conhecimento sobre a doença e suas formas de transmissão não correspondem, necessariamente, à adoção de um comportamento mais seguro, pois a lógica que rege a sexualidade parece estar longe de ser "racional".

As primeiras ações de prevenção foram dirigidas apenas aos grupos considerados de risco. Posteriormente, a epidemia, que até então era característica de um único segmento da população, começou a espalhar-se e a atingir outros grupos sociais antes considerados “inatingíveis” como as mulheres, os homens heterossexuais e os adolescentes. A repercussão negativa que a expressão “grupo de risco” desencadeou, levou os profissionais da área de saúde a se preocuparem em avaliar o conceito de grupo de risco, inclusive pelo incontestável crescimento da doença entre as pessoas não integradas nesses grupos. Passou-se, então, a falar de “comportamento de risco”, numa tentativa de desassociar a doença de sua manifestação em pessoas de determinados grupos. Essa mudança na concepção da prevenção surgiu com o propósito de questionar o lugar do risco, que não se limitava a um grupo, mas sim à conduta de expor-se ao risco. Inúmeros materiais informativos foram produzidos nessa direção: proposta para a redução do número de parceiros, dentre outras recomendações, revelando, assim, uma nova moralidade sugerida pela prevenção. De que forma os indivíduos poderiam gerir seus desejos, se o “aconselhável” para prevenirem-se contra essa doença seria apenas ter um único parceiro?

Em meados dos anos noventa, desenvolve-se um outro conceito que tenta abarcar todas as pessoas, independentes de seus padrões de comportamento: “situação de risco”. Nesse momento, a prevenção não estava mais direcionada a uma conduta específica de risco nem focada em um grupo específico, mas aplicava-se a todo aqueles que possuíam uma conduta sem adotar medidas preventivas. O discurso sobre o risco não se referia mais ao uso da droga, mas sim ao uso de drogas injetáveis, com a troca de agulhas e seringas; não era mais o número de parceiros que implicava em fator de risco, mas o não uso do preservativo nas relações sexuais, independente do número de parceiros.

Foram, então, desenvolvidas técnicas preventivas para: sexo oral, anal, vaginal. Para os usuários de drogas, recomendou-se a utilização de seringas e agulhas descartáveis, deixando de lado a estratégia de interferir em práticas consideradas como desvio à norma, incrementando a necessidade de incorporar medidas preventivas para quaisquer que fossem as ações consideradas de risco. Entretanto, apesar das mudanças que foram ocorrendo no modo de abordar a epidemia, as práticas preventivas ainda continuavam direcionadas para a responsabilização do indivíduo, que deveria adotar ações mais seguras, independente do contexto em que estivesse inserido.

Assim, começou-se a estudar o conceito de Vulnerabilidade, o que permitiu retirar a prevenção do nível individual, remetendo-a à complexidade cultural, social e política de cada indivíduo. É por essa razão que o uso desse conceito tem sido cada vez mais freqüente, procurando enfatizar um olhar mais vertical sobre a problemática, produzir uma menor culpabilização dos indivíduos, levando à ações mais críticas e à políticas que melhorem, então, as condições de vulnerabilidade. Quando consideramos o caso das mulheres, as questões se tornam mais complexas, visto que estas sempre foram colocadas à distância da epidemia, ou seja, a Aids não foi considerada, desde o início, como um problema da mulher. Sobretudo no caso brasileiro, em que as mulheres mais atingidas pela epidemia são hoje aquelas residentes em áreas de risco social e que dificilmente conseguem ter acesso à informação ou mesmo contato com o insumo de prevenção-preservativo. Ainda assim, a facilidade do acesso ao preservativo não parece ser suficiente e, tampouco, dá garantias que elas farão prevenção. Outras necessidades que também fazem parte do cotidiano das mulheres devem ser consideradas.

Essa dissertação tem como propósito problematizar as idéias de prevenção e proteção, muitas vezes usadas com o mesmo sentido e valor na ação que se dirige às

práticas preventivas. É comum encontrar na literatura ou mesmo nos folhetos informativos dirigidos às populações, o uso desses dois termos como sinônimos. Vemos tanto o *previna-se* como o *proteja-se* usados com o mesmo fim. Entretanto, é importante problematizar essas duas noções dentro do campo da promoção à saúde, pois as respostas preventivas não partem apenas do ato de informar, de transmitir o conhecimento, mas de um conjunto de fatores aos quais o indivíduo está submetido e que não podem ser negligenciados. Conforme verificamos nesse estudo, a prevenção não pode ser dissociada da proteção. A relação conjugal parece ser vivida como uma proteção. Além da prevenção e da proteção não tratarem da mesma questão, quando associamos o uso desses dois conceitos no caso de uma epidemia como a Aids, presenciamos produções sobre a sexualidade que foram se naturalizando enquanto verdades. Essas verdades a respeito da sexualidade, baseiam-se em uma visão da diferença entre os sexos. A partir dessa diferença, as formas do sentir, do desejar para homens e mulheres passam a ser geridos de formas distintas.

A escolha de trabalhar o problema da sexualidade a partir do dispositivo da regulação sobre a vida – o *biopoder* – se impõem na medida em que a sexualidade tem um papel central na trajetória dessa epidemia. Para as mulheres, associar o exercício da sexualidade ao risco do HIV implica enxergar para dentro de si mesmas e se encontrar com muitas cenas ligadas a experiência de sexo, prazer, desejo ou fidelidade. O risco para as mulheres parece estar calcado na possibilidade de se sentirem ameaçadas diante de uma situação que não depende unicamente delas como, por exemplo, infectarem-se numa cirurgia, transfusão ou até mesmo na manicure. Nessas situações, a prevenção não faria apenas pela vontade delas, conta também com o acaso. Prevenção é antever, bem como prever, uma situação de risco.

Diante das inúmeras verdades construídas para si mesmo, correr risco para as mulheres parece acabar se diluindo, na medida em que elas temem muitos outros riscos, não apenas o de se infectarem pelo HIV. Há que se considerar a abordagem de gênero, tanto na compreensão como na intervenção sobre as vulnerabilidades das mulheres.

Nesta investigação foram entrevistadas mulheres que participam como “agentes multiplicadoras de informação” em um Projeto¹ de Prevenção em HIV/Aids, projeto direcionado às mulheres residentes em áreas empobrecidas em um Município do interior do Estado do Rio de Janeiro. Embora todas as entrevistadas tenham demonstrado conhecimento sobre HIV/Aids e sobre práticas sexuais seguras, estas informações contradizem suas práticas a respeito de condutas sexuais do cotidiano.

A dissertação está organizada em quatro capítulos. No primeiro capítulo, procura-se descrever o processo de formação do saber e do poder de normalização exercido pelo discurso médico. Uma nova forma do saber médico veio caracterizar a medicina moderna que promoveu o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais, onde o saber e as práticas médicas passam a ser fundadas na divisão entre normal e anormal. É justamente para entender essa idéia de um modelo de normalidade que a divisão entre o normal e o anormal torna-se uma referência fundamental. Introduziu-se a questão do *biopoder*, tal como Foucault a tratou, ou seja, como uma ação de disciplinarização e manutenção da vida. Além disso, discutiu-se como as normas que comandam as relações entre sexualidade e reprodução

¹ Projeto de prevenção executado por uma ONG localizada no interior do Estado do Rio de Janeiro e financiado pelo Programa Nacional de DST/Aids/ Ministério da Saúde.

estão relacionadas com as formas de organização social, com os sistemas de representação e, em particular, com as relações entre os sexos.

O segundo capítulo aborda a visibilidade da epidemiologia como disciplina científica que ganha reconhecimento no início do século XX, como um saber regularizador das normas que irão garantir o controle de doenças e agravos à saúde, subsidiando assim, de modo crescente, as práticas da Saúde Pública. Para isso, foi contextualizado o nascimento da clínica na Europa em relação à construção tardia de um pensamento médico moderno no Brasil. Tal pensamento colabora para construção de um Sistema de Saúde Nacional, iniciado no período da Colônia, e estende-se até a construção de um Sistema de Saúde com o objetivo de absorver e atender todos os cidadãos brasileiros. É abordada também a questão da heterossexualização da epidemia de Aids, fenômeno que vem resultando em um maior número de mulheres infectadas pelo HIV e que é fortemente influenciado pelas relações de gênero.

No terceiro capítulo, a questão feminina toma as páginas da discussão por intermédio da história das problemáticas do sexual, da diferença entre os sexos na construção dos papéis sociais de homens e mulheres.

No quarto capítulo, procura-se retratar as principais significações atribuídas pelas mulheres às idéias de prevenção e de proteção. Propõe-se um retrato dessa representação como estratégia para entender a vulnerabilidade das mulheres que, mesmo percebendo-se em risco, não fazem uso da prevenção. Os dados da pesquisa, realizada no ano de 2004, com mulheres integrantes de um projeto comunitário de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST), residentes em uma área empobrecida no município de São Gonçalo, são apresentados e analisados sob o enfoque das categorias sociológicas de Da Matta, os estudos sobre a diferença sexual de

Thomas Laqueur, acompanhados da teoria de Françoise Héritier a respeito da assimetria irreduzível dos sexos denominado de “Valência Diferencial dos Sexos”.

A sexualidade, como afirma Foucault, é um dispositivo que normatiza e estrutura verdades. A sociedade moderna atribuiu enorme peso à sexualidade como um dispositivo de controle sobre o corpo. Assim, como ter controle sobre um corpo que, de um lado, é um corpo de órgãos, de necessidades, de sobrevivência e de condutas, e, de outro lado, é um corpo de desejo, de vontades e de afetos? Ao tentar dar sentido a essas questões, compreendemos, por intermédio das falas das mulheres entrevistadas, que o risco não possui nenhum sentido intrínseco e que a melhor forma de compreensão é estudá-lo como uma construção histórica.

CAPÍTULO I - CONSTRUÇÃO DO SABER MÉDICO

1.1 - O *biopoder*, o cuidado disciplinar da vida

A questão do *biopoder* na obra de Michel Foucault constitui um dispositivo de análise importante para a compreensão do nascimento da Medicina Moderna. Foucault denomina *biopoder* (1988) a um processo de disciplinarização que define uma ordem moral e política. O *biopoder* é definido como conjunto de estratégias disciplinares da docilização dos corpos, que se caracteriza por regular a vida social por dentro, acompanhando-a, absorvendo-a e rearticulando-a. O cuidado com a vida e o crescimento das populações, tido como preocupação do Estado, fez surgir um novo tipo de racionalidade política e prática.

O *biopoder* é exercido sobre a população e se apóia nos saberes estatísticos e na racionalidade econômica da ação de governar. Tematizando o *biopoder*, Foucault fez uma história da arte de governar, mostrando como a manutenção dos corpos saudáveis, portanto produtivos, assume uma força exponencial no âmbito da gestão das forças estatais. Foi fazendo a história das diversas modalidades daquela arte que o autor apontou o surgimento dos saberes estatísticos como suporte do *biopoder*, da tomada de poder sobre a vida para potencializá-la, aumentar suas forças e revigorar o Estado.

Diferentemente do poder disciplinar, o *biopoder* não atuará de maneira repressiva sobre a sexualidade, “*mas pela incitação aos prazeres, pela valorização do desejo e das sensações, por meio de uma ‘explosão discursiva sobre o sexo’*” (Loyola, 2003, p. 876).

É a partir do século XVIII, aponta Foucault (2003b), que o poder disciplinar foi se aperfeiçoando, tornando-se, assim, um novo dispositivo de *controle*. Para Foucault, a

“disciplina é uma técnica de exercício de poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII” (p.105). A disciplina passa, então, a exercer o controle, não sobre o resultado, e sim sobre o desenvolvimento de um ato, estimulando e promovendo novos hábitos salubres que visavam uma forma “sadia” e “melhor” de se viver. Normas, regras e comportamentos foram criados de forma a constituir no indivíduo a sua singularidade e seu contínuo controle sobre suas atitudes. Dessa forma, o poder disciplinar e *biopoder* passam a constituir uma unidade, por meio da eclosão da sociedade normalizadora, cujos mecanismos de regulação produzem, avaliam e classificam as anomalias do corpo social, ao mesmo tempo em que as controlam e eliminam. Do *biopoder*, o autor extrai outra consequência referente à lei. A lei diz respeito às normas que regem a sociedade. A presença da lei representa um código de regras para a manutenção da vida. Estas regras estão sempre acompanhadas de um poder de coação:

A lei não pode deixar de ser armada e sua arma por excelência é a morte; aos que transgridem, ela responde, pelo menos como último recurso, com esta ameaça absoluta. A lei sempre se refere a um gládio. Mas um poder que tem a tarefa de se encarregar da vida terá necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos (Foucault 1998, p.135).

Desse modo, a lei instaurada pelo poder funciona como uma norma, e a instituição (prisão, escola, hospital etc.) se integra, cada vez mais, num contínuo de aparelhos cujas funções são, sobretudo, reguladoras. A “sociedade normalizadora” é o efeito histórico de uma tecnologia do poder centrada na vida. No período que antecede a modernidade, o poder baseava-se na posse da terra e de seus produtos. Agora ele passa a centrar-se nos indivíduos e nos seus atos. Surgem, então, novos discursos de normalização do corpo social. As disciplinas que começaram a aparecer no contexto

científico – biologia, química e a prática médica – expressaram um discurso homogêneo de normatização e de disciplinarização dos corpos sociais sobre o meio social. Foucault estudou as grandes linhas do processo histórico, próprio à modernidade ocidental, da passagem da lei à norma, por meio do qual a transgressão deixou de ser uma possibilidade objetiva sancionável, que denuncia um curso de ação problemático, para se transformar numa potencialidade subjetiva, fora da norma.

A ação sobre o corpo adquire uma nova força a partir do século XVIII. O controle que anteriormente não existia de maneira plena, começa a ser exercido sobre a parte ativa do corpo, com o propósito de conseguir efeitos sobre o movimento, sobre os gestos e sobre as atitudes. Por isso, a pressão coercitiva é um dispositivo ambicioso que pretende estabelecer códigos que ordenem o espaço, o tempo e os movimentos.

1.2 - Sexualidade, um dispositivo de controle da vontade de saber

A partir do contexto biopolítico dos séculos XVIII e XIX, a sexualidade surge como um intermediário entre os eixos ao longo dos quais se desenvolveu toda a tecnologia política da vida. Ao mesmo tempo em que é parte da disciplina do corpo, é também o regulador das populações. Dessa forma, os dois registros, concomitantemente, dão lugar a vigilâncias contínuas, da ordenações do espaço de forma precisa até exames médicos, há micropoder sobre o corpo. Isto possibilita, também, estimativas estatísticas, intervenções que visam o corpo social inteiro ou um grupo tomado como totalidade.

As abordagens do pensamento e práticas médicas permitiram a Foucault deslocar a idéia de normalização dos limites precisos dos corpos e dos espaços individuais para o campo amplificado das populações e de seus processos vitais. É a

biopolítica que coloca uma relação entre os mecanismos de poder-saber e os fenômenos ligados à vida. A gestão desses fenômenos é a marca deste *biopoder*, em que se integram os mecanismos da normalização e os sistemas mais gerais da soberania. Nesse sentido, os processos de medicalização dos comportamentos, das condutas e dos desejos, estão apoiados na suposição da neutralidade de um discurso mantido como científico por excelência, estão no cruzamento entre a normalização e a gestão da vida.

O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie (Foucault, 1998, p.136), uma técnica de manutenção da vida. De uma extremidade a outra, a tecnologia do sexo compreende toda uma série de táticas diversas que se combinam, em proporções diferenciadas. O objetivo da disciplina corporal é, então, a regulação das populações.

Em "*A Vontade de Saber*", Foucault (1988) apresenta uma leitura rica da relação entre poder e sexualidade. A dinâmica desta relação complexa mostrou como ocorreu a dominação das pessoas por intermédio do controle, de técnicas de sujeição, de métodos de individuação e de observação. No capítulo denominado de *scientia sexualis* (Foucault, 1988), ou ciência do sexo, Foucault diz que nos últimos três séculos, a sociedade ocidental produziu múltiplos discursos sobre o sexo que, ao esquadrihá-lo, defini-lo, acabaram por ocultá-lo. Todos os discursos sobre o sexo visavam, sobretudo, produzir verdades sobre ele. A articulação entre sexo, razão e poder abre muitas perspectivas para a compreensão da oposição entre *ars erotica* e *scientia sexualis*. *Scientia sexualis* opõe-se culturalmente, segundo Foucault, a *ars erotica* que certas civilizações (China, Índia, Roma e mundo muçulmano) aplicam à sexualidade, definida como mistério e assunto passível de um processo de iniciação e aprendizado. A *scientia* ocidental procura, ao contrário, definir seus parâmetros, dentro dos quais, opera a

inclusão do aceitável no campo da normalidade, e a exclusão do inaceitável desse mesmo campo. No ocidente configurou-se a *scientia sexualis*, onde a confissão marcou a produção de saberes sobre o sexo. A confissão estabelece uma relação de poder onde aquele que confessa se expõe, produz um discurso sobre si, enquanto aquele que ouve, interpreta o discurso, redime, condena e domina. Em ruptura com as tradições da *ars erotica*, o ocidente constituiu uma *scientia sexualis*. Mais precisamente, atribuiu-se a tarefa de produzir discursos verdadeiros sobre o sexo, e isto tentando ajustar, não sem dificuldade, o antigo procedimento da confissão às regras do discurso científico (Foucault, 1998 p.66).

No século XIX, o procedimento da confissão extrapola a penitência e o domínio religioso. Há uma sobrecarga de discursos e interferência de duas modalidades de produção da verdade: os procedimentos da confissão e a discursividade científica. A interseção entre essas duas técnicas permitiu que a sexualidade fosse concebida como sendo “por natureza”, um domínio penetrável por processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização (ibid p.67). Assim, percebemos por meio da definição de Foucault que a sexualidade tornou-se o centro da personalidade do indivíduo moderno, a verdade do sujeito. Todavia, foi possível perceber também que isto não foi sempre assim e não o é em definitivo para nenhum tipo de cultura. Sendo assim, a sexualidade também é uma construção social.

Para além da exclusão e da repressão de condutas, a técnica da confissão acaba funcionando também como um dispositivo de disseminação de saberes, prazeres e poderes que permeia os inúmeros discursos sobre a sexualidade. A confissão aos poucos foi se desvinculando do rito de penitência da igreja e tomando novas formas:

interrogatórios, consultas, narrativas autobiográficas. O dever de dizer tudo e o poder de interrogar sobre tudo justificam-se pelo poder da confissão de curar.

Numa leitura sobre a sexualidade a partir da hipótese repressiva (Foucault, 1998), a idéia subjacente de poder seria de um poder unitário, central, em que a soberania é o paradigma. Teríamos como modelos, a Igreja, o Estado, a Classe como instâncias de poder soberano sobre as demais classes. A partir dos instrumentos e das técnicas de controle e de repressão do corpo, a sexualidade se normatiza tornando-se, assim, um instrumento disciplinador das condutas do indivíduo.

Partindo da definição de “poder”, compreendendo uma situação estratégica em uma sociedade dada, o corpo é o alvo privilegiado de mecanismos produzidos pelas relações de poder. Foucault descreve uma economia política do corpo, um corpo definido em termos da sua materialidade, isto é, uma matéria inclinada a experimentar uma variedade de operações simbólicas e materiais: deve fazer-se dócil, submisso, erótico, utilizável, produtivo, etc. Estas técnicas de controle e codificação do corpo vivo como lugar da subjetividade também produzem "efeitos de verdade", portanto, geram tipos específicos de conhecimento acerca do indivíduo e de sua inscrição social. Os aspectos normativos das relações de poder nas quais o corpo é apreendido são, conseqüentemente, positivos, isto é, produtivos em termos de conhecimento, no sentido de estabelecer uma verdade sobre o sujeito vivo. Daí que a noção de sujeito se baseia, para Foucault, em uma tecnologia sobre o corpo conectado com a natureza racional do poder e com o caráter normativo da razão.

Esse corpo, por sua vez, carrega um sexo que é interpretado a partir de um novo padrão de conduta sexual. A nova tecnologia do sexo, que nasce no século XIX, escapa à instituição eclesiástica e se desenvolve ao longo de três eixos: o da pedagogia, o da

medicina e o da demografia. O sexo passa a ser negócio de Estado e, para que ele seja administrado, todo o corpo social e cada um de seus indivíduos são convocados a posicionarem-se em vigilância (ibid, p.110). Assim, a sexualidade foi esmiuçada e tornou-se chave da individualidade, dando acesso à vida do corpo e à vida da espécie.

1.3 - Nascimento da Clínica, o visível enunciável

As grandes epidemias que assolavam a Europa tiveram na história das sociedades ocidentais um papel relevante na compreensão do processo de saúde-doença. Desde a Antiguidade, dispomos de relatos e análises sobre a epidemia como um fenômeno mórbido, onde o traço distintivo parece ser a ambivalência: a manifestação coletiva e, ao mesmo tempo, singular. Coletiva, enquanto evento que atinge uma sociedade, alterando o seu *modus operandis*; singular, na medida em que é uma ocorrência única e localizada no tempo e no espaço em que se manifesta. Em oposição à representação da doença como uma punição, a medicina ocidental, desde os gregos, tentou elaborar um outro saber que estabelecesse formas mais seguras de identificação do mal, percebendo-o como proveniente da natureza e das relações entre os homens. Essas noções, teorias e explicações, elaboradas pela medicina, suscitaram práticas sociais de proteção às epidemias que tenderam a falar do lugar da ordem, ainda que estivessem constantemente permeadas por um imaginário religioso com um sentido de purificação.

Até finais do século XIX, duas formas polares de representação da doença fundamentaram o saber médico sobre as epidemias: a concepção ontológica, presente no imaginário de praticamente todas as culturas desde o Mundo Antigo, e a concepção

dinâmica, formulada no Mundo Grego com a idéia de *physis*. As noções de contágio e miasmas estiveram ligadas a essas duas concepções de doença. A primeira entendia a enfermidade como possuidora de um estatuto com existência própria, uma entidade concreta que vinha do exterior – tanto do ar, como de outros indivíduos e objetos – e que não fazia parte da natureza do homem. Era uma espécie de forma do mal que penetrava no corpo, como espíritos, maldições lançadas pelos deuses. Neste caso, o homem doente seria aquele ao qual havia se agregado um ser (a doença). A cura, em oposição, seria um esforço para expulsar esse ser estranho. Nas teorias hipocráticas calcadas no entendimento da natureza (*physis*) como harmonia e equilíbrio, a doença era resultante da perturbação desse equilíbrio. Como tal, não se localizava em parte alguma do corpo humano. Estava no homem e lhe pertencia por completo. A doença era concebida como simplesmente uma reação generalizada e com intenções de cura: curar em outras palavras passava por adoecer.

Interessante frisar a diferença existente entre a epidemia e a doença em si. O caráter essencial de uma epidemia não reside nessa ou naquela doença, uma vez que o seu suporte é dado por um conjunto de circunstâncias presentes em um lugar, em um certo tempo. A doença é a marca da repetição. O que atribuiria essa singularidade à epidemia seria a especificidade do contexto no qual ocorreria, e não a essência de uma doença qualquer. Até meados do século XIX, a teoria da constituição epidêmica dominou. Entretanto, a partir do final daquele século já se evidenciava um deslocamento da concepção dinâmica de doença para uma concepção ontológica que localiza os princípios que causam as enfermidades. O discurso médico a respeito da propagação das epidemias vai gradualmente abandonando a imprecisão do olfato e tato para afirmar-se no sentido da visão. O nascimento da clínica no final do século XVIII inaugura uma

linguagem que fala do olhar, um novo discurso marcado pela objetividade, formalidade, empiricidade, análise e profundidade. Dessa forma, Foucault assinala que essa nova perspectiva discursiva cria as condições de possibilidade de uma experiência clínica. A estrutura discursiva incide a partir daí sobre o indivíduo, sobre o seu corpo, e a doença é identificada como uma lesão em um órgão. A doença encontra uma correspondência no corpo. A anátomo-clínica, a partir do estudo da morte, da sua observação, da sua descrição, produz o acesso do olhar para o interior do corpo. O campo onde se produz a doença centra-se no espaço corporal. A anátomo-clínica, com seu olhar de profundidade, torna visível o que era invisível (Foucault, 2003a).

Foucault sublinha freqüentemente que a medicina se encontra no cerne da virada dos séculos XVIII e XIX nas sociedades ocidentais, e seria uma estratégia biopolítica voltada para a medicalização e a normalização da sociedade (Foucault, 2003c). Em *O nascimento da clínica*, Foucault descreve o processo de construção de uma medicina moderna clínica. Ele descreve como nasce um saber individualizante, construído pela medicalização do hospital e pela entrada da morte no pensamento médico, a partir da descoberta anátomo-patológica de Bichat.

A medicina moderna provoca uma ruptura importante com o pensamento medieval, ao impor uma reorganização epistemológica da doença que, até então, estava ligada à metafísica do Mal. Adoecer era, antes, sinal da presença de algum malefício (provocado pelo próprio doente, pelo inexplicável, por forças sobrenaturais). Por séculos, as doenças tinham sido mistérios seguindo caminhos obscuros e esotéricos. A cura revelava o Bem.

No período Iluminista da modernidade, o médico passou a ser visto como aquele capaz de penetrar no interior do corpo, de diagnosticar e de falar sabiamente sobre seu

tratamento. Mediante a separação teórica e metodológica entre a pessoa do doente e o fenômeno da doença, a medicina científica nascente, quebrou a explicação religiosa dominante. Tal mudança sobre as concepções usuais do mal e do bem (da doença e da cura) foi de fundamental importância, esclarece Foucault, para o surgimento do homem como objeto de um saber científico e positivo (não metafísico). Ou seja, o homem se torna, pela primeira vez na história, ao mesmo tempo o sujeito e o objeto do conhecimento relativo à sua existência.

[...] o homem ocidental só pode se constituir a seus próprios olhos como objeto de ciência, só se colocou no interior de sua linguagem, e só se deu, nela e por ela, uma existência discursiva por referência à sua própria destruição: da experiência da desrazão nasceram todas as psicologias e a possibilidade mesma da psicologia; da colocação da morte no pensamento médico nasceu uma medicina que se dá como ciência do indivíduo (Foucault, 2003a, p.227).

A partir dos estudos da anatomia de Morgagni publicados em 1760 -*De sedibus*-, e quarenta anos depois com Bichat em *Traité des membranes* (ibid, 2003a, p.143), a clínica passou a se ocupar, cada vez mais, da integridade e do funcionamento dos órgãos e dos tecidos. Tal movimento, entre outras conseqüências, afastou do foco da prática médica a imagem do paciente, do indivíduo singular, com sua biografia, sua subjetividade e sua circunstância social. A clínica não é apenas a estruturação de um conhecimento, uma teoria, mas, elabora também seu método de aplicação – o raciocínio clínico. As características estruturantes deste método – que a nenhum médico é possível desconsiderar – orientam a investigação clínica, não ao que o doente revele de "raro, estranho e peculiar", e sim aos fenômenos que não apresentem qualquer originalidade pessoal, àquilo que o torne comparável aos demais. Dessa maneira, para que a

experiência da clínica fosse possível como forma de conhecimento, foi preciso uma reorganização no campo hospitalar, uma nova definição do estatuto do doente na sociedade e a instauração de uma determinada relação entre a assistência e a experiência, os socorros e o saber. Foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo. *Também foi preciso abrir a linguagem a um domínio novo: o de uma correlação contínua e objetivamente fundada entre o visível e o enunciável* (ibid, 2003a, p.226).

A medicina moderna deriva de um recorte em um novo domínio. Desloca-se de um espaço de representação, taxonômico, superficial, para um espaço objetivo, real, profundo; de um espaço de configuração da doença, considerada como espécie nosográfica, para um espaço de localização da doença, o espaço corpóreo individual. Nesse deslocamento, emerge uma nova linguagem. O que se transformou foi o modo da existência do discurso médico no sentido em que esse não se refere mais às mesmas coisas, nem se utiliza da mesma linguagem.

E assim, com a criação do olhar clínico no século XIX, o que era fundamentalmente invisível é repentinamente oferecido à claridade da observação clínica, num movimento de aparência tão simples, tão imediato que parece ser a conseqüência natural de uma experiência desenvolvida com uma maior superioridade.

1.4 - Ares, Água e Lugares, primeira formulação do conhecimento epidemiológico

A compreensão da origem das epidemias, ou seja, o surgimento de uma nomenclatura que assimilasse os determinantes de uma patologia no contexto da medicina hipocrática, é expressa pela formulação “constituição epidêmica”. Em linhas gerais, a idéia de constituição epidêmica pode ser expressa relacionando a ocorrência

das epidemias às circunstâncias dos ambientes físicos (região/clima). Os textos hipocráticos estabelecem elos entre a natureza dos climas e ventos e a incidência de doenças. Segundo Czeresnia (2001), a característica mais marcante da medicina hipocrática é conceber o fenômeno epidêmico como o desequilíbrio de uma harmonia da natureza apreendida como totalidade.

Na medicina hipocrática, o corpo humano era entendido como a composição dos elementos: ar, terra, água e fogo, e pelas qualidades de frio, quente, seco e úmido. Então, corpo e espaço eram compreendidos a partir da combinação desses elementos e qualidades. A constituição do corpo se alteraria de modo integrado às mudanças que ocorrem na constituição da natureza.

Era com essa fundamentação que o tratado *ares, águas e lugares* descrevia a influência das mudanças sazonais, dos climas e dos ventos sobre o corpo humano e suas doenças. A doença não era mais concebida como punição, e sim como uma relação desarmônica com a natureza. Distinguia-se, no conhecimento racional da doença, a causa externa, a causa próxima e a localização do agravo (ibid, 2001, p. 345). Na Renascença, tanto os seres quanto as coisas não eram percebidos separadamente. Já no século XVIII, o conhecimento passaria a ser associado a valores que iriam se constituir no método e na racionalidade científica que marca o período da modernidade. Exemplos disso: clareza, transparência, precisão, neutralidade ou certeza. O saber dissocia-se dos seres, desvencilha-se e fragmenta-se para viabilizar o método de análise. Inserida neste contexto ambivalente da modernidade, a construção de conceitos e categorias contribuiu para uma progressiva separação entre corpo e espaço por meio dos conceitos das diferentes ciências, que, por intermédio de uma razão própria, denominou o que é corpo e o que é espaço. Na modernidade, essa separação corpo/espaço levanta uma discussão

marcada pelo caráter indissociável dos fatos: pensar o corpo isolado do espaço, o ser separado do saber.

Nessa mudança de pensamento, a lógica baseava-se em potencializar a capacidade de resolver questões particulares, ampliando a sua compreensão em direção à totalidade dos aspectos que lhe dizem respeito. Em uma análise mais particularizada, os estudos das epidemias valorizam essa perspectiva integrada quando apontam o tratamento das doenças como um fenômeno atrelado às condições sociais, geográficas e culturais do meio que emerge a intervenção sanitária. No plano estrito das doenças epidêmicas, sabe-se que, no século XIX, com a emergência de uma medicina social, se desenvolve e se consolida uma concepção que associa condições socioeconômicas à saúde. As epidemias, enquanto fenômenos coletivos, constituíam-se em indicadores de saúde da população. As condições sociais precárias poderiam provocar situações “anormais”, deteriorando as condições naturais e gerando as epidemias. É importante ressaltar que essa concepção dinâmica da doença, entendida como desequilíbrio interno ou externo, expressou-se em práticas que almejavam uma vida equilibrada, imposta pelo indivíduo a si mesmo, e certamente se relacionavam também às condições gerais de vida que os governos teriam obrigação de garantir a seus povos.

1.5 – Políticas Públicas de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica

Diante da nova onda sanitária iniciada na Europa em final do século XVIII, objetivando a regulação da saúde e a prevenção das moléstias, com a transferência da corte portuguesa para a colônia, o Brasil começou a passar por mudanças no que diz respeito à instituição de normas de saúde que passaram a vigorar na colônia. As primeiras ordenações no campo da saúde recaíram sobre o núcleo familiar. Buscando

explicar o funcionamento da ordem familiar brasileira, Jurandir Freire em sua obra “*A ordem médica e norma familiar*” percorre o interior das famílias com o intuito de analisar as transformações por elas sofridas. O autor localiza na terceira década do século XIX o início do processo de higienização da família.

A partir da terceira década do século passado, a família começou a ser mais incisivamente definida como incapaz de proteger a vida das crianças e adultos (...). Essa educação, dirigida, sobretudo às crianças, deveria revolucionar os costumes familiares. Por seu intermédio, os indivíduos aprenderiam a cultivar o gosto pela saúde, exterminando, assim, a desordem higiênica dos velhos hábitos coloniais (Costa, 1999, p.12).

Nesta época as condições de saúde e higiene no Brasil-Colônia eram extremamente precárias. As epidemias, como a varíola e a febre amarela, dizimavam a população citadina e a assistência médica era feita pela Igreja Católica e por filantropia. Sendo a Colônia o núcleo do Império e o centro de acúmulo de recursos da metrópole, a saúde não poderia ser destacada do fenômeno da urbanização. O imperador D. João VI começa, então, a criar várias instituições nos moldes portugueses, incentivando a vinda de profissionais europeus para o Brasil, entre eles, alguns médicos, que, paulatinamente, vão impondo sua presença. Em 1829, foi criada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Em 1832, o grupo médico fundador da Sociedade de Medicina obtém uma vitória importante. Nesse período, as sugestões contidas nos relatórios da Comissão de Salubridade são incorporadas aos Códigos de Postura Municipais do Rio de Janeiro (Costa, 1999). Assim, a Sociedade Médica impõe-se, paulatinamente, ao aparelho de Estado, sendo responsável por toda a legislação sanitária da época,

determinando os princípios fundamentais da saúde pública no País. Em 1850, foi criada a Junta de Higiene e dos Órgãos Públicos, mas a classe médica já se consolidara no campo político-administrativo.

No entanto, foi sobre a aristocracia colonial que a medicina fez incidir sua política familiar, criticando a família colonial nos seus crimes contra a saúde. A família passava a ser co-responsável pela própria saúde ou pela própria doença. Ou seja, o processo de higienização das famílias dirigia-se especificamente às famílias elitistas. Não importava ao Estado alterar o padrão familiar dos escravos, dos “desqualificados” (mendigos, loucos, vagabundos, ciganos e etc) que deveriam continuar obedecendo à lei sob a ameaça de serem punidos.

Além de disciplinar a família, a pedagogia médico-higiênica definia também os papéis sexuais. Numa sociedade onde os valores atribuídos a cada sexo são diferenciados, as concepções higienistas não poderiam seguir rumos diferentes. A higienização da família veio explicar e fixar cientificamente as características supostamente típicas de cada sexo e apresentou-as como imperativos da natureza. No homem, predominavam a objetividade, o racional, o autoritário, menos amoroso, macho, viril, mais firme e seguro de suas decisões. Segundo os higienistas, sua inclinação "natural" seria para o prazer sexual. Já nas mulheres, predominavam a dedicação afetiva, a submissão, a idéia de sexo frágil, do amor, do purismo, da entrega apenas ao homem amado com juras e fidelidade.

A presente influência da Igreja sobre a sexualidade dos casais contribuiu para a formação do discurso higienista, que, a partir dos preceitos religiosos estabelecem um novo espectro sobre a sexualidade de forma a permitir melhor controle. No modelo

higiênico familiar, os que não se prestavam ao papel social determinado como pai eram classificados como "nocivos". Os libertinos, celibatários, eram vislumbrados pelo discurso higienista como seres abomináveis, uma ameaça para a saúde e o convívio social. Colocar o corpo individual em risco significava colocar em risco toda a estrutura social.

O poder paterno colonial alimentava-se da ética religiosa e do domínio do latifúndio sobre o meio cultural. Foi nesse terreno baldio da ordem social que o poder do pai cresceu e frutificou. E, com ele, toda a série de comportamentos e sentimentos que formavam a intimidade familiar. Em consequência, esses hábitos não podiam ser etiquetados de legais ou ilegais. Eles poderiam ser úteis ou nocivos, mas nunca irredutíveis ao território da justiça (Costa, 1999, p.62).

Nesse modelo higiênico familiar dotado de atribuições objetivas e explícitas, cada ator social ganhava um papel na educação dos filhos. Ao pai cabia a responsabilidade de proteção material do filho. Seu encargo era buscar fonte de renda para prover o bem estar da criança. À mãe cabia o papel da educação do filho. Os filhos, por sua vez, deveriam ser criados para servir ao Estado e não aos pais. Os pais se comportariam como tutores, cabendo à nação a propriedade pela criança (ibid, 1999).

É na família, sob as atribuições do pai e da mãe, que a higiene desenvolve suas bases de sustentação. O discurso higienista fez da família um aparato de controle. Este controle foi um dos mecanismos encontrados para eliminar os antigos hábitos, até então considerados como "anti-higiênicos", que estavam presentes na sociedade. À medida que as cidades foram crescendo desenfreadamente, uma gama de questões sociais e urbanas começa a surgir: problemas no abastecimento de água; saneamento e higiene

urbana, agravados pelo surgimento das epidemias de varíola e febre amarela, começavam a ameaçar não apenas a saúde familiar, mas todos aqueles que viviam nos espaços urbanos. A população pobre vivia amontoada em espaços pequenos e insalubres, em sua maioria eram iletrados, sobretudo as mulheres. A capital possuía um inchaço populacional, devido à chegada dos imigrantes e à recente "abolição da escravatura", que acirrava a desigualdade social no País, ainda organizado sob a economia do latifúndio.

Diante desse quadro caótico encontrado nas cidades, e do medo de perder as alianças comerciais – visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro – o então presidente, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, com a tarefa erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. *“A chamada ‘conjuntura Oswaldo Cruz’ inaugura a organização da saúde em moldes científicos, com base na bacteriologia e microbiologia e em ações com respeito à imunização por vacinas”* (Nunes, 1998). Um exército de 1.500 pessoas foi criado para exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito vetor da febre-amarela. Este modelo de intervenção ficou conhecido como “campanhista” e foi concebido dentro de uma visão militar, na qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos de ação.

Esse viés autoritário, pelo qual se fez acelerar o processo de urbanização do Rio de Janeiro, contribuía para o acirramento das insatisfações populares em relação à atuação dos profissionais de saúde, resultando, em 1904, no motim conhecido como a Revolta da Vacina. Apesar das arbitrariedades desse modelo, importantes vitórias no

controle das doenças epidêmicas foram conseguidas, inclusive a erradicação da febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, que fortaleceu o “modelo das vacinas” e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas (Bertiolli, 2002). No tópico a seguir, será examinado como esse modelo de intervenção de controle à doença perdurou durante o processo de construção das cidades até nossos dias.

Fazer prevenção de doenças, independente de sua etiologia e de sua localização geográfica, na prática significa estimular pesquisas na descoberta de vacinas. Basta observar os estudos em diferentes sítios de pesquisas para vacinas contra as enfermidades. Se por um lado, a descoberta de vacinas, dentro do contexto de controle das epidemias, pode ser considerado um sucesso científico, por outro, seus efeitos podem ser confrontantes e opostos à perspectiva da prevenção. A descoberta de uma vacina “curativa” pode, no entanto, favorecer o surgimento de condutas não favoráveis a evitar a infecção por determinadas patologias. A seguir, descreve-se sucintamente como se desenvolveu o Sistema de Saúde no Brasil.

1.5.1 - O Sistema de Saúde e o nascimento da Previdência Social no Brasil

O marco inicial da Previdência Social no Brasil foi a promulgação da Lei Eloi Chaves, por intermédio da qual foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), que só poderiam ser criadas por empresas, não por categorias profissionais. Sua criação não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação. O desenvolvimento das políticas sociais no País no período de 1930 a 1940 constituiu-se de mecanismos estratégicos de incorporação dos setores das camadas médias e de trabalhadores urbanos ao projeto de modernização. Nos anos 1930, os primeiros

Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram criados, com o apoio financeiro parcial do Executivo (Carvalho, 1999).

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública que anteriormente estava veiculado ao Ministério da Justiça (Cohn et al, 1996). Em 1939, regulamenta-se a Justiça do Trabalho e, em 1943, é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A criação dessa lei era um compromisso político do governo Vargas em atender as demandas das classes trabalhadoras e, ao mesmo tempo, manter o movimento trabalhista sob controle do Estado. Todavia, o sistema não estava organizado para o atendimento dos trabalhadores de forma geral. Restringia-se àqueles que trabalhavam, possuíam carteira assinada e também estavam associados aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (Samdu), mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes (Cohn et al, 1996).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, resultado da divisão do antigo Ministério da Saúde e Educação. A intenção de criar um ministério específico para o setor da saúde não era uma proposta que se originou naquele período de nossa história política. Verificou-se essa necessidade no decorrer do processo de institucionalização da saúde pública no Brasil, intensificada a partir dos primeiros anos do século XX, quando se iniciaram os debates relativos ao tema e começaram a ser implementadas reformas na área da saúde. A criação do Ministério da Saúde representou, então, um marco na história da política de saúde no Brasil. Entretanto, sua criação não alterou o funcionamento dos organismos de saúde existentes; as estruturas institucionais se

mantiveram as mesmas, tendo ocorrido apenas uma separação entre os serviços que diziam respeito à área da educação e à saúde.

O golpe militar e o governo autoritário, que foi instituído no País em 1964, criaram condições propícias para alterar o Sistema de Previdência Social e Assistência Médica existente. Em 1967, no centro das reformas administrativa, fiscal e financeira, foi feita também a reforma previdenciária, unificando cinco dos seis IAPs num único instituto – o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esse modelo entra em crise à medida que ocorre a incorporação de novos grupos ocupacionais ao sistema previdenciário (Carvalho, 1999).

Devido à escassez de recursos para a sua manutenção e ao aumento dos custos operacionais, o modelo proposto entrou em crise. As tentativas de disciplinar a oferta de serviços por meio de mecanismos de planejamento normativo, como o Plano de Ação de 1974 e a Lei do Sistema Nacional de Saúde de 1975, não conseguiram solucionar os problemas apontados. Essas tentativas disciplinadoras acabaram não obtendo um resultado satisfatório, uma vez que seu efeito foi paradoxal, já que propunha a remoção de barreiras burocráticas para atendimento médico, o que, na prática, viabilizava o atendimento a clientela não previdenciárias, representando uma espécie de universalização branca do acesso (ibid, 1999, p.7).

O setor privado, por sua vez, com exceção do filantrópico (santa casas e hospitais ligados a ordens religiosas), não esperava contar com uma rede de estabelecimentos de grande proporção. Seria necessário ampliar esta rede para dar conta da nova demanda governamental. Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, com desdobramento do INPS em três institutos: o de Administração

da Previdência e Assistência Social (Iapas), que administrava e recolhia recursos; o INPS, que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), destinado somente a administrar o sistema de saúde previdenciária. (Cohn et al, 1996). Ao longo dos anos 1970 e 1980 ampliaram-se os segmentos populacionais não-contribuintes incorporados ao Sistema de Saúde. Ao longo dos anos 1980, a saúde ganha expressão em todos os setores organizados da sociedade e se torna a espinha dorsal das demandas dos movimentos populares. Nesse cenário, surge o movimento sanitarista que vai conquistando espaço, avança no sentido de formular uma proposta que reivindica saúde para todos como direito a um novo desenho de política pública, consubstanciados, anos mais tarde, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1983, foram criadas as AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Previdência, Saúde e Educação), visando um novo modelo assistencial, procurando integrar ações curativas preventivas e educativas. As AIS foram importantes na formulação de princípios estratégicos que resultaram nas mudanças institucionais que ocorreram no final da década. Esse fluxo de expansão da AIS, nos anos de 1985 a 1986, colaborou como divulgação da estratégia de expandir o ideal de descentralização de competências, recursos e gerência relativos à multiplicidade de programas setoriais (Carvalho, 1999).

Em 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, com representação de quase todas as entidades públicas do Setor Saúde. Resultado das Conferências Regionais que foram ocorrendo em todo território nacional, a 8ª Conferência elaborou

um projeto de Reforma Sanitária que defendia a criação de um Sistema Único de Saúde cuja principal proposta era a universalização do atendimento. Após a Conferência formou-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com a função de analisar as dificuldades apontadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, examinar os instrumentos de articulação entre os setores do governo que atuam na área de saúde e propor seu aperfeiçoamento.

A construção de um projeto de reforma do Sistema de Saúde no Brasil começou nos anos 1970 e estava articulada a um projeto de transformação da sociedade brasileira, principalmente nos anos 1980, quando o modelo de relação entre o Estado e a sociedade começou a ser questionado, sobretudo na área social. Surge, então, no início dos anos 1980, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que tinha como proposta promover melhorias nas condições de vida e saúde de diversos segmentos da população. Como grupo técnico-científico, os médicos sanitaristas se opunham à Saúde Pública tradicional e lutaram pelo controle de seus espaços institucionais de reprodução e de formação de recursos humanos.

A estrutura previdenciária permaneceu praticamente inalterada até meados dos anos oitenta e a ela se somavam os subsistemas compostos pelo Ministério da Saúde e pelos Estados e Municípios. Na Constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que representou a unificação formal de algumas destas estruturas. O SUS criado pela Constituição Federal foi regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de transformar a situação de desigualdade na assistência à Saúde, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, independente de ser segurado ou não. A construção do SUS estava

baseada na formulação de um modelo de saúde fundamentado nas necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado de promover o bem-estar social.

O processo de Reforma Sanitária empolgou a sociedade e mobilizou diversas instâncias sociais, partidos políticos e entidades civis. As iniciativas de reformas de saúde fizeram parte de uma agenda de lutas pela redemocratização do País que vinha reivindicando a universalização do direito à saúde, à municipalização e à participação social no sistema de saúde, lançadas pelos movimentos de democratização pela América Latina (Cordeiro, 2001).

Distingue-se do modelo anterior que dissociava inteiramente as ações preventivas das ações curativas, a saúde coletiva da saúde individual e era voltado para atendimento por assistência médica (Carvalho, 1999). Esse novo Sistema de Saúde propunha a mudança de um modelo incipiente e incompleto de seguridade para outro de maior abrangência e integrado que seguissem as seguintes diretrizes com base nos princípios da constituição de 1988: (1) a universalidade de cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência de benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; (2) seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços; (3) irredutibilidade do valor dos benefícios; (4) equidade da forma de participação no custeio; (5) diversidade da base de financiamento; (6) caráter democrático e descentralizado de administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988). Dessa forma, a implantação do SUS representou um momento de profundas mudanças no setor saúde.

1.5.2 – SUS e Aids

O Brasil demonstrou, nos anos 1990, destaque na luta contra o HIV/Aids. O reconhecimento da eficácia desse programa deve-se, em grande parte, à participação do movimento social e do corpo técnico interessado em construir uma resposta eficaz de uma doença que, naquele momento, se desconhecia a causa, mas se conhecia a consequência. Todo o reconhecimento do Programa Nacional de DST/Aids, considerado exemplar na esfera internacional – tanto do ponto de vista da prevenção como da assistência e de garantia dos direitos humanos – é fruto de diretrizes básicas que norteiam o SUS e da Constituição Federal, promulgada em 1988, Lei 8080/90, que sentença que a Saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

Inicialmente, o Governo Brasileiro recebeu recursos do Banco Mundial para o financiamento das ações de prevenção e assistência. Desse montante recebido pelo primeiro Acordo do Banco Mundial, um pouco mais de 40 % do recurso estava direcionado às ações de prevenção, 34% estavam rubricados a serviços de tratamento, e o restante voltado para o desenvolvimento institucional para vigilância, pesquisa e avaliação. No segundo acordo, Aids II, os percentuais se mantiveram os mesmos (Mattos *et al*, 2003).

O Governo Brasileiro preocupado com o término do Acordo Aids II e sem a certeza da assinatura de um novo contrato - Aids III - começou a investir na descentralização como mecanismo possível de sustentar as ações de prevenção. Grande parte dessas ações de prevenção é promovida por organizações da sociedade civil. Essa forma de intervenção representa uma característica peculiar a essa epidemia, que através da presença ativa das inúmeras comunidades unidas na luta contra a Aids conseguiram apresentar uma resposta eficiente de controle à epidemia. Essa forma de organização

comunitária é entendida quando analisamos essa epidemia sob a perspectiva sociocultural e percebemos que a epidemia vem atingindo, na grande maioria, grupos vulneráveis: primeiro foram os homossexuais masculinos e, na atualidade, a população residente em áreas empobrecidas, com destaque para as mulheres.

A existência e o cumprimento de um princípio que promove a universalidade do acesso à Saúde como o SUS preconiza foram sinalizadores apontados pelo Banco Mundial como possibilidade de fracasso do Programa Nacional de DST/Aids. Compreendendo como funciona a linha de investimento de projetos na área da Saúde por essa instância, a audácia do governo brasileiro de distribuir medicamentos anti-retrovirais, gratuitamente, parecia uma atitude ilógica. “Para o Banco Mundial, o combate à Aids não é só um problema de Saúde, mas também um fator fundamental ao desenvolvimento dos países” (Mattos, 2003, p.82). Essa afirmação pode sugerir inúmeras interpretações. Uma delas pode estar relacionada a interesses econômicos das multinacionais farmacêuticas que fabricam os anti retrovirais. O Banco Mundial investe na idéia de que a eficácia do controle à epidemia se encontra nas atividades de prevenção. Num relatório publicado, na segunda metade do ano de 1990, o Banco Mundial reafirma que se deve investir nas ações de prevenção e que o tratamento é de responsabilidade do indivíduo. Essa decisão segue a lógica de custo/benefício, segundo a qual seria mais barato investir na prevenção do que na distribuição gratuita de medicamentos. Entretanto, a experiência brasileira no enfrentamento da epidemia não tem se pautado pelas idéias sustentadas pelo Banco Mundial. Ao contrário, o Brasil tem como princípio a garantia da universalidade da assistência e isso inclui acesso gratuito ao medicamento para os pacientes portadores do vírus HIV.

Nos anos 1990, a Política Nacional contra Aids depara-se com o desafio de ter que incorporar as ações de Prevenção e Assistência anteriormente financiadas pelos acordos e pelos convênios dentro da política de recursos do SUS. Um momento delicado, diante de todas as conquistas que a resposta brasileira vinha demonstrando. Em dezembro de 2002, o governo brasileiro, assinou a Portaria Ministerial nº 2.314 que instituiu uma Política de Incentivo para Estados e Municípios na área de DST e Aids. Esse repasse acontece por meio da transferência automática do Fundo Nacional da Saúde para os fundos de saúde estaduais e municipais. A nova Política de Incentivo contribuiu para o fortalecimento das ações do SUS no combate à epidemia de Aids, uma vez que essa política, além de ampliar as ações de prevenção e assistência, veio reforçar os princípios do SUS. Antes, os estados e os municípios recebiam esse repasse diretamente, por intermédio de convênios e projetos, e esse número era bastante limitado. Com essa nova política, além de estender as ações de prevenção e assistência foi possível também a ampliação do número de municípios que passaram a receber os recursos. Uma estratégia importante, visto que a epidemia vinha e vem crescendo no interior. Esses recursos repassados aos estados e municípios são destinados às ações desenvolvidas nas seguintes áreas: a) Promoção, Prevenção e Desenvolvimento Institucional; b) Qualificação da Atenção à Saúde de Pessoas Vivendo com HIV, Aids e DST; e c) Ações em Parceria com Organizações Não-Governamentais. A política de incentivos também veio colaborar no processo de desenvolvimento de gestão, uma vez que cada secretaria de saúde passou a ter que elaborar um Plano de Ações e Metas (PAM). Por meio desse PAM, as secretarias recebem seus recursos que são destinados a cada meta prevista no plano. Essa forma gerencial, além de instituir um planejamento das ações, permite também a construção

de um sistema de monitoramento. Outro ponto fundamental da política é que ela ampliou o controle social dos recursos utilizados no Programa. O PAM deve ser elaborado em parceria com a Sociedade Civil, apresentado aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, à Comissão Intergestora Bipartite (que reúne secretarias estaduais e municipais de saúde) e à Comissão Intergestora Tripartite (secretarias estaduais e municipais e Ministério da Saúde).

Essa nova modalidade de transferência de recurso no enfrentamento da Aids vem contribuindo a cada dia para a consolidação dessas ações, no sentido de promover a participação pública de diversos atores no planejamento de estratégias efetivas de controle à epidemia, bem como alocar recursos específicos, dada a complexidade de ações a serem permanentemente desenvolvidas e ofertadas.

CAPÍTULO II- AIDS, UMA EPIDEMIA DOS TEMPOS MODERNOS

2.1 - Da lógica médica hipocrática para a lógica médica moderna

O estudo sobre as epidemias é complexo e não se limita a uma tarefa de sinalizar apenas os sinais e sintomas que aparecem repetidamente no quadro de uma doença. Sua investigação é ampla e seu processo de análise é singular e único de cada circunstância. O conhecimento adquirido sobre uma epidemia produz em todos os doentes uma trama comum dos mesmos sintomas, mas singular na dimensão tempo/espaço: *“uma espécie de singularidade global, um indivíduo de cabeças múltiplas, mas semelhantes, cujos traços só se manifestam uma única vez no tempo e no espaço. A doença específica sempre se repete mais ou menos, a epidemia nunca inteiramente”* (Foucault, 2003a, p.26).

No final do século XVIII, o método de observação estava em vias de se institucionalizar. Segundo Foucault (2003a), esta experiência só adquiriu plena significação no processo de controle das doenças, onde se exerceu uma intervenção constante e coercitiva. O controle das epidemias só seria possível em aliança com a polícia.

Vigiar a instalação das minas, dos cemitérios, obter, o maior número de vezes possível, a incineração dos cadáveres, em vez de sua inumação, controlar o comércio do pão, do vinho, da carne, regulamentar os matadouros, as tinturarias, proibir as habitações insalubres (ibid, 2003a, p.27).

Para Foucault, o que define o ato médico é:

(...) nem o encontro do médico com o doente, nem o confronto de um saber com uma percepção; é o cruzamento sistemático de várias séries

que envolvem um conjunto infinito de acontecimentos separados, mas cuja interligação faz surgir, em sua dependência isolável, o fato individual (ibid, p. 33).

Nesse fervilhar da construção de um saber sobre as patologias, a consciência médica se desdobra: vive, em um nível imediato, na ordem das constatações imediatas, mas se recupera, em um nível superior, onde aprende as constituições, confronta-as e, refletindo sobre os conhecimentos espontâneos, pronuncia com toda soberania seu julgamento e seu saber. Esse saber se centraliza, circula em um movimento autônomo e se distribui soberanamente para a experiência cotidiana. O saber que há muito tempo dela recebeu e de que se fez, ao mesmo tempo, o ponto de convergência e o centro de difusão. Esse impulso da época representou a chegada de uma nova dimensão da apreensão das doenças. Com a presença generalizada dos médicos, forma-se uma rede de olhares que se cruzam e exercem em todos os espaços e em todos os momentos, uma vigília continuada, volátil e diferenciada (ibid, 2003a).

Ao mesmo tempo em que se desenvolve um novo modelo médico, fomenta-se também, uma consciência de cada indivíduo manter-se constantemente em alerta. Cada indivíduo deveria acrescentar à sua atividade de vigília uma educação permanente, pois segundo o conhecimento da época, a melhor maneira de evitar que a doença se propagasse era divulgar o saber médico (ibid, 2003a).

Segundo Czeresnia (2003), o avanço na medicina proporcionado pelos estudos sobre bactérias interferiu no aprimoramento das ações de intervenção que passaram a ser individualizadas, baseadas no paradigma biológico e no uso abusivo da tecnologia. Consolidou-se a legitimidade do saber médico na definição dos problemas de saúde e no controle das ações, tratamento e prevenção das doenças.

Até o final do século XVI, a medicina, no geral, não se fixava na análise de um funcionamento regular do organismo no sentido de estabelecer uma relação harmônica causa-meio. Já a partir do século XIX, a medicina se aproximava de um direcionamento mais voltado para o funcionamento das estruturas do organismo, a supra valorização da fisiologia, cujo conhecimento produzido serviu de padrão para a construção de conceitos e prescrição das intervenções. Nesse momento, a bipolaridade médica do “normal” e do “anormal” ganhou visibilidade com a prática médica que valorizava uma normalidade em detrimento da existência de uma outra forma de conduta - o “anormal” e, por isso, a idéia de saúde passa a ser determinada pela impossibilidade de separar o “normal” e o “anormal”.

2.2 - Epidemiologia, estratégia disciplinar da Saúde Pública

A Saúde Pública constitui-se em um campo de ação onde se desenvolvem práticas sociais direcionadas para o controle dos agravos à saúde. A epidemiologia constitui-se como uma disciplina científica que ganha importância no início do século XX e que tinha como finalidade produzir conhecimentos científicos sobre o processo saúde-doença e amparar o funcionamento dos serviços de saúde com recursos técnico e humano (Barata, 2000).

Dessa forma, a Saúde Pública vem, através da epidemiologia, representar a extensão de uma disciplinarização da sociedade sobre os indivíduos. Esse saber/poder estendeu o controle da sociedade à esfera do corpo humano por um saber legitimado pelo modelo biomédico:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo.

Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista (Foucault, 2003b, p.80).

Essa extensão do controle social aos limites dos corpos humanos encontrou na socialização da Medicina sua configuração histórica moderna. Essa transformação ocorreu em função de dois aspectos fundamentais: o primeiro foi o controle da sociedade como um todo, ou seja, manter um controle não apenas sobre os recursos naturais de uma sociedade e nem sobre o estado da população, mas garantir também o funcionamento geral de seu aparelho político, principalmente em relação à burguesia. Um bom exemplo foi o caso da criação da polícia médica na Alemanha de 1764, que mantinha o controle dos indivíduos sãos e doentes por meio do sistema de vigilância. O segundo aspecto foi o impacto sobre as condições de saúde do proletariado que, na segunda metade do século XIX, constituiu uma força de trabalho produtiva e vital na manutenção dos bens de produção dessa burguesia nascente (ibid, 2003b).

A partir das primeiras décadas do século XX, desenvolveu-se o que se pode denominar de “novo higienismo”. Essa nova forma de abordagem à saúde baseava-se na proposta do Relatório Flexner, publicado em 1910, que promoveu uma reestruturação da escola médica e estabeleceu que toda orientação seria predominantemente biomédica. Inicia-se um período de expansão das funções políticas dos governos, incluindo-se as legislações sanitárias. Neste novo contexto, a Saúde Pública vai ser estruturada sob o mesmo ângulo biológico-experimental que embasava a Medicina moderna. Este “novo higienismo” estrutura-se, portanto, no pensamento médico-clínico, referenciado nos corpos individuais em sua expressão populacional, os quais passam a ser vistos como conjuntos de individualidades, ou seja, a massa. De um arcabouço populacional passa-se, aos poucos, a um arcabouço de conjuntos de indivíduos e grupos de risco (Ayres, 2002). A aspiração básica da ação da Saúde Pública passa a ser, então,

a diminuição dos riscos de adoecer. O impacto integral desse compromisso pode ser verificado em depoimento de Hermann Biggs, líder da saúde pública norte-americana e pioneiro no controle da tuberculose que, em 1911, afirmava que:

(...) a doença é em grande parte um mal eliminável. Continua a afligir a humanidade não apenas em virtude do conhecimento incompleto de suas causas e da falta de higiene individual e pública; mas também as duras realidades econômicas e industriais e as condições de moradia infames.”
(Rosen, 1994, p.350).

Intrinsecamente vinculada a esse processo, a Epidemiologia objetiva, atualmente, visa ampliar o seu papel na consolidação de um saber científico sobre a saúde humana, seus determinantes e suas conseqüências, subsidiando de modo crescente as práticas da Saúde Pública em três aspectos principais: (1º) fornecer o diagnóstico de saúde das populações; (2º) investigar, por meio de dados epidemiológicos, de modo a incrementar o avanço do conhecimento sobre os determinantes do processo saúde-doença, tal como ocorre em contextos coletivos; (3º) a metodologia epidemiológica pode ser empregada na avaliação de programas, atividades e procedimentos preventivos e terapêuticos, tanto no que se refere ao sistema de serviços quanto ao impacto das medidas de saúde na população (Almeida Filho e Rouquayrol, 1990). A Saúde Pública consolida-se, desta forma, com base na Epidemiologia, - conhecimento e prática - voltada para o diagnóstico e intervenção sobre as populações, grupos, massa. Estrutura-se, como visto, a partir de dois princípios básicos: a busca da etiologia da doença e a ação de prevenção aos indivíduos diante ao risco. Desde então, a Epidemiologia, por meio das práticas clínicas e de Saúde Pública, tem se inserido nas esferas múltiplas e diversificadas das dinâmicas sociais e ambientais, ao se propor o enfrentamento do processo saúde-doença em populações; isto tanto no que diz respeito aos conhecimentos que tem produzido

quanto às intervenções concretas que têm provocado. É uma disciplina que circula, evidentemente, entre a pragmática e o teórico, entre indivíduos e coletivos, entre meios – “naturais” e “sociais”.

Assim, a consolidação de uma medicina baseada no combate ao agente microbiano nos corpos dos indivíduos suscita imaginariamente uma associação à idéia de uma saúde absoluta, para além das doenças, das imperfeições, dos limites de tempo e espaço territorial, social, populacional e corporal.

2.3 -Problemática do Risco X Problemática da Vulnerabilidade

**“Risco é uma questão de passar de uma posição a outra”
(Corrosão do Caráter- Richard Sennet,2004, p.99)**

O conceito de risco é polissêmico, permite inúmeras definições e ambigüidades (Castiel, 1999). A noção de risco surge no conjunto de temas pertinentes a esta temática como uma ferramenta para pensar a sociedade moderna. Vários autores, nesse sentido, vêm apresentando suas definições a partir de seus aportes teóricos. Podemos apresentar alguns que, apesar de terem definições distintas, sinalizam seus conceitos dentro da ótica de transformações sociais ocorridas na Europa, a partir do século XII (Martin, 2003).

Na atualidade, a noção de risco como perigo se relativiza e assume a dimensão de ser parte constitutiva da vida. Viver se traduz em correr permanentemente risco. Diante da pluralidade e da abrangência desse conceito, como promover prevenção? Como eliminar os riscos? Correr risco é sempre um perigo? Nesse trabalho, o foco não será a definição em profundidade dos conceitos de risco e perigo, uma vez que o objeto desse estudo é problematizar a noção de prevenção e a noção de proteção, o que será analisado mais adiante nesse capítulo.

Antes de qualquer conceituação, é importante investigar as condutas dos indivíduos, como eles se relacionam e como eles solucionam seus problemas. Para Giddens (2002), risco se refere a “acontecimentos futuros - ligados às práticas presentes”, o risco não é risco *per se*. Segundo o autor, o risco deve ser pensado no contexto de “ambiente de risco”, isto é, a modernidade trouxe consigo um novo elenco de riscos decorrentes das transformações sociais ocorridas. Ainda para o autor, os riscos constituiriam-se como ameaças constantes no mundo atual e o conhecimento dos mesmos não necessariamente nos asseguram evitá-los. Dessa forma, o risco faz parte do cotidiano, estejamos conscientes ou não. Tomando a dimensão da epidemia da Aids, a própria percepção da doença estará influenciada pela posição social e pela visão de mundo que os diferentes segmentos populacionais irão assumir como uma prática arriscada ou não.

Outros autores, por outro lado, definem risco como perigo que afeta a humanidade como um todo. Martin (2003), aponta como um dos possíveis sentidos da palavra risco, a definição do sociólogo Ulrich Beck para esse conceito. Segundo este, risco pode ser definido como um modo sistemático de lidar com acasos e inseguranças induzidas e introduzidas. Ao contrário dos velhos perigos, são conseqüências relacionadas à força ameaçadora da modernização e da globalização. A análise de Beck sobre os riscos considera que eles são construídos socialmente, nesse sentido se aproximando da definição de Mary Douglas (*ibid*, 2003), quando esta define risco, não como perigo, e sim como produto da cultura. Nessa argumentação, a cultura irá produzir os seus riscos como forma de controle diante das inúmeras possibilidades de eventos que possam constituir uma ameaça para a vida social.

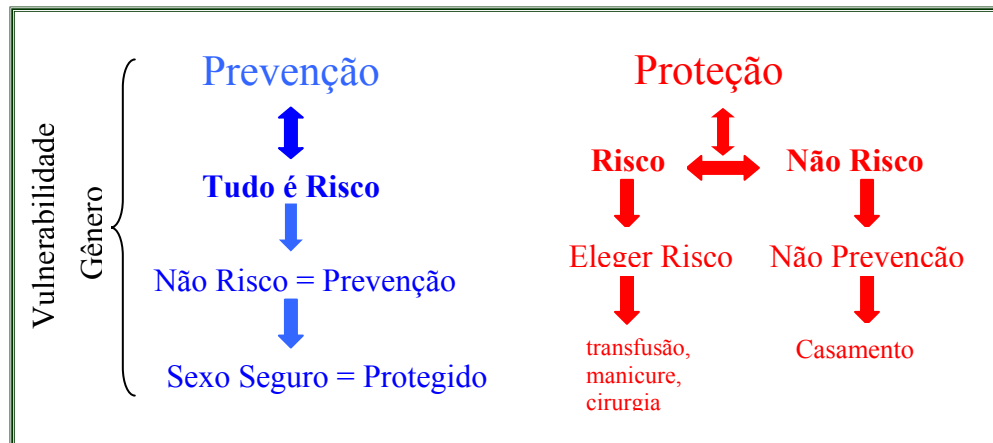
Em seu sentido original, o conceito de risco *per se* era neutro e referia-se a uma probabilidade aumentada de um evento ocorrer. Com o tempo, seu sentido original foi transformado e o significado de risco passou a ser sinônimo de perigo. Atualmente, o risco está relacionado a resultados negativos. A linguagem do risco está inscrita em registro lexical especializado em um discurso político sobre resultados indesejáveis. Dessa forma, estar em risco significa estar diante da possibilidade de resultados negativos que serão sempre enfatizados em função dos interesses em questão. Ou seja, risco é uma noção particular e restrita a uma cultura. Os diferentes valores que cada cultura desenvolve para comportamentos irão se constituir como padrões aceitáveis ou não para aquela sociedade. Além disso, a magnitude e a natureza global dos riscos atuais são tais, que os riscos se tornaram cada vez mais difíceis de quantificar, de prevenir e de anular. A conseqüente discussão que advém da definição de risco, sob a luz das teorias das ciências sociais na contemporaneidade, é a re-significação do conceito de prevenção. Dessa forma, a percepção de risco não é resultado do acúmulo de informações para se prevenir de futuros danos. As pessoas percebem seus riscos de modos diversos, pois estes envolvem fatores que transcendem os saberes científicos (*expertise*) e misturam dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais.

Pensar em problematizar práticas preventivas de infecção ao HIV/Aids significa entender, no universo de cada indivíduo, qual a sua percepção de risco. Segundo Castel (1987), “o risco é definido pela presença de um ou de uma associação de critérios, uns de ordem médica, outros de ordem social”. Isso sugere, então, que a prevenção seria um dispositivo que possibilita assegurar a detecção de certos riscos. Todavia, na presença de qualquer tipo de situação que se apresente como de risco, o indivíduo aciona seus mecanismos de proteção, ou seja, algo que o permita sentir-se seguro/protegido.

O risco traduz a eminência de um perigo, uma quebra de uma certa “normalidade”. O risco passa a ser um objeto de diagnóstico em si, com o mesmo estatuto da clínica. Segundo Almeida Filho e Rouquayrol (1990), o sentido do risco se transfere para o seu determinante, à proporção que o fator de risco passa a ser reconhecido como sinal/sintoma que, assim, se torna uma entidade clínica. Uma vez que o estado de “estar em risco” é incorporado à problemática da clínica, identificar o risco, não quer dizer apenas diagnosticar alguma patologia, mas também diagnosticar o risco individual.

O sentir-se protegido dificulta ao indivíduo a percepção de um determinado risco em seu entorno, pois esse estado de proteção dá a ele a idéia de controle sobre qualquer forma de ameaça. É importante discutir a noção de "segurança" na prática sexual. Há uma definição objetiva, do ponto de vista preventivo, que consiste em estabelecer um modelo de prática considerada de risco ou não. Por exemplo, o sexo 100% seguro é o sexo não penetrativo (masturbação), porque nesse caso não há troca de fluido entre as pessoas envolvidas. Por outro lado, as práticas sexuais penetrativas (pênis, ânus, pênis-vagina, pênis-boca) são mais arriscadas, pois envolvem a troca de fluidos corporais – meio líquido do corpo onde o vírus HIV encontra condições propícias para se multiplicar. No caso da Aids, as ações preventivas promovidas partem de informações calcadas em estudos da epidemiologia. A pergunta é: será possível buscar no campo da sexualidade, uma política de “gerenciamento de riscos”, como propõe o discurso preventivo, supondo um “indivíduo livre” para “escolher” seus próprios riscos? Segundo o quadro abaixo, o modelo de risco pode ser entendido da seguinte forma:

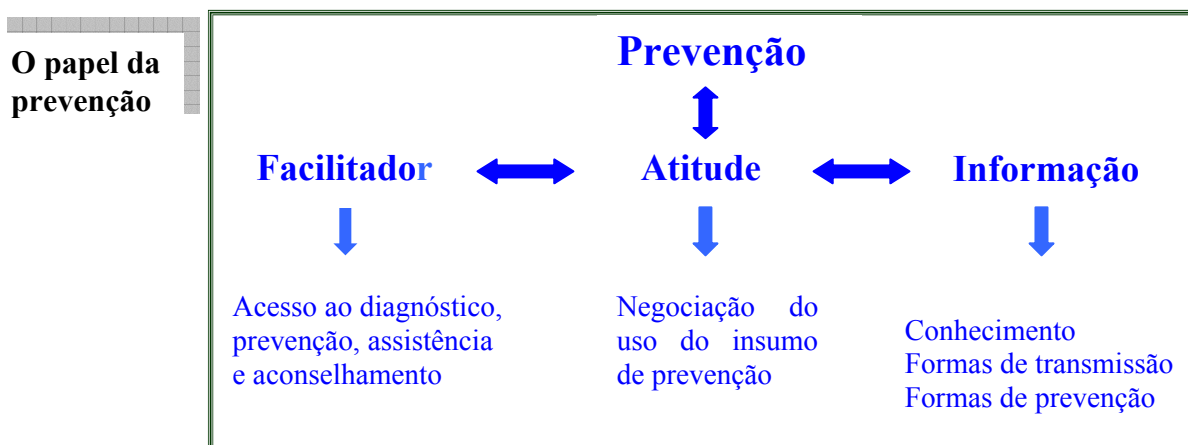
Modelo de Percepção do risco



Segundo o quadro proposto, a percepção do risco ocorre a partir do julgamento de valores que o indivíduo atribui a uma situação, arriscada ou não. Observe-se que a prevenção ao HIV/Aids só acontece quando os indivíduos, evidentemente, se sentem em uma situação de risco. Basta lembrarmos o início da epidemia, quando homossexuais masculinos eram apontados como “grupo de alto risco” de infecção da epidemia. As campanhas de Saúde Pública voltadas para essa população, bem como o compromisso do ativismo da comunidade *gay* promoveram conquistas de grande impacto no controle da Aids no País. De toda forma, hoje, depois de quase 23 anos de história de epidemia no Brasil, a prevenção nessa população continua sendo um grande desafio: se no início dos anos 1990, houve um decréscimo do número de pessoas infectadas, a partir do início dos anos 2000 observou-se um aumento na curva de novos casos.

Pensar a prevenção é pensar diretamente o risco. Porém, não se deve esquecer que ter controle da epidemia não significa erradicá-la. Muitas das vezes, o controle sobre uma doença pode aumentar a negligência não só das autoridades competentes de promoção à saúde, como o próprio cuidado do indivíduo de si. Tomemos o exemplo do quadro abaixo. Nessa proposta, a prevenção é compreendida como o conjunto desses três componentes que facilitam a percepção do risco: facilitador, atitude e informação.

Sendo assim, a percepção do risco é avaliada de acordo com: a chance de adquirir a infecção; o benefício que a mudança de hábito pode trazer e a percepção das inconveniências e problemas que esta mudança de hábito pode causar. Nesse exemplo, a percepção que as pessoas têm sobre o HIV/Aids influencia não só a própria apreensão como também a qualidade da informação assimilada. Sendo assim, pensar uma prevenção efetiva no controle das doenças significa pensar a prevenção, não como um dispositivo de controle, e sim como um facilitador no sentido de viabilizar o acesso a informação; bem como os insumos de prevenção e; só assim providenciar ao indivíduo subsídios que o permita eleger quais os tipos de risco que prefere correr.



A epidemia de Aids constitui um bom exemplo para pensar essa questão. Analisando as intervenções ocorridas no período de 20 anos de epidemia no Mundo, podemos compreender os desafios que a prevenção encontra para promover mudanças de comportamento nas populações. Embora inúmeras campanhas e informações dirigidas a grupos considerados de risco - usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com outros homens e trabalhadoras do sexo - conseguiram promover uma redução na taxa de incidência de novos casos, outras populações que não se consideravam em risco, passavam a constituir o foco principal das intervenções. Esse fato colabora para pensar que fazer prevenção não significa risco zero. Fazer prevenção

significa compartilhar certas características ou conjunto de características que podem ser agrupadas de uma maneira contextualizada dentro do seu ambiente social e que possibilite ao indivíduo fazer suas próprias escolhas no que diz respeito à sua percepção de ter ou não práticas arriscadas.

Se você não se cuidar, não se prevenir das coisas, entendeu,...é manuseio com pessoas que você não conhece, sem luvas, sem...(...) os médicos mesmo...Então, eu acho que risco é isso, é a gente não se prevenir (C, 45 anos, 2º grau, casada).

A história da Aids mostrou que não basta identificar um risco e, em consequência, prevenir-se. A contribuição da epidemiologia no estudo das epidemias revela, entre outros aspectos, a necessidade de discutir a idéia de risco, condição para se compreender a transmissibilidade do agente etiológico considerado como responsável pela síndrome.

Nesse sentido, dar importância apenas à forma de transmissão, se a doença é contagiosa ou não, deverá ser apenas uma modalidade para se compreender o fenômeno das epidemias, pois a transmissão de um indivíduo a outro não é, em caso algum uma relação direta entre o agente transmissor e o agente receptor:

Sinais dando provas de indiscutíveis avanços tecnológicos no diagnóstico e na terapêutica (técnicas diagnósticas a partir da biologia molecular; novas terapêuticas para moléstias como a Aids, entre outros) também fornecem indícios de crise no âmbito dos modelos teóricos e epistemológicos das ciências biomédicas e epidemiológicas (Castiel, 1999, p.136).

Nessa visão, os padrões de exposição explicariam a relação causal entre preservativo/prevenção. Dito de outra forma, ter conhecimento sobre as práticas

arriscadas de infecção pelo HIV/Aids seriam suficientes para que o indivíduo se identificasse e se percebesse em risco e, em seguida, prevenir-se. A isto denominou-se “prática preventiva”. Assim, dentro de uma visão racionalizadora, seria possível prover vigilância sobre os indivíduos e criar um mecanismo de investigação capaz de avaliar se as medidas de prevenção são ou não efetivas.

Um dos formatos dados às campanhas de educação em saúde, no início, em diferentes contextos foi o jargão “*Aids mata*”. Isto deveria servir como apelo suficiente para estimular as pessoas a evitarem comportamentos de risco. Entretanto, após uma década de experiência, observou-se que os resultados esperados a partir da experiência pedagógica em saúde ficou aquém da efetividade almejada. Do ponto de vista da Aids, as estratégias de prevenção não costumam levar em conta que a percepção do risco e os aspectos dela decorrentes disto estão estreitamente relacionados a representações tanto individuais como sociais. Conforme Szapiro (2004) aponta em sua pesquisa com mulheres realizada no Centro de Testagem e aconselhamento do Hospital Escola São Francisco de Assis / Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/UFRJ).

Se a prevenção ocupa um lugar de extrema importância na luta contra o avanço da epidemia, aliada a acessibilidade, ao tratamento e às condições de vida de modo geral, impõe-se analisar certos fatores associados às representações não só de doença, mas também de vida, que certamente interferem e dificultam as mudanças de comportamento frente às práticas sexuais (ibid, p.41).

A idéia de risco foi bastante utilizada no início da epidemia, sua importância não deve ser negligenciada nem tampouco esquecida. O paradigma preventivo possui como eixo de sustentação a noção de risco, conforme adotada pela epidemiologia. Porém, a epidemiologia como uma ciência bastante precisa não conseguiu ter uma

resposta eficaz quando se tentava encontrar uma estratégia que permitisse controlar os novos casos de infecção.

A passagem da noção risco para a noção de vulnerabilidade representou um rompimento com as limitações que a própria epidemiologia impunha ao definir estratégias de intervenção em Saúde Pública. Nos últimos anos, a idéia de vulnerabilidade ganhou visibilidade e começou a se apresentar como uma nova ferramenta que vem contribuindo para a compreensão dos inúmeros determinantes que aumentam ou diminuem a exposição ao risco numa certa população. Uma importante contribuição que o uso da idéia de vulnerabilidade trouxe para a compreensão da epidemia de Aids foi a desculpabilização que a idéia de risco carregava. O uso do conceito de vulnerabilidade e a sua relação com a epidemia adquiriram importância a partir dos trabalhos de Mann, Tarantola e Netter (Matida, 2003).

Reconhecendo a dificuldade do foco centrado apenas no indivíduo e a constatação de que existem variáveis que muitas vezes escapavam ao alcance do indivíduo, esses autores propuseram um novo modelo de análise da epidemia que permitisse ultrapassar a dimensão individual (acesso à informação/educação, assistência médica e social) e conjugasse a determinantes coletivos (políticas públicas de saúde e investimento) no sentido de ter uma melhor contextualização das inúmeras vulnerabilidades às quais um indivíduo possa ser submetido. Analisar “contextos intersubjetivos” geradores de vulnerabilidade e, de modo articulado, contextos intersubjetivos favoráveis à construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades constitui, atualmente, um dos mais decisivos desafios à prevenção.

Um outro ponto positivo de trabalhar a prevenção sob a perspectiva da vulnerabilidade, é que a adoção desse termo pressupõe respeitar os direitos humanos

(Mann apud Matida, 2003). Contribuindo, assim para o fortalecimento de diretrizes das Políticas de Saúde quando os seus pressupostos permitem se aproximar da epidemia que começa a se apresentar nos segmentos empobrecidos da população. Abordar a Aids sob esse enfoque significa considerar essa doença em todos os seus aspectos: cultural, social, biológico, educacional e afetivo e, só assim, promover algum tipo de intervenção no que diz respeito à mudança de atitude frente a um risco considerado ameaçador a preservação da vida.

A noção de vulnerabilidade não impõe o certo ou o errado, porque ela sempre tangencia as dimensões individual/coletiva. Dentro da noção de vulnerabilidade, o risco está presente e as estratégias de intervenção na saúde não se baseiam em reduzir ou aumentar o risco de infecção por uma doença. O risco existe ou não. Além de possibilitar com isso desestigmatizar a antiga idéia de “comportamento de risco”, “grupo de risco”, a idéia de vulnerabilidade colabora no sentido de traçar de forma mais clara o novo perfil da epidemia e, com isso, auxiliar o indivíduo a tentar diminuir sua vulnerabilidade.

Segundo Ayres et al (2003), a noção de vulnerabilidade procura distinguir diferentes situações de suscetibilidade dos indivíduos tanto do ponto de vista pessoal como coletivo. Diante da epidemia de Aids, o autor examina a questão da vulnerabilidade a partir de três planos: individual, programático e social. No plano individual – trata dos comportamentos possíveis e conhecidos de infectar-se pelo HIV. Não se restringe a uma vontade ou escolha de se expor à doença, mas trabalha com o grau de consciência que o indivíduo possui dos possíveis danos decorrentes da sua própria conduta. No plano social, a vulnerabilidade propõe que se avalie o acesso à informação e à qualidade dos serviços de saúde. O plano programático se refere às

ações institucionais voltadas para o combate à Aids. Nesse plano, a vulnerabilidade é apreendida por inúmeros aspectos como: grau de compromisso das autoridades, proposições encaminhadas por estas, planejamento e sustentabilidade das ações, fortalecimento interinstitucional. Os três planos de avaliação de vulnerabilidade contribuíram, assim, para a elaboração de um diagnóstico de situação, uma estratégia de intervenção almejando a redução de vulnerabilidade.

Ao introduzir as noções de vulnerabilidades individual, coletiva e programática, a idéia de risco começa a ser trabalhada dentro de uma nova perspectiva, que não mais se estabelece apenas pela enumeração de práticas e comportamentos considerados arriscados ou pelo grau de informação que as pessoas tenham sobre as DST e a Aids. Assim, analisar uma epidemia apenas pela perspectiva de risco seria entender a problemática da Aids por apenas um ângulo do prisma do conhecimento.

2.4 - Modelo Brasileiro de prevenção em HIV/Aids

As Políticas Públicas de Prevenção em HIV/Aids, no Brasil, tiveram início, oficialmente, em 1985, quando o atual Programa Nacional de DST/Aids de prevenção ao HIV foi implantado. No primeiro momento, a epidemia constituía um mistério para os especialistas. A veiculação da doença, inicialmente, atribuída aos homossexuais masculinos ganhou notória preocupação desde as primeiras campanhas. As estratégias de prevenção estavam todas dirigidas a esta população. No primeiro momento, a Aids estava restrita a certos grupos - homossexuais e usuários de drogas – e não foi imediatamente tratada como uma questão de Saúde Pública, uma vez que a infecção pelo vírus nesses grupos era considerada como um evento isolado - “uma maldição gay”.

A primeira iniciativa de articulação de Políticas Públicas de Prevenção ao HIV/Aids se deu a partir de uma organização estatal. O Estado de São Paulo toma a frente no País nas decisões de políticas preventivas a Aids. Desde o início, a atuação do movimento *gay* organizado se mostrou bastante atuante no combate a epidemia. O Grupo Gapa-Sp, primeira ONG/Aids no país, teve destaque fundamental, tanto impulsionando o Setor Público da Saúde como também colaborando com ações junto ao governo em controlar a epidemia.

Concomitante a essa aliança entre o setor governamental e organizações não-governamentais no enfrentamento da epidemia, o Brasil encontrava-se também num período de redemocratização, e inclusive, no setor de saúde, que na esteira do movimento político mais amplo buscava por meio da Reforma Sanitária, construir um Sistema de Saúde de caráter universal. Do ponto de vista da adoção de “medidas concretas de prevenção”, a implementação de medidas efetivas de controle à qualidade de hemoderivados, com a promulgação de lei que ordenava a triagem sorológica nos banco de sangue. Entretanto, medidas efetivas de prevenção não poderiam limitar-se a um controle de qualidade do sangue ou mesmo profilaxia da transmissão vertical (mãe para filho), uma vez que a principal via de transmissão ainda é a sexual. Segundo Camargo (1999), existem dois pontos de ataque fundamentais do ponto de vista da prevenção ao HIV/Aids. O primeiro seria a interrupção da transmissão do vírus; o segundo, retardar ao máximo o surgimento da imunodeficiência e/ou das doenças oportunistas que caracterizam a síndrome. Nesse sentido, as ações de prevenção não são independentes das ações da assistência.

Nos anos 1990, a história da Aids no Brasil foi notadamente marcada por lutas pela garantia dos direitos conquistados e consubstanciados no SUS pela exigência de

respostas do setor público diante do agravamento da epidemia no País. No período de 1990-1992, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a distribuir gratuitamente a medicação anti-retroviral, inicialmente, como medida tomada para controlar o aparecimento de novos casos dessa síndrome, uma vez que a distribuição da medicação estava veiculada à notificação do caso às autoridades sanitárias. Um fato importante nessa década foi a assinatura do primeiro acordo com o Banco Mundial, em 1993, do acordo denominado “Aids I” - programa com vigência de 1994 a 1998 - e que determinou o rumo das Políticas de enfrentamento da epidemia, principalmente no que diz respeito às estratégias de ações preventivas e informação em HIV/Aids. As primeiras ações governamentais de controle à epidemia estavam voltadas para a vigilância epidemiológica e assistência médica. Segundo Silva (2004), foram criados serviços estaduais para tratamento da Aids, principalmente nos grandes eixos Rio-São Paulo, como centros de referência para treinamentos de equipes multidisciplinares para os estados que ainda não tinham um Programa de Aids implantado ou mesmo iniciando as atividades no campo da prevenção e da assistência.

No final dos anos 1980, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids, criado em 1985 em colaboração com as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, criou em todo o País os CTAs (Centros de Testagem Anônima)/COAs (Centros de Orientação e Apoio Sorológico), hoje, denominados Centro de Testagem e Aconselhamento. Tais serviços possuem entre as suas diretrizes estratégicas estimular sua implantação em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, principalmente em cidades importantes do ponto de vista epidemiológico. A importância da criação destes centros no contexto da epidemia reside na idéia de existir um serviço que ofereça testagem anônima para o HIV e, ao mesmo

tempo, desenvolver um processo de prevenção e orientação aos usuários do serviço por intermédio de aconselhamentos (pré e pós testagem). Na verdade, a prática do aconselhamento já acontecia dentro das ONGs, por meio do trabalho dos voluntários - ainda de forma isolada, e dos grupos de apoio aos soropositivos (Silva, 2004). O anonimato e a prática de aconselhamento mostrou que as intervenções dos CTAs poderiam tanto orientar para a redução do risco às doenças sexualmente transmissíveis, prevenir o HIV, estimular o diagnóstico precoce e aderir ao tratamento, quanto estimular o desenvolvimento de ações de prevenção direcionadas ao campo dos direitos humanos e cidadania.

Diante da necessidade de controlar uma epidemia complexa como Aids, a oferta de testes sorológicos mostrou-se uma ferramenta indispensável de combate à doença. A construção dos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/Aids passou a constituir um espaço legitimado para oferecer testagem e informação à doença, ao mesmo tempo em que teria um papel de integração entre a prevenção e a assistência.

O CTA não foi criado como um local especializado para coleta de sangue em HIV/Aids. Seu papel cumpre as funções de acolher, informar, refletir sobre as práticas sexuais arriscadas e integrar as ações de prevenção e de assistência. A experiência acumulada por esses centros é importante para o contínuo debate sobre a prevenção. O lugar do CTA dentro das Políticas de Saúde consiste em: (1) fomentar as discussões e as reflexões críticas e; (2) facilitar os intercâmbios de experiências entre os serviços (Vermelho; Simões Barbosa, 2004). O aconselhamento pré e pós teste é uma atividade indispensável para se avaliar a qualidade e a integralidade na assistência. O impacto das ações dos CTAs para o controle da epidemia está diretamente relacionado à capacidade do aconselhamento fornecer apoio e facilitar a mudança de comportamento em

situações de risco tanto para soropositivos, quanto para soronegativos (Mattos, 1999 apud Ferreira, 2004).

O CTA é uma ferramenta da rede pública de saúde que tem como objetivo: “*propiciar diagnóstico precoce das pessoas já infectadas, com imediato encaminhamento aos serviços públicos de assistência, e a possibilidade de uma interação preventiva face a face, entre o profissional de saúde e usuários do SUS*” (Passarelli, 2004, p.15). Seu papel tem caráter imprescindível no fortalecimento das Políticas Públicas de Saúde direcionadas à prevenção ao HIV/Aids. O espaço ocupado pelos CTAs é estratégico, pois, além cumprir as atividades já definidas de rotina, constitui-se como uma “porta de entrada” do sistema de prevenção e controle, ao mesmo tempo, referência para aqueles que são diagnosticados como soropositivos. Frequentemente, o CTA representa a única possibilidade de acesso à informação em HIV/Aids para aqueles que se supõem em maior risco (Vermelho; Simões Barbosa, 2004). Atualmente, o Estado do Rio de Janeiro possui 12 CTAs implantados. Desde a sua criação, os CTAs têm conseguido manter um diálogo, uma ética e uma interlocução entre os usuários dos serviços e os aconselhadores. Estes serviços, através do aconselhamento coletivo e individual, conseguiram trazer para a pauta das Políticas Públicas a promoção da saúde, considerando as particularidades e as singularidades do indivíduo.

O Programa Nacional, desde a sua criação, tinha como objetivo: a incorporação de uma política de assistência não discriminatória e de defesa dos direitos humanos dos indivíduos soropositivos; a padronização nas áreas clínica e epidemiológica; e formar grupos de trabalho sobre as seguintes temáticas: social, legal e trabalhista (Galvão, 2000). No campo da prevenção, as ações iniciais se constituíam de forma tímida.

Restringiam-se a palestras, oficinas e distribuição de material educativo (Teixeira, 1997 apud in Galvão, 2000). Nesse período, as ONGs se articulam e começam a exigir do governo ações destinadas à prevenção, principalmente àquelas destinadas a produção de material informativo. As ações de prevenção propriamente ditas só começaram a ter maior ênfase a partir do início do “*Aids I – Projeto de controle à Aids e DST*”, onde o governo federal investiu pesadamente em atividades ligadas à difusão de informações e à educação, bem como nas campanhas de orientação e distribuição de preservativos, seja pelo próprio sistema de saúde ou em parcerias com ONGs, associações, fundações. Nesse mesmo ano, começaram os projetos de intervenção executados pelas organizações da sociedade civil financiados pelo Ministério da Saúde.

Pelas diretrizes de controle da epidemia, o componente prevenção passou a direcionar-se à idéia de mudança de comportamento, que, segundo Galvão (2000), resultou na importação de práticas desenvolvidas em outros países.

No início da epidemia, todos os modelos preventivos estavam baseados na lógica individualista de pensar os riscos e associar determinadas condutas a certos riscos. Em 1998, um novo Projeto recebe financiamento do Banco Mundial, o “*Aids II: Desafios e propostas*”, cujo objetivo foi dar prosseguimento às ações de combate ao HIV/Aids no Brasil. Esse acordo tinha como metas aprimorar e ampliar as ações de promoção à saúde, a proteção dos direitos fundamentais de pessoas que vivem com HIV e Aids, prevenção das DST/Aids, atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV e Aids e o fortalecimento de instituições públicas e privadas que atuam na área. Esses objetivos, iniciados no Aids I, estão em acordo com as próprias diretrizes do Sistema Único de Saúde: a descentralização, a institucionalização e a sustentabilidade das políticas em DST/Aids no nível federal, estadual, municipal e de outras instituições públicas e

privadas, estas que atuam em caráter complementar na área. Em 2003, foi assinado o terceiro acordo com o Banco Mundial – “*Aids III*”, com vigência até 2006. Esse acordo tem como objetivo descentralizar o recurso e a administração das ações do Programa Nacional de DST/Aids para estados e seus respectivos municípios, fortalecer o monitoramento e avaliação das ações de forma contínua, reduzir a incidência da transmissão das DST/Aids, melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e reduzir a discriminação e o estigma associados ao HIV/Aids.

2.5 - Paradigma Preventivo

Desde o início das primeiras notificações de Aids, ações preventivas foram desenvolvidas pelo grupo mais atingido pela epidemia. A prevenção nesse momento era direcionada aos homossexuais masculinos - que eram vistos como um “grupo de risco”. As primeiras intervenções se constituíram de um discurso preventivo calcado em modelos psicológicos com base nas teorias cognitivas e sociais, cujo resultado almejado era a mudança de comportamento.

Conforme Pimenta (2004) aponta em seu trabalho, não existe uma fórmula prescritiva e que garanta que o indivíduo irá fazer uso da prevenção de modo contínuo. A autora problematiza os limites dos modelos cognitivos utilizados, inicialmente, como receitas de prevenção ao sexo seguro. Para ela, a resposta preventiva ao HIV/Aids está alicerçada em promover o desenvolvimento de paradigmas estratégicos calcados no respeito pelo sujeito, pela sua interação com seu meio social dentro do contexto das realidades socioculturais e dos entraves estruturais existentes em comunidades ou regiões específicas.

As diretrizes básicas das práticas preventivas partem do pressuposto da racionalidade individual e pensam as estratégias como dependentes única e individualmente de cada indivíduo. Segundo o paradigma preventivo, seus princípios essenciais consistem em: (a) divulgação da informação; (b) uso contínuo do preservativo nas relações sexuais (anal, vaginal e oral); (c) diminuição do número de parceiros; (d) fidelidade; (e) postergação do início da relação sexual; e (f) estímulo a testagem ao HIV/Aids. Entretanto, todas essas propostas direcionadas ao indivíduo no sentido de que ele tenha controle sobre o seu corpo apontam para uma complexidade. Cada sexo tem uma experiência com seu corpo de forma distinta e singular.

Se observarmos o discurso da prevenção quando elegeu como estratégia de intervenção a erotização do preservativo, nos deparamos com o desafio de erotizar, de tornar prazeroso, aquilo que pela cultura é traduzido como barreira, distância, “chupar bala com papel”, desconfiança e sinal de infidelidade. Ou seja, dessa forma, a interpretação que cada indivíduo faz dessa logística preventiva depende, dentre outros fatores, da informação, da vontade, da escolha, do afeto, do ambiente e do tipo de relação estabelecida entre o casal. O modelo do paradigma preventivo sempre esteve muito direcionado para um indivíduo da razão, com aporte nas teorias cognitivo-comportamentais (Parker, 2000; Pimenta, 2004; Monteiro, 2002) que durante algum tempo constituíram-se como o principal guia das ações. A seguir as principais teorias cognitivas comportamentais que tiveram sua contribuição na construção de uma resposta preventiva diante a epidemia de Aids: Modelos de Crenças em Saúde (*Health Believe Model*), Teoria da Auto-Eficácia (*Self-Efficacy Theory*), Modelo de Estágios e Mudanças (*Stages of Change Model*) e Modelo de Educação de Risco e Aids (*Aids Reduction Model-ARRM*). Além do desenvolvimento dos estudos de intervenção

baseados nas teorias cognitivo-comportamentais, um número significativo de teorias de influência social propunham que, por intermédio das mudanças do ambiente e das normas sociais seria possível alterar comportamentos individuais. Dentre estas, podemos citar: Teoria de Ação Racional (*Theory of Reasoned Action*), Teoria da Aprendizagem Social (*Social Learning Theory*) e Teoria da Ação Social (*Social Action Theory*). A pouca efetividade destas teorias no controle da epidemia, bem como a dificuldade em expandi-las, promoveu a reflexão de que essas abordagens já não mais atendiam aos interesses do projeto preventivo. Na tentativa de ampliar o alcance das estratégias de prevenção, duas abordagens, pelo menos, têm se mostrado eficazes na resposta ao HIV: Modelos de práticas educativas como Teoria da Educação Participativa e Autofortalecimento ou Empoderamento (*Self – Empowerment*) e Modelos de orientação e mobilização comunitária e transformação social. As intervenções estruturais, ao contrário das intervenções comportamentais e sociais, conseguiriam alterar não só as condições estruturais como também promover mudança de comportamento, tanto da parte do indivíduo como no grupo e, dessa forma, apresentariam uma maior efetividade nas ações de prevenção (Parker, 2000; Pimenta, 2004).

Para a Saúde Pública a prevenção se traduz em ações práticas dirigidas a alterar uma dada situação de saúde ou um quadro sanitário de uma determinada população. Em outras palavras, prevenção em saúde é prever uma situação antes que ela aconteça, ou mesmo evitar que ela aconteça. É uma ação que antecede ou mesmo intercepta a evolução de uma doença ou de uma situação que possibilite a evolução da doença. Essa definição de prevenção pela epidemiologia promove uma lacuna que merece ser analisada, uma vez que não existe integração entre a ação de cuidado e de tratamento.

Essa dissociação, por sua vez, gera hiatos entre as prevenções primárias, secundária e terciária.

A prevenção primária caracteriza-se por medidas antecipadas no sentido de fornecer proteção específica ao homem contra agentes patológicos ou mesmo promover o aumento de bem-estar do indivíduo. Já identificado o início da patogênese, deve ser feito o tratamento imediato e adequado - prevenção secundária. E diante da progressão do processo da doença e em seguida, o surgimento de seqüelas, pode-se fazer prevenção terciária, por meio de reabilitação (Leavell e Clark, 1976).

O conceito de prevenção ao HIV/Aids, como Pimenta (2004) investigou em seu trabalho, compreendia, num primeiro momento (1984-1994), a idéia da prevenção primária, que se caracterizava em dois níveis: promoção da saúde e proteção específica por intermédio de campanhas maciças para uso do preservativo como o único método preventivo, além da massificação de informações de “*como se pega e não se pega Aids*” espalhados em *folders* e cartazes distribuídos.

A história da prevenção ao HIV/Aids não é muito diferente do histórico das ações preventivas no Brasil. No início do século, as campanhas sanitárias foram o maior foco de atenção da Saúde Pública; as políticas sociais mostravam grande preocupação com uma melhoria do padrão sanitário das cidades. Toda a direção de promover mudanças de hábitos e condutas, para época consideradas ameaçadoras, impulsionou as autoridades a propor uma ação contra as epidemias que começavam a dominar os centros urbanos. Osvaldo Cruz foi convidado a assumir a Diretoria Geral da Saúde Pública. Sua principal ação foi intervir por meio de campanhas – “*termo militar que traduz o caráter organizado, autoritário, do trabalho a ser realizado*” (Scliar, 2002). A campanha por ele defendida e executada atendia a dois propósitos: (a) identificar os

doentes e (b) eliminar o foco da doença. As campanhas possuem sua utilidade no contexto de promoção à saúde, pois permitem informar sobre a doença exercendo, assim, um papel importante no nível de conscientização e de percepção de risco das pessoas. A compreensão do conteúdo da mensagem por diferentes públicos acaba sendo um moderador entre o que é idealizado e o que se conseguiu atingir com a campanha.

Considerada como uma das maiores manifestações populares ocorridas no Brasil durante o século XX, a Revolta da Vacina reuniu uma série de elementos bastante significativos no que concerne ao complexo fenômeno que envolve a vacina e sua utilização social. Para Osvaldo Cruz, a única forma de controlar certas doenças era a vacinação.

Em se tratando de um organismo capaz de infectar apenas uma espécie, é possível até a erradicação, como foi o caso da erradicação da varíola (Camargo, 1999). Quando há interação com outras espécies, a erradicação não passa a ser uma eliminação direta do vetor e sim dos possíveis vetores. Ao se tentar transpor esse modelo estritamente biomédico para questão do HIV/Aids, entretanto, percebe-se as barreiras de sua aplicação.

Em relação às atuais ações preventivas de saúde, a produção de materiais informativos ainda constitui a estratégia principal do setor público. A análise da produção acadêmica revelou que pouco se avançou na produção e no uso de recursos educativos e suas interfaces com as concepções educativas/preventivas. Para Villela (apud Monteiro *et al*, 2003), as próprias práticas educativas/preventivas no histórico da Aids apresentam problemas. A autora aponta para a importação de concepções educativas como, por exemplo, a utilização de metodologias participativas no processo de aprendizagem. Segundo a autora, esse tipo de metodologia não pode se restringir ao

objetivo central das práticas legitimadas. Ela alerta para o fato de prevalecer nas ações de educação em saúde, uma visão orgânica e reducionista dos problemas de saúde. Um exemplo, recente, da campanha do Programa Nacional de DST/Aids, que ocupou horário nobre na televisão, outdoors, divulgação em rádio foi a oferta de testagem anti-HIV como estratégia preventiva. Dentro dessa ação, que ficou conhecida como “Fique sabendo”, campanhas em rádio e TV divulgavam a importância do diagnóstico mediante as estimativas que o Ministério da Saúde apresentava sobre o número de pessoas que viviam com HIV, sem conhecer a sua soropositividade. Segundo os dados do próprio Programa Nacional de DST e Aids, hoje, no Brasil, cerca de 600 mil pessoas vivem com o HIV, sendo que dessas, 400 mil não sabem de sua condição sorológica. E acrescenta que do ponto de vista epidemiológico, o diagnóstico é fundamental para o controle da epidemia de Aids que não se resume a esse resultado. Ainda acrescenta que o diagnóstico precoce é muito importante para a realização de um tratamento que garanta a qualidade de vida da pessoa infectada. Se analisarmos o conteúdo das campanhas, em geral, até hoje divulgadas, notaremos que para além da informação, a imposição de um novo modelo de conduta é colocada. Experiências anteriores de campanhas na saúde já revelaram que esse tipo de estratégia funciona até certo ponto. Entretanto, se desejar obter uma resposta de impacto e mais efetiva seus resultados poderão ser considerados frustrantes.

No que diz respeito às campanhas destinadas às mulheres, quase nunca expressavam a realidade da epidemia, uma vez que o estímulo à prevenção era dirigido ao homem. Segundo Galvão (2000), um bom exemplo dessa campanha foi lançado em meados da década de 1980, durante o carnaval, em que existia um cartaz com a foto de uma jovem linda que continha a seguinte mensagem: “*Quem vê cara não vê Aids*”. As

primeiras campanhas destinadas às mulheres foram lançadas no final de 1994 e tinham como foco a necessidade das mulheres negociarem o uso do preservativo, sem, contudo, uma reflexão sobre a realidade cultural das mulheres. Nesse período, tanto o Programa Nacional de DST/Aids, como as ONGs começam a investir em projetos de intervenção nesse grupo que passa, então, a ser considerado de “risco”. Na década de 1990, as campanhas tornam-se um pouco mais ousadas e passam a considerar que mulheres espertas usam camisinha. Essa iniciativa, então, desloca a mulher de passiva ou vítima. Entretanto, essas campanhas eram direcionadas àquelas mulheres que não tinham parcerias fixas. Sendo assim, essas campanhas não alcançavam as mulheres casadas, população alvo da epidemia.

É importante observar que para prevenção tudo é risco. Entretanto quando alguém acreditar estar protegido, não se sente em risco, portanto não se protege. Achar que uma situação de risco está sob controle é, de alguma forma, considerar-se protegido.

As campanhas de prevenção ao HIV/Aids tiveram um papel relevante na divulgação das informações sobre a doença. Ressalto mais uma vez a importância das campanhas publicitárias, pois, por meio delas, foi possível não só aumentar a informação como também aumentar o consumo do preservativo. Porém, é preciso que seja feita uma ressalva: aumentar a produção e a distribuição do preservativo não significa usá-lo.

Nos últimos 20 anos, observam-se esforços coletivos para com a promoção da saúde sexual, prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, em especial ao HIV, visto a complexidade da epidemia de Aids no mundo. Esses esforços caracterizam segundo Pimenta (2004) nas seguintes modalidades:

a) intervenção biomédica com base na pesquisa científica básica, que privilegia o estudo da fisiopatologia, da infecção e seu desenvolvimento imuno-patológico, buscando tecnologias terapêuticas e de imunológicos;

b) prevenção primária que enfatiza principalmente as mudanças sócio-comportamentais, por intermédio de ações de promoção da saúde e para mudanças de comportamento, visando à prevenção e o controle da transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, especificamente enfocando as práticas sexuais e de uso de drogas e substâncias injetáveis (ibid, p. 29).

Há que ressaltar ainda que o Brasil integra-se ao movimento internacional para o desenvolvimento de uma intervenção preventiva biomédica de vacinas anti-HIV que culminou, em 1992, com a criação do Comitê Nacional de Vacinas anti-HIV que contava com três sítios de pesquisas: Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo. Estes sítios ficariam incumbidos de desenvolver estudos nas áreas: epidemiológica, sócio-comportamental, clínica e laboratorial, seguindo o acordo estipulado pelo Plano Nacional de Vacinas. A intervenção preventiva biomédica tem conseguido reconhecimento e aparenta ser promissora. Entretanto, esse tipo de intervenção não possibilita ainda uma resposta concreta, pois além de não estarem disponíveis, estas vacinas são para a doença já instalada e não para contato com o vírus HIV.

As propostas preventivas devem ter como princípio de sua elaboração o respeito ao indivíduo, onde este se sinta à vontade para buscar informação, refletir sobre sua sexualidade dentro de seu contexto sociocultural. Resumindo: a adoção de medidas preventivas não se restringe à decisão do indivíduo *per se*, ou ao acesso à informação das formas de transmissão do vírus HIV, mas também se refere à compreensão das variantes estruturais particulares a cada indivíduo dentro de seu modo de vida.

Em função da resposta brasileira ao controle da epidemia de Aids, a prevenção hoje faz parte das ações de cuidado em saúde integral e assistência. Essa nova visão começou a ser explorada a partir da entrada da terapia antiretroviral na história da epidemia. Após o anúncio, em 1996, na XI Conferência Internacional de Aids, da descoberta da medicação para a doença mais eficaz, o lugar que a prevenção ocupa no controle da epidemia começa de forma ainda tímida ganhar um novo formato no sentido que o componente prevenção passa a ser trabalhado dentro do contexto da soropositividade, no sentido de fazer prevenção às novas doenças oportunistas e manter a aderência dos pacientes à terapia antiretroviral. Dessa forma, a entrada dos medicamentos no contexto dessa epidemia trouxe mudanças importantes para a prevenção, elemento chave de qualquer programa de controle da Aids. Entretanto, essa mudança levou a dois caminhos: (1) motivação para buscar esclarecimento sobre a doença, descobrir a sua sorologia e enfrentar o medo da discriminação e do preconceito; (2) descuido principalmente entre os mais jovens de não se prevenirem por acharem que ninguém mais morre de Aids em virtude do aumento da expectativa e da qualidade de vida dos soropositivos a partir da entrada desses novos medicamentos.

A partir da descoberta desse novo tratamento e a certeza de sua eficácia e cobertura, como fazer valer um discurso preventivo que a todo momento trabalha com a idéia de possibilidade de infecção pelo vírus HIV, ao mesmo tempo que se noticiam os grandes avanços do tratamento dessa doença? Como promover, então, a prevenção de algo que não representa mais um perigo? Para tentar responder a essa pergunta é necessário não perder de vista a dinâmica do comportamento dos indivíduos em vivenciarem a sua sexualidade.

Vinte anos depois, a imprensa volta a divulgar que a população *gay* anda se descuidando e não fazendo uso do preservativo. Muitas razões têm sido apontadas para tentar entender por que motivo as pessoas desse segmento possam ter abolido a adoção de práticas sexuais seguras. Um deles seria o sucesso proporcionado pelos tratamentos e ausência nos homossexuais masculinos mais jovens de experiências de presenciar a morte de companheiros. Essa constatação reforça o caráter dinâmico da prevenção: o que em algum momento era prioritário, em outro deixa de ser. Não existe uma verdade preventiva, apenas se conhece as formas de transmissão e as formas de prevenção, porém isso não é suficiente para que se indivíduo perceba em risco e adote métodos seguros de autopreservação.

Os estudos epidemiológicos (Boyle *et al*, 2004), em sua grande maioria, têm investigado o papel dos medicamentos e sua relação com o aumento de comportamentos arriscados em indivíduos que se percebem em baixo risco e otimistas no tratamento da Aids. Entretanto, essa explicação ainda não é suficiente para compreender porque esses indivíduos assumem comportamentos arriscados. Recentemente, a revista *Veja*, da edição de 23 de fevereiro de 2005, publicou uma reportagem sobre um outro tipo de vírus mais potente encontrado em um homossexual masculino americano. Essa espécie de subtipo do HIV -“super vírus” - não responderia ao medicamento e evoluiria para o desenvolvimento da doença. Esse tema tem despertado atenção e preocupação das autoridades de Saúde mesmo nesse grupo considerado controlado pela infecção ao HIV/Aids.

Em relação à população heterossexual, especificamente as mulheres, até meados de 1990, nenhuma campanha preventiva esteve direcionada especificamente para a

prevenção de infecção por HIV/AIDS em relações conjugais consideradas estáveis, uma vez que a monogamia implícita nessas relações era considerada fator de proteção.

O discurso da prevenção, moldado numa perspectiva igualitária, busca atingir homens e mulheres. Por outro lado, a absorção desse discurso e o exercício das práticas prescritas são tarefa árdua e de longo prazo.

2.6 - Tendências da epidemia: feminização da Aids no Brasil

Os primeiros casos de Aids foram identificados em 1981 nos Estados Unidos, nas cidades de Nova York e Los Angeles. Pessoas jovens estavam desenvolvendo um tipo de pneumonia e câncer não muito comuns nesta população. No Brasil, os primeiros casos confirmados começaram a ser registrados em 1982 e 1983. Em 1986, o total de casos de Aids notificados no Brasil já havia ultrapassado o número de novos casos dos países como França e Haiti. Mesmo com o número crescente de registros dos países como França e Haiti, o Brasil continuava ocupando as primeiras posições de casos de Aids notificados à Organização Mundial de Saúde (Parker, 1994).

Até maio de 2003, os casos notificados de Aids no Estado do Rio de Janeiro eram 64,5% para homens e 35,5% para as mulheres. Esses novos casos de Aids de homens e mulheres pertencem a grupos etários entre 20 e 49 anos (Boletim Epidemiológico, SES-RJ, 2003). Considerando-se que o portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode viver, em média, durante 10 anos sem apresentar os sintomas da doença, estima-se que o número de pessoas que se tornaram HIV-positivas, na faixa etária de 15 a 24 anos, pode ser elevado. O processo de juvenilização da epidemia já se faz sentir também no Brasil. Além da atividade sexual desprotegida, o

aumento da taxa de fecundidade na faixa de 15 a 19 anos nos últimos anos vem aumentando a vulnerabilidade da juventude ao HIV de forma significativa.

Essas duas últimas décadas de enfrentamento à epidemia de Aids foram fortemente marcadas por discussões e elaborações de novos elementos para repensar essa doença. No Brasil, a transmissão do HIV, por via sexual (63,5%), continua a constituir o fator mais significativo de disseminação da infecção pelo HIV. Entretanto apenas 15,2% dos casos de Aids foram relacionados à transmissão homossexual no período de 1980-2002, 8% do total de casos foram classificados como transmissão por homens bissexuais, ao passo que 40,4% do total de casos foram atribuídos à transmissão heterossexual (Boletim Epidemiológico - Ministério da Saúde, 2002). Dentro da categoria de exposição sexual, a população constituída de heterossexuais tem sido a mais atingida. Assim, a heterossexualização da epidemia significa, na prática, um número crescente de mulheres que vêm sendo diagnosticadas como soropositivas. Cada vez mais esse fenômeno abrange um maior número de mulheres. Por isso, convencionou-se chamar ao aumento do número de casos na categoria de exposição heterossexual de feminização da epidemia, considerado, hoje, o quadro mais agravante do avanço da Aids no Brasil. Esse quadro ao longo dos anos, foi tomando outras características e revelando um outro perfil da doença. Em 1984, a razão por sexo era de 23 homens para cada mulher. No período de 1996/97, a proporção de homens para mulheres passou a ser 3:1 (Castilho e Chequer, 1997). Em 1991, o percentual de mulheres infectadas residentes no Estado do Rio de Janeiro, com grau de escolaridade correspondente a apenas oito anos de estudo foi de 39%. Já em 2000, esse percentual eleva-se para 63,9%. Esses dados sugerem as dificuldades das mulheres em se perceberem em risco de se infectarem pelo HIV.

Em 2004, foi realizada pelo PN-DST/Aids e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) uma Pesquisa intitulada “Conhecimento, Atitudes e Práticas Sexuais da População Brasileira”. Segundo os dados obtidos, pelo menos mais de 52% da população já recebeu ou pegou preservativo de graça – a maioria em postos de saúde e durante o carnaval. Noventa e seis por cento dos entrevistados sabem que o preservativo é a melhor maneira de evitar a transmissão do HIV nas relações sexuais. E 25% dizem usá-lo regularmente, com qualquer parceria. O estudo, que ouviu seis mil pessoas em todas as regiões do país, revelou também que 67% da população disse ter usado preservativo na última relação com parceiro eventual. Ainda segundo a pesquisa, os jovens (15 a 24 anos) são os que mais usam preservativo com frequência nas relações com parceiros eventuais (quase 60% dos indivíduos dessa faixa etária). Outro dado interessante da pesquisa foi o argumento das pessoas para justificar o não uso do preservativo. O primeiro motivo citado foi o de que a última relação foi com o cônjuge (45,8%). A confiança no parceiro (11,5%) e a afirmação de ter parceiro fixo (11,4%) vêm em seguida. Mas também aparecem justificativas como “não gosta/parceiro não gosta” (8,8%), “não tinha na hora da relação” (6,3%), “não tem necessidade/não precisa” (4,3%) e até mesmo “não quis” (3,6%).

Se analisarmos o próprio Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids, 2004), quanto à elaboração de propostas de prevenção, observamos que o Programa não considera ações de intervenção destinadas à mulher, a não ser quando estas fazem parte de uma população considerada específica, ou seja, populações vulneráveis e que apresentam particularidades de se infectarem pelo HIV/Aids. Assim, as intervenções educativas direcionadas às mulheres acontecerão quando essas estiverem vinculadas às seguintes populações: profissionais do sexo, usuárias de drogas (de um modo geral) e

usuárias de drogas injetáveis (UDI), população confinada e população em situação de pobreza. Apesar do conhecimento de que todas as mulheres, independente da idade, etnia, classe social, correm risco de se infectarem em uma relação sexual desprotegida, a mulher só é reconhecida em risco pelas políticas públicas de prevenção quando representa um risco potencial por exemplo na transmissão neonatal do vírus durante a gravidez, no parto ou durante a amamentação por meio do leite materno.

CAPÍTULO III - MULHER E AIDS

3.1 -Diferença sexual e cultura

Os estudos antropológicos (Mead, Levi-Strauss, Héritier) demonstram que em todas as culturas, o homem e a mulher se complementam na divisão de tarefas. Conforme afirma Badinter (1986), homem e mulher separados parecem inúteis e em perigo de morte. A complementaridade do sexo é evidente, não só pela diferença anatômica, mas porque algumas atividades descritas na coletividade humana sempre existiram, reservadas a um sexo e proibidas a outro. Ou seja, observando as diferentes sociedades, constatamos que a divisão sexual do trabalho sempre existiu. Como a própria autora afirma: “*talvez seja [esta] uma regra essencial da natureza humana*”. A dicotomia dos papéis sexuais é encontrada em cada sociedade conforme seu padrão cultural. Nas sociedades ocidentais, a cultura está marcada pela supremacia da representação do masculino, supremacia que se estende a todos os níveis da vida e a todos os aspectos do saber.

Nessa discussão, o importante não é trazer à tona apenas os papéis sexuais e sim analisar as atribuições e a valoração dessas atribuições dirigidas a cada um dos sexos. Um bom exemplo é o da tribo *manus*, das ilhas do Altamirando situadas na Melanésia, onde, segundo Badinter o papel das mulheres e dos homens não é diferenciado, uma vez que ambos os sexos participam da vida religiosa, gerenciam seus negócios, etc. O sexo e a atração sexual para essa cultura eram tão desvalorizados, tanto para os homens como para as mulheres, que a diferença entre os sexos ficou atenuada (ibid, 1986). No caso específico da sociedade brasileira, a tradição patriarcal, reforçada pela formação

religiosa, contribuiu para emoldurar, ao longo de nossa história, as relações familiares em uma rígida divisão de atribuições.

A maternidade não define a mulher como inferior em relação ao homem. Entretanto, o valor arbitrário que a cultura constrói para distinguir os papéis sexuais pode colocar como é o caso das nossas sociedades, a mulher numa situação de desigualdade em relação ao homem. Ou seja, essa diferença sexual acaba sendo traduzida em desigualdade.

A noção de uma anatomia diferenciada é uma concepção historicamente datada. Laqueur (2001) assinala que o “modelo de dois sexos” surgiu no século XVIII, em oposição à percepção herdada dos gregos de que haveria apenas um único sexo biológico. No modelo de um único sexo, homem e mulher eram descritos em termos de natureza (uma natureza perfeita, o homem, e uma natureza imperfeita, a mulher). A diferença de um corpo masculino para um corpo feminino estaria condicionada ao grau de perfeição. Dependendo da quantidade de calor, os corpos seriam descritos como perfeitos e imperfeitos. A diferença nesse caso seria explicada pela quantidade de calor emanada pelo corpo: no homem a quantidade de calor seria suficiente para externar os órgãos reprodutivos. Em contrapartida, na mulher, a quantidade de calor seria insuficiente e, assim, os órgãos permaneceriam internos. Essas diferenças para os gregos constituíam uma hierarquia existente entre homens e mulheres. Nesse caso, existiria um único corpo, para o qual distintas características sociais seriam atribuídas. Conforme os trabalhos de Londa Schiebinger (Rohden, 2001), a escolha por uma determinada parte do corpo como diferença entre os sexos é realizada por circunstâncias sociais.

O Renascimento caracterizou um momento favorecedor da passagem do modelo anterior de um único sexo para o modelo de dois sexos. Essa mudança sobre a

concepção do modelo do sexo único foi possível não só pelos avanços científicos da ciência, mas também pelo contexto sociocultural que se abria nesse período. Podemos destacar como transformações importantes: mudança epistemológica e mudança política (Rohden, 2003). Um novo dimorfismo passa, então, a vigorar como uma diferença radical entre homens e mulheres, e não mais uma hierarquização de grau.

No século XIX, essas distinções passam a ser irreduzíveis. Por intermédio das descobertas anatomofisiológicas se encerra qualquer possibilidade de questionar a diferença entre os sexos. Pensar a diferença sexual enquanto uma estrutura invariante, a partir da qual seria possível construir os papéis sociais de homens e mulheres, constitui, no campo das ciências sociais, um dispositivo importante para analisar a diferença dos gêneros (Szapiro, 1998). Nesse sentido, as diferenças atribuídas aos homens e às mulheres nos possibilitam compreender quais as relações existentes entre a tradição do pensamento dualista, freqüente na sociedade ocidental, e as ideologias de gênero, onde as noções de masculino/feminino aparecem como oposição cultura/natureza. Nesta lógica de pensamento, os pares opostos são vistos como contrários e excludentes. Giffin (1994) diz que *“na construção dos gêneros, o dualismo sentencia que o homem é ativo e a mulher passiva, e que essas oposições não reconhecem as contradições nela inerentes; na medida em que suas oposições são aceitas, estas contradições permanecem ocultas”*. Dessa forma, a relação sexo/gênero acaba se definindo/naturalizando como sinônimos nas trocas estabelecidas entre homens e mulheres.

O uso do conceito de gênero como categoria de análise é recente e surge como uma possibilidade de estabelecer linhas de entendimento teórico acerca dos questionamentos levantados pelas práticas políticas que marcam a trajetória de alguns movimentos

sociais, sobretudo, o feminista. Estes movimentos revelam um amplo campo de perguntas e debates sobre posturas e condutas que, tradicionalmente, vinha sendo adotado como “natural” para atitudes discriminatórias e práticas de dominação e submissão.

Os estudos sobre a diferença de gênero, como veremos adiante, surgiram como desdobramento dos estudos feministas. Estes estudos apontam a necessidade de novas e diferentes estratégias que permitissem uma equidade de gênero, bem como para expressão dos novos papéis sexuais desempenhados por homens e mulheres.

O conhecimento oriundo da biologia substituiu a crença das hierarquias ordenadas divinamente como a base da criação e distribuição de poder na relação entre homens e mulheres. Porém, nem todos os embates entre gênero e sexo foram discutidos nesse âmbito, e a idéia de sexo único continuou a florescer. A equação da diferença nunca se deu por terminada (Laqueur, 2001). No depoimento a seguir, percebemos como mesmo depois de todas as conquistas do último século no sentido da igualdade de gênero, a desigualdade ainda constitui um grande desafio para as mulheres no que diz respeito ao rompimento dos estereótipos construídos.

Eu vejo a diferença como uma falta de respeito.(...) Porque o cara que é *gay*, ninguém malha aquele *gay*, dele morar sozinho ou não que ele é visto como homo. Então, há preconceito, há barreira, essa barreira ainda não foi derrubada. É que nem o muro de Berlim. Tentaram derrubar, derrubaram o muro. Mas em espírito parece que ele permanece, porque ainda existe algo ali que parece...A olho nu você não vê, sabe. Mas parece que tem algo, ainda que você não consegue passar. É isso, eu gostaria de saber o que é isso, por que isso? (P. 44 anos, solteira).

Em seu trabalho *Masculin/féminin. La pensée de la différence*, Françoise Héritier dispõe-se a problematizar qual seria o motivo pelo qual o lugar ocupado pelas mulheres foi sempre descrito na posição de inferioridade relativamente ao homem em todas as culturas ocidentais. A autora propõe que, para compreender as razões da valorização de um sexo em detrimento do outro, é indispensável considerar as diferenças culturais historicamente legitimadas, bem como elucidar o que permanece como uma invariante no estabelecimento da relação entre homens e mulheres. Segundo Héritier, a estrutura do pensamento constituiria um sistema hierárquico de categorias binárias, como calor/frio, seco/úmido, alto/baixo, superior/inferior, masculino/feminino. Dessa forma, para Héritier o que ela denominou de “valência diferencial dos sexos” faz parte das estruturas sociais construídas pelas culturas. Ou seja, a natureza dos sexos é diferencialmente valorizada nas prioridades políticas, econômicas e sociais de uma dada cultura. Esse tema será melhor aprofundado na discussão sobre as relações de gênero e feminismo.

3.2 - Gênero e Feminismo

A idéia de gênero insere um plano de análise que possibilita a compreensão da diferença entre mulheres e homens na sociedade e de que forma essa interação ocorre. Neste sentido, gênero pode ser um analisador que permite que se reconheçam, não apenas as semelhanças e desigualdades existentes entre os sujeitos sociais homem e mulher, mas os padrões socioculturais construídos em razão da diferença que os separam.

Desnaturalizar as hierarquias entre os sexos tem sido um dos eixos centrais dos estudos de gênero. Estabelecer a diferença entre o natural/biológico em relação ao

social/cultural é a ferramenta utilizada pelos estudos de gênero para analisar o discurso sobre a diferença sexual. A construção do conceito de gênero tomou a visibilidade nos anos sessenta, quando a efervescência da chamada “revolução cultural”, por intermédio do movimento feminista que colocava em questão a submissão e a opressão feminina e ampliava as perspectivas que iam para além das reivindicações sufragistas iniciais. Iniciava-se uma onda de reflexões e discussões acerca de questões como: sexualidade, corpo, autonomia feminina, aborto, direitos reprodutivos e etc. Esse momento foi marcado pela estreita relação entre a militância política no movimento feminista e a luta pela igualdade de direitos entre homens e mulheres. Nestes anos, constata-se a tentativa de separar teoria/política e militância/conhecimento científico da opressão feminina. Desde a década de setenta, muitos estudos dedicaram-se a analisar o binômio sexo/gênero, compreendendo que sexo representaria a diferença anatômica, ao passo que o gênero representaria as construções sociais, a cultura, que moldam os comportamentos e o simbólico sobre o feminino e o masculino.

Inúmeras discussões foram travadas no interior do movimento feminista, muitas questões suscitadas relacionavam-se à desconstrução da imagem da mulher como naturalmente apolítica. Ponto básico de investigação da “passividade” feminina para com a vida política, foi a redefinição do conceito de “político”. Essa nova compreensão permitiu que o campo da política antes restrito à esfera do público se estendesse para o privado - “política do cotidiano, a micropolítica” (Brito, 2001). Nesse sentido, se poderia pensar que a participação política-feminina é diferente do padrão masculino. O essencial da política feminina não estava centrado em aspectos quantitativos, mas sim no tipo de participação das mulheres no político, “no qual se reconhecesse um poder e

que se movimenta, se empenha, conforme a situação vivida em cada época” (ibid, 2001).

A presença das mulheres latino-americanas fortaleceu-se quando estas emergiram como protagonistas na cena política dos seus países, a partir do final da década de 1970. No Brasil, o feminismo ganha visibilidade definitiva no período marcado pela redemocratização. Diferentemente dos países europeus, o movimento feminista acompanhou a própria estrutura dos movimentos sociais no Brasil que estavam organizados em bases locais, enraizados na experiência cotidiana dos moradores de áreas empobrecidas, dirigindo suas demandas ao Estado como promotor de políticas de bem-estar. Organizados em prol de melhorias de infra-estrutura urbana básica (água, luz, esgoto, asfalto), esses movimentos tiveram como referencial “o mundo da reprodução - a família e suas condições de vida – que caracteriza a forma tradicional de identificação social da mulher” (Sarti, 1998). O feminismo foi se expandindo dentro desse quadro geral de mobilizações diferenciadas. Conviveu com a diversidade, não omitindo sua especificidade.

Na prática feminista brasileira, a atuação do movimento, apresentou-se nos primeiros momentos de forma tímida diante do contexto de autoritarismo político no País, fator apontado como sendo o principal obstáculo para a emergência de questões de gênero. Assim, o feminismo no Brasil, que surge sob a ditadura, põe em pauta a contradição entre a militância política e a singularidade. *“Tentou-se resolver esta contradição pela absorção do mundo privado na política, o que permitiu dar sentido social ao ‘mal-estar’ das relações de gênero exarcebado no mundo privado”* (ibid, 1998).

O emprego do conceito de gênero nas teorias sociais (Héritier, 2002; Scott, 1999; Heilborn, 2004) tem sido utilizado como palavra chave para teorizar a questão da diferença. Inicialmente utilizado pelas feministas americanas, o conceito de gênero possibilitou todo um questionamento sobre a força do poder modelador exercido pela cultura em relação à própria biologia. Uma das principais especificidades dos estudos de gênero refere-se à proposta de modelos interpretativos que tragam à tona a condição diferenciada de homens e mulheres na sociedade, revelando-se assim a premissa de que os processos e as relações sociais são estruturados a partir das hierarquias entre os sexos masculino e feminino. Diversos campos de conhecimento foram, sob essa perspectiva, subvertidos a partir desse pressuposto, o qual conduziu as ciências humanas a lançarem problematizações as quais inauguram disputas e rupturas nos modelos naturalizados. Por exemplo, o advento da pílula, no cotidiano das mulheres, reconfigura todo o tratamento que ela mantinha com o seu corpo e com sua sexualidade, uma vez que o surgimento dos métodos anticoncepcionais possibilitou separar reprodução/sexualidade (Szapiro, 1998).

A construção da mulher enquanto objeto de análise histórica possibilitou o desenvolvimento teórico, que começou pela definição de certas categorias de análise, tais como sexo/gênero. A categoria sexo é uma categoria biológica, a posse de determinados caracteres anatomofisiológicos que assinalam aos indivíduos sua oposição irreduzível. Entretanto, a diferença entre homens e mulheres não está alicerçada nas descobertas empírico-biológicas dos fatos. A diferença entre os sexos é mais complexa e possui conotações sociais. Dessa forma, o construto de gênero surge como essa categoria que vem denotar um conteúdo e uma intencionalidade social. Pode-se resumir as características do conceito de gênero da seguinte maneira:

a) A partir da definição encontrada no dicionário Houaiss:

Conceito geral que engloba todas as propriedades comuns que caracterizam um dado grupo ou classe de seres ou de objetos ou categoria das línguas que distingue classes de palavras a partir de contrastes como masculino / feminino / neutro, animado / inanimado, contável / não contável etc; e a classe de palavras designando fêmeas é gramaticalmente feminina (por exemplo: cavalo e égua); mas as palavras podem também entrar numa ou noutra classe gramatical por critérios convencionais, como se vê em garfo (masculino) e faca (feminino), onde não é pertinente a distinção natural entre os sexos. O que de fato confirma que a atribuição que será dada ao de feminino ou masculino dependerá da qualidade que queremos dar a uma palavra supostamente “neutra”.

b) Historicamente, o conceito pretende aportar a liberação do biologicismo e do discurso do “natural” (herança direta do oposicionismo binário). Scott (1999), também sinaliza uma variedade de abordagens que as historiadoras feministas têm utilizado para a análise de gênero, ela aponta pelo menos três: (1) um esforço feminista voltado para compreensão da origem do patriarcado; (2) localizada dentro da tradição Marxista da idéia de classes e (3) dividida entre as teorias pós-estruturalistas francesas versus as relações objetais inglesas para explicar a produção e reprodução da identidade de gênero.

A desigualdade entre os gêneros é um dado da realidade social (uma teoria baseada na opressão feminina) mantida pela supervalorização masculina explicada às custas das diferenças morfo-anatômicas existentes entre os sexos feminino e masculino. Já as teóricas feministas marxistas referem-se à desigualdade de gênero sob a perspectiva de classe, isto é, uma análise do sentido e da natureza da opressão utilizando

categoria de classe sustentada a partir da teoria marxista sobre a determinação econômica e mudanças históricas. Recentemente, historiadoras feministas têm apontado como relevante as teorias das escolas francesa e inglesa na construção teórica sobre gênero. Segundo essas, a identidade de gênero está referida a um processo de construção progressiva de imagens de masculinidade ou feminilidade, ligada aos papéis sociais a desempenhar em determinada sociedade (ibid, 1999). As identidades de gênero passam, então, a ser examinadas levando-se em conta o caráter construído das esferas sociais nas quais circulam. Suas representações e atividades, portanto, passam a ser situadas cultural e historicamente.

Foi na IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, que o conceito de gênero obteve notoriedade e relevância a ponto dessa reunião da ONU estabelecer uma definição: "*El género se refiere a las relaciones entre mujeres y hombres basadas en roles definidos socialmente que se asignan a uno u otro sexo*" (Comisión ad hoc de la mujer, Lima, 1998). O construto de gênero toma importância à medida que se transforma em uma ferramenta política aliada aos indivíduos qualificados socialmente como inferiores. Segundo D'Ávila (1995):

“a atribuição da idéia de natureza, como ‘princípio imanente’ tem sido tomada como um fator ideológico que justifica a relação de poder, marcada pela apropriação do tempo, dos produtos do corpo, e uma apropriação sexual da mulher pelo homem” (p.209).

Como a própria autora ressalta, o tornar “natural” o que é “cultural” impossibilitaria a discussão da problemática social gerada pela hierarquia entre os gêneros. Nenhuma compreensão poderia existir se considerasse um único sexo em separado, aspecto fundamental para a compreensão das diferenças a partir dos valores atribuídos aos dois sexos.

3.3 - A biologização do corpo

“Invenções de gente que não tem consciência tranqüila. Crêem que posso gostar de outro homem e não sabem que ainda que gostasse, o primeiro ponto da minha casta é a honradez. São pedras a minha frente. Mas o que não sabem é que eu, se quiser posso ser água de arroio que as leve.”

Yerma, Frederico Garcia Lorca

Ao longo do tempo a divisão de papéis sociais de homens e mulheres vai assumindo seus diversos sentidos. O questionamento sobre a desigualdade entre os gêneros é consequência das transformações que foram ocorrendo com as novas evidências científicas. Novos padrões sociais foram sendo construídos à medida que o saber biológico, por intermédio de seus estudos empíricos, desvelava o interior dos corpos. Desde, então, todos os trabalhos que seguiram essas descobertas se baseavam em explicações sobre a biologia dos corpos. A mudança desse modelo acompanha as novas formas de organização social que começam a se expressar a partir do pensamento individualista (Dumont, 2000) no século XIX. O homem será visto afora como um ser universal.

Toda a nova justificativa da diferença sexual se faz calcada no saber científico. Assim, durante o século XIX, uma nova forma de controle social por meio do discurso médico consolida-se. Foucault a denominou de *biopoder*, já discutido no capítulo I.

No processo de ordenação das populações citadinas contra o caos produzido pelas epidemias que assolavam o meio urbano, a medicina e o hospital se destacaram como peças fundamentais na manutenção da qualidade de vida nas cidades. Não se deveria tratar apenas o corpo doente, mas também mantê-lo sadio. Um outro ator entrou em cena para tratar os corpos e auxiliar o trabalho da medicina de manter os “corpos sãos”. A mulher começava a ser percebida e entendida de forma diferente do que era anteriormente (Pereira, 2000). Deixou de ser importante apenas para “*gestar, parir e amamentar os filhos, mas, sobretudo, para criá-los com boa saúde. Também deveria*

cuidar com devoção da família e do lar, pois nela estava a garantia de gerações fortes e sadias” (ibid, p.130).

A família passa a constituir, então, um novo espaço de higienização, cabendo à mulher garantir um ambiente adequado, permanente e que mantivesse a qualidade de sua cria. *“Esse meio era a família, gerida pela mulher burguesa”* (ibid, p.134). No Brasil, o processo de higienização social teve início quando a Corte Portuguesa transferiu-se para a Colônia (Costa, 1999). A vinda da Coroa provocou mudanças e influências sobre os antigos hábitos e, a partir desse momento, os espaços sociais se organizavam com a nova ordem médica. No discurso médico, o corpo, o sexo e as relações afetivas entre os seus membros são alvos dos cuidados higiênicos, por meio de normas reguladoras da conduta de homens, mulheres e crianças. Inicialmente, as normas médicas foram dirigidas às famílias de elite e, posteriormente, à burguesia citadina com o objetivo de manter a ordem do espaço social e urbano. A família, antes orientada para garantir a propriedade, passou a ser instrumento também de defesa do estado, por intermédio da proteção e conformação da prole.

A sexualidade passou a ser valorizada, porém delimitada ao casamento, à reprodução humana e conformada ao cuidado da prole segundo as necessidades do estado. Era dever do Estado proteger a família, e dos médicos sanear fisicamente os indivíduos. O “valor” da mulher, passa a ser, então, determinado pela importância que ela tinha na atividade procriativa. Enquanto “ser sexual”, ela era considerada repugnante, devendo restringir-se à maternidade. Homens e mulheres foram alvos da doutrina que prescrevia força, ação, corpos saudáveis, higiênicos, moralizados, sexualmente “perfeitos”, mas em posições distintas, o que significa que o saber médico agirá sobre o corpo da mulher diferentemente do homem. Nos capítulos posteriores, faz-

se uma análise da forma como foi estabelecida a relação desigual entre homens e mulheres na sociedade brasileira a partir da leitura de Roberto Da Matta (1991) sobre os contextos de casa e de rua.

3.4 - O espaço da Casa e da Rua

“Foi somente na última geração que, para as mulheres, viver a sua própria vida significou deixar a casa paterna. Anteriormente, deixar a casa significava para todas, com exceção de uma pequena proporção de mulheres, casar-se.”
(A transformação da intimidade, Anthony Giddens, 1993, p.63)

O estudo do comportamento sempre se mostrou como um grande desafio para ciências humanas. Controlar, disciplinar e em seguida promover comportamentos considerados “saudáveis” e “normais” constituem uma lógica social desejada e valorizada pelas sociedades regidas pelas leis da ciência. Diferentemente das sociedades européia e norte-americana, a construção histórica da sociedade brasileira foi fundada nas relações, nas famílias, nos grupos de parentes e amigos.

Enquanto que as sociedades anglo-saxões afirma o indivíduo isolado como elemento central do sistema e, por isso, visto como algo "positivo", no Brasil, o indivíduo isolado é “negativo”. Da Matta apóia-se na clássica distinção de Dumont (2000), entre sociedades individualistas, onde o indivíduo corresponde a uma unidade positiva do ponto de vista moral e político, ao passo que nas sociedades coletivistas o todo prevalece sobre as partes. Nestas, a hierarquia é um princípio básico e a “relação” é o que se valoriza como importante. Nos depoimentos a seguir, notamos como as entrevistadas revelam um ser basicamente relacional, por referência a um sistema social onde as relações de família constituem um elemento fundamental.

(...) A família supre muito, se você tem uma família, você não sente...

Às vezes, pode até sentir, mas se a família for de verdade você não vai

sentir solidão. É um meio de sobrevivência também você viver sozinho. Eu acho que é muito difícil. Eu tenho vergonha de não ser casada (B. 33 anos, 2^o grau, solteira).

Eu moro sozinha com meu filho, mas não sou respeitada como um homem que mora sozinho, eu sou mal vista, eu sou mal falada, você está me entendendo? (...) Às vezes, meu filho fala – ‘eu preciso crescer para que as pessoas venham a te respeitar’ - meu filho já fala isso com 12 anos. Ele diz que ninguém respeita uma mulher sozinha (L. 44 anos, 2^o grau incompleto, solteira).

Da Matta (1997) situa a cultura brasileira dentro de um sistema relacional onde, *"um indivíduo isolado e sem relações, a entidade política indivisa, é algo considerado altamente negativo, revelando apenas solidão de alguém que, sem ter relações, é um ser humano marginal em relação aos outros da comunidade"* (p.77). Nesta perspectiva, note-se que, acrescido ao fato do negativismo depositado no indivíduo que se encontra sozinho, desprovido de qualquer tipo de relação, a entrevistada sinaliza um ponto fundamental quando o indivíduo sozinho é uma mulher. A questão da hierarquia, da desqualificação pessoal e o peso de ter que enfrentar todas as adversidades do cotidiano de uma família se intensifica pelas desigualdades de gênero.

Na sociedade brasileira, seguindo a leitura de Da Matta, a unidade básica não estaria calcada em indivíduos, mas em relações, em pessoas, em familiares e em vizinhos ou tudo que possa ser estabelecido como uma relação. Segundo o autor, esse é o dado de base indispensável para compreender a dinâmica que se estabelece. As outras oposições subseqüentes são decorrentes dessa relação antagônica. Assim, a dualidade entre “casa” e “rua” é decorrente da oposição entre indivíduo e pessoa na medida em

que indicam “espaços” privilegiados onde cada uma dessas modalidades de relações sociais acontecem. Investigando cada uma dessas perspectivas, é possível destacar respectivamente, uma “sociologia do indivíduo” — cidadania — e uma “sociologia da pessoa” — relacional. A fusão da relação dessas duas perspectivas sociológicas colaborou como fonte para que Da Matta compreendesse o funcionamento do universo social brasileiro — “a gramática social”. Segundo o autor, no caso brasileiro, essa “gramática” se constrói a partir do princípio da dualidade: o indivíduo das relações impessoais e a pessoa das relações de proximidade, de familiaridade.

Para Duarte (2003), o processo saúde/doença pode ser compreendido como desdobramento da oposição “indivíduo/pessoa”. Nas palavras do autor: *“o estudo dos fenômenos de saúde/doença figura a relativização cultural da noção de ‘pessoa’”* (ibid, p.174). Dito de outra forma, essa relativização partiria das investigações comparativas entre culturas no sentido de estudar os prováveis padrões de análise advindos dos saberes científicos e legitimados pela cultura em que vivemos.

Ao abordar uma doença cuja principal via de infecção é a transmissão sexual, passamos a transitar no campo da moralidade. De que forma é possível fazer prevenção de uma doença transmitida pelo sexo, sem que, para isso, se invada a intimidade do casal? De saída, fazer prevenção às doenças sexualmente transmissíveis significa “entrar” na vida do casal para informar sobre as formas de transmissão de vírus HIV, bem como apresentar os insumos de prevenção para adoção de práticas sexuais sem risco pelo casal. Um bom exemplo para ilustrar o limite da prevenção pode ser analisado através desta entrevista:

Bom, a pessoa que é casada não era para ter Aids, por que teria? Como é que se diz, é uma segurança o casamento. Então, eu não te traio, você não me trai. Então, o casamento está livre de doença, né? (...) Então,

nem no marido que está em casa você pode confiar. O que era antes segurança. Ah! Que estou com meu marido, não pego Aids. (B. 33 anos, 2^o grau, solteira).

Em diferentes espaços sociais e, de acordo com o conjunto de relações que eles possam clamar ou demonstrar em situações específicas, é possível compreender o sentimento de "valorização", de "proteção" e de "amparo", experimentado por aqueles que se sentem parte da "rede de relações".

Pensando porque eu escolhi uma pessoa com tão mais idade do que eu, porque não me preocupa a idade dele. Eu acho que é pela proteção que ele me dá, não financeira, proteção emocional, eu acho que ele toma as decisões, eu também tomo as decisões, mas ele... Eu gosto, não sei se isso é uma coisa que trouxe de herança, eu gosto quando ele toma decisão, quando a gente fica em dúvida: — não, vamos por esse caminho. Aquilo que me dá uma satisfação, relaxamento, de eu ter uma pessoa pensando por nós dois e, eu gosto dessa proteção, entendeu? (K.32 anos, solteira, 3^o grau).

Procurando traduzir as experiências do espaço público e privado, Da Matta, propõe que casa e rua não são apenas “espaços” marcados pela oposição e relacionados, mas também “dinâmicas sociais” específicas. Em cada desses espaços existem valores e idéias particulares que guiam ou influenciam o comportamento dos agentes em determinada direção em cada caso.

Quando, então, digo que “casa” e “rua” são categorias sociológicas para os brasileiros, estou afirmando que, entre nós, estas palavras não designam simplesmente espaços geográficos ou coisas físicas mensuráveis, mas acima de tudo entidades morais, esferas de ação social, províncias éticas dotadas de positividade, domínios culturais institucionalizados e, por causa disso, capazes de despertar emoções,

reações, leis, orações, músicas, e imagens esteticamente emolduradas e inspiradas. (Da Matta, 1997, p.15)

É importante ainda mencionar que para Da Matta, o perigo, o risco, a individualização, o ditado *“cada um por si e Deus por todos”* caracterizam o mundo do indivíduo, o espaço da “rua”, mundo impessoal que enfatiza a homogeneidade e a competição entre iguais. Em contrapartida, no mundo da pessoa, teríamos o reino dos sentimentos, do particular, de uma hierarquia baseada no carinho, no afeto, nas relações.

Cabe, ainda, diferenciar os aspectos positivos e negativos dos modos de interação social presentes na sociedade brasileira. Não se trata de querer transpor modelos, invalidando o que existe de autêntico e positivo na forma com a qual as pessoas interagem.

O espaço da “casa” pode denotar não só um espaço de morada, mas de trabalho e de nação. É válida expressão comumente usada para exemplificar a gramaticidade dos espaços brasileiros *“quem casa quer casa”*. A palavra “casa” associa-se: casamento, casal, confiança, familiaridade. Desse modo, estar em “casa”, sentir-se em “casa” denotam um campo relacional.

No entanto, não se pode transformar os espaços da “casa” em “rua” ou vice-versa. Esses dois espaços são construídos por regras particulares e que não são plásticas. Existem códigos característicos a cada espaço, posto que existem espaços na “rua” que podem ser fechados ou apropriados por um grupo, pessoas, tornando esse espaço como seu, como sua “casa”. Em outras palavras, a oposição entre “casa/rua” não é estática e absoluta.

Assim qualquer evento pode ser sempre entendido por meio do código da “casa” e da família, pelo código da “rua” e do individualismo e por um outro código “do outro mundo”, uma tentativa de elo entre esses dois espaços distintamente definidos. Os três

códigos são diferenciados. Nenhum deles se sobrepõe ao outro, são formas diferenciadas de se interpretar um dado evento, porém na prática, um desses códigos pode ter hegemonia sobre os outros. Isso ocorre de acordo com o segmento ou classe social a que o indivíduo pertença. No caso brasileiro, as camadas consideradas como pobres e marginalizadas, inclinam-se para um discurso de linguagem da “casa”. Por sua vez, o discurso dos segmentos médios tende a tomar o discurso da “rua” e, assim, produzem uma fala individualizada e impessoal.

No conjunto das entrevistas, a identificação das mulheres com os códigos do espaço da “casa” - familiaridade, afeto, segurança, dependência e confiança - acabam por esbarrar com outros códigos também valorizados, entretanto, impessoais e individualistas. Isso vem na contramão quando se aborda uma doença que remete de imediato à experiência do corpo. No caso da Aids, as entrevistadas dizem que é necessário ter que usar preservativo independente da relação. Por outro lado, sentem-se impossibilitadas de colocar em prática medidas preventivas com seus parceiros. Isso pode demonstrar que muitas das vezes as informações produzidas na “rua” pelas propostas preventivas revelam-se incompatíveis com os códigos internos da casa.

Fazer intervenção logrando uma mudança de comportamento é colocar em destaque a moralidade, é ter que, finalmente, descobrir os códigos que regem uma sociedade. Então, a interpretação desejada no caso brasileiro é considerar as relações como fundamentais, é tornar relevante aquilo que está no “interstício das coisas”. Dessa forma, poderíamos ver melhor as oposições, sem desfazê-las, desvalorizá-las ou torná-las irreduzíveis.

3.5 - Saúde e Gênero

As Políticas Públicas de Saúde no Brasil, como já foi dito, tiveram início no final do século XIX e início do século XX, com as campanhas de vacinação. Com a industrialização do País, surgiu a necessidade de criar uma assistência médica previdenciária voltada para manutenção da qualidade de vida dos trabalhadores das indústrias.

Foi na primeira metade do século XX, que uma intervenção estatal de fato ocorreu, mas, apenas, em 1953 se estruturou o Ministério da Saúde como responsável pelas ações de Saúde Pública. De qualquer forma, era atribuição do Ministério da Saúde implementar ações preventivas e da Previdência o caráter curativo prestado pela rede hospitalar previdenciária (Aquino, 1999). Durante esse período, em ambas esferas, ainda vigorava a visão da mulher como mãe. Na Saúde Pública, a perspectiva materno-infantil advinda das políticas higienistas inspiradas no controle da natalidade, traduzia-se em práticas de saúde voltadas para o controle da reprodução e da sexualidade, com alcance em diminuir os óbitos infantis e a proteção à saúde das crianças.

Assim é que, no Brasil, desde a década de 1930, as Políticas Públicas direcionadas às mulheres sempre estiveram estruturadas para a saúde da criança. Aquino cita um exemplo: o interesse sobre as mulheres trabalhadoras restringia-se aos efeitos nocivos do trabalho na reprodução, orientando toda a legislação de proteção à mulher. Essa perspectiva durou até a década de 1960 quando surge o pensamento Neomalthusiano de controle da natalidade.

Algumas iniciativas governamentais, na década de 1970, entre as quais a criação do I Programa de Saúde Materno-Infantil, ainda que tendo foco na saúde da criança, incluía a preocupação do tempo intergestacional. Entretanto, foi apenas com o processo

de abertura política que tomou peso e fortaleceu-se o discurso de luta pelos direitos de cidadania. Nessa nova configuração política, o movimento de mulheres cresce e assume novas características principalmente influenciadas pelas feministas. Ainda nesse período, outros setores da sociedade como: pesquisadores, sanitaristas, profissionais de saúde, associações de moradores, estavam organizados e mantinham um combate ao modelo de saúde em vigor. Esse combate deu-se em torno da construção de uma proposta que veio anunciada pelo Projeto da Reforma Sanitária e que tinha como diretrizes básicas: a Equidade, Universalidade e a Integralidade da Atenção em Saúde.

Os anos 1980 foram marcados por inúmeros acontecimentos direcionados à Saúde das Mulheres: promoção do I Encontro Nacional de Saúde, em São Paulo, e criação do Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, com o intuito de direcionar melhor as Políticas de Saúde às mulheres e apresentar uma resposta mediante as pressões internacionais a respeito do controle sobre a natalidade (ibid, 1999). Sua abrangência só não foi maior em função dos entraves ocorridos na área de saúde, em especial, a falta de recursos do Estado para investir nas políticas sociais. Aquino ressaltava um dado relevante em fins da década de 1980. Segundo esse, a implantação do PAISM tem sido restrita às Secretarias Municipais de Saúde comprometidas com os princípios do SUS e que possuem na coordenação lideranças feministas.

Na década de 1990, amplia-se a participação das feministas nas três esferas governamentais direcionadas à implementação de ação de saúde para mulheres, com o aumento da “participação destas nos conselhos de saúde, nos comitês de morte materna, nas comissões técnicas de todos os tipos”. Vale destacar, a importância do papel da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos que possui representação

como a Comissão Nacional de Morte Materna, Grupo Assessor Mulher e Aids (ambos do Ministério da Saúde) e, particularmente, a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), assessora do Conselho Nacional de Saúde (ibid, p.167).

Diante de todo o avanço do projeto neoliberal que se enfrenta durante a implantação do SUS, cabe ressaltar que, da mesma forma que a luta pela equidade de gênero é um ponto da agenda da Saúde importante, lutar pela superação das desigualdades sociais também faz parte da pauta de discussão sobre Políticas Públicas de Saúde. Dessa forma, a utilização da perspectiva de gênero pode contribuir para a superação de modelos essencialistas de base biomédica de forma a melhor pensar o binômio saúde/doença.

3.6 - A vulnerabilidade e invisibilidade das mulheres diante ao HIV/Aids

No Brasil, no início dos anos 1990, o aumento dos casos de Aids em mulheres começa a ser reconhecido e encontros são promovidos. O I Simpósio Latino-Americano sobre mulher e Aids foi realizado em 1990, pela Organização Pan-americana de Saúde e pela Rede Latino-Americana de Saúde da Mulher. Nesse mesmo ano, foi realizada uma série de encontros em São Paulo, voltados para o tema da prevenção em mulheres, que culminou na organização do I Seminário sobre Mulher e Aids. No XI Encontro Nacional Feminista, a temática da Aids entra em pauta e das 34 oficinas oferecidas, duas foram direcionadas à Aids (Barbosa, 1996). Porém, apesar da Aids já ter sido incluída na agenda política do movimento feminista, sua participação ainda era tímida e tendo visibilidade apenas em São Paulo, e mesmo assim de forma dispersa. A demora do movimento feminista em abraçar essa questão pode ser compreendida de várias formas. Uma delas, pelo fato da discussão sobre Aids ser recente no universo feminino;

outra, pelo perfil que se desenhou a epidemia a partir dos primeiros casos notificados. Em março de 1997, o Programa Nacional de DST/Aids, dando continuidade às ações na área de prevenção e controle das DST/Aids e a sua linha de parceria com organizações da sociedade civil, retoma a reflexão e elaboração de diretrizes de trabalho com a população feminina. Nesse ano, foi formalizado um grupo assessor para colaborar com o Programa nessa atividade. Para compor esse grupo, foram convidadas instituições representativas na área de saúde da mulher.

A rápida disseminação da infecção pelo vírus HIV nas diversas populações do Mundo, chamou a atenção para a vulnerabilidade em nível mundial sobre que em um dado momento da história, qualquer um que tivesse uma relação sexual sem o uso de preservativo, poderia ser passível da infecção pelo HIV. A introdução desse novo elemento – preservativo – nas trocas sexuais ficou conhecida como prática do sexo seguro.

Da mesma forma que uma extensa iniciativa no campo da pesquisa vem apresentando uma complexidade de aspectos socioculturais e comportamentais para homens e mulheres nas diversas sociedades latino-americanas (Parker, 2000, p.80), essas mesmas pesquisas propiciaram também o conhecimento de certos padrões socioculturais que subsidiaram a elaboração de estratégias de prevenção. Parker (2000), apontou três: (a) organização sociocultural das relações de gênero e as formas como as noções simbólicas sobre gênero estruturam as relações entre homens e mulheres; (b) organização sociocultural das relações de gênero (intimamente relacionada à questão de gênero) das relações de pessoas do mesmo sexo; (c) e, nesse contexto, a construção sociocultural dos atos sexuais que, de muitas maneiras, independem de atores específicos.

O contínuo aumento de novas infecções pelo HIV/Aids em mulheres sugere um olhar mais atento para as representações dos papéis de gênero, que determinam as funções sociais de homens e mulheres no cuidado com sua saúde e seu bem-estar social. As inúmeras vulnerabilidades no que diz respeito às mulheres, estão atreladas a uma representação de grande barreira para a promoção da prevenção. Além das circunstâncias socioculturais que marcam a diferença entre homens e mulheres, a camisinha é antes de tudo masculina e sua representação no cotidiano do casal assume um valor pejorativo.

a sugestão do uso de preservativo, especialmente em parcerias estáveis, pode trazer conseqüências imprevisíveis, pois pode significar, implícita ou explicitamente, um questionamento da fidelidade e da confiança mútuas (Vermelho; Barbosa e Nogueira, 1999).

O pensar sobre o cuidado nos remete a repercussões de corpos, de saúde, de cuidado e também de gênero, entre outras. Representações se transformam ao longo da história da humanidade. E com as transformações das representações no curso do tempo, algumas estruturas se modificaram e outras permanecerem invariáveis. No caso da prevenção ao HIV/Aids, por exemplo, pensar o poder que as mulheres deveriam ter ao negociar a sua segurança nas relações sexuais com seus parceiros envolve pensar sobre as representações do feminino.

Analisar a temática da Aids requer uma reflexão sobre os papéis sexuais entre homens e mulheres no contexto das relações de gênero em busca de compreender o que tem impedido que no jogo amoroso, as mulheres queiram ou possam negociar sua prevenção ou mesmo ter acesso à informação sobre a conduta sexual de seus parceiros.

O entendimento do processo de saúde/doença engloba um conjunto de elementos que não podem estar dissociados. Como Szapiro (2003) aponta em seu artigo

“Diferença Sexual, igualdade de gênero: ainda um debate contemporâneo”, a diferença de gênero na construção de identidades constitui um processo aberto e crítico, no qual o sujeito se vê numa posição desconfortável de se perceber igual e diferente ao mesmo tempo. O mal-estar suscitado pela presença simultânea de ser igual e ser diferente é inerente ao processo de produção de identidades. A idéia de eliminação da diferença tem provocado, mesmo que de forma indireta, a crença em uma idéia de uma livre escolha no campo da sexualidade que precisaria ser analisada de perto.

Nessa concepção, o sujeito encontra-se acima dos limites determinados pela diferença anatômica quando da construção da representação da diferença sexual. A afirmação sobre o caráter igualitário das relações estabelecidas entre os gêneros implicou em uma reconfiguração espacial das relações sociais marcadas pelas distintas posições sociais de homens e mulheres. A família, nesse sentido, é um bom exemplo para se compreender esse fenômeno. *“A passagem de um formato familiar hierárquico às relações igualitárias na sociabilidade familiar se reflete em processos de des-simbolização e traz problemas importantes do ponto de vista da problemática da transmissão”* (ibid, 2003, p.88).

Atualmente, nos deparamos com um contorno da epidemia que vem crescendo em uma população feminina específica: mulheres casadas, com parcerias estáveis, em geral, residentes em áreas empobrecidas. Essas mulheres são as que têm se apresentado como mais vulneráveis a essa epidemia. Em geral, são economicamente e socialmente mais dependentes dos homens, o que as tornam impotentes para negociar com seu parceiro o uso do método barreira de prevenção, “a camisinha”, bem como conseguir recusar-se a ter relações sexuais desprotegidas. Possivelmente por causa dessa dependência, torna-se mais difícil negociarem práticas sexuais mais seguras. No caso da mulher, vincular a

sexualidade ao risco é uma idéia de certa forma familiar àquele segmento populacional. Basta lembrar do risco de estupro, do parto, da violência, do assédio, da gravidez, que o risco do HIV passa a ser colocado como mais um entre tantos (Barbosa e Villela, 1996). Se tratarmos de analisar a questão do risco nas mulheres, há que considerar que fatores bastante diferenciados atingem diferentemente as mulheres, em função de suas histórias de vida, de suas crenças e de seu lugar social.

Diante dos modelos preventivos em HIV/Aids que insistentemente tentam promover ações educativas e, em consequência, mudança de comportamento, o enfoque de gênero chama a atenção sobre a dificuldade de lograr que essas mudanças de fato realmente ocorram. Em outras palavras, a adoção de práticas sexuais seguras remete a uma mudança em aspectos da cultura, muito mais do que ações pontuais dirigidas a um segmento, por exemplo. Para fazer prevenção não basta desenvolver nas mulheres, individualmente, habilidade de exigir o uso de preservativo com seu parceiro. Até porque, a desigualdade da relação só se faz porque existem esses agentes que interagem. Um só existe na presença do outro.

É cada vez mais evidente que a resposta ao HIV/Aids deve ter um alcance e um enfoque macrossocial. A ação comunitária e o movimento social organizado como outras parcerias como as secretarias: de saúde, de educação e de ação social têm conseguido respostas bastante eficazes nesse processo de construção de uma agenda de novas políticas de enfrentamento da epidemia.

CAPÍTULO IV - A PESQUISA

4.1 - Apresentação

Esse capítulo destina-se à apresentação da metodologia e da análise dos dados referentes à pesquisa sobre os significados das noções de prevenção e proteção ao HIV/Aids utilizadas por um grupo de mulheres treinadas por um projeto comunitário de prevenção ao HIV/Aids. O referido projeto foi desenvolvido em uma ONG de mulheres, existente desde 2003, do interior do Estado do Rio de Janeiro.

Com o intuito de ter um panorama sobre os trabalhos científicos que vêm sendo realizados com a população feminina, fez-se uma busca eletrônica sobre publicações em HIV/Aids relacionadas às mulheres no Brasil. Pesquisando no banco de dados MEDLINE (National Library of Medicine), no período de 1993 a 2005, encontramos oito trabalhos publicados sobre Aids, mulher e Brasil; no período de 1989 a 2005, encontramos na LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) um total de trinta e uma pesquisas sobre Aids, mulher e Brasil. Em outra pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde Pública Brasileira² (BVS - SP), encontramos cinquenta e um trabalhos sobre essa mesma temática; em LILACS/SP, obtivemos como resultado vinte e cinco publicações sobre mulher e Aids no Brasil. No acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde foram encontrados dez trabalhos sobre esse tema.

A grande gama de trabalhos encontrados nessa busca tinha como objeto de investigação a dificuldade de negociação do preservativo pelas mulheres junto aos seus parceiros. No entanto, apesar da existência de vários bancos de dados de pesquisa em saúde, não encontramos efetivamente respostas que esclareçam o motivo pelo qual as mulheres negligenciam o cuidado com sua saúde.

² Um dado importante sobre a BVS/SP é que esse banco de dados é formado pela parceria entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (representação Brasil), por meio de seu centro BIREME (biblioteca regional de Medicina criada em 1967 para a América Latina e Caribe).

As pesquisas no campo da sexualidade começaram a partir dos anos 1980 (Parker, 2001). Conforme o autor, esse interesse é devido ao contexto de mudanças sociais: influência dos movimentos políticos feministas, gays e lésbicos e o impacto que a epidemia de Aids trouxe para a sociedade. Alterações nas conceituações tradicionais sobre a sexualidade, no que se refere à construção de padrões de condutas designados aos sexos feminino e masculino, permitiram uma compreensão mais ampliada dos significados das normas sociais no cotidiano das mulheres e dos homens.

A discussão inicial sobre a relação de gênero e Aids no Brasil pode ser encontrada nos trabalhos de Guimarães, Knauth e Martin (Heilborn e Gouveia, 1999), Barbosa e Vilella (1996). A importância dos trabalhos dessas autoras para a compreensão da epidemia deve-se à riqueza de informações adquiridas sobre o contexto cultural em que as mulheres estão inseridas e pela possibilidade de reflexão sobre a vulnerabilidade feminina diante da Aids. Conforme Guimarães (apud Heilborn e Gouveia, 1999, p.181) aponta, *“a preeminência da relação é o valor estruturante que não permite as considerações sobre o individual se concretizarem. As mulheres entram em relações desprotegidas em nome de certos valores”*. Nessa concepção de relação amorosa criada a partir dos códigos gerados entre os casais, a fidelidade, a monogamia e a confiança, fazem assegurar uma proteção que elimina qualquer possibilidade da percepção do risco.

A prevenção é uma idéia que tem estreita relação com a noção de doença, na medida em que tem como objetivo diminuir a incidência de doenças (prevenção primária), diminuir o período de duração da doença (prevenção secundária) ou diminuir as seqüelas decorrentes das mesmas (prevenção terciária). Já a noção de proteção não

está necessariamente veiculada à idéia de evitar doenças, pois seu sentido teria componentes afetivo, subjetivo e relacional no que diz respeito à prevenção de doenças.

A pesquisa com jovens de Vigário Geral, realizada por Monteiro (2002), ajuda a pensar a noção de proteção quando aponta para a “lógica” da prevenção. Para compreender esse mecanismo da “lógica” preventiva, a autora utiliza as categorias sociológicas “da casa”, “do outro mundo” e “da rua”. Segundo Da Matta (1997), a representação “da casa” prende-se ao *locus* das relações afetivas e amorosas, da harmonia, da hospitalidade e da segurança. Em oposição, a rua está associada à individualidade, à indiferença, ao trabalho, ao perigo, ao prazer. No “outro mundo” prevalecem as dimensões de eternidade, relatividade e igualdade moral. Estas categorias – que consideram a sociedade brasileira, as visões de mundo e a ética das pessoas – tendem a ser diferenciadas e complementares quando analisadas nos espaços da “casa”, “do outro mundo” (universo do sobrenatural, do não causal) e “da rua”, tendo em vista a particularidade do significado social de cada um.

Os núcleos simbólicos ligados à esfera da “casa” e do “outro mundo” incorporam o significado da proteção, ao passo que aqueles remetidos ao universo da “rua” abarcam o sentido de perigo e ameaça. Essa “lógica” atravessa as representações e as práticas em vários aspectos do cotidiano no que diz respeito à função social da rede de familiares e vizinhança, bem como valores atribuídos aos gêneros, às práticas sexuais e à visão da comunidade, além dos cuidados com a saúde, mais especificamente, com a prevenção ao HIV/Aids (Monteiro, 2002).

Isso sugere que a proteção está referida ao universo que se conhece – amigos, parente, namorado, marido (“segurança”) –, à esfera de significação “da casa”, bem como ao poder de “Deus” (crença em uma autoridade protetora).

A pesquisa realizada por Heilborn (1999) com um grupo de mulheres de uma favela carioca e com outro grupo de mulheres de camadas médias sobre práticas preventivas de risco de infecção pelo HIV/Aids revela que, nas camadas sociais mais desfavorecidas, não se discutia “sexo”, não se falava nisso com o intuito de dar-lhe significação própria; pois a representação do sexo estaria atrelada a uma lógica naturalista, que o coloca no lugar daquilo que se faz e não se fala. No grupo de mulheres moradoras da favela carioca, os relatos encontrados sobre como se protegiam consistiam na crença de que os maridos eram fiéis. As representações nas camadas médias, ao contrário, invertem essa lógica, apresentando uma visão moderna dos papéis de gênero, partindo de uma proposta de equidade entre homens e mulheres.

O discurso sobre a fidelidade apontada como um dos mecanismos de prevenção das DST/Aids também aparece na pesquisa de Simões Barbosa (1993) realizada com mulheres urbanas residentes em uma comunidade de baixa renda. Para essa população estudada, sexo seguro correspondia ao comportamento do marido ser fiel.

Diversos estudos demonstraram que os estereótipos ligados às questões de gênero – as relações de poder entre homens e mulheres – desempenham um papel chave na habilidade da negociação sexual. Ao propor o uso de preservativo, a mulher é vista como sexualmente ativa ou à procura do sexo, comportamento que está na contramão das normas socialmente aceitas. A forma como cada um vivencia e representa a doença para si, determina o seu modo de adotar comportamentos preventivos (Monteiro, 2002).

O enfoque essencial de qualquer programa de medicina preventiva aplicada ao indivíduo está na proteção específica. Uma vez que as diversas causas das doenças encontram-se na comunidade, no lar e entre as interações sociais, elas podem ser eliminadas por meio de medidas específicas aplicáveis ao agente, ao hospedeiro e ao

meio ambiente (Leavell e Clark, 1976, p. 20). De acordo com a forma pela qual o indivíduo apreende o seu entorno, sente, pensa, age e se localiza em seu mundo, é necessário investigar a dinâmica das práticas rotineiras para que se possa avaliar as possíveis alterações e/ou adequações das mesmas, visando a adoção de ações de proteção. Esse olhar assinala as limitações das políticas preventivas centradas apenas na responsabilidade do sujeito (Monteiro, 2002).

A avaliação que prepondera a respeito das intervenções comportamentais das políticas preventivas é a de que o seu objetivo só é parcialmente atingido. Quer nos parecer que isto se deve ao fato da prevenção ser mais complexa do que se pensou, já que a disseminação da informação não é a única responsável pela mudança do comportamento humano. Assim, impedir que novas infecções ocorram é, antes de tudo, uma proposta que deve ter, para ser realizada, outros parâmetros, não apenas o controle de novos casos de mulheres infectadas pelo vírus. Não basta elencar os riscos e assegurar que ter controle sobre eles é fazer prevenção, pois o indivíduo pode se arriscar ou não independentemente de perceber o risco. A percepção de um risco pode remeter o indivíduo a reflexões e questionamentos sobre inúmeros aspectos de sua vida, mas perceber o risco não garante prevenção.

Conforme Szapiro (2004) aponta em seu artigo “O Outro da prevenção”: “*O sexo seguro é o sexo sob controle, é o sexo ‘fora do coração’, aquele que faz com que racionalmente possamos prescrevê-lo nas intervenções de prevenção em HIV/Aids*” (p.42). Já a noção de proteção, discutida no capítulo II, apresenta-se como uma proposta de relativização do risco. Em outras palavras, significa redimensionar a temática da prevenção no sentido de ampliar para o contexto sociocultural a questão da percepção do risco e da praxe de cuidados cotidianos na manutenção da vida e da saúde (Monteiro,

2002). Na definição da lógica ordenadora das representações e das práticas de auto-proteção de um determinado grupo social, é imprescindível recorrer à discussão sobre a existência de visões de mundo e estilos de vida diferentes na sociedade moderna. É prioritário discutir a noção de "segurança" na prática sexual. Há uma definição objetiva, do ponto de vista preventivo, que consiste em estabelecer um modelo de prática considerada de risco. Por exemplo, o sexo 100% seguro é o sexo não penetrativo (masturbação), porque nesse caso não há troca de fluido entre as pessoas envolvidas. Por outro lado, as práticas sexuais penetrativas (pênis-ânus, pênis-vagina, pênis-boca) são mais arriscadas, pois envolvem a troca de fluidos corporais – meio líquido do corpo – onde o vírus HIV encontra condições propícias para se multiplicar.

Alguns estudos sobre mulher e Aids revelaram que nas relações monogâmicas estáveis entre parceiros HIV negativos o não uso da camisinha não constituiria um risco exponencial para o casal. Essa relação, marcada pela confiança mútua, seria o grande diferencial que bastaria para que mulheres consideradas “de casa” acreditassem estar protegidas, em oposição às mulheres “da rua”, que supostamente estariam mais expostas a situações de risco. Talvez por isso as trabalhadoras sexuais consigam manter o uso consistente do preservativo com seus clientes e, na esfera doméstica, reproduzir condutas bastante similares às das mulheres ditas “de casa”. Como visto na descrição acima, o risco relacionado ao cônjuge pode ou não ser reconhecido; quando reconhecido, parece haver um esforço para encobri-lo, pois existem outros custos que precisam ser emocionalmente considerados.

4.2 - Objeto da investigação

O avanço da infecção pelo HIV/Aids nas mulheres, sobretudo entre as casadas e/ ou que têm parcerias fixas e residem em áreas empobrecidas, vem apontando barreiras para a negociação do uso do preservativo como método de prevenção. Partindo desse contexto, essa investigação propõe uma reflexão sobre a polissemia das noções de prevenção e proteção implicadas no discurso preventivo ao HIV/Aids. Para tal, problematiza-se a distinção entre as noções de prevenção e de proteção. O objetivo dessa dissertação não é discutir o conhecimento sobre as práticas preventivas em HIV/Aids, mas problematizar as noções de prevenção e proteção a partir de relatos de mulheres que já possuíam informação e conhecimento sobre medidas preventivas (recebidas exaustivamente através do projeto de prevenção) e ainda assim não faziam uso do preservativo ou, quando o adotavam, referiam-se ao seu uso como método de contracepção.

Na contemporaneidade, a lógica de normatizar de forma direta o comportamento dos indivíduos desloca-se quando o valor atribuído ao conceito de risco sofre modificações. Nessa perspectiva, o risco passou a ser o referencial por meio do qual os indivíduos são, hoje, manejados de acordo com os objetivos do estado neoliberal (Czeresnia, 2004 p. 451). Esse é o lugar ocupado pelo conceito de risco na sociedade contemporânea. Informar-se sobre as conseqüências futuras de forma que se permita o controle do fim desejado é uma estratégia de controle, não no sentido de reprimir ou punir condutas que se confrontem aos valores atribuídos pela sociedade como norma, mas como intervenção naqueles fenômenos coletivos que podem atingir a população.

Segundo Foucault (1998), a *disciplina* atua no corpo social, o *biopoder* atua na vida. O *biopoder* cria alguns mecanismos reguladores para realizar tarefas como, por

exemplo, a prevenção. O indivíduo é levado a desenvolver sua própria autonomia preventiva estimulado pelo desenvolvimento de lógicas e técnicas de proteção do corpo. As fronteiras do corpo tendem a ser continuamente demarcadas e os corpos protegidos. O corpo, no mais amplo espectro de sua apreensão, transforma-se em objeto de escolha. O indivíduo “autônomo” e “independente” que realiza essas escolhas afasta-se, porém, do contato com experiências indispensáveis à manutenção de sua integridade. Ora, esse tipo de dispositivo está presente no discurso das mulheres a respeito da prevenção do HIV/Aids. As mulheres não se previnem justamente por se sentirem protegidas e não se verem em risco? De que forma a utilização sinonímica das duas idéias, prevenção e proteção, pode dificultar os indivíduos a se perceberem em risco, levando-os a uma não adoção dos métodos de prevenção?

O exercício da sexualidade vivenciada pelas mulheres faz pensar como elas lidam com o seu corpo, seus desejos e seus medos. Segundo Ávila (1999), as mulheres exercem sua sexualidade a partir do amor romântico – *“um lugar de desposuimento”*. Segundo esse entendimento do amor romântico, a renúncia, o sofrimento e a desigualdade constituem-se em elementos que indicam a posição das mulheres. Para existir uma relação, entretanto, é necessário que haja troca entre os indivíduos. *“A existência ganha sentido na relação com o/a, outro/outra, mas para isso é necessária uma apropriação de si, a partir daí, estabelecer com o/a, outro/outra, uma relação de reciprocidade”* (ibid, p.46).

A representação que as mulheres fazem da noção de risco advém da idéia de que o perigo vem de fora, daquilo que se desconhece; contrariamente, no âmbito da “casa”, em que se conhece o parceiro, o namorado e/ou aquele com o qual se estabelece uma relação de intimidade, não há essa forma de ameaça.

O fato é que realmente existem diversos motivos e situações onde não há condições do uso de preservativo, por mais informação que seja oferecida e por mais que se divulgue o seu uso. A mudança de comportamento – o uso da camisinha –, enquanto uma forma de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis e à Aids, passa por questões complexas em termos de resolução: o melhor diálogo entre casais, a discussão e conhecimento da sexualidade própria e do outro, a admissão da possibilidade de relações extra-conjugais (bissexuais ou heterossexuais), a utilização de drogas, etc.

4.3 - Justificativa

A partir dos anos 1990, a transmissão heterossexual do vírus HIV passa a predominar no quadro epidemiológico, atingindo um maior número de mulheres; hoje, esse número de mulheres superou o de homens.

Considerando a razão de casos entre homens e mulheres no Brasil, esse indicador mudou de 6.5 casos de homens para cada caso em mulheres (em média) no período de 1980-1990 para 2.0:1 em 1999, 1.8:1 em 2000 e 1.7:1 em 2001, em todas as faixas etárias. Em particular, na faixa etária de 13 a 19 anos, esta razão de casos entre homens e mulheres apresenta sinais de inversão entre 1998 e 2001 (0.9:1, 0.9:1, 0.8:1, 0.6:1 respectivamente – Boletim Epidemiológico Ministério da Saúde, 2004). Paralelamente, a transmissão vertical do HIV também está aumentando dramaticamente e está se tornando a principal via de infecção pelo HIV na população infantil, sendo responsável, no Brasil, por mais de 90% do total de casos, com forma de exposição conhecida em menores de 13 anos. No Estado do Rio de Janeiro, o número de casos em crianças diagnosticadas por essa via de transmissão apresentou um aumento

proporcional, passando de 28.4% em 1991 para 82% em 2003 (Boletim Epidemiológico de DST/Aids – RJ, 2003). Dessa forma, estudar a epidemia de Aids conforme os dados que vêm sendo apresentados no universo das mulheres significa abordar o controle dessa doença considerando o viés de gênero como uma ferramenta viável para se compreender a vulnerabilidade feminina que, atualmente, tem se constituído no grande pilar para as intervenções preventivas realizadas nesse grupo populacional.

A infecção pelo HIV nas mulheres tem três agravantes que não devem ser negligenciados no que tange à prevenção nessa população: (a) vulnerabilidade biológica, a superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa e o sêmen tem uma concentração de HIV (livre e no interior das células) significativamente maior do que o líquido vaginal (Chiriboga, 1997; Coll *et al*, 1999 apud Bastos, 2001, p.11); (b) vulnerabilidade sociocultural marcada pela desigualdade de gênero; (c) pequena disponibilidade de métodos de prevenção controlados (ou ao menos “iniciados”) pelas mulheres (ibid, 2001, p.14).

Um fator que também tem colaborado para a feminização da epidemia é o diagnóstico tardio em mulheres. Quando vão procurar os serviços de saúde, as mulheres já se encontram em fase avançada da doença ou estão grávidas e, muitas das vezes, descobrem sua sorologia através do pré-natal. O adiamento em procurar esses serviços de saúde ocorre, provavelmente, devido a fatores que muitas vezes independem da vontade delas: dificuldade de acesso aos serviços, compromissos familiares ou profissionais e, em última instância (não menos importante), a precariedade de programas efetivos de saúde em geral e específicos para as mulheres.

As representações sobre o corpo da mulher apresentam uma dualidade. Conforme ressalta Szapiro (2002), do ponto de vista da cultura, a identificação entre as

representações de mulher e de mãe produzem a idéia de que ser mãe seria o destino natural de todas as mulheres. Nesse sentido, ser mulher passa a ter um sentido de abnegação pelo qual há uma negação de si mesma em função do outro.

Localizam-se, assim, limites para a elaboração de ações de prevenção sob a forma de campanhas tendo como suporte apenas a feminização da epidemia, sem considerar essas representações do feminino, como elas são construídas e passíveis de interpelações e mudanças. A necessidade de a mulher assumir práticas preventivas (uso de preservativos) para afastar-se do risco de infecção pelo HIV impõe às mulheres uma nova condição, uma mudança de atitude, uma conduta de maior decisão e negociação do uso do preservativo.

4.4 - Metodologia

A metodologia proposta neste estudo consistiu na realização de uma pesquisa qualitativa, na qual foram feitas entrevistas individuais semi-estruturadas (anexo I), onde a entrevistada tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem repostas pré-fixadas pelo pesquisador (Minayo, 1992). Os estudos das ciências sociais foram importantes para a definição das dimensões de análise que foram construídas a partir das respostas encontradas nos discursos das mulheres entrevistadas. A ordenação das falas, transcritas literalmente, adquiriu formatos e sentidos que possibilitaram a análise do discurso sob as dimensões que iremos apresentar. A escolha em trabalhar com uma metodologia qualitativa no campo da saúde se expressa pela importância de considerar o contexto do universo da pesquisa estudada. Segundo VÍctora et al (2000) *“uma das principais características dos métodos qualitativos é o fato de que as pesquisas são formuladas para fornecerem uma visão de dentro do grupo, uma visão êmica”*. No caso

das pesquisas em Aids, escolher essa metodologia justifica-se pela complexidade das questões que envolvem a prevenção dessa epidemia.

Foi utilizado um gravador como técnica de registro das falas para que fosse possível sua transcrição e, posteriormente, serem feitas as dimensões de análise. As entrevistas duraram em média 1 hora e 30 minutos, tempo variável ao qual estava associado o entusiasmo de cada entrevistada poder falar sobre alguns temas referentes à sua intimidade de forma descontraída.

Como marco teórico na discussão sobre gêneros optou-se pela teoria de Heritiér (2002), no qual a autora descreve a relação entre o masculino e o feminino através do que denomina como valência diferencial dos sexos. Tais escolhas se justificam pela contribuição que os estudos de gênero trouxeram para o entendimento dos problemas relativos à saúde da mulher, sobretudo para a questão da prevenção em DST/Aids. Privilegiou-se ainda, do ponto de vista sociológico, as categorias “casa” e “rua” de Da Matta (1997) na medida em que este autor enfatiza, através destas categorias, dimensões espaciais construídas no imaginário social, no qual a Aids é representada como a doença do outro.

Investigou-se as representações acerca dos seguintes temas: grau de informação sobre a epidemia, formas de prevenção às DST/Aids, noção de risco, relação de gênero, significados das palavras prevenção e proteção e negociação do uso do preservativo.

4.4.1 Universo da pesquisa

As entrevistas foram aplicadas junto a treze “agentes multiplicadoras” participantes de um Projeto Comunitário de Prevenção em DST/Aids, financiado pelo Programa Nacional de DST/Aids/ Ministério da Saúde. O projeto é desenvolvido por

representantes de um movimento de mulheres localizado em um município do Estado do Rio de Janeiro, fundado em 1989, após a reunião de um grupo de mulheres no dia 8 de março, em função da celebração do dia internacional da mulher. Tinha como missão fazer uma reflexão sobre a dinâmica dos papéis das mulheres dentro de uma estrutura organizacional marcada pelo patriarcado. Nesse encontro surgiram vários questionamentos, dentre eles, a problematização dos valores que são atribuídos às mulheres a partir da sua natureza biológica. Alguns encaminhamentos foram feitos pelas fundadoras dessa associação, como o agendamento de reuniões regulares para o amadurecimento das questões e o planejamento de atividades capazes de serem exequíveis e que alcançassem os objetivos. Tais encontros culminaram com o surgimento do movimento de mulheres nessa região. Esse movimento contou inicialmente com 17 mulheres, muitas delas donas de casa, aposentadas, idosas, profissionais liberais, autônomas e oriundas de outros estados.

No ano de 2001, esse movimento organizado de mulheres, em parceria com o CEOM, apresentou um projeto de prevenção comunitária ao Programa Nacional de DST/Aids, que, em princípio, tinha como foco trabalhar a proposta da prevenção ao HIV/Aids para mulheres em situação de risco de violência doméstica (tanto aquelas mulheres que se apresentaram no CEOM quanto àquelas residentes nas comunidades desse município). O objetivo inicial desse projeto era trabalhar com mulheres casadas e em parcerias estáveis. No entanto, com o desenvolvimento das atividades, constatou-se a necessidade de implementar ações educativas entre os adolescentes, os jovens e as mulheres de “terceira idade”. As atividades de prevenção em HIV/Aids ocorriam tanto na sede da instituição como nas comunidades vizinhas da sede e nas escolas. São realizadas palestras e oficinas, abordagem de pares e treinamento de multiplicadores

com o objetivo de informar, sensibilizar e mesmo modificar atitudes e comportamentos em relação à sexualidade. Também há a produção de material educativo (cartazes, livros, *folders*). As ações realizadas se baseiam nas concepções individual, programática e social de vulnerabilidade (Ayres et al, 2003). Atualmente, essa instituição possui três projetos financiados por Coordenações de Controle às Doenças Sexualmente Transmissíveis, federal e estadual.

A partir da constatação da importância de agregar as ações de prevenção à assistência no âmbito de controle às doenças sexualmente transmissíveis (DST), esse movimento de mulheres apresentou um projeto ao Programa Nacional de DST/Aids. O objetivo consistia em colaborar com as ações desenvolvidas pelas instituições que realizam o atendimento direto às pessoas que descobrem a sua soropositividade. As pessoas atendidas poderiam agendar consultas com técnicos previamente escolhidos. Além do trabalho de prevenção e assistência ao HIV/Aids, esse movimento de mulheres organizado, em parceria com o Programa de Atenção à Criança e aos Adolescentes vítimas de maus tratos da Fundação da Infância e Adolescência (FIA/RJ), coordena desde agosto de 2003 os Núcleos de Atenção à Criança e ao Adolescente (NACAS), fazendo atendimento psicossocial às vítimas de violências física, psicológica e sexual. Além dessas parcerias, esse grupo desenvolve também atividades com diferentes segmentos da população tais como: associação dos aposentados e pensionistas, associação de doenças mentais, universidades e associações de moradores, conselhos e outras organizações atuantes no município.

A escolha desse grupo para trabalhar a hipótese da pesquisa baseou-se nas seguintes razões: (1) o recente fenômeno de feminização e de interiorização da epidemia de Aids no Estado do Rio de Janeiro; (2) as mulheres estavam na faixa etária vulnerável

à infecção pelo HIV/Aids; (3) possuíam parceira estável; (4) conseguiam ter acesso à informação. A decisão de investigar esse grupo de mulheres, e não grupos de mulheres de outras associações, ocorreu após visita de monitoramento ao projeto em 2002. Naquele momento, atuando como consultora, participei do monitoramento aos projetos de intervenção em HIV/Aids financiados pelo Programa Nacional de DST/Aids no Estado do Rio de Janeiro. A partir dos relatórios dessas visitas, surgiu o interesse pelo tipo de proposta que essa instituição tinha para trabalhar a temática da prevenção ao HIV/Aids junto às mulheres.

Esse grupo de mulheres investigado apresenta características importantes para a análise em questão. Do ponto de vista etário são mulheres com idades entre 30 a 60 anos. Do ponto de vista da escolaridade, são mulheres que apresentam diferentes níveis de educação (1º grau, 2º grau e 3º grau), a maioria se concentrando no ensino médio. Todas as essas mulheres exercem uma liderança espontânea em suas comunidades.

A influência de fatores sócio-econômicos tem sido importante na discussão sobre a epidemia de Aids. Considerar a idade e a escolaridade é imprescindível quando nos dispomos a investigar os significados do risco de infecção pelo vírus HIV/Aids. Segundo o Boletim Epidemiológico da SES/RJ(2003), no Estado do Rio de Janeiro, os casos de Aids confirmados em mulheres com menos de 8 anos de estudo eram 12,2% em 1991 e, ao longo dos anos noventa, o número de casos cresceu, chegando em 2000 a 63,9% apontando, assim, uma queda no nível socioeconômico das mulheres notificadas. Com relação à informação, grau de escolaridade e idade, essas variáveis não apresentaram muitas diferenças no que diz respeito à percepção de risco, como veremos a seguir na discussão dos resultados.

Idade	Escolaridade			Estado Civil		
	1º grau	2º grau	3º grau	casada	solteira	Separada
30 - 45	1	<u>6</u>	1	<u>3</u>	5	1
46 - 60	3	<u>1</u>	1	<u>4</u>	0	0

A pesquisa de campo teve duração de três meses. De início participei das atividades que aconteciam tanto na sede como nas escolas. As entrevistas foram selecionadas a partir de alguns critérios que mais adiante serão citados. Os encontros eram realizados na sede da instituição todas as terças-feiras no período da manhã. Grande parte das entrevistadas, de alguma forma, já me conhecia, seja porque tiveram contato num momento anterior, seja pela minha constante presença nos dias dos encontros regulares. Ao serem abordadas por mim, as entrevistadas eram informadas sobre o conteúdo da pesquisa e sobre o sigilo das informações. Em seguida, elas preenchiam um termo de consentimento que autorizava a utilização do conteúdo de suas entrevistas desde que fosse preservado o nome das agentes comunitárias.

4.5 - Resultados e Discussão

Com a preocupação de compreender a dificuldade que as mulheres apresentam de se perceberem em risco, foi utilizada a discussão de gênero tal como proposta nos trabalhos de Héritier (2002) a respeito da diferença de valores atribuídos aos homens e às mulheres na perspectiva da problemática de diferença sexual tal como proposta por Laqueur (2001). Tais referenciais teóricos nos pareceram válidos para pensar os

parâmetros sobre o corpo e a sexualidade feminina a partir das diferentes visões construídas sobre o sexo.

Após a realização das entrevistas, os dados coletados foram organizados em temáticas para problematização da questão em torno do avanço da epidemia de Aids em mulheres. Nas treze entrevistas, as temáticas sobre amor, casamento, relativização do risco, diferenças entre comportamentos esperados de homens e mulheres despontaram como assuntos considerados por elas como aqueles que lhes são familiares. Trabalhou-se com um conjunto de falas e ações cotidianas que dizem respeito às relações que as “agentes comunitárias” estabelecem entre a epidemia de Aids e o seu universo privado. Assim, apesar de as entrevistadas terem todas as informações necessárias para se prevenirem, a grande maioria revelou não usar o preservativo com seus parceiros; quando usavam, o seu uso não era contínuo; ou quando o uso era contínuo, tratava-se de método de contracepção; quando relatavam sobre o não uso do preservativo, suas justificativas não se baseavam na dificuldade de negociá-lo, mas sim por acharem que não precisavam.

A seguir, serão apresentadas as dimensões de análise construídas a partir da constância e regularidade dos temas: informação em HIV/Aids, percepção de risco, formas de prevenção em HIV/Aids e desigualdade de gênero.

a) “Informação não previne”

As primeiras abordagens no campo da prevenção estavam dirigidas à divulgação de informações sobre as formas de transmissão do vírus HIV, bem como as formas de prevenção à doença. Naquele momento, acreditava-se que tendo conhecimento sobre a epidemia, a prevenção seria automática. Nesse sentido, a prevenção era compreendida

como um recurso racional do indivíduo. O “*não prevenir-se*” era traduzido em *não querer* se prevenir. Ao contrário, percebemos, após mais de 20 anos de epidemia no país, que nem sempre a prevenção é uma questão de escolha ou uma relação direta entre informação e mudança de comportamento. Entre informação e prevenção parecem existir outros componentes, e ainda que sejam divulgadas muitas informações, nem sempre estas são suficientes para a promoção de atitudes que apontem para adoção de práticas seguras.

Quanto ao conhecimento da epidemia de Aids, a maioria das mulheres relatou saber dos riscos de se infectarem pelo vírus HIV, porém as suas falas sugerem que elas desacreditam sobre seus riscos ou acham que a Aids é uma patologia ainda distante do seu convívio social. Os projetos de prevenção em DST/Aids destinados às mulheres têm tido como perspectiva conjugar a disseminação da informação com as temáticas levantadas pelas mulheres como as que mais afetam seu cotidiano, por exemplo: os filhos, o casamento, a falta de emprego, a violência etc., de forma a “*empoderá-las*”. A tentativa de tornar as mulheres mais autônomas encontra-se obstaculizada pelo simples fato de que a autonomia não pode ser concedida, nem depende apenas de um conjunto de informações.

A Aids é transmitida através do vírus HIV, e que é um vírus transmitido através do sexo sem prevenção. Também pode ser transmitido através do sangue, se bem que hoje a gente sabe que o sangue é bem cuidado, ele tem todo um cuidado no banco de sangue, mas também através do sangue da seringa quando a pessoa usa drogas, passa de um pro outro, através de mãe para o filho, na amamentação ou até mesmo na gravidez

se não for diagnosticado cedo e acompanhado, e que a Aids não tem cura e que ela se manifesta através de doenças. (A, 53 anos, 2^o grau, casada).

Ela é uma enfermidade que afeta...a pessoa contaminada, ela tem tanta probabilidade de desenvolver porque o imunológico dela fica... Baixa o sistema imunológico. Então quer dizer, se não se cuidar, ela está à disposição de todo o risco de doença porque ela não tem auto-defesa, né? O organismo está sem defesa. É uma doença contagiosa que se pega através de compartilhar drogas injetáveis, sexual etc.(C, 45 anos, 2^o grau, casada)

Não se pode esquecer que valores atribuídos à sexualidade, aos comportamentos sexuais, aos direitos sexuais e à equidade de gênero não se alteram simplesmente como resultado direto da informação. Em meados dos anos 80 e início dos anos 90, os paradigmas de prevenção estavam alicerçados em uma visão essencialista e comportamentalista da sexualidade (Pimenta, 2004), que foram sendo modificados à medida que suas limitações de aplicação à prevenção pelo HIV/Aids foram sendo sentidas. Esse tipo de abordagem restringia-se à transmissão de informação correta sobre a epidemia e à mudança de comportamento. Percebemos nas entrevistas que, quando a informação é descontextualizada do universo da população que se pretende atingir, o trabalho da prevenção se dilui entre os outros riscos que também se constituem como ameaças, oscilando conforme a urgência que cada indivíduo constrói para si como perigo. Algumas vezes, a informação funciona como um mecanismo de responsabilização para aqueles que, mesmo tendo informação, decidem não se prevenir.

Na realidade, sinceramente eu nunca parei pra pensar detalhadamente nisso não. Eu penso o seguinte, que se isso acontecer eu vou ter que assumir a minha irresponsabilidade. Porque não é falta de informação, eu tenho tido a informação né. (A, 53 anos, 2^o grau, casada).

Eu acho que é nossa, minha, sua, mais do indivíduo né. Eu acho que é. Vamos supor, eu vou sair com uma pessoa agora. Poxa, nem conheço o cara, pô, eu não vou prevenir. Eu tenho que me prevenir? O governo, alguém vai chegar assim: “– Olha, você se previne, hein? Eu que tenho que ter consciência porque além de tá fazendo coisa errada, se é uma pessoa que você nem quase conhece, não sabe a índole dele né, que ninguém conhece ninguém, Você não vai se prevenir com uma pessoa dessa? Aí eu estou totalmente errada. Ele vai chegar e vai me prevenir? Nem ele mesmo não vai, eu que tenho que fazer isso. (F, 40 anos, 1^o grau, casada)

Apesar do grau de escolaridade ser uma variável importante que diz respeito ao acesso à informação, este não garante a adoção de práticas seguras. Comparando as duas entrevistadas que tinham terceiro grau de escolaridade com o restante da amostra, percebemos que mesmo essas mulheres com mais anos de estudo também disseram não se prevenir. Isso reforça a idéia que a prevenção não é apenas uma resposta racional diante de riscos e que, embora o grau de escolaridade seja uma variável importante, não é a única no que se refere à adoção de práticas sexuais seguras em HIV/Aids. As políticas de saúde têm frisado que a educação sexual também se apresenta como um componente importante no campo da prevenção à Aids e nas políticas sociais de combate à desigualdade de gênero.

O processo educativo é mais do que a soma do informar, orientar e aconselhar, ou seja, por meio da educação podem-se proporcionar condições e meios para a pessoa obter uma consciência mais crítica no que diz respeito ao cuidado com sua saúde. Sendo assim, para completar este processo é necessário criar espaços onde essas mulheres possam discutir seus problemas, trocar experiências e assim ter um melhor controle sobre os seus métodos de prevenção ao HIV/Aids.

b) “Percepção de Risco”

A própria percepção do risco e das formas pelas quais as pessoas respondem ao risco nem sempre é “racional”, não se encaixa dentro de uma lógica da razão. A relação existente entre prevenção e risco é percebida pelas mulheres quando estas se vêem como vulneráveis a se infectarem pelo vírus da Aids. Com essa informação, elas conseguem não só ter acesso aos insumos de prevenção, mas também estabelecer um diálogo com o seu parceiro.

Eu acho que risco é qualquer coisa que ponha você em situação de perigo, situação de vulnerável. Ah! Eu acho que o maior risco que eu corro hoje, que eu acho que todo mundo, é a questão da segurança. Eu estou sempre preocupada com o que vai acontecer comigo, por exemplo, na rua, assalto, roubo, alguma coisa assim. Eu vejo que hoje pra mim é isso. (A, 53 anos, 2^o grau, casada)

Risco é...O que é risco? Agora você me pegou. Ah! Risco é você tá... Eu creio que é não se prevenir, achar mesmo que as coisas acontecem com os outros e não acontecem contigo. Então você tá sempre correndo risco. Se você não se cuidar, não se prevenir das coisas, entendeu, é manuseio

com... Pessoas que você não conhece, sem luvas, sem... Os médicos mesmo. Então eu acho que risco é isso, é a gente não se prevenir. (C, 45 anos, 2º grau, casada)

A partir das experiências subjetivas, dos contextos socioculturais e individuais, apreendemos os seguintes significados dados ao risco pelas entrevistadas: a hierarquização das práticas de risco; a afirmação de outros valores (prazer, vínculos afetivos, fidelidade, confiança); a desconfiança das afirmações da ciência médica *versus* a confiança no parceiro/parceira e a idéia de invulnerabilidade pelo amor. Este estudo, como muitos outros realizados junto a mulheres consideradas fora do risco de infecção pelo vírus da Aids, aponta para o fato que a discussão do risco de infecção pelo HIV/Aids não é prioritária. Segundo uma entrevistada: “*amor protege*”.

Essa coisa da relação de confiabilidade, né, que as pessoas se asseguram no amor que o outro tem por elas e ele se assegura no amor que a pessoa tem por ele, já é a questão do sentimento, por isso que falo que é uma proteção. As pessoas inventam uma proteção que elas estão vivendo. “Não, mas ele me ama, eu o amo, então eu não preciso usar, ou de vez em quando, entendeu”? (K, 32 anos, solteira, 3º grau)

Todos nós estamos correndo risco. Então, eu vejo assim, porque se eu tenho essa relação de confiança, então eu não paro pra pensar nisso, que de uma hora pra outra eu posso ser uma portadora, porque o meu marido tenha transmitido pra mim, porque eu sei quem sou e até onde eu vou, né. Mas na realidade ele diz, e eu confio nele, mas eu não sei se realmente ele vai ter.... (...) Olha, eu tomo meus cuidados, mas eu acho

que eu posso pegar sim, eu acho que eu posso pegar, assim como qualquer pessoa pode pegar. Por exemplo, eu não uso preservativo, porque a gente já tem 29 anos de casados, como eu te falei, e a gente tem um pacto de fidelidade, mas eu não sei né. Na realidade, eu acho que nada me assegura, só a confiança. Até que aconteça né. (A, 53 anos, 2^o grau, casada)

No conjunto, a maioria das entrevistadas demonstraram associar o risco de se infectarem tanto pela via sexual, através de seus parceiros, quanto através de uma ida ao dentista, pelo uso do alicate de manicure, por submissão a uma cirurgia ou mesmo pelo recebimento de uma transfusão de sangue.

Mesmo sabendo dos riscos reais de infecção pelo HIV/Aids pela via sexual, elas só se vêem em risco em situações em que se sentem desprotegidas e vulneráveis. Possuem conhecimento da possibilidade de se infectarem em suas relações sexuais, todavia, discutir a introdução do preservativo dentro das relações estáveis continua sendo um grande desafio para as mulheres.

Eu, no momento, acho que só através de transfusão ou no dentista. Bom, porque parte sexual, além de eu ter só um parceiro... E nem é por isso, por eu ter só um parceiro, é porque no momento exato ele está impossibilitado de ter relações sexuais, por problemas de saúde e tal. Então, não faz mais essa parte de sexo. (D, 60 anos, 1^o grau, casada)

Ah! Se eu me previno da Aids... Eu procuro né, a gente procura principalmente porque a gente já tem um conhecimento, a gente escuta aqui sobre HIV/Aids....mas não me previno. Olha, é... Eu sei que a gente é casado há 23 anos, mas não é isso não. Não me assegura nada. Quer

dizer, meu marido pode muito bem dar uma puladinha de cerca, me contaminar, e aí já viu. Então isso aí é um risco que eu corro, porque há 23 anos eu não uso camisinha e nem ele, entendeu? Isso aí é um risco que eu corro. (C, 45 anos, 2º grau, casada)

Observamos que as mulheres elegem seus próprios riscos. Diferentemente de outras pesquisas com mulheres que apontaram para a dificuldade de negociação do uso do preservativo com seus parceiros (Barbosa, 1996; Guimarães, 2001; Vilella, 1996). O que aqui se destaca são as dificuldades que as mulheres possuem para se prevenir. E mesmo quando usavam a camisinha, o seu uso consistia em método de anticoncepção:

Eu usei camisinha, mas para evitar a gravidez. Não é fácil falar pro marido usar a camisinha. Ele ia contestar de alguma maneira, - “mas por que que nós vamos usar camisinha?”. Ele ia falar pra mim: - “eu não tenho envolvimento com outra pessoa”. (A, 53 anos, 2⁰ grau, casada)

Não é difícil porque, tipo assim, vamos supor, eu vou transar com meu marido. Ele pode usar a camisinha e eu também posso. Mas só que eu não uso nem ele. Só quando estou no período fértil. (F, 40 anos, 1º grau, casada)

Se eu me previno? Não, porque eu só tenho um marido há 18 anos. Mas eu tenho medo. Meu marido não vai querer usar o tempo todo camisinha. Apesar de que eu faço tabela há muitos anos né, entendeu? Ele faz exame também, entendeu? Uma vez ao ano ele faz porque tem que fazer né, é obrigatório fazer isso. (F, 40 anos, 1º grau, casada)

Por diferentes razões os testemunhos a seguir revelam que as mulheres não se previnem e que o uso do preservativo com o seu marido descaracterizaria o formato da relação, onde é atribuída importância ao comportamento do homem como responsável pela prevenção.

Não sei. Eu não sei explicar. Eu tô... Sei lá. Não me interessa, na verdade, né. Não me interessa me prevenir. Eu não me interessou porque, tipo assim, eu penso em mim, entendeu. Porque, poxa, eu estou com um homem há 18 anos. Se eu sou uma pessoa que tivesse namorado, tivesse amante, eu, com certeza, me prevenia. Vamos supor, eu me interessar por outro homem, ter um amante, é claro, eu ia me prevenir com ele. Mas com meu marido não. Eu sei que está errado, mas... (F, 40 anos, 1º grau, casada)

Suscitar a discussão do uso do preservativo como hábito a ser adquirido dentro do casamento parece não se aplicar à realidade dessas mulheres.

Eu nunca sentei com meu marido pra gente conversar sobre isso. Por isso, porque eu acho que não tem necessidade, entendeu? Por esse pacto. (A, 53 anos, 2º grau, casada)

O único momento em que as mulheres revelam que a discussão sobre o uso do preservativo se faz pertinente dentro dos acordos estabelecidos pelo casamento aparece quando elas apontam a possibilidade de que seus maridos venham a ter uma relação extra-conjugal. Nesse caso, eles poderiam usar a camisinha como forma de se prevenir e também as suas esposas.

Tipo assim, ele não exige de mim nem eu dele, nós dois dentro de casa. Não quer dizer que ele sai, tá saindo por aí trazendo essas coisas, né. Essas coisas não. Mas eu converso muito com ele. Eu digo assim: “ – poxa, se pintar, entendeu, você se previne”. Eu falo pra ele que, pô, eu sou sua esposa já tem 18 anos, você me conhece. (F, 40 anos, 1 ° grau, casada)

Na época que casei, não era aquela coisa também, na época não usei, mas quando ela começou a propagar, mais ou menos em tipo 82- 84 por aí. Já com meu marido não. Na época eu continuei com ele legal. Eu até brinquei com ele nesse sentido. Se ele fosse pular a cerca que ele usasse. (A, 40 anos, 2 ° grau, solteira)

O “*pular a cerca*” é uma expressão comumente utilizada pelas entrevistadas e revela que a Aids ainda se confirma como a doença do outro: por mais informação que se possa ter, ainda é vista como distante, como uma doença da rua e restrita aos grupos de pessoas que possuem práticas sexuais arriscadas como: as trabalhadoras do sexo e os homossexuais masculinos.

Ah! Olha, por exemplo, os nossos jovens, a maioria ninguém quer transar de camisinha, entendeu? Os que usam drogas acham que sempre vai acontecer sempre com o vizinho, mas nunca vai acontecer com eles. Eu moro num bairro também que é bem carente, então as pessoas não são muito informadas. (C, 45 anos, 2° grau, casada)

Usamos, usamos, usamos sim camisinha. Mas é aquele negócio, ele não anda com mais ninguém, ele sempre teve uma saúde muito boa, ele é muito caseiro, ele não é de farra, não é de sair, está aposentado. (P, 54 anos, 1 ° grau, casada)

Nesse caso, o máximo de diálogo que essas mulheres conseguiam avançar com seus maridos era tentar condicionar o uso de preservativo para possíveis relações fora de casa. Numa relação estável, a percepção de risco ao HIV/Aids pode vir ou não acompanhada de outros riscos. Outras circunstâncias do próprio cotidiano dessas mulheres colaboram para que o risco de infecção pela Aids seja secundário as suas prioridades de sobrevivência.

Com a violência eu acho que estou correndo mais risco, porque pelo menos das doenças... É claro que às vezes você tem um troço que você não pode prever a hora que você vai adoecer, mas pelo menos a gente procura se tratar né. (D, 60 anos, 1^o grau, casada)

Algumas das mulheres entrevistadas residem em área de risco social, onde os temas de segurança e violência assumem proporções prioritárias para a sua sobrevivência, relegando qualquer outro tema que não esteja relacionado a essas temáticas a um plano secundário.

c) “Prevenção e Proteção, uma questão de escolha?”

Muitas das vezes nos referimos à palavra proteção como sinônimo da palavra prevenção. Não é errado utilizá-las com mesmo sentido, porém, considerando a linguagem como um fato social, ideológico e específico de cada cultura é necessário que se tome alguns cuidados no emprego dos termos prevenção e não proteção. No caso da epidemia de Aids, a interpretação que as mulheres atribuem a esses dois conceitos é idiossincrática.

Eu gosto, não sei se isso é uma coisa que eu trazi de herança, eu gosto quanto ele toma a decisão. Quanto a gente fica em dúvida ele: - não, vamos por esse caminho. Aquilo me dá uma satisfação, me dá um relaxamento, de eu ter uma pessoa pensando por nós dois, e eu gosto dessa proteção, entendeu? (K, 32 anos, 3⁰ grau, solteira)

A lógica da prevenção possui como foco o indivíduo e não privilegia a idéia de que a construção desse risco se faz a partir da interação entre os parceiros, onde a proteção é pactuada, de forma explícita ou implícita.

Se eu sei que tem uma epidemia aí tomando conta da gente, e eu tenho meios de ficar fora disso, no caso de me prevenir, no caso de me prevenir, e tenho como me prevenir, se eu não me previno a culpa é minha, né e não do governo. (D, 60 anos, 1⁰ grau, casada)

Eu nunca sentei com meu marido pra gente conversar sobre isso. Por isso, porque eu acho que não tem necessidade, entendeu? Por esse pacto. (A, 53 anos, 2⁰ grau, casada)

Esses acordos estabelecidos nas relações de parceria estável se revelam na intimidade de cada interação de forma singular e estão determinados, em parte, pela problemática das representações de gênero, etnia, nível socioeconômico e faixa etária. Percebemos nas sentenças a seguir que as entrevistadas percebem a diferença entre as noções de prevenção e proteção, ao mesmo tempo em que sinalizam uma dependência dos termos. Ou seja, não se pode falar de prevenção sem considerar proteção.

Proteção e prevenção? Diferença não. Eu acho que uma liga a outra. Proteção, se você não se protege você não se previne. Eu creio que eles estão ligados. (C, 45 anos, 2º grau, casada)

Proteção e prevenção têm que andar junto, não é? Têm que andar junto. Eu acho que uma coisa completa a outra. (P, 54 anos, 1º grau, casada)

Ainda que as entrevistas apresentem o uso das noções de prevenção e proteção como diferentes, tanto a prevenção como a proteção são percebidas como idéias relacionadas e algumas vezes até difíceis de serem feitas dissociações.

Prevenção é você ter conhecimento, ter informação e realmente se cuidar, cuidar da sua saúde, de você, para que você não venha adquirir determinada doença ou determinado acidente que possa acontecer, como por exemplo, um motorista tem que se prevenir também no trânsito para que ele não venha sofrer um acidente. Proteção é você estar de alguma maneira usando alguma coisa para que você não seja atingida. (L, 53 anos, 2º grau, casada).

Nesse exemplo que vimos, percebemos que a própria noção de prevenção entendida pelas agentes de saúde parece ser mais objetiva, racional e quantificável do que a noção de proteção. Já a proteção foi apontada como uma coisa que usamos para evitar algo que nos atinja. A própria explicação já se constitui de forma subjetiva e indefinida.

Proteção e prevenção? Não tem diferença, não. Eu acho que uma liga a outra. Proteção, se você não se protege você não se previne. Eu creio que eles estão ligados. (C. casada, 45anos, 2º grau)

Desproteção é quando você assume ter na questão da Aids, assume ter uma relação que você corre risco e você assume aquele ato. (K, 32 anos, 3º grau, solteira)

A prevenção está veiculada a uma atividade de controle direcionada a uma causa específica, a um agente etiológico. Já a noção de proteção implica um conjunto de determinantes que não necessariamente evidencia a equação direta causa-efeito. A relação existente entre uma causa e um efeito está intermediada por alguns fatores como, a cultura, a segurança e a dependência emocional e financeira entre os parceiros.

Às vezes você pode estar protegida, por exemplo, uma pessoa, você acha que está protegida por aquela pessoa, mas você, de alguma maneira não está prevenido, por exemplo, de uma doença né. Você pode estar protegida, mas... (...) Por exemplo, uma criança né, às vezes ela se sente protegida junto da mãe ou do pai, ela se sente protegida, mas aquela mãe, aquele pai, eles podem estar, por exemplo, com uma tuberculose e aquela criança não ter sido vacinada. Então, ela não está prevenida daquela doença que os pais são portadores. Ela se sente protegida junto daqueles pais, mas pelo fato dela estar protegida pelos pais, ela não está tendo uma prevenção contra certos cuidados, contra uma doença que os pais venham a ter. Ou na mesma, relação com marido e mulher. (A, 53 anos, 2º grau, casada)

Observamos nesse trabalho que as mulheres se previnem da Aids através do uso do preservativo ou do sexo não penetrativo. Porém, vimos também que nem sempre as mulheres conseguiam traduzir essa percepção de risco em comportamentos preventivos. Conforme apresentadas no capítulo II, tanto as noções de proteção e de prevenção não estão restritas à decisão individual, ou ao acesso a informações corretas sobre as formas de transmissão e prevenção. Fazer prevenção implica sexo seguro, que significa ter relações sexuais com preservativo. Prevenir representa um método de anticoncepção e de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto, quando a grande maioria das mulheres diz que usa o preservativo de forma contínua, esse discurso não implica prevenção do risco de infecção pelas DST/Aids, mas sim um método de evitar a gravidez indesejada. Foi observado que “o maior risco com o marido é pegar uma gravidez”.

Até antes de eu casar com ele eu tinha um namorado que eu já praticava sempre com camisinha. Na época era para não engravidar, principalmente. (D. 60 anos, 1^o grau, casada)

A incorporação e a adoção de práticas mais seguras com relação ao HIV/Aids são frutos de um processo contínuo, construído a partir de experiências sociais. Um dos maiores desafios à prevenção é responder às contradições que permeiam a relação homem-mulher, considerando os arranjos subjetivos e intersubjetivos que os indivíduos constroem para responder as desigualdades. Outro desafio é a existência de uma gama restrita de opções quanto aos métodos de prevenção, basicamente o preservativo masculino e a monogamia de ambas as partes, que podem funcionar como mais um fator gerador de uma situação que marca a desigualdade entre homens e mulheres. A

resistência ao uso do preservativo não ocorre apenas por parte dos homens, os preservativos vêm acompanhados de significados que favorecem o não uso.

A relação que tem é que você tem a pessoa do seu lado e fica naquela insegurança, naquela expectativa, porque ninguém quer nada com nada. Aí você fica pensando: será que ele está com outra? Essas coisas assim que vem na cabeça. (...) Usar preservativo. E cuidar do diálogo, ter informação sobre isso, conversar com o parceiro... mas ele é uma pessoa ignorante, se ele vê a camisinha aqui fica achando que tem outro... as coisas que vem na cabeça dele são assim, não vê o lado da prevenção.
(R, 39 anos, 2º grau, casada)

As camisinhas não são vistas apenas como proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Elas estão associadas também com a promiscuidade ou com o sexo clandestino”(O’Leary e Cheney, 1993). Nesse caso, negociar o uso do preservativo, além de parecer difícil, pode chegar a ser impossível. Um outro fator de dificuldade para as mulheres, em especial para as mulheres das camadas populares, diz respeito à construção de suas identidades calcadas num sistema de representação, onde a casa e a família constituem um bem maior.

Se eu tiver relações sexuais eu uso camisinha, ou o parceiro usa a camisinha. Mas eu estou falando assim é... Me prevenindo, né. Me prevenindo em casa, com o meu parceiro em casa. Agora fora, nunca tive, graças a Deus.(...) Faz tanto tempo que eu não faço sexo que eu nem... (P, 54 anos, 1º grau, casada)

Conforme assinalado acima, a agente de saúde, ao relatar a adoção de práticas sexuais seguras, revelou também que não tinha mais relações sexuais. Em outras palavras, só foi possível dizer que não acha difícil fazer prevenção quando não tinha mais uma atividade sexual. Sob esse testemunho, constatamos que o uso do preservativo ainda se encontra atrelado à idéia de sujeira, promiscuidade e infidelidade, reforçando a idéia da sexualidade à procriação.

d) “Sexo transmite Aids e sangue também”

Mesmo após inúmeras campanhas de Saúde Pública, desde o início da epidemia, esclarecendo sobre as formas de transmissão do vírus, assim como os métodos preventivos relacionados à infecção pelo HIV, muitas crenças e idéias errôneas foram produzidas, principalmente no início, onde muito pouco se sabia sobre essa nova doença que se apresentava como devastadora por contaminação por: beijo na boca, picada de mosquito, uso de alicates, barbeadores, aperto de mão. Mesmo após pesquisas e estudos comprovando que a transmissão do vírus se dá pela via sexual (em grande parte), pelo sangue e pelo leite materno, é fácil encontrar indivíduos que ainda têm dúvidas.

Bem, a gente nunca sabe, porque a Aids... Dizem que pega até em transmissão de sangue, né? De repente eu não sei se eu posso sofrer um acidente, ir pro hospital, ter que tomar uma transfusão de sangue, e esse sangue estar contaminado. (P, 54 anos, 1º grau, casada)

No caso das transfusões de sangue e cirurgia, acreditam que podem correr risco de se infectar, pois não acreditam que haja controle sobre essa situação, mesmo que a

categoria de exposição sangüínea não represente a principal causa do aumento da epidemia. Em 1988, foi promulgada uma lei que disciplinava a triagem sorológica nos bancos de sangue em todo País (Camargo, 1999, p.233), no sentido de reforçar as ações concretas de prevenção. Apesar do conhecimento da epidemia pelas mulheres entrevistadas, elas correm risco, algumas vezes conscientemente, outras não. O risco pela via sexual se dilui entre os outros inúmeros riscos, promovendo, assim, um enfraquecimento na adoção das práticas preventivas pelas mulheres.

Bom, eu procuro evitar, né? É aquele negócio: não uso cocaína, não uso droga nenhuma... não vejo muito risco, pra eu me assustar muito. É fácil eu me precaver. O dentista tem que escolher muito e ficar de olho, uma agulha em posto de saúde... uma farmácia e tal. E tem a parte sexual, né? Nessa parte todo cuidado é pouco. Uso preservativo, né? Presto atenção na hora de escolher o parceiro, escolho... Você é responsável, né? Não é o parceiro que é responsável sexualmente, né? (T, 51 anos, 1º grau, separada).

Atualmente não é mais possível distinguir os indivíduos que apresentam comportamentos de risco, e ter apenas um único parceiro não significa excluir o risco. Discutir os acordos da relação, negociar o uso do preservativo nem sempre é fácil ou mesmo possível. Em alguns casos, essas omissões têm um ganho, pois questionar os riscos com os seus parceiros remete ao questionamento de toda a relação. E quanto mais empobrecidas são as mulheres, mais obstáculos encontram no que diz respeito a conquistar igualdade de direitos e exercício de sua cidadania. Ou seja, provavelmente,

para não se colocar em confronto com seus parceiros, as mulheres não questionam os reais riscos de infecção pelo HIV e silenciam.

Nos depoimentos a seguir, percebemos que estas mulheres se reconhecem em risco com seus maridos e se sentem em risco de se infectarem por intermédio de outras vias e não apenas as sexuais. Muitas vezes, esse comportamento feminino remete à ilustração do “comportamento do avestruz”, bastante discutido no início da epidemia e que consistia em se fechar e/ou se esconder diante de qualquer obstáculo que se apresentasse e que, de início, não fosse possível enfrentá-lo. Mais uma vez proteger-se representaria correr risco. Segundo o Boletim Epidemiológico da SES/RJ (2003), o número de casos de Aids notificados em indivíduos do sexo feminino, com 13 anos de idade ou mais, segundo a categoria de exposição sexual, representa 81,4 % dos casos, ao passo que a categoria de exposição sanguínea representa 6,9 %.

A transmissão é pelo sexo, é pela... um buraco no dente, sabe? A unha, né, alicate, tirou um bife. Com certeza se não esterilizou a ponto de matar aquele vírus, porque é um vírus, né? Ele é transmissível sexualmente, só? Não. Tanto que é uma coisa no sangue, ele vai para o sangue. (L, 44 anos, 2^o grau, solteira)

Eu tenho medo de dentista, eu fico de olho, pra ver se a agulha é descartável. Se eu vou ao pronto socorro eu fico de olho, pra ver se é descartável mesmo, se estão tirando tudo limpinho, na hora. O que eu olho... o lado mesmo que me preocupa é esse. (F, 40 anos, 1^o grau, casada)

Falar sobre a sexualidade ainda é um tabu na sociedade. E quando este tabu vem aliado ao discurso oficial da igreja de recusa ao preservativo como método de prevenção ao HIV, discutir essa problemática pode significar questionar o fundamento da organização social existente na maioria das culturas ocidentais (o casamento baseado na fidelidade sexual). As restrições sexuais atribuídas às mulheres e o “pode tudo” para os homens persistem enquanto realidade na vida de muitas mulheres. O valor arbitrário que a cultura atribui às mulheres como inferior comparado aos homens como superior (Heritiér, 2002) aparece como norma, valores e percepções. Entretanto, não basta investigar e tentar promover mudanças nos comportamentos e atitudes, mas examinar a relação destas mudanças com outras questões mais profundas, buscando historicizar a desigualdade entre os sexos.

A situação de desigualdade e inferioridade da mulher traz para o seu universo medo, insegurança e incapacidade de sugerir temas de conversa com seus parceiros, principalmente no que se refere à intimidade da vida conjugal. Quando vivem situações dessa ordem, as mulheres se posicionam de forma silenciosa no sentido de manter os vínculos afetivos socialmente aceitos dentro do casamento.

Usar o preservativo, cuidar do diálogo, ter informação sobre isso e conversar com o parceiro...mas ele é uma pessoa ignorante, se ele vê a camisinha aqui, fica achando que tem outro...as coisas que vem na cabeça dele são assim, não vê o lado da prevenção...(...) ele fica com a pulga atrás da orelha, achando que é outra coisa. (R, 39 anos, 2^o grau, casada)

Outros valores seguem atrelados a essa relação de confiança estabelecida entre as parcerias. Sendo assim, parece que não se pode ter qualquer tipo de suspeita da conduta do parceiro. Esse resultado vem respaldar, então, um certo discurso sobre a epidemia: o de que a Aids não é uma doença de todos, mas de alguns.

e) “Desigualdade de gênero”

A reflexão conceitual sobre os estudos gênero e suas interfaces com a saúde da mulher, e, em especial, com a prevenção das DST/Aids, é bastante rica e complexa, e não se limita ao conteúdo das entrevistas apresentadas. As experiências obtidas pelas ações de prevenção desenvolvidas para as mulheres e os estudos de gênero têm demonstrado que qualquer tipo de intervenção social deve considerar os padrões culturais vigentes em cada sociedade.

Eu acho que não é por ser homem que eles têm que ser assim, eles têm que respeitar a mulher como ser humano, não se aproveitar das mulheres porque muitas vezes os homens acham que porque eles são homens eles podem fazer tudo e as mulheres não podem. Eu sempre ensinei meus filhos isso que eles têm que respeitar. Eu acho que o homem, ele tem que se cuidar, ele tem que respeitar, ele também precisa ser companheiro, precisa ser cuidadoso da família, também da esposa, dos filhos, tem que ser companheiro. Eu acho que o homem tem que ser companheiro. (A, 53 anos, 2^o grau, casada).

Eu acho que a diferença entre os homens e as mulheres é uma coisa natural porque a gente já vem, acho que desde que a gente nasce, a gente já obedece ao homem. Mas algumas mulheres hoje em dia, elas já... Por não quererem mais... Querem ser iguais aos homens elas não obedecem.

Mas de uma certa forma nós ainda somos inferiores, nós temos que obedecer e muito. (B, 33 anos, 2^o grau, solteira)

Devido ao fato de que diferentes culturas organizam a desigualdade de gênero de formas específicas, regras e regulamentos culturais delimitam o potencial de negociação nas interações sexuais e condicionam, por sua vez, a possibilidade da ocorrência de violência sexual, de padrões de utilização de medidas preventivas, de estratégias de redução do risco do HIV/Aids, e assim por diante.

A dinâmica das relações do poder de gênero tem se tornado um foco importante em relação à saúde reprodutiva e a veloz disseminação de HIV entre as mulheres. Segundo Laqueur (2001) demonstra, foi a necessidade política de enfrentar o ideário igualitário, vitorioso como a Revolução Francesa, que produziu uma nova leitura das diferenças biológicas entre o corpo da mulher e o do homem. Essas diferenças biológicas passam também a determinar as diferenças na subjetividade e a constituir as bases da desigualdade entre os gêneros.

Hoje em dia eu acho que não existem diferenças entre homens e mulheres, porque as mulheres estão fazendo quase tudo o que os homens fazem. É mesmo o órgão sexual, porque as mulheres estão no mesmo patamar da produção...(R, 39 anos, 1^o grau, casada)

Eu acho que a diferença entre os homens e as mulheres é uma coisa natural porque a gente já vem, acho que desde que a gente nasce, a gente já obedece ao homem. Mas algumas mulheres hoje em dia, elas já... Por não quererem mais... Querem ser iguais aos homens elas não obedecem. Mas de uma certa forma nós ainda somos inferiores, nós temos que obedecer e muito. (B, 33 anos, 2^o grau, solteira)

As seguintes falas denotam que mesmo após toda mudança paradigmática de diferença entre os sexos, no âmbito privado as mulheres continuam reproduzindo os modelos de condutas atribuídos a elas como socialmente aceitos.

A mulher tem que trabalhar fora, do portão pra fora, não só do portão para dentro, porque a mulher vive uma vida diferente. O dia que ela viver do portão para fora, ela vive mais com as pessoas. Ela tem o seu direito quando ela trabalha fora. Quem trabalha do portão para dentro é muito discriminada. Se pergunta se você trabalha: “ela diz não”. Poxa, como ela não trabalha. Ela trabalha sim só porque lá não trabalha do portão pra fora. Por isso, acho que toda mulher deve trabalhar em casa e do portão de fora também. Pra quando chegar a idade que cheguei de 45 anos, não ter dificuldade. Eu voltei para o meu esposo, eu aceitei ele de novo tanto faz, uma parte foi por isso, porque não sou apaixonada, ele sabe disso. Eu nunca fui apaixonada por ninguém. Gostar e respeitar é uma coisa, agora paixão não (S., 45 anos, 1º grau incompleto, casada).

Eu tenho um bom relacionamento com meu marido, mas eu vejo que é importante, eu ter autonomia, principalmente financeira, eu acho isso importantíssimo. Eu acho que o homem respeita mais a mulher que tem independência financeira. (A, 53 anos, 2º grau, casada)

No salário, a mulher hoje em dia ainda ganha menos, pode ser que esteja errado porque a mulher está correndo atrás dos mesmos direitos, mas ainda vemos que certas....Por exemplo, a mulher tem a mesma função do homem e ganha muito menos. Assim, às vezes, é a discriminação, a

mulher quer pilotar um metrô, ser uma caminhoneira, sei lá... Tudo isso é discriminação.(C, 45 anos, 2º grau, casada)

Nos discursos das entrevistadas, a presença freqüente de referências aos papéis de gênero revela a persistência de um sistema de normas e valores em relação aos papéis masculinos e femininos, na divisão dos espaços nas esferas da “casa” e da “rua”.

Até por culpa de muitas mulheres, o homem ainda continua com aquela coisa de machismo, né, é porque o homem...a mulher briga porque quer direitos, mas nem sempre quer deveres, né. Como eu falei, muitas mulheres se espantam quando vêem uma mulher trabalhando e o marido desempregado em casa cuidando dos filhos. (J, 49 anos, 2º grau, solteira)

Quanto à percepção do nível de vulnerabilidade à contaminação, existe um particular interesse no tema das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids. Contraditoriamente, convivem aqui uma possível percepção de risco e, ao mesmo tempo, um sentimento de indeterminação (preso a lógica relacional de gênero), que impossibilita a essas mulheres tomarem uma atitude deliberadamente preventiva, negociação sexual com seus parceiros (Heilborn e Gouveia, 1999).

Não acho difícil fazer prevenção. Mas, eu não me prevenia quando estava com ele (ex marido), porque ele não queria. Ele não aceitava [...]”
(P., 45 anos, 2º grau, separada)

Relataram também que o simples pedido para usar preservativo poderia levantar algum tipo de desconfiança do marido, relativa à conduta feminina. Dessa forma,

normas e valores “naturalmente” absorvidos e acatados colaboram para o aumento da vulnerabilidade das mulheres estudadas à infecção por HIV.

Quando eu era casada, eu sempre ia ao médico porque ele era da polícia militar. Então, ele falava comigo eu fiz o exame há uns 5-6 mais ou menos anos atrás, porque ele era muito promíscuo. Não deu nada no exame, mas eu continuei com ele, mas ele não quis usar mais camisinha. Ele dizia que comigo não havia necessidade, porque se eu tinha que usar a camisinha, era porque eu que estava pulando a cerca. (P., 45 anos, 2^o grau, separada)

O discurso preventivo da Aids, alimentado pela maciça mensagem do uso contínuo do preservativo em todas relações pode, portanto, gerar mais uma barreira para a prevenção em HIV/Aids. Ter que usar sempre o preservativo acaba se constituindo num discurso biopolítico no qual não se considera a dinâmica subjetiva do casal. A prevenção, ao mesmo tempo em que atinge o todo, perde a riqueza das particularidades que vão se construindo numa relação entre duas pessoas. Dessa forma, nem sempre o discurso do uso do preservativo cabe na rotina do casal.

CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre a sexualidade vêm recebendo importantes contribuições das ciências sociais, em especial da antropologia social e cultural, em termos de investimentos em pesquisas nesse campo. Esse aumento deveu-se a diversas razões: mudanças de valores nos padrões sociais de relacionamento; defesa pelos direitos sexuais e reprodutivos; influência dos movimentos gay e feminista no início dos anos 80; surgimento da epidemia de Aids que, em seu conjunto, tem propiciado importantes iniciativas de se promover pesquisas interdisciplinares comparativas sobre a sexualidade.

As investigações sobre comportamento sexual humano surgiram a partir da pesquisa realizada por Kinsey na população americana sobre comportamento sexual masculino e feminino (Loyola, 2003). Essa investigação aparece como um marco nos estudos sobre a sexualidade no século XX, provocando um rompimento com as idéias de psicopatologia da sexualidade descritas inicialmente por Krafft-Ebing e Havelock Ellis. Esses sexólogos, pioneiros, tinham como objetivo descobrir, na racionalidade científica, discursos suficientemente capazes de padronizar as condutas causadas pelos desvios sexuais. Conforme Loyola (2003) relatou, os novos estudos sobre a sexualidade seguiram-se após a publicação do relatório Kinsey. Contudo, somente após o surgimento da epidemia de Aids, pesquisas sobre essa problemática ganharam espaço de discussão.

Segundo a análise de Carole Vance (apud, Parker, 2001) sobre as pesquisas antropológicas realizadas no campo da sexualidade, a autora relatou que no período entre 1920 a 1990 as investigações ficaram baseadas na idéia do modelo teórico da “influência cultural”. Esse modelo teórico, por vezes, reduz a esfera da sexualidade à

sua esfera cultural, ou seja, a sexualidade é condicionada pelos valores de cada cultura e, no geral, sua manifestação biológica se constitui enquanto função reprodutiva universalmente acordada. A relação habitual que a cultura ocidental costuma fazer entre sexo e gênero faz com que esse modelo também influencie a associação entre a sexualidade e o gênero, ocasionando dessa forma uma dificuldade de se ter clareza quanto às questões referentes às relações de gênero no que diz respeito à sexualidade. Entretanto, esse modelo possui pontos importantes e consideráveis no estudo sobre a sexualidade, tendo aporte nos princípios antropológicos do relativismo e da variabilidade intercultural. Seu papel é reconhecido, pois é utilizado para questionar a uniformidade das normas e dos comportamentos sexuais presentes na cultura ocidental. Esse modelo é importante para compreender o sistema de signos que uma dada cultura constrói como normas, sem, no entanto, naturalizá-las em nome da cultura. Com isso não se quer dizer que a cultura deixe de ter papel indispensável na construção de subjetividades - “quebre as suas correntes e você será livre, corte suas raízes e você morre” (provérbio africano).

A rápida disseminação do vírus da Aids em todo mundo tem colocado para a sociedade inúmeras questões que até então estavam sob a égide do não dito, do proibido. Questões enclausuradas na esfera da intimidade tornam-se pública com o advento dessa epidemia. A transformação provocada no campo da sexualidade pelo aparecimento de uma doença incurável transmitida pelo sexo trouxe para o campo das ciências médicas uma demanda que torna público práticas sexuais consideradas íntimas e de importância estrita ao casal. O surgimento da Aids acarretou a quebra desse sigilo, o rompimento desse pacto.

O grande paradoxo dessa epidemia foi ter aparecido num momento em que existe um grande apelo à busca incessante pelo prazer. Ao mesmo tempo em que se pode tudo, não se pode, pois há risco de infecção pelo vírus HIV/Aids. Se anteriormente, o risco estava baseado em valores morais que cada sociedade constrói para os seus indivíduos, agora o risco encontra-se no cotidiano. Faz parte da vida do indivíduo, independente de suas escolhas sexuais, conviver com o risco. Arriscar-se ou não assume essa dimensão quando o indivíduo faz do risco a sua escolha, faz do risco o seu estilo de vida.

Considerando a importância da prevenção frente às demandas que a epidemia vem apresentando nos grupamentos populacionais, observei nesse trabalho que as implicações das noções de prevenção e proteção assumem no cotidiano papel importante quanto à decisão de querer ou não, ou mesmo de não poder, se prevenir.

Aposto algumas abordagens que deveriam ser melhor tratadas como, por exemplo, a atividade educativa, necessária, contudo, não suficiente em termos de promover mudanças de comportamento. Não basta apresentar o preservativo e anunciar que o não uso predispõe ao risco de infecção pelo HIV. Esse é o recurso usado nas campanhas de saúde. Nas campanhas tabagistas, por exemplo, as pessoas não deixaram de fumar em virtude de terem sido informadas sobre os malefícios do cigarro e do risco do câncer. O que de fato se percebe nas atividades de prevenção é um hiato entre a aquisição do saber e a mudança de comportamento. É no desconhecido, naquilo que não se pode mensurar, que os motivos que levam um indivíduo a se comportar de uma maneira específica se encontram. A questão da informação não mudar comportamentos ficou clara nas entrevistas realizadas nessa pesquisa. O impacto das ações preventivas se amplia quando se trabalha a prevenção às doenças em conjunto com outros determinantes

sociais, tais como: escolaridade, nível sócio cultural, raça/etnia, discriminação, diferenças de gênero e da negação dos direitos humanos e sexuais/reprodutivos.

Apesar das entrevistadas terem todos os pressupostos necessários para se prevenirem, a grande maioria revelou não usar o preservativo com seus parceiros e quando usavam, o seu uso não era contínuo. Ou mesmo quando usavam o faziam como método de contracepção. Quando relatavam sobre o não uso do preservativo, suas justificativas não se baseavam na dificuldade de negociá-lo, e sim por acharem que não precisavam. Segundo uma entrevistada: “amor protege”.

Essa coisa da relação de confiabilidade, né que as pessoas se asseguram no amor que o outro tem por elas e ele se assegura no amor que a pessoa tem por ele, já é a questão do sentimento, por isso que falo que é uma proteção, as pessoas inventam uma proteção que elas estão vivendo. “Não, mas ele me ama, eu o amo, então eu não preciso usar, ou de vez em quando, entendeu”?

No conjunto, todas demonstraram estar conscientes do risco de se infectarem, tanto pela via sexual através de seus parceiros, quanto através de uma ida ao dentista, do uso do alicate de manicure, ao sofrer uma cirurgia ou mesmo receber uma transfusão. Elas sabem do risco, pois se percebem em determinados riscos. Entretanto, elas elegem seus próprios riscos.

Diferentemente de outras pesquisas com mulheres que apontaram para a dificuldade delas negociarem o uso do preservativo com seus parceiros (Barbosa, 1996; Guimarães, 2001; Vilella, 1996), esse estudo revelou que as mulheres possuem, na verdade, dificuldades de se prevenirem. Entretanto, nesse caso, as dificuldades apresentadas pelas entrevistadas em se prevenirem não estavam relacionadas ao medo de conversarem com seus maridos sobre o uso de preservativo na relação, mas por elas

mesmas acharem que não faz parte do seu universo o uso do preservativo. Ainda que elas relatem não terem dificuldade de negociar o uso como estratégia de prevenção, elas não usam o preservativo. O que de fato é feito por elas e entendido como mecanismo de prevenção é sugerir aos seus parceiros que usem o preservativo quando forem ter relações sexuais com uma parceira eventual. Dessa forma, as mulheres se preveniriam, mesmo que indiretamente. Elas negociariam, então, o uso do preservativo, não na sua relação com o parceiro, mas com as possíveis relações ocasionais que seus parceiros possam vir a ter. Essas questões são relevantes, pois trabalhar a questão da prevenção ao HIV/Aids refere-se à identificação do risco *versus* abrir mão de um desejo em nome da preservação da vida. Dessa forma, é possível perceber que a prevenção não coage ninguém a usar o preservativo. O controle que ela exerce sobre as condutas desejadas seria conseguido através da norma regulada por um saber, no caso, a medicina e não mais através da punição.

Conforme a literatura sempre apontou, o uso do preservativo possui um condicionante atrelado a valores morais. O seu uso implicaria na admissão de determinadas práticas consideradas libidinosas, promíscuas ou proibidas em oposição ao comportamento sexual esperado do casal dentro do casamento (Carrara, 1996).

Segundo o Boletim Epidemiológico da Assessoria de DST/Aids (2003), atualmente, o maior número de casos de Aids em mulheres está ocorrendo naquelas que possuem baixa escolaridade. Em 1991, as mulheres mais vulneráveis eram aquelas que tinham pelo menos 12 anos de estudo. Em 2000, verifica-se um aumento do número de casos da doença com menos de 8 anos de estudo. O aumento do número de casos nessa população com baixa escolaridade caracteriza o que se convencionou chamar de pauperização da epidemia. É claro que escolaridade não garante prevenção, mas, sem

dúvida, é um aliado importante nessa luta contra a epidemia, pois ter escolaridade não é apenas ter a compreensão da informação transmitida. A educação permite uma maior possibilidade de questionamentos e, por sua vez, proporciona subsídios que as fortaleçam permitindo abordar a temática HIV/Aids no casamento com espontaneidade, sem receio de que seu parceiro possa desconfiar de sua conduta sexual. Os resultados encontrados sugerem, então, uma análise direcionada aos entraves que o uso do preservativo suscita numa relação estável. E, a partir dessa análise, problematizar a representação do uso do preservativo dentro dos acordos afetivos de confiança que são estabelecidos no casamento ou até mesmo como uma barreira à busca do prazer.

Investir na educação traz resultados, mas desde de que essa ação não seja uma atividade isolada. A própria indagação de fazer uso do preservativo dentro do casamento pode representar às vezes uma ruptura do pacto de confiança que se estabelece entre o casal. As mudanças exigidas no relacionamento sexual para a prevenção ao HIV pressupõem um esforço, de modo a situá-lo como uma possibilidade que passe a fazer parte do cotidiano de qualquer indivíduo sexualmente ativo, independente de sua orientação sexual, cor, idade e sexo. É nessa direção que surge a idéia de vulnerabilidade entendida como efeito da mútua potencialização de fatores de diferentes ordens (individuais, sociais, políticos e programáticos) de forma a reduzir o peso sobre a decisão individual de fazer uso do preservativo.

Os discursos das entrevistas revelam os sentidos de prevenção e de proteção sob o ponto de vista das mulheres, indicando que esse tipo de abordagem educativa em prevenção à Aids, priorizado pelos projetos comunitários, deveria ser melhor divulgado em outras áreas, como ONGs, associações feministas, órgãos governamentais, etc. Embora a percepção de risco exista em alguns casos, as práticas de prevenção não

fazem parte do cotidiano destas mulheres. No seu dia a dia, elas se vêem obrigadas a terem que lidar com outros riscos. Os cuidados com elas mesmas somente ocorreram após um episódio que de fato trouxe complicações a sua saúde, por exemplo, terem sido infectadas por uma doença sexualmente transmissível (DST) grave. Conforme Loyola (2003) apresenta, o casamento não é somente a instituição que liga homens e mulheres pela divisão do trabalho, ele é antes de tudo, a instituição que permanentemente expõe a mulher ao risco da fecundação e também da infecção por uma doença transmitida sexualmente. Entretanto, o maior agravante da vulnerabilidade é evidenciado pelas limitações no espaço de suas relações pessoais, principalmente no que se refere à relação conjugal. Neste contexto, o comportamento parece ser mais orientado por idéias e afetos vinculados a determinados padrões pré-definidos.

Observou-se que o problema da infecção pelo HIV/Aids precisa ser discutido em toda a sua complexidade, por isso uma abordagem conjunta da sexualidade, conhecimento técnico da epidemiologia, valores culturais de gênero, relações de poder no casamento, autocuidado, entre outros temas, devem ser obrigatoriamente considerados. Além de serem necessários para a construção da noção de prevenção, essas variantes não devem ser hierarquizadas por importância, pois a sua importância se constrói em conjunto com as demais variáveis. Em geral, apesar dos seus esforços, as mulheres não costumam levar em conta, pelo menos predominantemente, a "racionalidade" para orientar suas ações. Inúmeras variáveis, não apenas o conhecimento sobre as formas de transmissão, assumem importância no momento em que elas têm que decidir. No caso específico da sexualidade, é preciso que se indague melhor sobre questões a respeito do prazer, da moral, da norma, das escolhas responsáveis.

Vinte e três anos depois do surgimento do primeiro caso conhecido da doença em nosso território, verificamos que a epidemia não foi uma história isolada e localizada, restrita a determinados grupos considerados de risco. Pensar que as pessoas constituíam-se a partir de seu próprio risco, e não de suas práticas, foi um equívoco no início da epidemia. A prevenção se faz através de uma compreensão do todo que contempla desde o agente etiológico até as variantes sociais que favorecem o indivíduo a se aproximar ou se afastar do risco.

No que se refere à proteção, sentir-se protegido de um risco não significa que o indivíduo detém informação sobre uma situação considerada arriscada. Não existe, nesse caso, aprendizagem sobre o risco. O que de fato predefine a proteção é a crença ou a fé que o indivíduo tem nas estratégias que ele crê eficazes. O sentimento de proteção revela a existência de uma brecha que a racionalidade científica não consegue alcançar.

A prevenção, o ato de sentir-se prevenido, significa de antemão identificar e considerar o risco. Entretanto, identificar o risco não garante, como já foi dito, mudança de comportamento. A prevenção é uma tarefa bastante complexa, pois exige do indivíduo modificação de uma prática atual em função da possibilidade de que num futuro não definido tal prática possa vir a lhe causar danos.

Apesar dos discursos de responsabilidade compartilhada e uma iniciativa voltada para a construção de relações de intimidade mais igualitária entre os parceiros, as mensagens de prevenção ainda estão baseadas na idéia da negociação do sexo seguro, concepção que coloca a mulher como alvo de intervenção das ações educativas. Essa forma de abordagem, por sua vez, acaba privilegiando a população feminina com mais informação, de forma a que elas possam criar estratégias que sejam capazes de diminuir

suas vulnerabilidades frente à epidemia de Aids. Todavia, esse tipo de intervenção acaba negligenciando a população masculina, que é, na grande maioria das vezes, quem decide sobre o uso ou não do preservativo. A dinâmica dos papéis sexuais construída na cultura ocidental colabora para entender e explicar o fato de que, na maioria das vezes, a mulher nem percebe sua exposição e quando se percebe, prefere minimizar, hierarquizar ou mesmo relativizar os riscos.

As medidas preventivas de infecção pelo HIV deveriam, nesse sentido, priorizar as mulheres que se encontram em relações estáveis, pois é nesse contexto que as diferenças entre os gêneros se manifestam. As dificuldades que as mulheres encontram para conversar com seus parceiros revelam a necessidade de medidas preventivas de transmissão do HIV, a serem adotadas pelo casal, conjuntamente, pois, nas reações do parceiro, residem a maior barreira da mulher para prevenir-se do vírus da Aids.

A perspectiva teórica das relações de gênero tem se mostrado bastante pertinente às estratégias de prevenção dirigida à população feminina, sobretudo após o recrudescimento da discussão sobre os diferenciais de poder entre homens e mulheres que a epidemia de Aids suscitou. Essa forma de abordagem tem propiciado uma melhor compreensão do papel da mulher dentro de seu contexto histórico marcado pelo legado feminino de cuidadora legítima da casa, da família, do marido e dos filhos.

O que esse trabalho quis sugerir não foi a simples diferença entre os termos prevenção e proteção, tampouco não se buscou uma pactuação entre essa terminologia. Também não buscou desenvolver uma teoria sobre esses dois conceitos, e sim uma análise interpretativa a luz das ciências sociais. Deste modo, percebemos que as duas idéias são complementares, ou seja, uma sustenta a outra e cada uma apresenta sua rede de significados, onde observamos com frequência que o uso do termo proteção em lugar

da prevenção pode acarretar ruídos no discurso preventivo que não devem ser negligenciados, em se tratando de uma doença incurável.

Para as mulheres, a proteção segue uma lógica afetiva e subjetiva de avaliar uma situação como fornecendo risco ou não. Assim, o risco sexual para elas está vinculado aos próprios riscos que a condição cultural lhes impõem, pois admitir que o seu principal risco é seu marido contradiz todo o acordo estabelecido pelo matrimônio.

Traçando um paralelo entre as noções de prevenção e proteção, poderíamos destacar que a prevenção trabalha com dois componentes importantes; coletivo e individual. O primeiro quando se propõe a evitar ou mesmo diminuir novos casos da doença numa população e o segundo quando cabe ao indivíduo toda a responsabilidade de se prevenir diante uma situação considerada arriscada. Já na proteção seu componente é relacional, ou seja, está ligado à rede de amizade, parentesco e familiaridade, formalizações que socialmente se encontram fora da lei.

De fato, é importante sinalizar as diferenças existentes entre a prevenção e a proteção. Sob a ótica da prevenção, a distinção existente entre esses dois termos propostos por esse trabalho só torna importante e necessária quando o uso de um termo pelo outro é usado de forma indiscriminada sem problematizar os possíveis sentidos que o indivíduo possa dar a prevenção quando diz sentir-se protegido do risco de infecção pelo HIV.

A aplicabilidade desse estudo pode consistir em problematizar as noções de prevenção e proteção para além das diferenças de significados existentes entre esses dois termos.

Trabalhar sobre as práticas sexuais significa antes de tudo compreender que seus significados são construídos socialmente, sob circunstâncias históricas bastante

complexas. A intervenção em resposta ao HIV/Aids depende não apenas das ações técnicas da Saúde Pública, mas de investimento de pesquisas que busquem entender a epidemia de HIV/Aids em suas particularidades respeitando assim, a sua diversidade e a sua singularidade dentro do contexto vivido pelo indivíduo da prevenção.

Quando se pensa no controle da epidemia de Aids, notamos que o maior empenho das ações de combate a epidemia esteve direcionado ao tratamento, mesmo que os custos com a prevenção sejam menores comparando com a assistência. Adotar modelos intervenção que não separe a prevenção da assistência continua sendo o grande desafio.

Se os usuários dos serviços de saúde e dos doentes de aids se animam e se reúnem para reivindicar o acesso aos tratamentos disponíveis, raramente presenciamos uma mobilização, ou mesmo uma ação judicial, reclamando por insumos de prevenção, por mais diagnóstico, por mais aconselhamento (Passarelli, 2004, p.15)

Para a assistência, existe uma lógica causal ($A+B=C$). Na prevenção essa lógica é intermediada por outros fatores que muitas das vezes fogem do controle do indivíduo. Nesse caso $A+B$ pode ou não ser igual a C , ou seja, o trabalho da prevenção está pautado pela incerteza. Na prevenção não existe certeza. A única certeza consiste nas inúmeras possibilidades de comportamentos se manifestarem. Além disso, as especificidades que uma epidemia como a Aids impõem, nos colocam o desafio de buscar respostas dentro e fora do campo da Saúde Pública, uma vez que a resposta brasileira encontra-se dentro da perspectiva intersetorial, um princípio do SUS.

ANEXO I

Perfil:

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Ocupação/profissão:

Roteiro de entrevista:

1. Você tem um companheiro/casada? Quanto tempo estão casados?
2. Possui filhos? Caso sim, eles moram com você?
3. O que você pensa sobre o casamento?
4. Quem cuida da casa? Caso não seja ela, existe alguma outra pessoa que a ajuda?
5. O que você que é ser homem?
6. Você acha que existe diferença entre homens e mulheres?
7. Você cuida da sua saúde? Se sim, como?
8. O que é risco para você ? Que tipo de risco você acha que pode correr?
9. Você já ouviu falar da Aids? Se sim, o que você já ouviu falar da doença?
10. Onde ouviu falar da Aids?
11. Quando você escuta essa palavra, o que vem a sua cabeça?
12. Você acha que corre risco de pegar Aids?
13. Você sabe como se previne? De que forma?
14. Você se previne? Caso contrário, por que não se previne? Você esta ciente do risco que corre?
15. Você acha difícil se prevenir? Por que?
16. O que sente quando não se previne?
17. Se você não se previne, você acha que se protege? Se sim, como?

18. Você percebe alguma relação entre casamento e Aids?
19. Você acha que esse é um problema do governo ou de cada um?

Anexo II - Entrevistas

ENTREVISTA N° 01

D.60 anos, 1 ° grau, casada

- Entrevistador

Entrevistada

- Qual a sua idade?

60.

- Você é casada?

Sim.

- Tem filhos?

Não.

- O que é o casamento pra você?

Pra mim foi bom né.

- Em que sentido foi bom?

Ah! Foi bom assim como relacionamento, como pessoa, pra você ter um parceiro, vamos dizer assim, um companheiro né. Questão de amor também né, de afinidade. Até que deu certo, foi um casamento... Eu até demorei muito pra casar, eu casei já aos 41 anos, vamos dizer assim como se diz na gíria, eu aproveitei bastante antes. Então quando eu me decidi a casar e ele também, porque nós namorávamos também há bastante tempo, agente queria mesmo um companheirismo mesmo, uma companhia, pra um acompanhar o outro, e estamos conseguindo levar até hoje. Faz 23 anos que nós estamos casados.

- Você acha difícil manter o casamento ou não?

O casamento é sempre difícil né, mas agente consegue, não sei como, não sei se é por que agente se gosta muito. Eu tenho até uma teoria, eu não sei se é muito válida pra determinadas pessoas, mas eu acho... Quer dizer, eu não sei se é muito válida, eu não consigo, vamos dizer assim, eu não consigo acreditar muito porque eu não tenho o outro lado, mas eu acho que o casal que não tem filhos, eles conseguem se segurar mais do que os que não tem filhos.

- Por que você acha isso?

Porque eu acho que as crianças, o filho, desgastem muito, tem aquele lado que fica a divisão de amor, né, por exemplo, a mãe às vezes é muito possessiva, então quer o amor do filho mais pra ela, e o pai reclama daquilo, ou então, o pai se sente enciumado porque a mãe dá mais atenção ao filho, ou virse e versa, não sei, então sempre tem aqueles conflitos né, que pro casal que não tem filho isso não ocorre. Claro que tem horas que você sente também um vazio, pô podia ter uma criança aqui, agora já passou até a fase de ter criança né. Mas antes você podia te pensar duas vezes, pô casei tão tarde, podia ter tido um filho, mais depois você...

- Você queria ter filhos?

Não, não muito, se tivesse tido até quando eu casei, até aos 41 anos.

- Seu marido tem filhos?

Não, também não, não era muito... Não é a favor.

- Quem cuida da casa em geral

Eu.

- Vocês dividem as tarefas ou não?

Muito pouco, ele divide muito pouco, ele pouco sabe fazer porque ele é filho único, e a mãe dele foi uma mãe que fazia tudo né.

- Vocês não cobram um do outro, tipo: a tampa do vaso está aberta...?

Eu cobro, eu cobro sempre dele, eu cobro muito, tanto que ultimamente ele já está muito mais participativo do que antes, muito mais né. Logo que eu casei não, a mãe dele é... Tudo né, até um copinho. O lanche era servido na mão e tudo, aí eu fui tirando isso tudo. Hoje em dia ele já vai pra cozinha, ele já faz o prato dele, ele já frita se for coisa de fritar, por exemplo, ele frita uma batata, frita um bife, lava uma louça, mas muito, assim, por exemplo, se eu sair, uma comida ele não faz, lavar uma roupa já não lava, porque não sabe mesmo, não é nem questão de ele não querer, ele às vezes até... Ele mesmo fala “poxa, mas eu sou um inútil, porque eu não consigo fazer nada, eu vejo que tem homem que faz isso, faz aquilo pra ajudar as mulheres em casa, e eu não consigo, eu não sei fazer por culpa da minha criação”.

- E na sua opinião, o que é ser homem?

Ser homem, eu acho é que é ter caráter perante todos, ser uma pessoa honesta acima de tudo, é participativo, ser companheiro né.

- E mulher, o que é ser mulher pra você?

Mulher também né, a mesma coisa por aí também.

- Você acha que existe uma diferença entre homens e mulheres?

Existe sim.

- Que tipo de diferenças que existe entre homens e entre mulheres?

Ah! Porque a mulher... Sei lá... A mulher é mais... É mais paixão, é mais sentimento né, o homem não, o homem é mais a razão, ele olha... Eu acho que ele é muito mais objetivo do que a mulher, a mulher fica vendo mais detalhes, é mais detalhista, é mais detalhista em tudo que faz né, tudo que... Qualquer coisa que agente vai fazer, agente está sempre procurando detalhes, procurando acertar de uma maneira ou de outra. Já o homem não, o homem é mais objetivo, ele vai aquilo e... Se bem que tem algumas mulheres hoje em dia né... Eu falo pela minha geração né, porque eu já estou um pouco ultrapassada, já passou da minha época, hoje em dia eu já vejo mulheres com atitude também bem parecidas né.

- Você já sofreu algum tipo de... Por exemplo, por ser mulher, algum tipo de diferença ser tratada diferentemente do homem?

Em que sentido?

- Por exemplo: digamos que em algum tipo de situação...Bom no sentido de que você não seria tratada daquela maneira se fosse homem. Alguém de alguma maneira...

Há! Agente sempre... Outro dia inclusive, outro dia inclusive eu discuti com um senhor numa loteria, estava fazendo um jogo e ele quis passar na frente né, se dizendo até que era pastor de uma igreja e que estava pagando a luz da igreja, que iam cortar e eu não deixei né, embarreirei, não deixei ele passar e ele ficou muito furioso, inclusive até ameaçou que bateria, e virou pra mim e disse assim: - “pois é, infelizmente eu não posso fazer nada porque é uma mulher, e eu não posso bater, se fosse homem eu batia, fazia e acontecia”. Eu disse: - “não o senhor não tinha que bater nem em mim como mulher e nem num homem. Por que o senhor ia bater? O senhor não é pai, o senhor não é nada da pessoa pra ir bater. Como é que vai bater assim! E o senhor está fora da sua razão. Porque ele queria entrar na fila, então ele aí achou que só porque eu era mulher, ele não bateria naquela hora, não me dava um tapa porque eu era mulher.

Você se cuida? De que forma você se cuida? De que forma você cuida do seu corpo?

Ah! Eu faço hidroginástica, faço caminhada. Eu todo mês vou ao médico, vou no cardiologista, faço exames periódicos, todos os exames que são feitos anualmente, por causa da idade. Todo ano, mamografia, ultra, todos os exames eu faço.

Você já ouviu falar da AIDS?

Já.

O que você já ouviu falar desta doença?

Bom, já ouvi falar que é bastante perigosa né, é uma doença...

Em que sentido que ela é perigosa?

Perigosa eu digo assim, porque até hoje ainda não temos a cura né, então perigosa em questão de óbito, de fazer óbito. Agora com AZT, essas drogas mais atualizadas dando

um bom resultado... Mas isso não quer dizer que tenha a cura, então neste sentido é bastante perigoso.

E onde você ouviu pela 1ª vez falar de AIDS?

Olha faz muitos anos, acho que foi nos anos 70 eu já ouvia falar em AIDS.

70?

É anos 70.

E aonde você escutava?

Televisão. Foi até um... Nesta época um costureiro, não sei se era o Denner, acho que não é da sua época não, o nome dele era Denner, morreu assim...

Era um cabeleireiro né?

É e ele morreu, depois sabia-se que foi d AIDS, mas foi tudo aquela coisa escondida né, passou mal e rapidamente ele morreu, a partir daí já foi que começaram mais a falar na televisão sobre AIDS e aí veio á tona mesmo.

E quando vem essa palavra pra você escutar, o que que te remete? O que que te causa esta palavra Aids? O que você sente? Quando você escuta esta palavra AIDS o que você sente pra você?

Eu sinto como eu sinto qualquer outro tipo de doença, como o câncer, como uma doença que você pode contrair a qualquer momento né, e que agente tem que ter as prevenções, as precauções, se prevenir sempre.

Você acha que corre risco de pegar AIDS?

Eu?

É.

Corro.

Por que você acha isso?

Eu no momento acho que só através de transfusão ou no dentista.

Por que você acha que só através de transfusão que você corre o risco neste momento?

Bom, porque parte sexual, além de eu ter só um parceiro... E nem é por isso, por eu ter só um parceiro, é porque no momento exato ele este impossibilitado de ter relações sexuais, por problemas de saúde e tal. Então, não faz mais essa parte de sexo.

Você sabe como se previne da AIDS?

Sei, camisinha né.

Só camisinha?

É.

Bom, você se previne?

No momento não, mas antes me prevenia.

De que forma se prevenia?

Camisinha.

Sempre camisinha?

Sempre camisinha.

E naquela época que você tinha que se prevenir, você achava difícil fazer prevenção?

Não.

Por que que você achava que não era difícil fazer prevenção?

Porque agente praticava bastante né, aprendeu bastante como usar.

Você não tinha dificuldade com seu marido?

Ah! Não, com ele não.

E ele, aceitava, não falava nada?

Aceitou, aceitou numa boa.

Não teve nenhum problema pra ta colocando?

Não. Até antes de eu casar com ele eu tinha um namorado que eu já praticava sempre com camisinha.

Você praticava pra não engravidar ou ...

Na época era para não engravidar, principalmente né.

Você consegue perceber que existe algum tipo de relação entre casamento e AIDS ou não?

Acho que não.

Você, por exemplo, acha que o casamento pode transmitir a AIDS ou não?

Ah! Pode, com certeza pode.

Você acha que o casamento é alguma prevenção?

Não, de forma alguma. Todos os casais estão na mesma linha de fogo né, vamos dizer assim.

Pra controlar essa epidemia, que no momento em que está afetando mais as mulheres, o que você acha que poderia esta sendo mudado na estratégia, por exemplo, pra está diminuindo o número de mulheres infectadas?

Ah! Eu acho que só camisinha mesmo né, porque... Fazer o que? Parar de fazer sexo ninguém vai parar né? Então eu acho que no momento... Eu não sou a pessoa mais indicada pra falar sobre isso, como a própria Marisa falou que eu não sou muito entrosada sobre a parte de DST, mas eu acho que só camisinha, pra prevenção, só com a camisinha mesmo.

E o que você acha que, por exemplo, AIDS é uma questão individual, ou seja, sua, minha, de cada um, ou do Governo? De quem você acha que é a responsabilidade?

Eu acho que é principalmente nossa né, e também do governo, depois passa a ser do governo, que é ele que vai ter que arcar com as despesas, no caso para tratamento de saúde destas pessoas, mas eu acho que agente tem que se gostar de si próprio. Se eu sei

que tem uma epidemia, que existe uma epidemia aí tomando conta da gente, e eu tenho os meios de ficar fora disso, no caso de me prevenir, e tenho como me prevenir, se eu não me previno à culpa é minha né, e não do governo.

E agora voltando um pouco à questão do risco, que você acha que você corre mais nesta vida? Qual o maior risco pra você?

De vida? De morrer, no caso? Risco de morrer?

Que tipo de situação você acha que corre mais risco?

Ah! No momento, eu acho que é a falta de segurança.

Você fala de violência?

Violência. Com a violência eu acho que estou correndo mais risco, porque pelo menos das doenças... É claro que às vezes você tem um troço que você não pode prever a hora que você vai adoecer, mas pelo menos agente procura se tratar né. Bem ou mal, não temos uma saúde ótima no país, mas nós conseguimos ainda aí um posto de saúde, eu pelo menos não, graças a Deus ainda consigo ter um plano de saúde que faz esses exames periodicamente. Mas de um modo geral... Mas mesmo assim você ainda tem como ir num posto de saúde, fazer um exame, saber como é que você tá. E a violência não, tá aí, você esta saindo de casa numa boa... Até dentro de casa, fora de casa...

O que é proteção pra você? O que você lembra, o que que te remete quando você pensa na palavra proteção, proteger, por exemplo? O que é proteção pra você? Esta palavra, o que que te remete?

Proteção... Proteção também é... Agente que tem que procurar essa proteção, eu acho que tem também procurar se proteger.

Qual seria esta proteção?

Por exemplo, da segurança, embora a segurança, como eu estou dizendo, às vezes a violência vem nos buscar em casa, você está dentro da sua casa achando que está protegida, e ela vem te pegar na sua casa. Mas tem muita gente, por exemplo, que não se protege, mesmo dentro de casa, se ela sabe que mora num bairro onde não pode

deixar sua janela aberta, ela vai deixa a janela aberta, ela dorme com a janela aberta, ela sai de casa e deixa uma janela mal trancada, uma porta meio fechada. Então, ela não está se protegendo. A mesma coisa com a saúde, se ela não procura fazer os exames periódicos, se ela está sentindo alguma coisa, ela não vai a busca de um médico, de um remédio, ela não está se protegendo.

ENTREVISTA N° 02**A.53 anos. 2º grau, casada****- ENTREVISTADOR**

ENTREVISTADA

- Qual a sua idade?

53 anos

- Você estudou até que série?

Fiz o 2º grau, ensino médio normal.

- Completo?

Sim.

- E sua ocupação no momento?

No momento eu só me ocupo no projeto de prevenção de DST e AIDS.

- Sua profissão?

É professora. Eu tinha uma escola.

- Você leciona ainda?

Não, hoje não, mas eu lecionei até 2002 aqui em São Gonçalo, lá em Itaoca, onde eu moro.

- Você é casada?

Sou

- Tem filhos?

Tenho 02

- Eles moram com você?

Sim.

- Qual a idade deles?

O mais velho tem 26 anos e o mais novo tem 21.

- E como é a sua relação com eles, com os meninos?

Eu qualifico de boa.

- Por que você qualifica de boa?

Porque temos um diálogo, a gente conversa muito, tem uma boa relação, eles são muito amigos, sempre perguntam tudo, conversam comigo. A gente... Não tem assim é... Nosso relacionamento é bom. Não é de briga, de desentendimento. É claro que toda família, filhos, tem desentendimento e tudo, mas a gente resolve tudo numa boa. E eu qualifico de boa. Eles gostam de estar em casa, comigo, com meu marido, a gente viaja junto, com as namoradas.

- E, me diz uma coisa, o que você pensa sobre o casamento? O que é o casamento para você?

Olha Luciana, eu fiz dia 06 de setembro 29 anos de casada. E eu acho que casamento para mim é muito bom.

- Em que sentido?

Porque meu marido, ele é muito companheiro, a gente está sempre junto, divide né, tudo. Compartilha, apesar do meu marido não gostar das atividades, tarefas domésticas, ele gosta muito de tratar do jardim, ele cria galinhas... Essas coisas assim, ele cuida.

- Ele diz porque ele não gosta das atividades domésticas?

Ele não diz porque ele não gosta, mas eu acho até que foi porque ele não aprendeu a fazer nada, mas ele gosta de temperar carne, fazer churrasco, entendeu? Essas coisas assim.

- Vocês têm brigas frequentemente ou não?

Não. Já brigamos bastante, mas agora, 29 anos de casada, a gente já tem mais equilíbrio, mais maturidade. Nós não brigamos. Eu vejo o casamento muito bom porque eu acho que, assim, a gente tem uma boa relação. Quando eu, eu sempre defendo meu ponto de vista, eu digo pra ele que ele não é dono de mim, eu tenho os meus direitos também.

- O que ele fala quando você diz que ele não é dono de você? O que ele diz?

Ele fala: -“Ah! Eu sei que você é dona de você, eu sei que você tem seus direitos”, entendeu? E a gente sempre conversa muito.

- E quem cuida da casa? É você ou tem alguém que te ajuda?

Eu cuido da casa, mas tem uma pessoa que me ajuda na faxina da casa. Só pra faxinar. E os meus filhos também me ajudam.

- Eles também colaboram?

Sim. O mais novo, então, que só estuda... O mais velho hoje, ele estuda e trabalha, e aí fica complicado também, mas quando ele está em casa ele me ajuda, e o outro também me ajuda, ele faz comida, ele me ajuda.

- E me diz uma coisa, o que é ser homem pra você? Me defina o que é ser homem?

Sei lá, eu acho que ser homem é, acima de tudo, é ser humano também, respeitar as pessoas, as mulheres como mulheres. Eu acho que ser homem é também ser cavalheiro, ter também responsabilidade, não para ser o provedor sozinho da casa. Eu acho que a mulher ela tem que dividir também. Ela não tem que ter... Ela deve dividir também as tarefas da casa, os compromissos também, de ajudar na manutenção da casa, mas eu acho que o homem ele precisa também ser responsável por sua família, com os filhos, ser atencioso, carinhoso, ser cidadão.

- O que seria o homem ideal?

Eu vejo que o homem ideal é aquele homem que... Eu acho que é um homem carinhoso, atencioso, um homem que se cuida, que se preocupa com a companheira.

- Em que sentido? Que se cuide bem em que sentido?

Da saúde. Se previne também. Que também... Eu vejo também que o homem tem que ser fiel.

- Você fala fiel em relação a quem?

A mulher, a companheira.

- E por que você acha isso?

Até por uma questão dele também se prevenir contra doenças, contra, sei lá... Eu sempre ensinei para os meus filhos que não é por eles serem homens que eles têm que ter uma vida promíscua, tem que ser garanhão, galinha, como dizem por aí. Eu acho que não é por ser homem que eles têm que ser assim, eles têm que respeitar a mulher como ser humano, não se aproveitar das mulheres porque muitas vezes os homens acham que porque eles são homens eles podem fazer tudo e as mulheres não podem. Que eles têm o direito sobre as mulheres e eu não vejo assim. Eu sempre ensinei meus filhos isso que eles têm que respeitar. Eu acho que o homem, ele tem que se cuidar, ele tem que respeitar, ele também precisa ser companheiro, precisa ser cuidadoso da família, também da esposa, dos filhos, tem que ser companheiro. Eu acho que o homem tem que ser companheiro.

- E mulher? O que é ser mulher para você?

A mulher, eu também vejo assim, que a mulher ela tem que ter autonomia, acho que a mulher que depende só do homem ela fica muito sem espaço de defender os seus direitos, o que ela gosta, o que ela quer, porque por melhor que seja um relacionamento...Eu tenho um bom relacionamento com meu marido, mas eu vejo que é importante, eu ter autonomia, principalmente financeira, eu acho isso importantíssimo.

- Por que você acha isso importante na mulher, ter independência financeira?

Eu acho que o homem respeita mais a mulher que tem independência financeira.

- Você acha que ele dá mais valor á mulher com independência financeira?

Não é dar valor, ele respeita mais.

- Como é que você acha que a mulher ele pode ter independência financeira?

Ela tendo sua profissão, ela trabalhando, tendo sua renda própria também. Que ela possa compartilhar e dividir a manutenção do lar, da família e até dela mesma.

- Você acha que mulher e feminino é a mesma coisa?

Mulher e feminina?

- Feminino, por exemplo, que nem homem e masculino. Você acha que é a mesma coisa ou não? Ou tem diferença? Por exemplo, o homem é homem por ser homem e masculino...

Ah! Eu acho que tem diferença. Porque muitas mulheres, elas são mulheres, reconhecida mulher, até pelo sexo, mulher, mas ela não é feminina. Talvez pela própria vida que ela... Formação que ela recebeu, opção. Então, ela não é feminina. Porque eu acho que eu acho que o feminino é aquela vaidade da mulher, eu vejo assim, do se cuidar, do querer estar arrumada, ser bonita, usar as coisas que ela gosta independente de quem acha legal ou não, sensual ou não.

- Isso é feminino?

Eu vejo assim.

- E mulher seria então...?

E mulher é ela ser mulher, caracterizada como mulher, por ser do sexo que caracteriza a mulher, que pe o feminino, que chama de feminino.

- Me diz uma coisa, você acha que existe diferença entre homens e mulheres?

Eu acho que existe diferença, por exemplo, na formação física, a mulher é diferente do homem, ela não tem a mesma formação física do homem.

- Essa é a única diferença que você acha que existe entre homens e mulheres ou tem uma outra?

Não, eu acho que a mulher também... Os sentimentos, eu acho que a mulher se sensibiliza com mais facilidade diante de... Assim, na questão de ajudar as pessoas, ela é

mais sensível, ela é mais dada a ajudar as pessoas. Eu vejo que a mulher ela tem, assim, como se diz, um sexto sentido, ela vê as coisas, ela percebe as coisas com mais facilidade. Eu vejo também que a mulher é mais prática.

- A mulher é mais prática que o homem?

Eu acho que ela consegue fazer, assim, muita coisa de uma vez só, enquanto o homem se você dá uma tarefa, ele não consegue, por exemplo, lavar louça, fazer comida, olhar as crianças, varrer a casa, já a mulher consegue fazer. Então, eu acho que a mulher tem característica diferente.

- Porque será que a mulher tem essa capacidade de fazer trezentas mil coisas ao mesmo tempo e o homem quando ele faz...Só aquilo?

Olha, eu não sei dizer o porquê, mas eu penso, não sei se está certo ou errado, mas eu penso que é porque nós mulheres desde pequenas, nós fomos, assim, mais direcionadas, cobradas a fazer muita coisa. Acho que o homem não, ele já teve desde pequeno, pelo menos a minha geração, hoje eu vejo que está mudando um pouco, ele saía de casa pra fazer determinada tarefa, trabalho fora de casa, já a mulher, ela ficou mais no doméstico, mais no privado. E aí muito da atividade doméstica ela conseguia fazer ao mesmo tempo, e era cobrada mesmo pra fazer tudo. E eu vejo que por isso hoje ela tem essa capacidade.

- E me diz uma coisa, você já ouviu falar da AIDS. E o que você já ouviu falar desta doença? O que você já ouviu falar da AIDS até agora?

Eu ouço falar que a AIDS é transmitida através do vírus HIV, e que é um vírus transmitido através do sexo sem prevenção. Também pode ser transmitido através do sangue, bem que hoje agente sabe que o sangue é bem cuidado, ele tem todo um cuidado no banco de sangue, mas também através do sangue da seringa quando a pessoa usa drogas, passa de um pro outro, através de mãe para o filho, na, na amamentação ou até mesmo na gravidez se não for diagnosticado cedo e acompanhado, e que a AIDS não tem cura e que ela se manifesta através de doenças.

- Você se vê próxima à doença, à AIDS?

Se eu me vejo próxima?

- É.

Olha, Luciana, eu acho que todos nós nos vemos próximos, porque hoje agente vê que a epidemia está crescendo e agente não pode ver que está livre da AIDS. Eu acho que a qualquer momento agente pode se contaminar por alguma...

-E porque você acha isso?

Porque hoje não existe mas grupo de risco, né. Hoje já existe é... Agente pode dizer assim, uma ação que eu faço, por exemplo, sexo sem segurança, sem o preservativo, eu posso adquirir a AIDS, né?Então por isso que eu acho que todos nós podemos, somos sujeitos a adquirir a AIDS.

- E quando você ouviu pela primeira vez a AIDS?

Na televisão.

- Na televisão, né? E em que ano? Você lembra mais ou menos?

Ah! Lá pelos anos de 84, 85, por aí.

- E quando você escute essa palavra, qual a primeira coisa que vem na tua cabeça quando você escuta a palavra AIDS?

Olha, hoje o que me vem à cabeça, a primeira coisa é a questão daqueles medicamentos todos que as pessoas tem que tomar, eu acho muito complicado.

- E porque que você acha complicado?

Porque... Nós acabamos de sair de uma capacitação agora, né, que foi feita pelo setor de DST da UFF, grupo de médicos...

- Mauro Romero.

Isso Mauro Romero. A equipe dele veio aqui e deu um curso pra gente, e, principalmente o Dennis, ele foi um dos, assim, dos instrutores que pelo menos pra mim, que conseguiu transmitir mais conhecimento, mais informações, e ele falou muito

sobre isso. Porque é uma quantidade muito grande de remédios que as pessoas têm que tomar, tem que, é, no horário certo, e tem muitos efeitos colaterais. Então, realmente, quando você é saudável, você não precisa estar, assim, tomando remédio, aquele controle todo, tudo aquilo, e você para pra pensar e, isso eu acho que é muito complicado.

- E você acha que corre risco de pegar AIDS?

Olha, eu tomo meus cuidados, mas eu acho que eu posso pegar sim, eu acho que eu posso pegar, assim como qualquer pessoa pode pegar. Por exemplo, eu não uso preservativo, porque agente já tem 29 anos de casados, como eu te falei, e a gente tem um pacto de fidelidade, mas eu não sei né.

- Como é que é esse pacto de fidelidade?

È de que se acaso, por acaso tiver desejo ou quiser se envolver com outra pessoa, que ele tome os cuidados, né, e que possa estar dizendo que ele não quer mais continuar na relação.

- E porque você não se previne? O que que te assegura, digamos, que a prevenção pra você não...

Na realidade, eu acho que nada me assegura, só a confiança. Até que aconteça né.

- É... Bom, enfim. Mas o que você sente quando você não se previne? Você, na realidade, sabe que está correndo risco, que que está próximo de alguma maneira, né? O que você sente, por exemplo, e não se previne?

Não, na realidade, sinceramente eu nunca parei pra pensar detalhadamente nisso não. Eu penso o seguinte, que se isso acontecer eu vou ter que assumir a minha irresponsabilidade. Porque não é falta de informação, eu tenho tido a informação né.

- Você tem dificuldade pra fazer prevenção?

Olha, eu, na realidade, eu nunca sentei com meu marido pra gente conversar sobre isso.

-Porque vocês nunca conversaram?

Por isso, porque eu acho que não tem necessidade, entendeu? Por esse pacto.

- E você não se percebe em risco desta maneira?

Isso.

- Então, quer dizer, na verdade, de alguma maneira você se vê próxima deste risco, mais não se vê em risco?

É.

- Como é isso? Saber que corre risco mais não se vê em risco?

Porque até, né. Que... Assim... Agente sabe, o Dennis falou pra gente lá, que até que não provém que eu não sou portadora eu estou correndo risco, né, todos nós estamos correndo risco. Então, eu vejo assim, porque se eu tenho essa relação de confiança, então eu não paro pra pensar nisso, que de uma hora pra outra eu posso ser uma portadora, porque o meu marido tenha transmitido pra mim, porque eu sei quem sou e até onde eu vou, né. Mas na realidade ele diz, e eu confio nele, mas eu não sei se realmente lê vai ter...

- vocês nunca usaram preservativo?

Já, mas para evitar a gravidez.

- Ah! Então isso foi no início do casamento?

Isso.

- E aí, depois como vocês se preveniam pra não ter mais filhos?

Porque eu fiz ligadura de trompas.

- Ah! Ta. Então, na verdade você fazia uso dos preservativos mais como método contraceptivo do que evitar DST ou então o HIV?

É.

- Você não acha difícil se prevenir, na verdade você nunca se perguntou sobre isso?

Não.

- Você acha fácil se prevenir? Se você chegasse hoje e, vamos usar camisinha, pro seu marido, por exemplo, você acha que seria fácil?

Não, não seria fácil.

- Porque?

Ele ia contestar de alguma maneira, - “mas por que que nós vamos usar camisinha?”.

Ele ia falar pra mim: - “eu não tenho envolvimento com outra pessoa”.

- Você já tentou alguma vez?

Não.

- Vocês costumem falar sobre prevenção, sobre AIDS?

Falo, eu sempre falo pra ele tudo o que eu ouço aqui, os cursos, como é que é, eu sempre falo isso pra ele, agente sempre conversa sobre isso.

-E ele, o que ele responde?

Ele acha que nós não temos necessidade de usar.

- Se a AIDS não é o seu maior risco, qual o maior risco que você acha que você corre?

Em relação à AIDS?

- Não. Na sua vida, qual o maior risco pra você? O que você acha que você corre mais?

No geral.

- É.

Ah! Eu acho que o maior risco que eu corro hoje, que eu acho que todo mundo, é a questão da segurança. Eu estou sempre preocupada com o que vai acontecer comigo, por exemplo, na rua, assalto, roubo, alguma coisa assim. Eu vejo que hoje pra mim é isso.

- E qual o maior risco do casamento? Qual o maior risco no casamento atualmente? Você acha que o casamento gera algum tipo de risco ou não?

Eu acho que gera né, que gera risco gera, principalmente das doenças sexualmente transmissíveis, a AIDS, gera risco também na área da violência, porque se vê muita violência do homem em relação à mulher.

- Você vê algum tipo de relação de casamento e AIDS? Você acha que pra você existe uma relação, casamento e AIDS?

Ah! Eu acho que sim.

- Em que sentido?

Por isso, porque eu acho também que muitas pessoas, eles não são sinceros uns para com os outros, não tem os cuidados de prevenção e não são sinceros. Eu acho assim, a partir do momento que a pessoa, ela quer ter uma relação extraconjugal, ela não quer estar só com aquela pessoa, ela precisa se prevenir, até porque tem determinadas pessoas né, companheiros, que eles não têm nada contra o marido ter uma parceira ou a mulher ter uma parceira. Porque quantas vezes têm mulheres até que são mulheres de programa, profissionais do sexo e vice e versa, e tem um relacionamento de casamento, de casal, vivem juntos. Mas é preciso que a pessoa se previna, porque se ele não tiver essa questão da prevenção... Aí eu vejo que a AIDS tem uma relação de risco no casamento.

- E me diz uma coisa, como você definiria a palavra risco, pra mim.

Eu acho que risco é qualquer coisa que ponha você em situação de perigo, situação de vulnerável.

- E prevenção.

Prevenção é você ter conhecimento, ter informação e realmente se cuidar né, cuidar da sua saúde, de você, para que você não venha adquirir determinada doença ou determinado acidente que possa acontecer, como por exemplo, um motorista tem que se prevenir também no trânsito para que ele não venha sofrer um acidente.

- E proteção. O que seria proteção.

Proteção é você estar de alguma maneira usando alguma coisa para que você não seja atingida.

- Você vê alguma diferença entre prevenção e proteção?

Sim, porque, por exemplo, às vezes você pode estar protegida, por exemplo, uma pessoa, você acha que está protegida por aquela pessoa, mas você, de alguma maneira não está prevenido, por exemplo, de uma doença né. Você pode estar protegida, mas...

- Porque que a pessoa pode estar protegida? Em que sentido? Prevenção e proteção

Por exemplo, uma criança né, às vezes ela se sente protegida junto da mãe ou do pai, ela se sente protegida, mas, por exemplo, aquela mãe, aquele pai, eles podem estar, por exemplo, com uma tuberculose e aquela criança não ter sido vacinada, por exemplo, então ela não está prevenida daquela doença, e que os pais são portadores. Ela se sente protegida junto daqueles pais, mas pelo fato dela estar protegida pelos pais ela não está tendo uma prevenção contra, certos cuidados contra uma doença que os pais venham a ter. Ou na mesma, relação com marido e mulher.

- Você acha que a questão da AIDS é um problema nosso, um problema meu, um problema seu, um problema de cada um problema geral, um problema do Governo?

Eu acho que é um problema de cada um, cada pessoa tem que assumir a sua responsabilidade de se prevenir, de cuidar de si, porque se cada um cuidar de si, se prevenir, com certeza que, num âmbito geral, do país, as coisas vão melhorar. Então a informação é algo que cada um deve ter pra que possa se prevenir, pra que possa se cuidar. Mas eu vejo também como sendo uma questão também do governo. O governo também precisa de estar investindo em cuidados, em prevenção e realmente que essas pessoas tenham acompanhamento, remédios. Eu vejo também que é uma questão de saúde pública.

ENTREVISTA N° 03**K, 32 anos, 3º grau, solteira****- ENTREVISTADOR**

ENTREVISTADA

- Qual a sua idade?

Eu tenho 32 anos.

- Tem 3º Grau, não é isso? Assistente Social?

É.

- Você é casada?

Não.

- Tem filhos?

Não.

- Você não é casada. O que você acha do casamento? O que você pensa? O que é o casamento pra você?

Eu acho que é um contrato social que você faz com uma outra pessoa pra que você possa conviver com ela. Eu acho que casamento... Eu quero me casar, apesar de estar solteira, 32 anos. Muita gente fala que casamento não dá certo, que é melhor uma vida mais informal, mais eu acho que é importante uma relação contratual.

- Por que você acha que é importante essa relação contratual?

Eu acho que, primeiro a nível legal, porque eu acho que hoje em dia... O novo Código Civil fala e demonstra isso, o quanto é importante você ter uma coisa legalizada, porque, sei lá, você mora com uma pessoa há um tempão, a pessoa morre e você não tem nada que prove que aquela pessoa conviveu com você, e aquilo ali pode dar uma dor de cabeça muito grande, e o novo Código Civil diz o quanto é importante papel que

demonstre essa convivência, que é para fins de herança, para fins de qualquer outra coisa, de pensão, não sei, eu continuo achando importante o casamento mesmo formal.

- **Você acha que isso te protege, te dá segurança, o que você acha?**

Eu acho que é como um contrato de convivimento com uma pessoa. Eu faço muito por um pouco daquela proteção, da segurança, às vezes mais por segurança, porque agente não sabe o que vai acontecer no futuro. Eu acho que é por isso que eu acho que é importante ter uma situação mais formalizada.

- **Você mora sozinha?**

Moro.

- **E quem cuida da casa? Só você ou tem alguém que te ajuda?**

Só eu.

- **Só você que bota ordem na casa né?**

É.

- **O que é ser homem pra você? Como é que você define?**

Ser homem? Ser homem? Ser homem no geral ou ser mesmo assim sexo masculino e sexo feminino.

- **Eu vou chegar aí agora. Mas o que é ser homem, primeiro, pra você? O que vem na sua cabeça, quando escuta a palavra homem? O que é ser homem? O que é essa palavra homem?**

Eu não consigo definir assim como você está falando ser homem. Porque se você falasse no geral, o ser humano, o ser homem, da espécie...

- **Vamos mudar então. O que é ser mulher? Você acha que é mais fácil se eu te fizesse esta pergunta? O que é ser mulher?**

Eu acho que a mulher especifica mais.

- **Por que ser mulher especifica mais do que ser homem?**

Eu acho que agente aprendeu muito a tudo sr masculinizado, então você escreve aluno, eu aprendi a escrever aluno e entre parênteses (a), então tudo é assim. Você fala: - boa tarde a todos. Então eu acho que a nossa linguagem é muito masculinizada, então agente não sabe se está falando no geral são ou na espécie masculina em si. Então quando você fala o que é ser mulher, eu acho que já está especificando. Eu acho que a nossa cultura foi muito masculinizada em tudo, agente aprendeu tudo no sentido masculino né, e agente acompanha.

- O que é ser homem no coletivo?

Eu acho que é ser uma pessoa com sentimentos, com escolhas de vida. Eu acho que a diferença entre homem e mulher... A diferença é mesmo biológica, entendeu?

- Então você acha que a única diferença que existe entre um homem e uma mulher biológica?

È, porque o sentimento... Um homem pode ser uma pessoa sensível, uma mulher pode ser uma pessoa insensível, entendeu?

- A diferença é só biológica?

Eu acho que é só biológica. Pra mim a diferença entre homem e mulher é biológica.

- Então, o que seria homem?

Um ser humano que pensa, que tem suas escolhas, que tem que decidir sobre sua vida, o que gosta de fazer, eu acho que é uma pessoa que tem que dominar o seu corpo, saber como é o seu corpo, saber como é melhor para si, eu acho que a mulher também.

- Você acha que ela consegue tudo isso que você está falando que é igual do homem?

Eu não acho pela cultura, eu acho que agente tem que estar desestigmatizando muitas coisas. Como eu te falei, a nossa educação foi muito masculinizada, o tempo todo. Então eu acho que esta questão da mulher hoje está tendo falta até de dizer: - peraí, o corpo é meu, então eu tenho direito de decidir se eu vou transar com camisinha ou sem camisinha. Eu acho que a mulher agora está tendo um pouco de negociação, está

sabendo falar um pouco, está se colocando mais, porque o tempo todo ela foi sempre em segundo plano.

- **Você acha que agora, de alguma maneira essa...**

Nem todas as mulheres, eu acho que... Essa geração atual, a geração da minha mãe, da minha avó, ainda tem muito aquela coisa da sujeição né. A minha mãe outro dia precisava tomar uma decisão: - “perai que eu vou falar com seu pai”. E ela achou... Foi até pra dormir com uma pessoa que estava hospitalizada, pediram pra ver se ela podia dormir com essa pessoa: - “Ah! Peraí que eu vou falar com seu pai”. Aí ligou. Ela ia receber acho que R\$ 20,00 reais pra ficar com a pessoa, aí ele falou assim: - “quando você receber esse dinheiro você tem que me dar, porque quem vai dormir sozinho sou eu”. Ela achou aquilo um máximo, uma declaração de amor, porque ele estava mostrando o quanto ela ia fazer falta com ele ao lado, à noite, entendeu? Então ela achou um máximo aquilo. Ele falou assim: - “você vai receber R\$ 20,00 reais?”. E ela: - “vou”. - “ Ah! Então quando você receber, você passa pra mim, porque quem vai dormir sozinho sem você sou eu”. Ela achou aquilo maravilhoso.

- **Na verdade ela sentiu o quanto ela era importante pra esse homem e ao mesmo tempo ela não consegue viver sem esse homem.**

Isso. E quanto é importante a palavra dele. Eu acho que se ele falasse assim: não você não vai dormir não, eu tenho certeza que ela iria, mas ela... Aquela coisa de dar satisfação. Aquilo ali pra ela já é uma... E ele demonstrar que essa satisfação é, de uma forma, uma resposta dele, que é uma forma gratificante pra ela. Acho que a relação deles está baseada nisso.

- **Você acha que se fosse ao contrário ia ser desta maneira? Se, na verdade, seu pai fosse dormir fora e ganhar R\$ 20,00 reais, você acha que daria?**

Não, ela não deu R\$ 20,00 reais, ele fez uma brincadeira.

-**Sim, mais você acha que ela de alguma maneira aceitaria?**

Eu acho que não é a questão do valor não. Eu acho que se ele falasse assim: - “olha eu vou dormir fora, porque eu tenho que trabalhar até mais tarde”, muitas vezes ele faz isso, - “eu vou ter que estar dormindo no serviço”. O fato de ele dar essa satisfação pra ela, já tá suficiente, entendeu, pra relação que eles estão baseados, né. A minha mãe tem

uma... Eu vejo a relação da minha mãe e do meu pai, uma questão de uma autoridade simbólica do meu pai e uma submissão, como eu vou dizer, porque é uma coisa complementar, é uma submissão que pra ela é importante, porque ela não é uma pessoa que ela toma muitas decisões, ela muito passiva. E o fato dela... A obediência dela ser agradável ao meu pai, em certas questões, para ela isso ta suficiente. Eu acho que é uma questão é... Não é assim, é obediência e submissão seja uma coisa excludente não, eu acho que é complementar, isso completa a relação deles, entendeu. E eu sou diferente, eu sou muito assim... Eu sempre... Terminei meu 2º grau fui trabalhar, eles não queriam deixar eu trabalhar numa papelaria, eu fui trabalhar numa papelaria depois eu passei pra faculdade, aí eu segui minha carreira. Eu senti o tempo todo na minha vida que eu fui muito independente.

- Isso o incomodava?

Não incomodava porque eu não fui aquela filha preferencial dele, ele tinha uma filha preferencial, e as decisões que ela tomava aquilo ali incomodava ele, porque ele depositou tudo... Investiu muito nela, ela sabe falar inglês, ele pagou escola particular.

- É o mesmo pai, mesma mãe?

Isso. Mas ela foi a primeira filha, ele idealizou muitas coisas nela. Eu não, como eu não tinha muitas, muitas benéfices que ele dava a ela, então eu tive que sobreviver, então eu fui criando minha independência. Hoje eu tenho um namorado, ele tem 50 anos. Eu fico até pensando porque eu escolhi uma pessoa com tão mais idade do que eu, porque não me preocupa a idade dele, eu acho que é pela proteção que ele me dá, não financeira, proteção emocional, eu acho que ele toma as decisões, eu também tomo as decisões, mas ele... Eu gosto, não sei se isso é uma coisa que eu trouxe de herança, eu gosto quanto ele toma a decisão, quanto agente fica em dúvida ele: - não, vamos por esse caminho. Aquilo me dá uma satisfação, me dá um relaxamento, de eu ter uma pessoa pensando por nós dois, e eu gosto dessa proteção, entendeu? E às vezes eu fico pensando porque que eu estou namorando uma pessoa tão mais velha que eu, e eu acho

que é por causa disso. Eu acho que eu fui tão independente o tempo todo que hoje eu estou descansando, sabe. Ah! É bom quando tem alguém que se preocupa com você. E ele é muito carinhoso. Eu tenho 32 anos e sempre caminhei comigo mesma e ele fica: - “Você está levando documento na rua? Você tem que deixar o documento em casa. - Não leva cartão pra rua, a violência está muito grande”. Ele fica muito preocupado. “- Quando você entra dentro de casa, você fecha as portas, você verifica?” Essa proteção assim que... Eu tomo todos os cuidados, mas o fato da pessoa ficar falando, eu acho que isso me dá uma certa... Me gratifica, porque tem uma pessoa pensando em mim, pensando... Nessa proteção que eu não tive na infância, né. Que eu fui muito assim... Eu tive que me virar. Tanto que na faculdade eu vendi biquíni, eu vendi salgadinho, eu fui monitora, eu me virei pra terminar os meus estudos. Então, ter uma faculdade, que na época quando eu fiz Serviço Social era de duas horas da tarde até as 10 da noite...

- E me diz uma coisa, você se cuida, digo na sua saúde, se cuida?

Estou meio Relaxada.

- Em que sentido?

Assim, eu estou muito preocupada, que eu preciso fazer um preventivo, eu preciso fazer um checke, mas o dia a dia, a correria do dia a dia, eu sempre vou deixando pra lá, é tanta coisa emergencial, por exemplo, eu tive há uns 06 meses atrás uma candidíase, eu fiquei maluca sabe, eu fui ao médico porque aquilo ali tava me matando, então assim, eu sei que eu preciso me cuidar mais, mas eu estou muito atarefada.

- Eu não vou te perguntar se você sabe o que é AIDS, mas de alguma maneira o que você sente quando escuta essa palavra?

AIDS?

- É.

Ah! Quando eu ouço essa palavra eu me ligo logo à desproteção, desproteção sexual, aí que eu fico pensando na prevenção, né.

- Você vê diferença entre desproteção e prevenção?

Desproteção e prevenção?

- É.

Há diferença.

- O que é desproteção pra você?

Porque desproteção é quando você assume ter uma relação sexual totalmente aberta, desprotegida mesmo, eu vou, apesar de saber todos os riscos, eu transo sem camisinha e eu acho que isso é desproteção. Agora prevenção é quando você utiliza os métodos ideais pra você poder se precaver contra alguma doença. Eu acho que o problema hoje, eu vejo pela minha vida mesmo, de você está se precavendo o tempo todo, ainda mais a relação que eu comecei muito tarde, a primeira vez que eu tive uma relação sexual foi com... Tem 01 ano. Foi com 31 anos e eu acho que o que atrapalha totalmente essa questão da prevenção na mulher é essa relação que ela tem, emocional muito... Eu acho que a relação... É muito desproporcional ao homem, o sentimento que a mulher tem, quando tem uma relação amadurecida, quando já conhece o parceiro, eu acho que ela deixa se desproteger pela... Eu acho essa relação muito desigual, eu acho que a mulher se dá mais do que o homem. Então, ela vê muito aquela questão do emocional, cria assim uma segurança que é uma segurança emocional, porque não é uma segurança mesmo, né, na prática que às vezes... Quantas vezes eu deixei de transar sem camisinha. Mas quando eu deixo de transar sem camisinha eu não penso nem na AIDS não, eu penso no filho, eu não quero ter filho, eu não posso ter filho, Isso não pode acontecer.

- E por que você não pensa na AIDS?

Por isso que eu acho que há uma relação emocional. No meu caso, eu acho que existe uma relação emocional muito forte entre eu e ele, entendeu, assim, eu gosto dele, eu amo ele, eu o amo, ele me ama, então eu acho...

- Você acha que o amor protege?

Eu não acho que o amor protege, mas o amor ele mascara toda uma... Mascara uma relação que deveria ser protegida, você está entendendo? Porque na negociação, não é que eu vou negociar, eu até transo com ele com camisinha, mas se não tiver camisinha eu transo, porque eu to há dois anos e meio com ele, porque agente já criou uma relação afetiva, porque agente conversa muito, que agente acaba tendo uma relação de fidelidade um com o outro. Eu acho que isso não protege.

- Já tentou usar preservativos com ele?

Já, nós usamos. Só que ele eu não faço disso uma regra, entendeu?

- Você falou que a primeira coisa que vem a palavra AIDS na sua cabeça...

É o fato de eu não querer ter filhos.

- E você acha que corre o risco de pegar AIDS?

Nessa relação não.

- Quer dizer, nesta relação que você está tendo, com esse seu parceiro, você acha que não corre o risco de pegar AIDS porque você acredita que existe uma proteção...

Não, a minha crítica as mulheres que têm uma relação sexual estável, com um único parceiro, de não utilizar sempre o preservativo é porque elas criam uma proteção emocional baseada no sentimento, entendeu. É porque há uma proteção emocional baseada no sentimento que eu tenho pelo outro. Eu acho que essa é a grande crítica. Porque que a prevenção não atingiu aquele nível que... Aquela meta. Porque eu acho

que as mulheres elas quando tem uma relação emocional elas não pensam. Assim, mais concreto, mais estruturado, uma pessoa só, uma relação já há bastante tempo que a pessoa convive com a outra né. Eu acho que ela tende a criar essa relação, essa proteção através de uma proteção emocional, através do sentimento, que não é legal. Agente não pode botar na cabeça do outro o que que ele... Agente não pode pensar o que que o outro não vai fazer amanhã. Mas é um risco, é um risco que agente corre. Agora, isso que eu tava falando, se você conversar com as pessoas que, eu acho que até é uma proposta, até pro seu trabalho, mapear com este questionário mesmo, conversar com as mulheres que fazem a prevenção aqui, de doenças sexualmente transmissíveis do Projeto Movendo-se Para a Vida, se você perguntar quantas pessoas sempre usam o preservativo na relação apesar de ser difusora dessa informação, agente vai ficar assim meio estarecida. Porque? Porque aí tem uma pessoa que confia, aí há essa proteção emocional, que eu estou falando sempre, que eu acho que é ela que é o grande elemento onde as mulheres se sustentam. “Não, mas ele não vai fazer isso comigo, agente tem tanto tempo de namoro, agente conversa tanto”. Então por isso que eu acho, que é uma proteção emocional que é o risco.

- Quer dizer, na verdade a proteção não previne?

A proteção emocional não previne, e elas criam uma proteção emocional.

- Proteção emocional. Você está falando de um vínculo, dum laço né? Como é que você define?

Sentimento.

- Proteção emocional é sentimento. Qual o tipo de proteção que você... Você colocou assim: - “ esse tipo de proteção não previne”.

Esse tipo de proteção baseado no sentimento.

- E qual seria outro tipo de proteção?

O outro é a utilização dos métodos mesmo, de prevenção, como condón masculino e feminino. Mas se agente for fazer mesmo uma pesquisa, sobre as pessoas que difundem essa informação, como é importante, que tem que usar, que agente já sabe que a maioria das mulheres que têm uma relação estável são as que são mais infectadas, agente vai ver que realmente as pessoas não trazem pra si esse discurso, não aplicam na sua prática.

- Você vê relação entre casamento e AIDS?

É eu falei que não, porque o fato do cara está casado não quer dizer que ele nunca vai te trair, não vai arrumar outra pessoa.

- Então tem uma relação entre casamento e AIDS?

Casamento e Aids? É, existe uma relação ente casamento e Aids, porque o fato de você casar não quer dizer que você está protegida, casamento não protege.

- É exatamente. Quer dizer, você mesmo sabendo que não está protegida, você de alguma maneira... O que que você sente? Quer dizer, saber que se sente protegida, mas não prevenida? Como você falou, que te dá proteção emocional, te dá sentimento, te dá carinho, te dá afeto. Mas você...

Eu acho, sinceramente, quando você me perguntou, se eu acho que eu corro risco de me infectar com ele. Eu acho que não, entendeu, porque eu acho que agente gosta tanto um do outro... Por isso que eu estou falando, é uma proteção baseada numa relação emocional.

- Amor protege?

Acaba tendo essa definição, mas que agente não quer muito encarar isso, que amor protege. Ah! Eu amo, não, eu acho que cria assim uma relação de confiabilidade através de um sentimento. Eu acho que você acaba fazendo um pacto, um contrato sem discursar, sem falar: - “olha você não vai transar com ninguém”, eu acho que ele cuida de mim e eu cuido dele, eu vou me cuidar pra que agente não seja infectado.

- **Você acha que sexo é só prazer?**

Se eu acho que sexo é só prazer? Eu acho que não, eu acho que sexo... Sexo é prazer... Eu acho que sexo é uma coisa assim tão... Eu acho que é quando você... Sexo, ele se define, pelo menos a relação que eu sinto por ele, baseada no sentimento, não é o sexo por sexo, eu acho que define... Ele é a continuação do sentimento, eu acho que sexo está baseado muito numa relação sentimental, pra mim, eu nunca vou sair fazendo sexo com as pessoas.

- **Mas chega a ser prazer também?**

É, muito prazer, prazer claro. Eu acho que o prazer que eu do pra ele, ele dá pra mim. Mas não é só isso, né, tem a questão da fecundidade também, pra quem quiser ter filho.

- **Agora, o que é sexo pra você?**

Não é só prazer porque eu nunca sai transando com as pessoas.

- **Ta, mas o que é sexo pra você?**

Eu acho que sexo está muito ligado a uma relação estável que você tem com uma pessoa que você quer construir uma relação contratual até. Baseada no casamento, entendeu? Eu não casei com ele ainda mais agente quer casar. Nossa meta é essa. Então, eu penso assim. Eu nunca vou sair transando com ninguém eu acho que... É isso que eu estou falando pra você, o sexo é baseado numa relação estável, a relação estável não acontece de uma hora pra outra, né. Eu comecei a namorar ele... Depois de um ano juntos que agente foi ter a primeira relação sexual. Eu nunca tive relação nenhuma com ninguém e não me arrependo de ter tido a relação com ele e acho que foi o momento certo, apesar de eu ter tido outros namorados, ter tido muita vontade de fazer sexo com os outros namorados, mas eu acho que não...

- **Tem um motivo pra isso?**

Olha tem uma outra história atrás disso tudo que foi a minha educação cristã. Tive uma educação cristã que a questão do sexo depois do casamento é muito forte, entendeu?

Às vezes me dá um sentimento de culpabilidade, ai meu Deus! Porque que eu fiz isso antes, mas não arrependimento. Eu acho que foi assim, um sonho que eu criei, de casamento, de igreja. Hoje eu não penso mais nisso. Eu quero, se eu casar, se agente for casar mesmo, agente vai casar no cartório e acabou. Mas nada daquela coisa simbólica, não prende mais minha cabeça.

- E me diz uma coisa, você acha que AIDS é uma questão individual ou do governo? Você acha que a prevenção à AIDS é um problema do governo ou é um problema de cada um?

Eu acho que é um problema de informação. Apesar de agente estar informada, agente corre o risco se agente quiser agora.

- Por que você diz isso?

Porque eu acho que não é problema do governo, por que olha, se as campanhas preventivas dessem certo, não existiria tanta adolescente grávida. Se a prevenção fosse uma coisa do governo... A Aids então... A Aids... Até a difusão da camisinha no carnaval, não foi tão propagada. Eu acho que... Até essa questão do Planejamento Familiar, né, que é uma coisa tão discutida também, e as mulheres continuam engravidando, continuam tendo filhos né, de uma forma aleatória mesmo. Às vezes ta com Um... Então eu acho que é uma questão individual porque a pessoa tem que sentir que é necessário pra ela, é importante pra ela se prevenir. Porque não adianta a propaganda... Ela pode estar gritando ali na frente, se eu não achar que isso é importante pra mim eu não vou dar nenhuma bola pra aquela propaganda. Eu acho que não é por isso que o governo deveria deixar de fazer propaganda, eu acho que ele tem que tomar a parte dele, mas eu acho que você internalizar nas pessoas e fazer com que ela, tenha que

isso é importante pro cotidiano dela, seja em qualquer área que for, planejamento familiar ou prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis, se ela não colocar que isso é importante pro cotidiano dela. Isso tem que fazer parte da vida dela e que ela está correndo risco se ela não fizer de uma forma que a proteja ou previna de ter um filho e outras coisas, eu acho que não rola.

- E desprevenção? Você falou desprevenção.

Desprevenção?

- Lembra que você falou... Não, desproteção.

Desproteção. Desproteção é quando você assume ter, na questão da Aids, assume ter uma relação que você corre risco e você assumir aquele ato.

- Então, isso seria desproteção?

É, seria desproteção.

- De alguma maneira você se vê próxima da AIDS?

Não.

- Você não se vê próxima da AIDS?

Eu acho que é aquilo que eu te falei, as instrutoras, por que elas não pegam pra elas isso? Por que é sempre o outro? Por que que é sempre o outro que está correndo o risco? Por que que ela acha que ela não tem que sempre está usando camisinha? Porque eu acho que há uma relação de confiabilidade. Porque que elas criticam os outros, mas que pra ela é suficiente pra se proteger, entendeu. Eu acho que pra mim é o suficiente, eu usar de vez em quando a camisinha, porque eu uso por causa do... Eu fico fazendo umas tabelinhas malucas, pra vê se não acontece besteira, não fico grávida, porque meu problema é a gravidez, entendeu? E eu acho que ele é uma pessoa que se cuida muito.

Também tem outra questão, que por ele ser mais velho do que eu, a preocupação maior é dele, ele acha que, por exemplo, hoje eu gosto dele, eu estou com ele, amanhã eu posso... Ele coloca isso na cabeça dele, que amanhã eu posso não querer ficar com ele, ou então eu posso passar numa rua e gostar de alguém, criar uma relação com outra pessoa, porque ele vê a desigualdade de idade que nós temos, ele acha que ele é muito mais fiel a mim do que eu a ele, eu posso não ser fiel a ele por ser mais nova, estou vivendo minha vida, ele acha que ele já... O fato de eu estar com ele já é um presente pra ele porque ele está vivendo uma outra vida comigo, eu estou trazendo uma outra... Eu não vejo nada disso, mas ele que vê. E ele é muito mais nessa questão do que eu, eu acho que ele vê que eu passo um risco pra ele, entendeu? Pela questão da idade.

Essa coisa da relação de confiabilidade né, que as pessoas se asseguram no amor que o outro tem por elas e ele se assegura no amor que a pessoa tem por ele, já é a questão do sentimento, por isso que eu falo que é uma proteção, as pessoas inventam uma proteção que elas estão vivendo. “ – Não mas ele me ama, eu o amo, então eu não preciso usar, ou de vez em quando” , entendeu.? Eu acho que é por ai.

- E pra você? Você acha que você faz isso também?

Eu acho.

- Você acha que você cria essa proteção emocional pra você?

Pra poder dar conta do risco, de não ser infectado. Porque a partir do momento que ele começar a me dar pistas de que ele não está sendo fiel a mim eu vou me proteger, aliás, eu não vou querer nada com ele, entendeu? A partir do momento que eu suspeitar que ele possa estar com uma outra pessoa aí eu...

- Você não vai se prevenir, você vai terminar a relação?

Isso.

- Você não vai continuar a relação?

Não vou. Porque aí ele está rompendo o nosso pacto de confiabilidade, que é para além do risco de se infectar, que ele está cortando ao meio aquela linha de confiabilidade que agente criou. Eu acho que eu não vou querer, se ele me trair um dia eu não vou querer mais ele.

- Na verdade, a proteção de vocês fica mais no amor, no carinho que cada um sente pelo outro?

É, uma relação de confiabilidade. Se um dia eu achar que ele está me traindo eu não vou querer de jeito nenhum ficar com ele. Eu não acho que isso seja certo não, mas eu acho que é isso que vai no nosso cotidiano. O certo é agente usar sempre a camisinha, agente nunca sabe o que vai acontecer amanhã, mas agente acaba fazendo com que aquele sentimento seja a linha de segurança pra gente, pra mim né. Mas eu acho que se você fizer a entrevista com as pessoas que falam da prevenção... Eu acho que é por aí. Por que não se previnem se falam tanto? Eu acho que é uma outra pesquisa.

ENTREVISTA N° 04

B,33 anos, 2º grau

- ENTREVISTADOR

- ENTREVISTADO

- Qual é a sua idade?

33 anos.

- Você estudou até que série?

Terminei o Ensino Médio.

- Qual a sua profissão?

No momento eu sou Dona de Casa.

- Você é casada?

Não Solteira.

- Tem filhos?

Tenho.

- Quantos filhos?

01 (um).

- E ele mora com você?

Mora.

- Qual a idade?

05 anos.

- É menino ou menina?

Menino.

- E o que você acha do casamento? O que é o casamento pra você? Você já foi casada alguma vez?

Eu não cheguei a morar junto muito tempo, mas eu gostaria muito.

- Mas você já morou junto?

Não, mas eu gostaria de me casar, eu gostaria de ser casada, que eu acho que é uma segurança familiar. A família... Eu acho que pra sobreviver nesse mundo tem que ter uma família, pai, mãe e filho.

- Que segurança que você fala? Você falou em segurança.

Ah! Eu acho que a solidão... A família supre muito, se você tem uma família você não sente... Às vezes pode até sentir, mas se a família for de verdade você não vai sentir solidão. É um meio de sobrevivência também, você viver sozinho eu acho que é muito difícil. Eu tenho vergonha de não ser casada.

- Você se sente cobrada?

Me sinto. Eu tenho vergonha de ser mãe solteira. Eu não gosto muito quando eu vou em algum lugar e as pessoas perguntam: - E o pai?

- Isso foi uma escolha sua?

Não, é escolha dele né, de homem né, não quer uma responsabilidade de homem.

- A criança chega ver o pai?

Não. Tem muito tempo que não ver.

- Quem que cuida da casa? Você tem alguém que te ajuda?

Antes meu pai, eu sou de Sergipe, meu pai mandava alguma ajuda, alguma ajuda de lá de Sergipe pra mim. Aí agente participou de um programa que era tudo uma farça, e eu pedi ao meu pai pra não mandar mais dinheiro que o programa se propôs a me dar 06 meses de aluguel, dava mil reais, e era tudo mentira. É aí eu quase fui despejada a sorte que o benefício dele, por ele ser doente crônico, o benefício saiu. O benefício pra deficiente. Aí foi a sorte. Aí agora agente está... Está estável né, nossa situação, mas estava muito crítica, agente passou necessidade mesmo. Eu tive que parar de trabalhar pra cuidar, porque ele nasceu doente. Se ele tivesse nascido normal eu trabalhava, teria minha vida normal, mas...

- Na realidade, atividade doméstica você faz tudo sozinha?

Tudo sozinha.

- E pra você o que é ser homem?

O homem é a cabeça da família, é o chefe, pra mim é, o chefe, a cabeça, é ele que tem que suprir as necessidades físicas, espirituais da mulher, tudo.

- E o que é ser mulher pra você?

Eu tenho um pouco assim de submissão, é de mim mesmo, na prática eu não gosto muito de ser mandada, mas eu gostaria muito de ter um marido para ele... Porque eu sou muito abusada, então todo mundo fala que eu tenho que ter alguém que me dê freio. Então, eu precisava de um homem que me desse freio, que eu ficasse quietinha no canto, que eu soubesse fazer, na hora certa, o que fazer com aquilo que eu ganho.

- Você acha que existe diferença entre homens e mulheres?

Tem.

Quais seriam as diferenças?

O homem foi feito pra isso, pra tomar conta da mulher. O homem foi feito pra tomar conta da mulher e a mulher, não digo que foi feita assim pra obedecer, desde que um momento que ela seja esposa eu acho que os dois têm que viver em harmonia, então a mulher também tem que obedecer ao homem e não ficar se rebelando contra o marido.

- E o que você acha da mulher ter que obedecer ao homem? Você acha que isso é natural, que as mulheres tem que realmente obedecer aos homens?

Eu acho que é uma coisa natural porque a gente já vem, acho que desde que a gente nasce, agente já obedece ao homem. Mas algumas mulheres hoje em dia, elas já... Por não quererem mais... Querem ser iguais aos homens elas não obedecem. Mas de uma certa forma nós ainda somos inferiores, nós temos que obedecer e muito.

- Você cuida de sua saúde?

Não.

- Você já ouviu falar da AIDS?

Já.

- E onde você ouviu falar pela primeira vez?

Ah! Foi quando Cazuzza foi fazer um show lá em Maceió, aí tava este problema. Aí tava esse problemas da AIDS, que ele tava com AIDS, aí minha vizinha, minha colega de escola foi, teve um negócio lá falando sobre AIDS no show. Assim que ela veio conversar comigo na escola. Até então era uma coisa que eu não sabia o que era.

- Você se sente próxima da AIDS?

Eu me sentia, quando eu tava com o pai do meu filho.

- Tava acompanhada do seu filho?

Não, quando eu tava com o pai do meu filho. Eu morria de medo.

- Porque?

Porque agente... É uma história meio assim esquisita. Porque eu era virgem e quando eu transei eu era virgem. Então eu fui procurar uma psicóloga porque eu comecei a namorar ele, que eu não tinha relacionamento com medo de homem, aí eu fui procurar a psicóloga, aí conversando com a psicóloga, eu expliquei que eu tava com um namorado, aí ela falou que era pra mim ir tentando pra perder o medo. Só que foi até nesse tentando que eu engravidei. Eu podia até ter pego uma AIDS né, nesse tentando. E não me explicou, eu não sabia que engravidava mesmo sem haver penetração. Apesar da idade eu não sabia. Eu nunca me preocupei com coisa assim porque eu não tinha uma vida sexual, então eu não me preocupava aí depois que ele foi embora, que agente terminou, foi que eu fiquei sabendo de quantas pessoas ele andava, aí fiquei com medo, e fiquei com mais medo de fazer exame.

- Você já fez algum exame?

Nunca, fiquei com medo.

- Você sabe que você pode fazer de graça né?

É.

- É quando você escuta essa palavra AIDS, o que que te vem na cabeça?

Preconceito.

- Tem outra coisa mais que vem na tua cabeça quando você escuta essa palavra?

Medo.

- Você sabe como é que se previne da AIDS?

Ahã.

- De que forma?

Bom, eu sei da camisinha, a camisinha masculina e a camisinha feminina, não usar drogas injetáveis.

- Tem alguma outra forma a mais que você acha que não pega AIDS?

Eu acho que quando o sangue também não é tratado né? Faz transfusão de sangue, se não fizer exame e tiver contaminado... No começo acho que teve muito isso né? Eu acho também que é isso.

- Você se previne?

Olha, da última vez não.

- E a última vez foi quando?

Tem um ano, um ano e três meses.

- Você já usou camisinha alguma vez?

Usei, mas é muito ruim. Eu sentia muita dor. Aí eu não quis...

- Você tinha dificuldade de falar pro seu namorado pra usar camisinha?

Não, agente falava abertamente.

- E ele?

Aceitava.

- Sempre aceitou?

Ahã.

- Nunca recusou usar camisinha?

Não, só o pai do meu filho que não aceitava.

- Na verdade, você ficou junto com o pai do seu filho quanto tempo?

Eu fiquei um ano e meio mais ou menos.

- Aí nessa relação você tinha dificuldade?

Ele não usava camisinha de jeito nenhum, ele não usava, porque ele não gostava.

- O que que ele dizia pra você?

Que era ruim.

- Por que era ruim? Ele falava?

Ele falava que era chupar bala com papel.

- E o seu namorado que você teve há um ano atrás?

Não. Ele se preocupava, ele queria sempre usar camisinha.

- Você acha difícil se prevenir?

Não, não é difícil não.

- Por que? Por que você acha que não é difícil?

Ah! Porque depende de cada um, individualmente eu não acho difícil não. Porque hoje, eu penso assim, não quer camisinha também não tem relação. Então, eu acho que não

tem problema, agora se for depender... Às vezes algum acidente que depende de outros... Eu, por exemplo, tinha uma vizinha, ela morreu ano passado, que tinha AIDS, e meu filho tinha colostomia, e eu não sabia que ela tinha, e eu deixei ele com ela, e ela tava cheia de feridas pelo corpo que saía água, mas eu não sabia, pensava que era uma coisa comum de pele, aí outro vizinho que sabia falou pra mim não deixar o menino com ela, podia pegar AIDS. No começo eu fiquei apavorada, aí fui conversar com a médica do meu filho, ele falou que não tem nenhum problema, que ela não ia pegar o sangue e ia esfregar a coisa na colostomia dele que era uma coisa que de dentro tava pra fora.

- **Você acha difícil se prevenir, fazer prevenção?**

Eu acho que não.

- **Não?**

Não.

- **Por que você acha que não é difícil?**

Hoje agente tem todos os meios, na televisão tem propaganda, agente tem como pegar camisinha de graça.

- **Você se previne?**

Hoje eu não tenho... Mais de um ano que eu não tenho relações. Hoje se eu tivesse eu ia me prevenir sim.

- **Se você não fazia prevenção, como é que você se protegia da AIDS?**

Eu não me protegia, eu ficava exposta né?

- **Você vê diferença entre prevenção e proteção?**

Eu acho que é igual né?

- **Você acha que é igual?**

Eu acho que é. A partir do momento que você ta se prevenindo ta se protegendo.

- **Você percebe alguma relação entre casamento e AIDS? Consegue ver isso?**

Bom, a pessoa que for casada não era pra ter AIDS, porque teria, como é que se diz, é uma segurança o casamento. Então, eu não te traio, você não me trai, então o casamento está livre da doença né. Mas hoje em dia não pode confiar no marido que ta em casa. Minha vizinha morreu semana passada, pegou do marido. Essa minha vizinha que morreu ano passado também pegou do marido. Então, nem no marido que ta em casa você pode confiar. O que antes era uma segurança... Ah! Que eu estou com meu marido, não pego AIDS.

- **E pra você sexo é prazer?**

Pra mim não era não.

- **O que é isso pra você? O que quer dizer isso?**

Quer dizer, o sexo é pra ser prazer, mas pra mim não era, porque eu nunca senti. Eu acho que devido ao meu medo, esse bloqueio, pra mim era uma dificuldade, o maior problema.

- **E me diz uma coisa, você acha que esse problema da AIDS é um problema do Governo ou de cada um?**

Acho que é o conjunto. Eu acho que agente tem que se preocupar e o governo tem que dar meios pra gente se prevenir. Seja fazendo campanha de televisão, fazendo doações de camisinha. Camisinha é segura né?

ENTREVISTA N° 05**C. 45 ANOS, 2 ° grau, casada****ENTREVISTADOR****ENTREVISTADA****Qual a sua idade?**

45.

Você estudou até que série?

2° grau.

Completo?

Completo.

Qual a sua profissão? Trabalho com quê?

No momento eu trabalho em creche.

Trabalha em creche?

É.

Você faz o que lá na creche?

Ah! Eu faço parte da secretaria, ajudo...

Administrativo, né?

Sim.

Você é casada?

Sou casada.

Há quanto tempo?

23 anos.

Têm filhos?

Tenho duas, duas filhas: uma de 27 anos e uma de 22.

E moram com você?

Uma é casada e a outra mora.

O que você pensa do casamento?

Bom, eu já tenho uma idade além das pessoas de hoje em dia, porque o pessoal de hoje acha que casamento não tem nada haver, outros têm uma formação, então, acho que ainda é válido. Ah! Eu acho que casamento... O casamento é a união de duas pessoas que se completam, que pra chegar ao casamento tem que ter a certeza daquilo. Pra mim, no meu ver, na forma que fui criada, tem que ter uma noção do que está fazendo, que é uma coisa que a gente procura fazer pra vida toda. Se for o caso, se não der a gente... Mas eu acho que o casamento é um momento onde as pessoas se completam e que tem o propósito de compartilhar sua vida até Deus sabe quando.

Você casou quantas vezes?

Uma vez só.

Quem cuida da casa?

Eu e minhas filhas.

Suas filhas te ajudam?

Ajudam.

Você tem mais alguém?

Não, não. Só eu, minhas filhas e meu marido.

O que é ser homem para você?

O que é ser homem?

É. O que é ser homem?

Ah! Eu acho que homem, desde de o momento que ele casou, ele tem que assumir as obrigações dele como marido, assim, não só a parte sexual é tudo aquilo que ele se propôs a fazer, né.

E o que que é?

Ah! Cuidar da família, tanto na parte financeira, com a ajuda da mulher, porque eu não sou... Sabe, eu também trabalho pra ajudar. É construir junto, entendeu? Construir tanto na parte financeira como também na criação dos filhos, diálogo. Tudo o homem tem que fazer parte.

De onde você acha que veio essa questão de que o homem... Que essa parte é do homem?

É como eu te falei, é a criação mesmo, entendeu? Eu procurei já e, no entanto, o que me passaram é o que penso hoje. Porque antigamente a mulher ficava em casa, cuidava da casa e o marido tinha que trabalhar pra sustentar. Hoje em dia eu acho que a gente tem que ajudar, compartilhar, entendeu? E a parte que eu acho que é uma parte do marido, é cuidar financeiramente da casa. É o que eu te falei, é uma coisa que vem do passado mesmo, só que eu acho que a gente não deve deixar essa função só pra ele. Como também não... Como ele acha que: - a filha você cuida, você que orienta, o filho é eu que oriento. E não é assim, nós mulheres temos que orientar os filhos, como eles também, como homens, tem que orientar as filhas.

E o que que é ser mulher pra você?

Olha, o que é ser mulher... Eu acho que... Acho que é tudo de bom, porque...

Por que tudo de bom?

Ah! Tudo de bom, porque olha, a gente tem a alegria de poder gerar dentro de nós um ser, né. É que mulher é força, coragem, sabe. É você que tá sempre disposta a tudo, a qualquer situação, se o casamento não dar certo, você tiver de criar seus filhos sozinha, você vai batalhar, vai correr atrás. Porque eu tive nessa situação, a minha primeira filha foi um relacionamento fora do meu casamento, a primeira que eu tive com 18 anos. Eu morava com minha mãe que me ajudou a criar e eu é que soava a camisa, entendeu? Eu que tinha que correr atrás porque o pai largou, foi embora, não quis saber, entendeu? E eu que tinha que correr atrás, batalhar, lutar, passar a noite em hospital, sair do trabalho cansada e, às vezes, ter que correr pra o

hospital, cuidar. Quer dizer, tudo era eu, e eu mesmo. Minha mãe só ajudava a tomar conta. E eu acho que mulher é isso. É força, é coragem. Eu tiro por mim e pela minha mãe, que minha mãe teve que criar um filho excepcional, sem condição financeira, só com a ajuda do público mesmo. O poder público já não está muito bem das pernas faz mais de 30 anos, né? E é assim. Mas sabe, eu acho que...

Você vê diferença entre homens e mulheres?

Se eu vejo diferença?

É.

Ah! Eu vejo.

Que tipo de diferença você apontaria pra mim?

Eu vejo que, assim, por exemplo... Até nessa criação dos filhos, é muito mais difícil você ver uma mulher abandonar um filho do que um homem abandonar, não querer saber da criação. A mulher... A gente sabe que muitas mulheres abandonam, abortam, jogam no lixo, mas a maioria... Os homens fazem essas coisas assim, ele não tem muito compromisso. Além do que a mulher amadurece muito mais rápido. Uma menina com 22 anos pensa em se casar, um menino com 22 anos só quer zoar, entendeu? Então, é amadurecimento, há diferença. A moça amadurece muito mais rápido.

Você acha que existe uma diferença no valor de homens e mulheres na sociedade?

Ah! Existe sim. Em vários meios nós podemos ver. A mulher tem que trabalhar fora, do portão pra fora, não só do portão para dentro, porque a mulher vive uma vida diferente. O dia que ela viver do portão para fora, ela vive mais com as pessoas. Ela tem o seu direito quando ela trabalha fora. Quem trabalha do portão para dentro é muito discriminada. Se pergunta se você trabalha: “ela diz não”. Poxa, como ela não trabalha. Ela trabalha sim só porque lá não trabalha do portão pra fora. Por isso, acho que toda mulher deve trabalhar em casa e do portão da fora

também. Pra quando chegar a idade que cheguei de 45 anos, não ter dificuldade. Eu voltei para o meu esposo, eu aceite ele de novo tanto faz, uma parte foi por isso, porque não sou apaixonada, ele sabe disso. Eu nunca fui apaixonada por ninguém. Gostar e respeitar é uma coisa, agora paixão não .

Me dê um exemplo?

Ah! Por exemplo, no salário, a mulher hoje em dia ainda ganha menos, pode ser que esteja errado porque a mulher está correndo atrás dos mesmos direitos, mas ainda vemos que certas... Por exemplo, a mulher tem a mesma função do homem e ganha muito menos. Assim, às vezes, é a discriminação, a mulher quer pilotar um metrô, ser uma caminhoneira, sei lá... Tudo isso é discriminação.

Você cuida da sua saúde?

Ah! Cuido.

De que forma?

Fazendo preventivo, cuidando da minha vida... Da minha saúde em tudo né. E orientando também a minha filha pra fazer o mesmo. Agora eu me cuido, procuro me cuidar, né. É o que te falei, dentro dos órgãos públicos, aí que tá... Mas a gente dá o nosso jeito.

Você já ouviu falar da AIDS?

Se eu já ouvi falar?

Isso.

Já.

O que você já ouviu falar da AIDS?

Ela é uma enfermidade que ela afeta... A pessoa contaminada, ela tem tanta probabilidade de desenvolver, porque o imunológico dela fica... Baixa o sistema imunológico. Então quer dizer, se não se cuidar ela está à disposição de todo risco

de doença porque ela não tem auto-defesa, né? O organismo está sem defesa. E é uma doença contagiosa, através de compartilhar drogas injetável, sexual.

Você se vê próxima da aids? Se vê próxima dessa doença?

Vejo. Eu acho que todos nós estamos muito próximos, porque mesmo que há muita prevenção, ainda tem muita gente que arrisca, né. E na minha família mesmo já teve pessoas bem distantes, que...

O que é arriscar pra você? O que é uma pessoa se arriscar?

Ah! Olha, por exemplo, as nossas jovens, a maioria ninguém quer transar de camisinha, entendeu? Os que usam drogas acham sempre que vai acontecer sempre com o vizinho, mas nunca vai acontecer com eles. E eu moro num bairro também que é bem carente, então as pessoas não são muito informadas.

O que é risco pra você?

Risco é...O que é risco? Agora você me pegou. Ah! Risco é você tá... Eu creio que é não se prevenir, achar mesmo que as coisas acontecem com os outros e não acontecem contigo. Então você tá sempre correndo risco. Se você não se cuidar, não se prevenir das coisas, entendeu, é manuseio com... Pessoas que você não conhece, sem luvas, sem... Os médicos mesmo. Então eu acho que risco é isso, é a gente não se prevenir.

Você acha que corre risco?

Eu acho, claro!

Qual o maior risco da sua vida? Qual o maior risco que você acha que você corre?

Bom, pode ser até com o meu marido mesmo.

Mas eu digo o maior risco que você corre na sua vida, assim, independente de AIDS. O maior risco que você acha que... Dentre vários riscos, a AIDS, a hipertensão. Pra você, na tua vida, qual o maior risco?

Eu acho que a gente tá... Hoje em dia a gente corre todos os riscos, tudo. Por exemplo, quanto à saúde, poxa, a minha família, as pessoas é... Tive enfermidades... Que eu já adquiri anemia, essas coisas assim. Eu tenho um caso de câncer na família, essas coisas todas, né. Um parente morreu de AIDS na minha família. Agente está arriscado a tudo, entendeu? Derrepente é... Vindo do meu marido, ou vindo das minhas filhas, ou eu então não me cuidar.

Você se previne da AIDS?

Ah! Se eu me previno da AIDS... Eu procuro né, agente procura principalmente porque agente já tem um conhecimento, agente escuta aqui sobre HIV/AIDS.

Mas você se previne?

Não.

Não se previne.

Não.

Porque não se previne?

Olha, é... Eu sei que agente é casado há 23 anos, mas não é isso não. Não me assegura nada. Quer dizer, meu marido pode muito bem dar uma puladinha de cerca, me contaminar, e aí já viu. Então isso aí é um risco que eu corro, porque há 23 anos eu não uso camisinha e nem ele, entendeu? Isso aí é um risco que eu corro.

È um risco que você corre?

É, eu, ele, sei lá.

Quer dizer, sabendo que existe esse risco, porque que você não se previne?

Olha, eu nunca me preveni, eu não creio que ele pule cerca, não creio. Agente está sempre fazendo exames, está sempre indo ao médico, essas coisas assim. Então, ginelógicamente, eu estou sempre me prevenindo, fazendo preventivo, essas coisas assim.

Quer dizer, se você não se cuida, você não se previne, como é que você se protege?

Há! Eu não me protejo né. Bom, nessa parte não, agora, por exemplo, eu trabalho com criança, se caso aparecer uma criança lá, com suspeita, é claro que eu não vou limpar machucado, cuidar daquela criança sem uma proteção. Até mesmo pra não... Eu estou trabalhando com criança, eu não posso expor outras crianças, entendeu? Porque se eu estiver desprotegida, eu posso ta contaminando outros também, nesse caso.

Você falou...

Por exemplo, de qualquer... Tando contaminado ou tando não contaminado, jamais eu vou limpar uma ferida, alguma coisa, sem uma luva, sem uma máscara, alguma coisa assim. É o mau de não se prevenir. Hoje em dia, hoje ninguém está escrito na testa que em ou não é, né?

**E me diz uma coisa, você consegue ver alguma relação entre casamento e AIDS?
Existe alguma relação, pra você, entre casamento e AIDS?**

Casamento e AIDS. Ah! Existe.

Qual seria?

Por exemplo, hoje em dia o... Tá muito mais fácil, as pessoas... Porque no... Mas existe porque as pessoas não são assim... Né, porque geralmente é aquela coisa que falam, às vezes o marido ou a mulher mesmo teve uma traição, ela pode contaminar o parceiro ou a parceira.

O que que é sexo pra você?

Sexo é uma... O sexo faz parte da nossa natureza. O sexo é muito bom quando é feito com a pessoa, assim, que ama, que tenha proximidade...

Sexo é só prazer?

Não. È procriar, é prazer, é troca, é uma porção de coisas.

E você acha que AIDS é um problema do Governo ou de cada um? Você acha que é problema do Governo, do estado ou de cada um?

Olha, é também do governo, mas é de cada um. O que adianta o governo tomar todos os cuidados se a própria pessoa não se prevenir.

Você consegue ver uma diferença entre proteção e prevenção?

Proteção e prevenção?

É.

Diferença não. Eu acho que uma liga a outra.

Por que que você acha isso?

Proteção, se você não se protege você não se previne. Eu creio que eles estão ligados.

ENTREVISTA N° 06**P.54 anos,1 ° grau,casada****ENTREVISTADOR**

ENTREVISTADA

Quantos anos você tem?

54.

Você estudou até que série?

Até o ginásio antigo.

Até o ginásio antigo. E o ginásio era o que, 7ª série, 8ª série?

Primeiro agente fazia o ginásio...

Ah! Então até a 8ª série.**Você trabalha com que?**

Eu faço parte de uma creche, na comunidade onde eu moro, na Ilha de Itaoca. Sou 2ª tesoureira lá. E também, a um bucado de tempo, faz anos, em 2002, em fim, eu trabalho com pescadores locais. Eu ajudei a formar a associação de pescadores lá da área, da praia de São Gabriel. Também num projeto, trabalho também num projeto de cooperativa para mulheres que vivem da pesca. Então já tem um bom tempo, agente agora estamos, assim, lutando, já estou tendo uma parceria com o movimento né.

E qual a sua ocupação lá? Você é administrativo? Qual é a função?

Do que?

Dessa creche, da cooperativa.

Eu faço um trabalho de parceria... Ali como é uma comunidade, então nós estamos sempre, assim, de mãos dadas ajudando um ao outro, né. È, na área da pesca, o presidente pede a minha ajuda, uma colaboração minha, e eu dou minha colaboração.

Se é na área das mulheres também né. Eu também faço um trabalho, estou sempre colaborando.

Se você tivesse que colocar sua profissão, como é que seria?

É tipo uma Relações Pública, né. E na cooperativa eu estou num projeto com o Presidente da Cooperativa e faço um trabalho com as crianças da creche. Me dedico, um dia da semana, ajudo a cuidar, dar banho, dar carinho, satisfazer, brincar, me divertir, que eu me realizo muito com as crianças.

Você é casada?

Sou, tenho dois filhos que já estão rapazes.

Moram com você?

Moram.

Qual a idade deles?

Um tem 18 anos e o outro tem 24 anos.

Há quanto tempo você está casada?

Há 27 anos. Eu vivo com essa pessoa há 27 anos. Porque quando eu conheci ele não tinha divórcio, ele era desquitado e eu solteira, e nós nos apaixonamos, e estamos até hoje. Até hoje nós não casamos, eu também não esqueço muito com isso porque esses 27 anos que eu passei foram 27 anos muito felizes da minha vida, e eu, graças a Deus, sou realizada como dona de casa, como mãe.

O que que você acha do casamento?

Casamento. O casamento é tipo loteria, é difícil né?

Uma loteria, porque é uma loteria?

Eu acho que é tipo uma loteria, você tem... Ou dá sorte ou dá azar né. Porque eu pelo menos, eu tenho duas irmãs casadas, bem casadas, foram casadas, tudo

bonitinho, e com 27, 25 anos, os dois se separaram, as duas irmãs minhas se separaram.

Como é que você definiria casamento?

Eu acho que seria um casamento que... Parceiro, ambos têm que ser parceiro um do outro. Um respeitar o outro conforme... Eu sinceramente, eu me sinto feliz porque o meu marido me respeita, meu marido jamais se dirigiu a mim com palavrões, com maus tratos, é um homem muito bom pra mim, e, assim, há um respeito muito grande. Até mesmo, eu criei meus filhos assim, quando eles faziam alguma coisa de errado, agente conversava: - “olha, tá acontecendo isso assim e assim”. E criar filho homem é diferente né?

Por que?

É diferente porque tem certas coisas que a mulher fica, assim, meio sem graça de falar, não é? Eu, no caso, meu marido é surdo, então eu tenho que estar sempre assim...

Dá um exemplo de porque que é difícil falar com filho?

Hoje em dia não é mais, mas no início, no início era sobre sexo, sexo né, com filho homem. É a mãe falar com filho homem sobre sexo. Mas aí, é engraçado que a vida... No início eu ficava assim, meio sem graça de falar certas coisas, mas o meu filho caçula ele é, assim, avançado desde pequeno sabe. È um garoto assim que... É incrível, com 06 meses ele começou a engatinhar sozinho. Tudo ele começou sozinho. Já o outro não, o meu mais velho tem problema de autismo, entendeu? Então eu tive mais trabalho com ele. Ele com 02 anos, derrepente começou a escrever, com dois anos e meio, três anos começou a escrever direto. Não falava, atrasou a fala e escrevia pra mim: “- mamãe eu quero geléia”. Mamãe, ô sua chata! Me deixa em paz! E com isso foi muito difícil, eu tive muita dificuldade com o Rodrigo, né, o mais velho, devido o problema que ele teve. Porque foi tudo muito difícil pra ele, pro meu mais velho que teve problema de autismo. Porque foi difícil, colégio. Então ele ia pro jardim, chegava lá, as vezes a professora errava, numa palavra, aí ele escrevia: “- sua burra está faltando o E”. E aquilo irritava as

professoras, porque tirava a autoridade delas. Quantas e quantas vezes a professora passava no quadro pra ele o dever... Se gritasse com ele, aí que ele não fazia mais mesmo, ele ficava quieto. A primeira reação que ele tinha quando ficava irritado era pegar o lápis e jogar longe, era assim. E aí ela apagava o quadro, você acredita que lê memorizava tudo o que estava no quadro? Depois que apagava o quadro aí que ele ia fazer no caderno tudo. Então, olha, eu tive muita dificuldade.

O que é ser homem pra você?

Ser homem é ter caráter.

O que que é ter caráter?

É ser honesto, entendeu? É ser educado, respeitar o próximo, sabe. Ter um caráter é... Como eu posso explicar a você. Ter uma postura de homem. Correto, andar no caminho reto. Eu acho que tá muito difícil, eu não sei se eu sou um pouco preconceituosa, porque hoje em dia está tão diferente.

O que que é ser mulher?

Ser mulher é matar um leão por dia.

Matar um leão por dia, por que você diria isso?

Porque a pessoa da mulher é tão importante, a mulher é o início de tudo. Porque ela é mãe, companheira, ela é amante, amante assim no bom sentido né. Não estou falando assim de amante se... As mulheres de rua, essas coisas todas né. Apesar disso eu não tenho preconceito nenhum, eu respeito muito, cada um com seu cada um. Eu não seria esse tipo de pessoa, eu não teria esse dom, no caso né, eu não teria esse dom. Mas mulher ela é o centro de tudo, ela é quem condena, ela é quem dá início a tudo. O homem nasce de nós, nós é que orientamos, que preparamos esse homem pra tudo, entendeu? E aí que entra o nosso trabalho, nós que somos mulheres. Eu com o meu filho de 13 anos, meu filho teve uma relação sexual com uma determinada pessoa e pegou uma gonorréia, e ele dizia que estava inflamado, que estava saindo pus. Não me mostrava, e dizia que era o rim, e eu achando que era o rim aquela coisa toda e levei ao médico, falou: “– eu to com uma

inflamaçãozinha”. E eu estou tratando ele como um nenenzinho, como um nenenzinho, como meu garotinho, entendeu? E aí minha filha, o médico quando olha: “- pú... (aí soltou um palavrão), você relações sexuais com quem meu filho? Com uma cabrita, com boi, onde você mora?” Aí ele ficou assustado. Aí ele falou: “- mãe isso daqui ele teve relações sexuais e ele pegou uma puta de uma gonorréia”. Aí ele virou e falou assim: “- olha, esse piru seu vai cair em” E ele com vergonha de mim, entendeu? O meu filho com vergonha, assustado. Aí o médico perguntou: “- você teve relações sexuais com uma mulher, não teve?” Aí ele: “- não, não tive não, não tive não, isso aí, eu tenho problema de rins”. “ – não meu filho, não mente pra mim não que eu sou medição, eu sei, eu sou vivido, eu tenho 68 anos.” Então ele, o médico, criticou e brigou muito com ele. Porque ele é muito jovem pra estar...

Você já ouviu falar da AIDS?

Do que?

Da AIDS, já ouviu falar?

Já.

E onde é que você ouviu falar dessa doença?

No Movimento de Mulheres. Começou assim, a eu entender mais sobre AIDS, devido às oficinas que eu participei. Então através das oficinas que foi colocado né. Eu fiquei, assim, apavorada.

Por que ficou apavorada?

Porque eu jamais poderia imaginar, em tanto, as relações sexuais... E também eu fiquei apavorada porque através da DST, corre o risco de contrair essa doença. E eu vi tantas mulheres, amigas minhas morrendo, até mesmo por causa duma infecção, duma DST. Mulheres com doença... Às vezes está com problema no útero, uma feridinha no útero que demora a descobrir, quando vai descobrir já é uma doença, já é uma AIDS, já é um câncer, entendeu? E eu vi muita gente, mulheres novas, morrendo com isso aonde eu moro. Então, informação assim é muito importante pra levar pra...

Você se sente próxima da AIDS?

Não. Bem, agente nunca sabe, porque a AIDS... Dizem que pega até em transmissão de sangue, né? Derrepente eu não sei se eu posso sofrer um acidente, ir pro hospital, ter que tomar uma transfusão de sangue, e esse sangue estar contaminado.

Faz parte da sua vida, a AIDS?

A AIDS?

É.

É o que eu falei pra você, eu não sei, derrepente pode ser que, derrepente ter a AIDS assim né, nesse sentido.

Você sabe como se previne?

Sei, usando a camisinha.

É só usando a camisinha?

Usando camisinha, fazendo exame. É vírus, né? Negativo, positivo, através desses exames né... Parece que o PAM, o PAM parece que... O PAM – NEVES, eles fazem lá os exames. E eu acho isso muito importante, e inclusive é importante também levar conhecimento aos lugares carentes, sabe, lugares que têm dificuldade até de ter médico pra atender. Agora o que eu estava falando, eu moro em Itaoca, Itaoca é uma Ilha, Ilha de São Gonçalo. Então lá nós sempre fomos muito abandonados, agente fomos muito abandonados. Agora em 2002 que nós tivemos o nosso posto de saúde. Antes era uma Deputada, Alice Tamborindeguy, junto com a comunidade lá, que formou um postinho lá, e botou os médicos pra atender a comunidade ali. Mas ali é um lugar que precisa, assim, de... Como é que se diz... Um olhar a mais para aquele lugar, governo, município, porque nós ali perdemos pessoas por causa de socorro, de noite...

Você sabe como se previne. E você se previne?

Eu me previno sim.

De que forma?

Fazendo exames, faço exames.

O que mais?

É... Usar camisinha, né?

Você usa camisinha com seu marido?

Olha, meu marido já está com uma certa idade, entendeu? Agente quase... Não temos assim... Vou falar pra você, sexo. Eu acho que o tempo dele acabou.

E quando vocês têm a relação, vocês usam a camisinha?

Usamos, usamos, usamos sim. Mas é aquele negócio, ele não anda com mais ninguém, ele sempre teve uma saúde muito boa, ele é muito caseiro, ele não é de farra, não é de sair, está aposentado.

Você acha que corre o risco de pegar AIDS?

Olha, é o que eu falei pra você. Com a transmissão do sangue, através do sangue. Derrepente ele pula fora, transa com uma mulher...

O que que é risco pra você? O que que você entende por risco?

Risco é não se proteger, entendeu?

E o que é não se proteger?

É fazer sexo com camisinha.

Não se proteger é fazer sexo com camisinha?

Não. Eu estou falando como se proteger, usando a camisinha. E se prevenir, pra evitar não só a AIDS, mas como a DST, uma doença transmissível através do sexo.

Você alguma vez usou camisinha?

Olha, eu já usei sim. Eu não, meu marido usou.

Mas ele usou com você?

Usou comigo.

E isso era pra que? Pra...

Pra não ter neném.

E isso casada ou quando estava namorando?

Casada.

Qual o maior risco pra você hoje em dia?

Hoje em dia? Hoje em dia, os jovens, as jovens, principalmente mulheres... Hoje em dia as mulheres...

Pra sua vida... Qual o seu maior risco? Pra você.

Meu maior risco. Meu maior risco é qualquer tipo de doença, contaminação não só com a AIDS...

Eu sei, mas eleger um risco, assim, de todos os riscos que corremos, qual seria o maior risco? Pra você, que está mais próximo de você.

O mais próximo. Ah! Risco seria se um filho meu, alguém da minha família, tivesse uma doença, uma doença como essa, como a AIDS. Tanto é que falo sempre pros meus filhos em casa: “- usa camisinha, usa camisinha!”

O seu maior risco, o maior risco pra sua vida, é o outro correr risco?

Eu acho que sim. Alguém da minha família. Porque eu pelo menos, eu sou prevenida, a não ser que ocorra um acidente comigo, que eu venha assim, me contaminar com uma outra pessoa. Que eu sou uma pessoa que se uma pessoa está passando mal eu corro pra socorrer, entendeu?

E me diz uma coisa, você não se previne né? E como é que você se protege? Você não se previne porque você não usa camisinha. Como é que você se protege?

Do acidente? Eu não tenho proteção nenhuma.

Não, eu digo do HIV, se previne do HIV?

Se eu tiver relações sexuais eu uso camisinha, ou o parceiro usa a camisinha. Mas eu estou falando assim é... Me prevenindo né, me prevenindo em casa, com o meu parceiro em casa. Agora fora, nunca tive, graças a Deus.

Como é se prevenir dentro de casa? Como é que é a prevenção dentro de casa?

Usar camisinha. Já falei né, sempre fazer exame, de 06 em 06 meses fazer o preventivo.

Você usa ou não usa preservativo? Isso ainda não ficou muito claro.

Faz tanto tempo que eu não faço sexo que eu nem...

Você vê diferença entre prevenção e proteção? Prevenção e proteção, você acha que é a mesma coisa?

Eu acho que não.

Porque você acha que não?

Proteção e prevenção têm que andar junto, não é? Têm que andar junto.

Mas você vê diferença de um pro outro?

Eu acho que uma coisa completa a outra.

Como é que você acha que pode se proteger não se prevenindo?

Eu acho que não existe né. Eu acho... Aquele negócio... Qualquer pessoa corre risco. Todos nós corremos risco. Todos nós corremos risco. Temos que ter bastante atenção, porque às vezes a pessoa, sei lá... Mas ninguém tem noção do que é o sofrimento de uma pessoa quando pega uma AIDS. Uma que já sofre preconceito fora de sério. Porque tem horas que quando os outros sabem ficam longe, não chegam nem perto, porque têm até medo de se contaminar. Aí fora se você fala: “- se você beijar não pega AIDS”. Mas alguém acredita? O temor é tão grande, não é

mesmo? O temor é tão grande que... “- ah! Se você der um abraço... Já fica meio apavorado. Um dia desse eu estava no salão e aí a menina falou assim: “- é, eu já ando até com medo de fazer minha unha”. Aí virou pra outra e falou assim: “- eu fiz a unha de uma pessoas com AIDS sabia disso”? Aí a menina ficou apavorada. Aí eu virei pra ela e falei assim: “- é esterilizado esse alicate? Você faz uma unha e entra em outra sem esterilizar? Então, a pessoa até no salão tem que se prevenir pô, porque às vezes você está toda bonitinha, que não se manifestou, aquela pessoa está com AIDS e ninguém sabe que está com AIDS.

Você acha difícil se prevenir da AIDS?

Você já me perguntou isso quantas vezes?

Você sabe como se previne, isso é uma coisa, agora você acha que é difícil fazer prevenção? Usar preservativo?

Com o parceiro não, agora é difícil você falar pra uma outra pessoa, pra uma manicure, e ela entender isso, entendeu? Uma pessoa leiga, uma pessoa que não entende nada. Então... Ela entender que você... Ela ter conhecimento, porque falta conhecimento. Como que nós podemos prevenir a AIDS? Aí, no caso, eu estava falando: “- levando a comunicação. Através da comunicação, levar para as escolas, para as faculdades, entendeu? Divulgar mais, porque ela é pouco divulgada, apesar da televisão estar sempre falando”. Mas eu acho que precisa ter um trabalho conforme, assim... Não tem essa de saúde do município? Médico-família. Através do médico-família, através daquelas moças que trabalham, médicos, enfermeiras, psicólogos, aquelas que visitam residências, então, elas deveriam fazer essa função, marcando reunião com a comunidade, nos colégios, com as mães dos alunos.

Você acha que essa questão da AIDS é uma questão do governo ou uma questão individual?

Eu acho, sinceramente, individual não, eu acho que tem que ter o governo junto fazendo um trabalho, dando assim, um apoio através da comunicação, através dos meios de comunicação, através dos jornais, através da educação. Botando assim uma

parceria com os colégios municipais, colégios estaduais. Eu acho que tem que fazer um alerta geral, é, um alerta geral.

Então acaba sendo só uma questão do governo? E o individual? E agente? Cada um?

O prejuízo vai ser mais do governo se tiver uma epidemia, não é? Então você não acha que o governo também precisa alertar o povo? Eu acho que sim.

Você vê alguma relação entre AIDS e casamento?

Antes do casamento... Antigamente fazia o exame pré-nupcial, hoje em dia tão dando tão fácil por aí minha filha, quando você vai ver ta tudo de barriginha com 12, 13 anos, entendeu? É por isso que eu estou falando com você, um alerta, parceria com colégio municipal, estadual, levando conhecimento para os jovens.

O que que é sexo pra você?

Eu acho que existe sim, porque a pessoa tem que se prevenir antes, a pessoa tem que estar fazendo exames, tanto o parceiro... Que antigamente tinha uma doença aí, eu não me lembro bem, que ficava... Tinha o sangue ruim, e muitos casamentos antigamente eram feitos... Antigamente tinha uma pessoa que tinha o sangue assim, contaminado, uma pessoa... Vou dar um exemplo, existe uma bactéria que através do animal entra na corrente sanguínea da pessoa, e essa pessoa quando vai ter filho, nasce o filho todo deformado, eu não sei que bactéria é essa. Tem uma mulher lá perto de casa que é assim. Nasce todo deformado quando vai chegando os 07, 08 meses, aí ela aborta e perde a criança. Então antigamente era assim: o casal fazia exame, se tinha alguma coisa no sangue, uma contaminação, qualquer coisa. Até mesmo uma hepatite, então eles tinham que fazer um tratamento pra poder se casar. Eu me lembro que a minha irmã fez esse teste pré-nupcial.

E sexo está vinculado a casamento ou não?

Ah! Se não tiver um bom sexo o casamento não agüenta não. É verdade, porque aí o homem vai procurar na rua.

Como é que você definiria pra mim?

O sexo?

É.

Ah! O sexo é ir lá no céu e voltar.

Sexo é só prazer?

Ah! Eu acho que é prazer sabe, prazer sexual, é o carinho, eu acho que tem que completar tudo né. Com amor né. É uma beleza! Com aquela barba passando no seu cangote. Você agüenta minha filha? Não agüento não. Pô dá aquele arrepio todo, é uma beleza!

ENTREVISTA N° 07**F. 40 anos, 1º grau, casada****ENTREVISTADOR****ENTREVISTADA****Qual é a sua idade?**

40.

Você estudou até que série?

Estudei até a 8ª série

Você é casada?

Hurum.

Há quanto tempo?

18.

18 anos de casada?

Ahan.

Você tem filhos?

Tenho.

Quantos anos? Eles moram com você?

Mora. Tenho um com 17.

Só tem um filho, né?

Só.

Pra você o que é sexualidade?

O que é sexualidade?

É.

É o desejo que... Que pinta na hora. É o momento, né.

É o momento... Surge quando?

Quando você... Você sente, assim, amor por uma pessoa, entendeu? Aí pinta aquele desejo. Eu acho assim... Tem que gostar também pra você... Porque você não vai fazer sexo com a pessoa se você não gosta da pessoa. E Eu acho assim...

E o que é ser homem pra você?

Ser homem?

O que é ser homem?

Ah...Como assim? Em tudo?

É, o que é ser homem?

Ser homem é... Homem tem que ter um bom caráter. Ele tem que ter responsabilidade e ser família, tá. Eu penso assim, ter um bom caráter como eu acho que falei, né. Que não seja mulherengo, né.

O que é ter caráter pra você?

Caráter é aquele homem que... Entendeu. Um homem de caráter é assim, ele cumpre os deveres dele.

Quais seriam os deveres dele?

Os deveres deles são os deveres de casa, né. Comprar e pagar suas dívidas. Não ultrapassar, não comprar aquilo que não possa pra não ficar devendo, né. Respeitar sua esposa, sua família. Não ficar em bar, em botequim enchendo a cara, dar respeito a sua família, é o homem que tem caráter. Não é um tipo de homem que não pode ver um rabo de saia que se a mulher der mole ele vai mesmo e acabou, perde o juízo. Um homem tem que ter personalidade, um bom caráter né.

E o que é ser mulher?

O que é ser mulher... Eu acho que a mulher tem que trabalhar, cumprir com seus deveres, ajudar com suas tarefas também de casa, doméstica, e agir a vida junto com seu marido, né. Fazer o futuro do seu filho, entendeu?

E o que é casamento pra você?

Casamento?

É.

Eu acho que o casamento é respeitar, né. Respeito um pelo outro e o carinho, a compreensão, entendeu? Quando você tá com a situação boa, com a situação ruim, eu acho que os dois têm que se unir. Tem que sentar, conversar, o que está havendo dentro de casa: problemas com o filho, financeiro. Você tem que sentar, você tem que conversar, né. É a união.

Existe diferença pra você entre homens e mulheres?

Entre homens e mulheres?

É.

Não. Eu acho que no momento não. A mulher tá tomando até mais lugar que o homem.

Pra você não existe diferença?

Não.

Isto é um problema pra você? Você acha que isto é problema, não ter mais diferença entre homens e mulheres?

Se eu acho... Não, não acho que é problema não. Eu acho que é beneficiário pra nós, entendeu? Eu acho legal.

Você acha legal.

Acho. É que igualou. Eu acho.

Você tem o hábito de se cuidar?

De me cuidar?

É.

Você fala a parte de saúde, assim?

A parte de saúde.

Ah! Eu faço exame, entendeu, uma vez no ano, né. Uma vez no ano eu faço. Faço todos os exames. Faço o de HIV, entendeu? Eu sou bem prevenida.

Tirando a questão não só da saúde com relação a prevenção do HIV, com outras área que não seja a saúde, quer dizer, não, saúde como um todo, né, mas não seja diretamente não só a questão do HIV. Você se cuida?

Me cuido. Faço preventivo, câncer de mama, quer dizer, mamografia, todo o ano eu faço, principalmente, assim, se eu sinto uma dor, vou ao ginecologista, entendeu? Faço até particular, faço nem pelos direitos que eu tenho, né, porque eu tenho o registro da Marinha. É, mais aí eu faço particular, entendeu, que é mais rápido. Quero saber logo o que eu tenho, que eu sou assim, eu sou toda apavorada.

E você sabe o que é AIDS? O que é AIDS pra você?

AIDS pra mim... AIDS é uma doença que tem que se cuidar, entendeu? AIDS, se você não se cuidar, mata. Não é que a AIDS mata, são os problemas que ela causa, se não tiver uma boa alimentação. Aí, se não tiver uma boa alimentação, o que acontece? A gente vai ficando enfraquecida, pega uma doença, aí causa alguns problemas.

E você, quando escuta esta palavra AIDS, o que vem a cabeça?

AIDS, olha, na verdade, é uma palavra, assim, que choca, né. É tipo, assim, quando...Eu tenho uma irmã que ela tá com essa doença. Então foi um choque muito grande, entendeu, foi um choque muito grande que eu levei. Eu, principalmente, porque é uma irmã que eu sou muito agarrada com ela, e eu estou muito triste porque ela não tá se cuidando, entendeu, ela não está se cuidando. O marido dela se droga, a carga viral dela tava 700, agora tá 250, entendeu, porque ela não está se alimentando, tá usando

droga. E eu estou muito triste com isso, que ela tem três filhos. E eu até falei pra ela que se ela não se cuidasse, se ela não parasse de fazer essas coisas, eu vou lá pegar os filhos dela. Eu ameacei. Eu não vou fazer isto, é claro, mas ameacei, porque eles não têm tendo condições de criar os filhos. Eu fico chateada com isso, eu estou muito triste e, realmente, eu me abalo muito com isso. Mas eu já conversei sobre isso com várias pessoas, a Marisa, por exemplo, né. Aí ela me ajudou bastante quando eu soube, eu conversei muito com ela. Ela dá palestra disso também, e ela é uma pessoa que me ajudou muito, me explicou muita coisa, entendeu? Então isso me fortaleceu bastante, sabe.

Mas, enfim, te choca esta palavra, né.

É, me choca sim, com certeza.

Você sabe como se prevenir da AIDS? Como que você se previne da AIDS?

Usando camisinha.

Só usando camisinha?

Usando camisinha... Eu tenho medo de dentista, eu fico de olho né, pra vê se a agulha é descartável. Se eu vou ao pronto socorro eu fico de olho né, pra vê se é descartável mesmo, se tá tirando tudo limpinho na hora. O que eu olho... o lado mesmo, que me preocupa é esse.

Você se previne?

Se eu me previno?

Isso.

Não, porque eu só tenho um marido há 18 anos. Mas eu tenho medo.

Como é que você se protege? Você não se previne, tem medo, como é que você se protege?

Meu marido não vai querer usar o tempo todo camisinha. Apesar de que eu faço tabela há muitos anos né, entendeu? Ele faz exame também, entendeu? Uma vez ao ano ele faz porque tem que fazer né, é obrigatório fazer isso.

Então, quer dizer que vocês não se previnem?

Não, assim não, os dois juntos não, de usar camisinha não.

Os dois juntos não, mas cada um se previne particular, como é que é isso?

Não, tipo assim, ele não exige de mim nem eu dele, nós dois dentro de casa. Não quer dizer que ele sai, tá saindo por aí trazendo essas coisas né. Essas coisas não. Mas eu converso muito com ele. Eu digo assim: “ – poxa, se pintar, entendeu, você se previne”. Eu falo pra ele que, pô, eu sou sua esposa já tem 18 anos, você me conhece. Eu não sou mulher de ficar com homem na rua. E meu filho também, eu previno meu filho bastante.

Você se vê em risco de pegar AIDS?

Eu acho que qualquer uma pessoa. Eu acho que não tem como você... Você dizer que você “ - Ah! Eu não tenho risco” Todos nós temos né.

E você não tem medo, sabendo que tem risco e não se previne?

Se eu tenho medo?

É.

Tenho, tenho sim.

E o que você faz para que, de alguma maneira, espantar esse medo?

Ah! A gente entrega na mão de Deus né, e pede a ele pra proteger. É a única coisa que eu posso fazer. Me livrar e qualquer pessoa.

Você acha difícil fazer prevenção?

Não, eu não acho difícil.

Você não acha difícil, mas não faz prevenção?

Mas não faço.

Porque não é difícil fazer prevenção?

Porque tem a camisinha de mulheres, não tem? É isso que você está falando?

Porque você fala assim: Diz que não se previne. Aí eu pergunto: Se você não se previne é difícil fazer a prevenção? Aí você disse que não. Não dá pra entender.

Não é difícil porque, tipo assim, vamos supor, eu vou transar com meu marido. Ele pode usar a camisinha e eu também posso. Mas só que eu não uso nem ele. Só quando estou no período fértil.

Então o maior medo de vocês só é uma gravidez?

Uma gravidez, meu, uma gravidez.

Seu maior medo então...

É uma gravidez e a AIDS também. De qualquer forma você está se arriscando né.

Então você não acha que é difícil fazer prevenção porque no fundo não consegui entender. Quer dizer...

Não é difícil, mas eu não faço. Eu sei que não é difícil fazer, se prevenir, entendeu.

Se não é difícil porque que você não faz?

Não sei. Eu não sei explicar. Eu tô... Sei lá. Não me interessa, na verdade, né. Não me interessa me prevenir.

Por que não te interessa?

Eu não me interesso porque, tipo assim, eu penso em mim, entendeu. Porque, poxa, eu estou com um homem há 18 anos. Se eu sou uma pessoa que tivesse namorado, tivesse amante, eu, com certeza, me prevenia. Vamos supor, eu me interessar por outro homem,

ter um amante, é claro, eu ia me prevenir com ele. Mas com meu marido não. Eu sei que está errado, mas...

Sabe que está errado.

É porque eu sei que tem que prevenir, com o meu marido principalmente, porque são os homens que trazem mais doença.

E você acha que a prevenção é uma responsabilidade da gente, de cada um, sua, minha ou do governo. De quem é a responsabilidade de se prevenir da AIDS?

EU acho que é nossa, minha, sua, mais do indivíduo né. Eu acho que é. Vamos supor, eu vou sair com uma pessoa agora. Poxa, nem conheço o cara, pô, eu não vou prevenir. Eu tenho que me prevenir? O governo, alguém vai chegar assim: “ – Olha, você se previne, hein ? Eu que tenho que ter consciência porque além de tá fazendo coisa errada, se é uma pessoa que você nem quase conhece, não sabe a índole dele né, que ninguém conhece ninguém, Você não vai se prevenir com uma pessoa dessa? Aí eu estou totalmente errada. Ele vai chegar e vai me prevenir? Nem ele mesmo não vai, eu que tenho que fazer isso.

ENTREVISTA N° 08**L.44 anos, 2º grau, solteira****ENTREVISTADOR****ENTREVISTADA****Qual é a sua idade?**

44.

Você estudou até que série?

Eu estudo ainda, eu estou fazendo o 1º do 2º grau.

É casada?

Não. Sou mãe solteira.

Nunca foi casada?

Não.

Tem filho? Mora com você?

Mora comigo, 12 anos.

Menino ou menina?

Menino.

Pra você o que é sexualidade?

É sexo. É o conte com a parceira e tem um relacionamento bom, na cama, eles trocam carícias.

Quer dizer, isso pra você que é sexualidade?

É o sexo.

E o que seria sexualidade?

Sexualidade... Ah! Eu acho que é, assim, ter um corpo bonito.

O que seria esse corpo bonito?

No meu modo de ver, com o homem, é o homem bonito, que chama atenção.

E pra você, o que é sexualidade?

Eu, mulher? Uma coisa sexy pra mim...

Sexualidade, por exemplo, qual é? O que seria a palavra sexualidade pra você? No seu entender?

Olha, eu, na verdade, nunca parei pra pensar nisso. Mas eu quando... Pelo menos as coisas que eu vejo, reportagem: “- ah! Não sei o que! Aquela pessoa é sexy!” Então, a pessoa, assim, boa aparentada, com um corpo bonito, sabe, que o homem vê e chama atenção, com o rosto bonito, as pernas bonitas, corpo violão, ela é uma pessoa sexy. A sexualidade é a pessoa que anda á vontade, até mesmo, muitas costumam, assim, está muito vulgar, mostra demais o corpo. É uma pessoa que tem sexualidade.

Quer dizer, você nunca foi casada. Mesmo não sendo casada, o que seria o casamento pra você?

Ah! Eu vejo casamento como uma coisa tão bonita! A palavra já diz, CASAMENTO. É algo, sei lá, eu acho que uma pessoa, assim, pra chegar a esse ponto, tem que se conhecer bem, sabe, amar, ter aquela pessoa ali como um talismã. O casamento pra mim é um talismã. O homem pra mulher, a mulher pro homem. Que ele veja tudo em volta, seja normal com todos os outros, mas que ele tenha por aquela pessoa ali, a confiança, o respeito, uma coisa pura.

Você tem vontade de se casar?

Muito. Sempre sonhei em me casar, mas infelizmente nunca fui pedida em casamento. Mesmo sonho mesmo, de me casar, seria até os 21 anos. Eu sempre tive esse negócio: “- eu vou me casar até os 21 anos, se até os 21 anos eu não me casar,

eu queria me dedicar, assim, aos estudos”. E depois que eu tivesse uma vida estabilizada eu queria ser mãe. Não queria saber com quem, eu queria ser mãe, saber o que é ser mãe. Infelizmente me aconteceu um fato aos 30 anos, e até hoje ainda me pergunto o que é ser mãe. Porque aconteceu, assim, de repente, não devia ter acontecido. Foi assim, simplesmente eu pisquei e aconteceu, eu estava grávida, sabe, não foi a pessoa... Eu não soube quem era aquela pessoa, eu não escolhi, aconteceu um namoro de brincadeira e de repente eu era mãe. Sabe, então aquilo ali... Eu fui pega de surpresa. Mãe pra mim veio... Me surpreendeu, em todos os sentidos.

O que é ser mãe pra você?

Agora ser mãe pra mim é uma responsabilidade muito grande. É ter um compromisso de quem tem alguém que depende de você em todos os sentidos, começando pela educação, formação, em todos os sentidos. Que é o que eu faço pro meu filho. Sempre passei tudo pra ele, o que esconderam de mim. Nunca botei tabu em nada, da menstruação da mulher, a vida da mulher, tudo passei pro meu filho. Independente dele ser uma criança, dele ser homem ou que ele fosse uma menina. Eu sempre achei que as mulheres deveriam ser mais... Mas, assim, espontâneas com os filhos, porque muitos apanham lá fora porque não tiveram nada da sua mãe, porque ele tem a mãe dele como a toda pura. Ela pode ser o que for, mas ela pra ele é fundamental. Eu tive isso da minha mãe. Quando eu descobri que a minha mãe não sabia ler nem escrever, aquilo ali pra mim foi muito doloroso. Minha mãe morreu qual era a 1ª letra do nome dela, 72 anos. E eu não gostaria que meu filho viesse um dia sentir o que eu senti com a minha mãe.

E o que é ser homem pra você?

Ser homem pra mim é o caráter do homem, a responsabilidade dele, independente dele ser homem ou não. E, pó exemplo, às vezes eu me acho um homem, porque eu tenho uma responsabilidade acima do meu eu. E o homem, não é porque ele é masculino, ele tem um pênis, né, a mesma responsabilidade que o homem tem a mulher também tem, só que ele, o homem, parece que ele é visto com mais respeito.

Por que você acha isso?

Eu acho. Eu tenho certeza, porque eu sou mulher. Eu sou uma mulher e vejo que não só através de mim, que eu já vi atrás e continua vendo na frente, existe ainda tabu do homem e da mulher. Existe um preconceito. O direito da mulher, poucos. Eu moro sozinha com o meu filho, mas não sou respeitada como um homem que mora sozinho, eu sou mal vista, eu sou mal falada, você está me entendendo? Independente de eu ter um filho ou não. Então ele às vezes, fala: “- eu preciso crescer pra que as pessoas venham a te respeitar”. Meu filho já fala isso, com 12 anos. Porque ele diz que ninguém respeita uma mulher sozinha. E é mesmo. Ele tam isso, ele já vê acontecer. Não é ninguém que contou pra ele. Então nós passamos por esse tabu, esse preconceito. O preconceito da cor, o preconceito de eu lutar por aquilo. Eu tenho pra dar ao vizinho e o vizinho nunca tem pra mim. Então, eu sou mal vista. Na minha casa não entra homem, eu trabalho fazendo unha, mas o último homem que entrou lá em casa, saiu como se não tivesse me feito um filho, você está me entendendo? Saiu como amante, saiu como se o cara era escondido, era casado, e saiu escondido da minha casa. E não é nada daquilo. Então se fosse casa de um amigo que ele tivesse, as pessoas não iam ver ele saindo assim. Ele saindo da casa de um outro homem é normal, mas um homem saindo da casa de uma mulher sozinha. Com certeza um cara casado vai falar, a mulher casada vai falar, a mulher solteira vai falar e virse e versa, entendeu? Então eu vejo isso aí, o homem é respeitado na sociedade.

E o que é ser mulher?

O que é ser mulher, é minoria. Eu sou uma mulher com garra, com coragem, eu enfrento, eu não tenho tabu, quando eu tenho que falar eu falo. Mas existe a mulher recalcada, em todos os sentidos, recalcada na vergonha, recalcada porque ela é mesmo, a criação, e recalcada que aquela que não faz e tem bronca daquela que faz. Tipo assim, a inveja, né. Que ela não tem coragem de botar o “eu” dela pra fora e discrimina aquela que faz. Então, ser mulher pra mim, é uma coisa muito valiosa, eu me valorizo, eu tenho orgulho de ser mulher. Pequena, baixinha, preta, meio abusada, desaforada, mas eu tenho orgulho de ser mulher, porque eu quero provar, talvez pro mundo, que não é o fato de eu ser mulher que eu vou ser capacho. Eu

quero respeito. Então, porque que o homem é respeitado e a mulher não é? A mulher não é bem vista numa festa, no cinema, sabe?

Isso a mulher sozinha?

A mulher sozinha, ela não é bem vista. Independente dela ser mulher. Ela pode ter 60 anos, moro sozinha, ela é mal vista. Se ela tiver 30 ou 20, moro sozinha, ela é mal vista. Então não é pela idade, é o preconceito à mulher. E isso tem que acabar.

Você vê diferença entre homens e mulheres?

Tem muita.

E como é que seria essa diferença pra você?

Eu vejo a diferença como uma falta de respeito. Uma coisa... Uma ignorância, uma ignorância, porque eu acho que o mesmo respeito que eu tenho que ter com o rapaz ele tam que ter a mim, independente se eu moro sozinha ou não, ou ele mora sozinho. Isso é a mulher. Porque que o cara que é gay, ninguém malha aquele gay, de ele mora sozinho ou não, que ele é visto como homem. Então, há o preconceito, há uma barreira, essa barreira ainda não foi derrubada. É que nem o muro de Berlim. Tentaram derrubar, derrubaram o muro, mas em espírito parece que ele permanece porque ainda existe algo ali que parece... A olho nu você não vê, sabe, mas parece que tem algo ainda até que você não consegue passar. E isso, eu gostaria de saber o que que é isso, porque isso? Então, talvez o meu desejo, mais de me casar, seria isso, a segurança. Uma mulher sozinha, ela é insegura. Eu mostro minha coragem, eu passo tudo pro meu filho, mas o meu “eu” eu me sinto insegura. Isso, com certeza não tem essa que diz: “- eu não tenho, assim, medo de dormir sozinha”. Mas sente. Essa segurança é o chamado de vazio. Vazio dentro de cada uma que, por mais que ela fala: “- eu não sinto falta. Homem pra mim é igual biscoito perde um arruma dezoito”. Pode arrumar quantos for, mas não mora, não está com ela, ela não escuta a voz dele no telefone, nada, não tem aquele contato de corpo, é diferente. É diferente o corpo da mulher do corpo do homem. Então existe algo, uma química ali que não foi descoberto. Então, a diferença do homem pra mulher pra mulher é essa. Não tem esse negócio... O homem também pode dizer a mesma coisa: “- ah! Eu

tenho mil mulheres, nunca me apeguei a nenhuma”. Porque ele não encontrou o outro lado da cara dele, a cara metade, não é como é que chamam? Mas que faz falta faz. Ai do homem se não fosse a mulher e ai da mulher também se não fosse o homem.

Você se cuida?

Muito.

De que forma você se cuida?

Ah! Eu me poupo... Há dois anos atrás eu descobri um caroço dentro da minha vagina, tomando banho, enfiando o dedo, sabe? Que os médicos falam que agente devemos nos examinar. Eu olho meu corpo, sempre tive essa preocupação. E no tempo que eu namorei, nunca tive preocupação com a camisinha porque eu não sabia o que que era, até 28 anos eu desconhecia o que era camisinha. Hoje em dia quem não conhece é porque não quer e tampa os ouvidos pra admitir. Agora, acho fundamental. Independente dela: “- ah! Eu não estou namorando, eu não tenho ninguém”. Se tem um parceiro: Ah! Eu confio nele, eu amo ele”. Mas eu acho que não tem melhor, você antes de amar o homem, amar o seu corpo. Acho muito bonito isso. A mulher que em seis em seis meses vai lá, se auto-examina, procura um médico, sabe, se não consegui ali procura em outro lugar, entendeu? Não botar dúvida. “- ah! Hoje eu não vou, está chovendo, não vou procurar médico nenhum. Independente de não estar sentido nada, porque a AIDS também não tem dor, a AIDS não vem com dor. Quantos aí está com AIDS e não sabe?

O que que é AIDS pra você?

É uma bactéria que ela está dentro do sangue. Mas dependendo de cada um, ela vai se desenvolver cada vez mais rápido. É um vírus que está dentro do sangue de cada ser humano. “-Ah! Mas, fulano se contaminou com alicate de unha! Ah! Porque doou sangue!” Que eu também sou doadora. Não, derrepente aquilo ali pode ter ajudado a aumentar, né? Há vir mais rápido o resultado, mas não foi aquilo ali. Foi da pessoa não ter se cuidado enquanto, talvez, era nova, a mulher na gestação.

E você sabe como se previne da AIDS? Como de previne da AIDS?

Olha, na minha opinião, é começando pelo... Pelo... Não digo nem sexo. Uma anemia profunda, por exemplo, se a pessoa não tiver cuidado... Ela comer, acho que até alguma coisa ali... Tam muita gente com a casa aí cheia daquele bichinho da mosca, e não vê, porque é tão miudinho que não vê.

Você acha que aquilo transmite?

Não. Não transmite, mas pode ajudar.

Em que sentido?

Na alimentação.

Como assim?

A pessoa não ter cuidado com ela. Porque, na verdade, aquilo ali, não veio de uma pessoa pra outra, alguém começou. Ela começou como? Ninguém sabe. Como começou a AIDS? Ninguém sabe. Então eu creio que pode ter sido de uma simples... De um simples contato na lama, o pé no chão, fica na friagem, igual cólica. A cólica ninguém sabe o que que é cólica. Mas se você está com ela, você não vai tirar sua meia, seu sapato e botar o pé no chão. Você vai tirar sua meia, seu sapato com o pé quente, vai terminar de ter sexo e vai colocar seu pé no chão. Porque pode pegar uma doença ali. A pessoa pensa que não. “Ah! Isso é lenda”. Não, eu não acredito que seja não. Aquilo ali é um motivo de você arrumar uma doença. Gonorréia, como se pega uma gonorréia? É de homem pra mulher, ou de um travesti pro homem? Não, é pelo chão. Eu acho que as doenças que está sendo apresentadas em homens, na verdade, já se existiam, e não estão encontrando, mas que ela pode ser pegada pelo ar, você vê, a tuberculose pega-se pelo ar.

Mas e a AIDS, você que como é que se pega AIDS?

A AIDS agora diz que está vindo assim: contaminação de sangue, de relação sexual. Eu acho que vem assim, de uma pessoa pra outra que já está. Mas ela não veio assim, do sexo, ela não surgiu do sexo, está me entendendo?

Ela se transmite pelo sexo, mas ela não veio do sexo?

Não.

Em algum momento, por alguma razão, alguma pessoa se infectou, não se sabe como...

Não. Mas a transmissão é pelo sexo, é pela... Um buraco que você tiver no dente, sabe? A unha, né, alicate de unha, tirou um bife, com certeza se não esterilizou a ponta de matar aquele vírus, porque é um vírus, né, ele é transmissível sexualmente, só? Não. Tanto que é uma coisa no sangue, ele vai para o sangue. “- Ah! Mais fulano morreu de AIDS e AIDS é igual ao câncer. Ah! Tinha câncer no ovário. Ela não teve aquele câncer no ovário, aquele câncer não foi direto pro ovário. Ele começou em outro lugar e parou ali. A minha mãe, por exemplo, morreu da mordida do tal barbeiro. Ela morreu com problema de coração, mas não foi. O barbeiro picou ela, não sei se foi na perna, no braço. Foi diagnosticado que ela foi mordida com 11 anos de idade. foi a aparecer com 58 anos e ela morreu com 52. E quem garantiu que ela foi mordida com 11 anos. Olha quantos anos se passaram e num certo exame que ela fez, foi diagnosticado que ela não tinha... Aquela doença dela não apareceu com 58. ela já tinha, faz muitos anos. E toda a família, os filhos dela, corre o risco de ter isso aí. Porque? Agente morava em casa de pau-a-pique, e que era o bicho que estava na parede. Agora, a AIDS é um vírus, quem me garante que a AIDS é um vírus? De repente é um mosquito lá que vem da dengue que trouxe esse troço e que ta picando as pessoas, e ninguém está descobrindo isso, da onde vem.

Quando você escuta essa palavra AIDS o que que te causa? O que que você sente quando escuta a palavra AIDS?

Eu sinto o mesmo que sinto com eu ouço alguém falar que está com câncer.

É. E o que você sente?

Eu me sinto mal, eu fico pensando o por quê... Qual é a palavra certa? É proli...

Proliferação?

De ficar evoluindo isso cada vez mais, e não acontecer nada pra poder acabar com isso.

E você se vê em risco de pegar AIDS?

Se eu me vejo?

Olha, se for da maneira que dizem que pega, não me encontro não. Não, porque eu não tenho...

O tipo que pega que você está dizendo...

Seria o sexual. Ah! Pra não dizer que não há uns quatro meses atrás eu doei sangue, eu não vi realmente a menina...Porque... “- eu não vi você tirar essa agulha daí. Quem me garante que essa agulha, é uma agulha virgem? Uma agulha que nunca foi usada”. Aí ela: “- não...”. “- Eu vou doar o sangue sim que eu estou fazendo um favor, mas se você me apresentar da onde esta vindo, eu quero ver da onde você este tirando essa agulha. Aí ela me mostrou e eu falei: “- agora você pode tirar”. Mas eu não corro o risco de...

Quer dizer, você se previne da... Por mais que você não tenha nenhum parceiro no momento, mais tem um momento que já teve. Você se prevenia com ele?

Não.

E por que?

É o que te falei, eu não conhecia.

Você não conhecia...

A prevenção.

Você não conhecia o que era prevenção?

Não.

Mas já tinha ouvido falar da AIDS naquele momento ou não?

Não, não. Quando veio o primeiro *Rock'n Rio* do estado do Rio de Janeiro foi que começaram com coisa de AIDS, falar de AIDS.

E com os seus parceiros, depois da... Você teve outros parceiros depois deste que você teve um filho?

Há! Tive do meu filho.

Não e depois também, você teve?

Não.

Ah! Quer dizer, o último parceiro...

Foi o pai do meu filho.

E antes também você não se prevenia?

Não.

Você acha difícil fazer prevenção?

Acho, muito.

Por que?

Por há alguns anos, a medicina no nosso país, a saúde no nosso país está muito precária.

Mas eu digo, por exemplo, se você encontrar um parceiro agora, um namorado, saiu daqui encontrou um parceiro, o príncipe encantado, e aí você...

Eu não vou ter coragem de fazer o que eu fiz há alguns anos atrás. Já teria outra maneira de pensar. Primeiro eu preferi saber se realmente ele era... Se ele ia se precaver, ia esperar a reação dele, caso não precave-se ele. Com certeza. Fazer prevenção, em todos os sentidos.

Qual é o mais difícil da prevenção pra você? Da prevenção ao HIV-AIDS?

É eu conseguir um médico, e fazer um exame.

Mas a prevenção é só fazer o exame anti-hiv ou não?

Seria pra ver, pra pessoa poder ter a consciência tranqüila, de que realmente não tem e prevenir na relação com um parceiro. Jamais a pessoa deve dizer: “- Ah! Eu conheci um cara lindo, maravilhoso. As aparências enganam né. De repente naquele mais bonito, ou naquele bem cuidadoso aparentemente, ele pode estar e às vezes ele mesmo não sabe.

E você acha que a prevenção ao HIV é uma responsabilidade minha, tua, individual de cada um ou do governo?

Olha, a prevenção fundamental é de cada um, mas tem a parceria... Principalmente do Governo Federal.

Por que do Federal?

Porque é o Órgão mais alto que deveria puxar mais o tapete de quem não está fazendo nada. Então, tinha que começar lá de cima.

ENTREVISTA N° 09**T.51 anos, 1º grau, separada****ENTREVISTADOR****ENTREVISTADA****Qual é sua idade?**

51.

Você estudou até que série?

[5ª] série.

Você trabalha com o que atualmente?

Sou aposentada.

Você é casada?

Separada.

Tem filhos?

1

Ele mora com você? Qual é a idade dele?

Mora. Ele tem 27.

[...] Interrupção.

Alguma pessoa te ajuda na atividade doméstica ou não?

Não, eu mesma faço tudo.

Qual é a diferença... o que é ser mulher para você?

Ser mulher... eu acho que é ser capaz. Porque a mulher não precisa ser sustentada por um homem, não fica nada bem. Precisa sustentar sua casa. Eu estou aí. Eu sou mulher e muito mulher mesmo: sustento minha casa, pago minhas contas... Eu sou mulher.

E ser homem?

É o cidadão chegar junto, né? Da família... ter responsabilidade, ser responsável pelos atos dele, ter uma família que ele ajuda a criar. Isso para mim é ser homem. Porque nada dura para sempre, né? Mas os compromissos não mudam. Existe ex-mulher, ex-marido, ex-namorado... mas não ex-filhos, né?

Você disse que mulher é ser capaz e homem é chegar junto. Você vê diferença no papel de homens e mulheres, né?

Eu vejo.

Essa diferença que existe entre homens e mulheres é boa ou ruim?

A mulher segura a bandeira e vai em frente, né? Que se dane o mundo! Chega até a se deprimir com os horrores que ela passa na vida. Para o homem está tudo bem, está com uma hoje, outra amanhã... isso para mim não é ser um homem, né? Porque não se tira uma moça de dentro de casa para isso não, né? Quando eu me casei eu me casei para ser feliz, né? Quando acaba um casamento o homem vai embora e se a mulher estiver vivendo com ele de aluguel ele deixa de pagar aluguel e ela volta para casa da mamãe, né? Se tiver [...], ficam brigando até não sei quando.

O que é o casamento para você?

Casamento para mim era tudo, hoje não representa nada. O casamento hoje está... doente. É tudo por interesse, né? No meu casamento eu saí de casa porque eu gostava, queria viver com aquela pessoa, queria construir. Vamos à luta, né? Hoje não tem nada disso.

Quando eu te digo a palavra AIDS o que você sente?

Medo.

Por que medo?

Porque sim, não sei... o meu filho. É uma situação que a gente não pode estar presente, né?

E para você? Você acha fácil pegar AIDS ou não?

Não. Bom, eu procuro evitar, né? É aquele negócio: não uso cocaína, não uso droga nenhuma... não vejo muito risco, pra eu me assustar muito. É fácil eu me precaver. O dentista tem que escolher muito e ficar de olho, uma agulha em posto de saúde... uma farmácia e tal. E tem a parte sexual, né? Nessa parte todo cuidado é pouco.

E como você faz para evitar nessa parte?

Uso preservativo, né? Presto atenção na hora de escolher o parceiro, escolho... Você é responsável, né? Não é o parceiro que é responsável sexualmente, né?

Você já usou camisinha?

Já.

Com que objetivo?

Mais pra evitar a gravidez.

Para você, o que é o risco?

O que é risco? Ai, ai... O risco para mim é aquele negócio: [...] não se pode correr o risco, né? Se você está com uma empregada e sabe que ela é aidética, você tem que [...] a parte dela na cozinha... eu acho isso.

E o que para você seria prevenção?

[silêncio] Ai meu Deus... Prevenção para mim é usar camisinha, é tomar cuidado com as doenças transmissíveis, né? Que são uma porta aberta, um caminho... Muitas coisas... A prevenção é isso aí. Eu acho que até um beijo você tem que se prevenir. Quanta gente tem machucado na boca, né?

Há diferença entre proteção e prevenção ou é a mesma coisa?

Acho que deve a mesma coisa. Prevenção é... você tem que estar atenta, né? Para não descuidar na hora H... E proteção é que todo cuidado é pouco, né? Eu não te conheço... Tinha um cidadão achando que gostava de mim e ele quis me dar um beijo na boca no segundo encontro. Eu a fim de bater papo e tal... Eu não concordei. Eu vinha saindo da casa de minha mãe e ele me deu um beijo... bum! Depois eu arranjei um machucadinho na boca e entrei em pânico, fiquei muito injuriada com aquilo.

Quando você usou camisinha, a iniciativa foi sua ou do seu companheiro?

Era nossa, dos dois. O projeto era ter um filho só e dar uma bela vida para ele. Mas... foi a vida que Deus permitiu que ele tivesse, está bom.

Você acha que a responsabilidade da prevenção é do homem ou da mulher?

Dos dois. Se o homem não quiser se prevenir, a mulher se previne, né?

Você acha que o homem não querer se prevenir a mulher pode se [...]?

A mulher é soberana, ela tem que se prevenir, se proteger.

Das campanhas que você vê na mídia, o que você acha interessante que possa chegar a essas mulheres? O que poderia ser pensado para que essas mulheres possam fazer prevenção? Ou pelo menos pensar nisso?

Pode haver campanhas, mas só que eu vou dizer a você: não acredito tanto em ingenuidade não. Todo mundo sabe que ocorre, que quem tem filho numa situação dessas, de crise, não vai criar... muitos são sabedores disso. Para dizer a verdade eu não acredito muito em campanha. Porque você está batendo na mesma tecla e as coisas tão acontecendo: adolescentes engravidando sem poder criar... e as mulheres também, está todo mundo mandando ver, né? De qualquer jeito.

Você acha que a questão da prevenção é da gente ou do Estado?

É do Estado, a saúde... e da gente também, né? Se preservar... O Estado tem que facilitar os remédios, a divulgação, mesmo sabendo que não funciona... na doação de camisinhas... isso é muito caro. Tem que dar camisinha.

ENTREVISTA N° 10**G.43 anos, 2 °grau,solteira****ENTREVISTADOR****ENTREVISTADA****Qual é sua idade?**

43

Você estudou até que série?

2º grau. Terminei o 2º grau.

Sua profissão agora?

Sou doméstica. Mas eu estava trabalhando como auxiliar de enfermagem, há 10 anos.

Você é casada?

É uma bagunçada muito interessante [risos]. Eu já fui casada e quando eu acabei de me divorciar meu marido faleceu, mas eu já estava morando com esse companheiro. Nós moramos por 12 anos e agora estamos namorando só.

Está namorando seu ex-marido?

Sim, meu ex-companheiro.

Tem filhos?

4 filhas.

Ele mora com você? Qual é a idade deles?

Moram comigo... e um neto. A mais velha tem 25, a número 2 tem 19, a número 3 tem 12, a número 4 tem 10 e o meu neto tem 5.

Quem cuida da casa?

Todas nós, dividimos tarefas.

O que é o casamento para você?

Ih, gente! Quando eu me casei foi logo, com 16 anos, me dezembro. Em fevereiro eu fiz 17. Eu fui criada pela minha avó e eu me casei porque eu tinha obrigação de casar com meu 1º namorado, porque meus avós tinham aquele medo de eu arrumar um filho e fazer como minha mãe, que foi mãe solteira de mim. E eu, muito nova e querendo ter meu lar, minha casa, fui na onda deles. Casamento naquela época para mim tinha um valor. Eu não me casei preparada para casar, mas também não me casei preparada para me separar. Mas o que uma menina de 16 anos sabe da vida? Nada. Fui amadurecendo e claro que não ia dar certo. Fui saturando da cara do meu marido e ele não fez nada para evitar isso. Meu marido era muito namorador, eu conversei com ele, dizia que não ia ficar ameaçando ir. Quando eu decidisse ia mesmo. E ele não acreditava. Ele falava: “Que nada, você me adora! Duvido.” Aí um dia eu saturei mesmo, peguei meus filhos e fui embora, saí de casa. E hoje é completamente diferente. Eu acho que o casamento é muito importante sim.

Por que é importante?

Por exemplo, agora eu sou mãe solteira também. E eu não me vejo namorando um hoje, outro amanhã... Para mim tem que ter coração, senão vira estupro, não é sexo. Por isso eu acho importante, tem que ter coração. Agora estamos cada um na sua casa, até que ela me peça em casamento de novo. Porque eu fico muito preocupada em estar sozinha com as crianças. Ele me pediu em casamento outras vezes e eu não quis, mas agora eu quero. Acho que é importante nessa parte, porque estou velha para umas coisas mas nova para outras. E acho isso importante.

E o que para você é ser mulher?

É muito interessante, eu gosto muito de ser mulher e já analisei isso. Homem é muito prático, ele age com a mente. E a mulher age com o coração. Mas eu acho isso importante e gosto disso. Eu acho mulher lindo, eu gosto do jeito de ser mulher em todos os sentidos, eu dou valor ao aspecto físico e ao aspecto emocional.

E o que é ser homem?

Tirando a parte física que agüenta o peso, eu acho que tem homens muitos frios, calculistas, muito práticos... Eu acho o máximo aquele homem que se emociona, o homem que entende uma mulher...

O que é o homem que entende uma mulher?

Ah! Um dia estava conversando com um amigo meu e ele acabou chorando comigo! Antigamente eu pensava que o homem era mito seco em sentimentos, mas eu conheci exceções e gostei.

Existe diferenças entre homens e mulheres, não é?

Já pensou se os homens agissem com o coração de uma mulher? Seria uma banana d'água, né? A mulher volta atrás, se arrepende... eu acho que Deus fez certo.

Quando se fala em AIDS, o que vem à sua cabeça?

Muita preocupação. Porque no meu entendimento, 99% da população vai morrer de AIDS mesmo. Vai ser a doença do momento. Quando eu era criança a doença do momento era tuberculose, quando eu era adolescente a doença do momento era câncer e na minha velhice a doença do momento vai ser a AIDS. E eu fico muito preocupada com esse pessoalzinho aí, que está crescendo, porque por mais que você fala não leva a sério, não se preparam para um relacionamento, não se protegem.

E você se vê em risco de pegar HIV?

Claro! Eu acho que só meu namorado vai fazer comigo... outro não vai fazer igual e eu não quero dar para outro. Mas vamos supor que eu quisesse ficar com um hoje e um amanhã. Tem homem que respeita: “Vamos usar camisinha”. Mas tem homem que te agarra a força. Eu acho muito risco e tenho pavor. Se depender só de mim tudo bem.

O que é “se depender só de mim”?

Se eu for estuprada, o que vou fazer?

Você se previne?

Bastante. Eu tenho camisinha em casa, se tenho dúvidas eu tiro...

Você usa preservativo com seu namorado?

Uso. Ele fala que me ama, que me adora e que não me trai. Você acredita?

De quem você acha que é a responsabilidade da prevenção?

De ambos.

O que é o risco para você?

Eu nunca pensei nisso não, [desejo] para mim é risco.

Qual é o maior risco que você acha que pode correr?

Ficar doente, tomar injeção com sangue contaminado... até o soro eu tenho medo. [...]

Se eu tomar soro contaminado, eu posso me contaminar também, né?

Se você quisesse muito transar com seu companheiro e você quisesse usar preservativo e ele não, o que você faria nessa situação?

Transar sem camisinha de jeito nenhum. Já faz 4 ou 5 anos que não transo sem camisinha.

E de quem você acha que é a responsabilidade em relação à prevenção: do Estado ou da gente?

Eu acho que a gente tem que planejar, o casal em si. O corpo é meu. Como eu posso atribuir ao governo? O governo não está na minha casa. O governo pode até me dar os meios, tudo bem. Mas eu não consigo ver responsabilidade do governo no planejamento familiar, prevenção... eu acho que o governo tem que fazer as leis, mas eu tenho que estar interessada nisso.

ENTREVISTA N° 11

V.49,anos, 3 ° grau, casada

ENTREVISTADOR

ENTREVISTADA

Qual é sua idade?

49. Faço 50 em 8 de dezembro.

É casada?

Sim, sou

Qual é sua profissão?

Me formei em história.

E trabalha como historiadora?

Hoje estou aposentada, mas dei aula.

E o que é o casamento para você?

Você procura uma pessoa, se identifica e pensa, naquela que você amou aquela pessoa, que é para unir para ficar junto, curtir junto...

Você tem filhos? Moram contigo?

2 filhos. Uma de 23 e um de 20. Um está na escola de marinho e vem para casa no fim de semana e ela mora.

E você tem que te ajude em casa?

Sim, uma vez na semana.

E o que é ser mulher para você?

É se gostar, fazer o que gosta para si própria. É ter saúde, ter liberdade de ir e vir...

E ser homem?

Ser homem eu acho mais chato. A responsabilidade que o homem tem... ele não vive sem uma mulher e a mulher não.

Você acha o homem diferente da mulher?

Em termos de responsabilidade a mulher tem muito mais: trabalho, filho... o homem não tem esse tipo de coisa, ele joga as coisas com muita facilidade.

E você acha essa diferença boa ou ruim?

É boa, é uma maneira do papel não se confrontar e num casamento um complementar o outro. Eu penso dessa forma.

Onde você ouviu falar pela 1ª vez na epidemia da AIDS?

O Betinho, da fome. O 1º caso que eu vi uma pessoa morrendo e fiquei muito impressionada foi na época da doença dele e do irmão.

E quando você escuta a palavra AIDS, o que você sente?

É falta de conscientização, né? Eu penso que a pessoa pode viver sem chegar a esse ponto de pegar o vírus. É um pavor porque está cada vez crescendo mais, né?

Você acha que corre o risco de pegar AIDS?

Corro. Primeiro [...]. Segundo, porque a gente previne do nosso jeito. O que isso? Usar camisinha. Mas a partir daí...

Quais as formas que você acha que você pode pegar AIDS?

Sexo, transfusão, dentista.

Atualmente você usa preservativo com seu marido?

Uso.

Sempre usou?

Não, tem pouco tempo.

Por que?

Porque eu aprendi mais...

E ele?

As vezes não aceita bem, mas a gente já conversou e ele acaba aceitando.

Quem toma a iniciativa de usar o preservativo?

Sou eu! Ele achava que era bobeira, alega que não fazia nada lá fora, alega até hoje...

Quem tem a responsabilidade da prevenção para você?

No meu caso, quem tomou a iniciativa fui eu. Por ele não...

Você vê diferença entre proteção e prevenção?

Ficar atento com agulha, seringa... não é isso? Tem que verificar se realmente é descartável...

O que é risco?

Por exemplo, vou ao dentista... será que?... [silêncio]

Você já teve dúvida em relação ao seu marido digamos, da... contaminação?

Não, não pensava nisso. A partir de agora começou... Porque fica dez anos, né?

Você acha difícil fazer prevenção?

Não. Porque cai na rotina, né? Só faço com preservativo.

E você acha que a prevenção é uma questão nossa ou do Estado?

Eu acho que é da gente, porque se a gente for esperar o Estado... tem que partir de nós.

Eu passo para o meu filho, para a minha filha...

ENTREVISTA N° 12

R.39 anos, 2 ° grau,casada

ENTREVISTADOR

ENTREVISTADA

Qual é a sua idade?

39.

Você fez até que série?

2º grau, só que não concluí. Fiz até o 3º ano, mas larguei.

Você trabalha?

Estou procurando emprego.

É casada?

Tenho um companheiro há 7 anos.

Tem filhos?

1, com ele.

O que é o casamento para você?

O casamento é a união de 2 pessoas com o intuito de crescer junto. Para mim seria isso, embora a gente não veja isso atualmente.

O que é ser homem para você?

É não ter responsabilidade nenhuma com família... caráter... porque se tivesse estaria meio caminho andado.

E ser mulher?

Engloba um monte coisas, né? Ter coragem para enfrentar as dificuldades, se dedicar ao filho... quase tudo é ser mulher. Ser forte também...

Há diferença entre homem e mulher?

Hoje em dia eu acho que não, porque as mulheres estão fazendo quase tudo o que os homens fazem. É mesmo o órgão sexual, porque as mulheres estão no mesmo patamar da produção...

Você cuida da sua saúde?

Atualmente estou meio relaxada, né? Ah... deixa pra depois... e vai deixando.

O que é risco para você? O que tem vem à cabeça com essa palavra? O que te dá mais medo?

Eu ando meio assustada com os problemas que ando passando com o pai do meu filho. [...] Eu não tenho medo da morte, tenho medo do sofrimento.

Onde você escutou falar em AIDS pela 1ª vez?

Na televisão.

E o que a palavra representa para você?

Sufrimento, preconceito... que a pessoa passa. Aliás, o preconceito existe em várias áreas, né?

Você acha que corre risco?

Eu acho que todos nós, independente de você ter dinheiro ou não... Eu acho que pode acontecer com qualquer pessoa.

Como você se protege?

Não há proteção nenhuma. Quando eu conheci ele, ele já tinha sido casado com uma mulher e quando se separou dela ficou perambulando na rua... Quando eu conheci ele já tinha melhorado um pouco essa fase. Eu já falei para ele: se você quer ir para a gandaia, voltar para essa vida, vai, mas não pode ficar comigo tendo esse tipo de vida. Justamente para não pegar doença, né?

Mas você acredita...

Acredito, desacreditando. É aquela coisa, né?

Qual o risco que você acha que corre? Porque há outras doenças sexualmente transmissíveis... para você qual o maior risco que você acha que corre na vida? Perder o emprego? Perder o marido? Qual o risco?

Perder o marido não. Ele é uma pessoa ignorante comigo, nunca conversa... Agora seria a violência, as ameaças que ele me faz. E as doenças também, meu filho é pequeno, depende de mim.

Você não se previne sabendo do risco. O que você faz? Pensa, chora... (risos).

Eu penso, ainda não chorei não. Mas penso muito.

E você vê alguma relação entre casamento e AIDS?

A relação que tem é que você tem a pessoa do seu lado e fica naquela insegurança, naquela expectativa, porque ninguém quer nada com nada. Aí você fica pensando: será que ele está com outra? Essas coisas assim que vem na cabeça.

O que você acha que as mulheres podem usar contra a AIDS com os seus maridos?

Usar preservativo. E cuidar do diálogo, ter informação sobre isso, conversar com o parceiro... mas ele é uma pessoa ignorante, se ele vê a camisinha aqui fica achando que tem outro... as coisas que vem na cabeça dele são assim, não vê o lado da prevenção.

E você nunca falou para ele: “ vamos usar camisinha”?

Não, assim como você falou não. Eu falei para ele que ele podia – eu até falei “podia”, né? Porque do jeito que ele é... Mas ele é muito difícil, não dá. Ele fica com pulga atrás da orelha, achando que é outra coisa.

Outra coisa. Você acha que a prevenção é individual, é de cada um, ou é do governo?

De cada um. As pessoas terem consciência do perigo...

E quem tem que tomar a iniciativa da prevenção, o homem ou a mulher?

Os dois, através do diálogo. Tem que haver diálogo, né? Mas com ele não.

ENTREVISTA N° 13**J.40 anos,2 ° grau, solteira****ENTREVISTADOR**

ENTREVISTADA

Qual a sua idade?

40anos

Estudou até que série?

2º grau parcial- incompleto

Casada?

Não. Solteira,

Possui filhos?

Não tenho filhos

Sexualidade pra você?

È estar bem como você mesma, não é você chamar atenção, né. Eu acho que a mulher tem muito isso, a sexualidade é se ela consegue chamar a atenção. Eu acho que não é bem por ai. Eu acho que você tem que se cuidar...cuidar do seu corpo..é...zelar por ele, não é essa coisa de.. as mulheres confundem muito.. é uma coisa bem...bem de cada uma. Eu acho que é bem de dentro.

O que é casamento para você?

Olha, o casamento para mim é uma coisa de amor, uma relação muito importante. Acho que a família é a célula primordial da vida, a essência da vida. Sendo que eu não fui feliz no meu casamento, tá. Infelizmente casei com um homem altamente agressivo. De comportamento assim violento, ciumento e assim não consegui me entender com ele. E ele me dominou por um tempo. Eu tinha medo dele. Mas com o tempo, consegui romper as barreiras e descobri que existe e que poderia amar mais...

Que é ser homem?

Bom, isso é até por culpa de muitas mulheres, o homem ainda continua com aquela coisa do machismo, né. É porque o homem...a mulher briga porque quer direitos,mas nem sempre quer ter os mesmos deveres, né. Como eu falei. Muitas pessoas se espantam quando vêem uma mulher trabalhando e ele tá desempregado, cuidando do filho.

O que é ser mulher?

Eu acho que é você se gostar,... é.. até entrando na sexualidade, não é você ter...mulheres acham que ser mulher, é ela tá feliz...quer dizer ela só consegue ser feliz se ela tiver um casamento, um namorado ali do lado. Eu acho que não é por ai não. Pra mim, não é por ai. Ser mulher,primeiro é se gostar, é você se cuidar, né.. é encarar o mundo de frente, entendeu! È quebrando essas coisinhas que eu tava falando também, de que o homem é isso, o homem pode isso, acho que a mulher tem que ser ela e sempre ir à luta.

Você vê diferença entre homens e mulheres?

É o que tô falando, existe diferença. O homem até hoje temo homem por mais moderninho que ele seja também, ele não consegue aceitar. As mulheres hoje até aceitam um pouco mais, né... a questão do..ah, é...eu brinco até com uma amiga minha. Ela hoje fala como eu hoje já vinha falando desde muito nova. Eu tive, eu fui casada..eu sei que a traição é uma coisa até natural do homem.. Então, eu brincava com ele...então, eu falava assim, desde que eu não saiba e que não falte nada dentro de casa... e também não era por ai, pois eu já trabalhava. Não esquentava e, hoje ainda existe isso. O homem....a mulher já aceita mais um pouquinho. O homem, não. O homem por mais que seja moderno, ele não aceita determinados comportamentos.

O que vem a sua cabeça quando vem a palavra Aids?

Prevenção. Toda vez que eu escuto a palavra, eu lembro da prevenção. Porque a gente sabe que ela é uma coisa que destrói apesar da quantidade de tratamento hoje, né. As pessoas têm uma vida prolongada, né. Uma sobrevivida. Só que...só poderá diminuir os índices dela através da prevenção.

Onde você ouviu pela primeira vez a palavra AIDS?

Eu ouvi na televisão. Na época, era comum que gente famosa que não se sabia o motivo da morte, se falava dessa doença e aí fui ouvindo e depois comecei a ler os informativos

Você acha que corre risco de se infectar pelo HIV?

Ninguém tá livre, porque existem maneiras também através de sangue, né.. eu já vi casos de sangue. Eu já vi caso de isso acontecer e então ninguém tá livre, ninguém poder dizer que não vai pegar Aids. Eu nunca vou pegar Aids.

Você se previne?

Eu me previno, eu me previno de uma maneira bem forçada. Querendo ou não eu tenho que fazer exame de 6 em 6 meses. Na época que casei, não era aquela coisa também, na época não usei, mas quando ela começou a propagar, mais ou menos em tipo 82- 84 por aí.. já com meu marido não. Na época eu continuei com ele legal. eu até brinquei com ele nesse sentido. Se ele fosse pular a cerca que ele usasse. Existem maneiras de prevenir...amor pelo seu próprio corpo. Digo colocar ao parceiro a necessidade de usar e de encarar. Eu tenho um exemplo, eu deixei de namorar muitas pessoas por isso, pois eles não aceitavam. Quando eu gosto, eu gosto, eu também gosto. eu tô saindo de um casamento. Quem vê cara não vê aids. Procurar trabalhar mais e mais em cima disso, porque é uma coisa assustadora...onde eu moro mesmo, o índice lê é muito grande principalmente entre adolescentes...é muito grande.

Por que você não acha difícil se prevenir?

Não acho difícil, pois os meus parceiros sabem que trabalho com isso. Sabem o que eu encho o saco falando de camisinha, falando que a AIDS qualquer um pode pegar e etc..

O que dificultaria, na sua opinião, a prevenção pelas pessoas?

Eu acho que a dificuldade não está na prevenção. A dificuldade tá na pouca informação das que as pessoas tem, tá. Existem também as pessoas têm dificuldade, porque hoje nós

temos no sistema de saúde, por exemplo que você faz um exame preventivo hoje e você vai receber um resultado em, 6 meses. Quer dizer é meio complicado, mas nessa parte.

Você vê diferença entre prevenção e proteção?

Sim, vejo assim. Estar protegido tem mais a ver com a idéia de confiança, de se sentir protegido sem ameaça de qualquer perigo. Já a prevenção é uma norma. Ou você segue a norma ou assume a responsabilidade.

Existe alguma relação entre casamento e AIDS?

Acho que sim, pois se a mulher, ou melhor, o casal não se previne, não se cuida, o risco pode aparecer. A gente nunca sabe, a gente nunca conhece o outro, por isso tem que usar camisinha.

Na sua opinião, a AIDS é um problema do governo ou de cada um?

Não vejo assim, quem é o dono do problema. Cada um tem a sua responsabilidade e deve ser bem gerenciada. O Estado tem o seu papel, assim como os municípios e cada um tem tomar vergonha na cara e não ficar achando que a AIDS é uma doença que não pertence a ele. Falta consciência.

Bibliografia:

Almeida, F. N; Rouquayrol, L. M.Z. (1990). *Epidemiologia*. Rio de Janeiro. APCE/ABRASCO.

Aquino, E.M.L. (1999) A questão de gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e perspectivas in Silva, A.L; Lago, M.C.S, Ramos, T.R.O. (orgs). Falas de gênero: teorias, análises e leituras. Florianópolis: Mulheres, p-161-171

Ávila, M.B.(1999). *Direitos reprodutivos, exclusão social e Aids*. In: Parker, R; Barbosa, Regina Maria. Sexualidade pelo avesso: Direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34.

Ayres, J.R.C.M.(2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.11, p.11-24.

Ayres, J.R.C.M; Calzans, G.J; Filho, H.C.S.F. (2003). *Adolescência e vulnerabilidade: avaliação de uma estratégia de prevenção entre escolares de baixa renda na cidade de São Paulo* in contribuições ao conhecimento contextualizado sobre a Aids. Aids: o cotidiano de uma epidemia: saberes locais criando respostas globais Divulgação em saúde para debate. N 29. Rio de Janeiro: CEBES

Barata, R.B (2000). *Epidemiologia e Ciências Sociais*. In Barata, R. B. e Briceno-León, R.(Orgs) *Doenças Endêmicas. Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais*. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ.

Badinter, E (1986). Um é o Outro: relação entre homens e mulheres. 3^o edição Rio de Janeiro: Editora Nova fronteira.

Barbosa, R.M (1996). *Feminismo e Aids* In: Parker, R; Galvão (orgs). Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ.

Barbosa, R.M; Vilella, W.(1996). A trajetória feminina da Aids in: Parker, R; Galvão (orgs). Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ.

Bastos, F.I.(2001). *A Feminização da Epidemia de Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento*. Rio de Janeiro, Coleção ABIA: Saúde Sexual e Reprodutiva, nº 3.

Bertolli, F.C.(2002) For a new history of yellow fever and the yellow fever vaccine in Brazil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, jan./abr., vol.9, no.1, p.213-220.

Boletim epidemiológico de DST/Aids: Rio de Janeiro, Assessoria de DST/Aids/SES, julho 2003.

Boyle, M.C; Bastos, F.I; Desai,K; Masse,B. (2004). Changes in the transmission dynamics of the HIV epidemic after the wide-scale use of antiretroviral therapy could explain increases in sexually Transmitted infectious: Results from Mathematical Models. American Sexually transmitted diseases Association, p-100-113

Brito, M.N.C, (2001). Gênero e cidadania: referenciais analíticos. Revista Estudos Feministas. v.9 n.1 Florianópolis.

Brasil 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal, Brasília, p. 133-137

Camargo Jr, K.R. (1999). Políticas Públicas de prevenção em HIV/Aids in: Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à epidemia de Aids. Rio de Janeiro:ABIA; São Paulo: ed. 34.

Carrara,S.(1996), Tributo a Vênus: a luta contra sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro:Fiocruz.

Castel,R.(1987). A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro. Francisco Alves Editora.

Castiel, L.D.(1999).A medida do possível...saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria/Editora Fiocruz

Castilho EA, Chequer P. A(1997). *Epidemia da aids no Brasil*. In: A epidemia da aids no Brasil: situação e tendências. Coordenação Nacional de DST e Aids, Brasília, Ministério da Saúde.

Carvalho,A.I.(1999). Política de Saúde e Organização setorial no país. Documento preparado para o curso de especialização à distância.Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ

Cohn, A;Elias,P.E. (1996). Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez Editora.

Comisión ad – hoc de la mujer. La Ideología de género. Sus peligros y alcances. Comisión Episcopal de Apostolado Laical .Conferencia Episcopal Peruana Lima, Abril 1998

Cordeiro, H.(2001) Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência. saúde coletiva*, vol.6, no.2, p.319-328.

Costa,J.F.(1999). Ordem Médica e norma familiar. Rio de Janeiro: edições Graal

Czeresnia, D. (2001): ‘Constituição epidêmica:velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia’. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII(2): 341-56, Julho-Agosto.

_____ (2003). “Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS”: Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. (http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAatencaoasaude/02_DCzeresnia_AcoesPromocaoSaude.pdf) 22/01/2004

_____ (2004) Ciência, técnica e cultura: relações entre riscos e práticas de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (2):447-475, mar-abr, 2004-12-20

Da Matta, R. (1997). A Casa e a Rua. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

D'Ávila, M.I. (1995) *Mulheres, cultura e desenvolvimento*. Desenvolvimento social: desafios e estratégias vol.II. Rio de Janeiro. UNESCO/EICOS/UFRJ.

Duarte, L.F. (2003). Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. Ciência saúde coletiva v.8 n.1 Rio de Janeiro

Dumont, L. (2000). O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco

Ferreira, M.P.S (2004). *O CTA São Francisco, um olhar a partir da Assessoria de DST/Aids da SES-RJ* in Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando Prevenção e Assistência.- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids, Brasília: Ministério da Saúde

Foucault, M. (1998). A história da sexualidade 1. A vontade de saber. 15 ed. Rio de Janeiro: Graal.

_____ (2003a). O nascimento da clínica. 5^o. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

_____ (2003b). Microfísica do Poder. São Paulo. Graal ed.

_____ (2003c). Ditos e escritos: estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

Galvão, J. (1996). Aids no Brasil: agenda de construção de uma epidemia. São Paulo: editora 34, ABIA.

Giddens, A (2002). Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

_____ (1993). A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo. Editora da Universidade Estadual Paulista

Giffin, K. (1994) Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1): 146-155.

Guimarães, C. D. (1996) *Mas eu conheço ele! Um método de prevenção do HIV/Aids* in: Parker, R;Galvão (orgs).Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil.Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ.

_____ (2001). Aids no feminismo: por que cada dias mais mulheres contraem Aids no Brasil. Rio de Janeiro:Editora UFRJ.

Heilborn, M.L(org.) 1999. *Construção de si, gênero e sexualidade*. In: Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Heilborn, M.L; Gouveia, P.F.(1999). *Marido é tudo igual: mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids* in: Parker, R; Barbosa, Regina Maria. Sexualidade pelo avesso: Direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34.

Héritier, F. (2002) Masculin/Féminin II. Disoudre la hiérarchie. Paris: Odile Jacob.

Houaiss, Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa: Rio de Janeiro: Objetiva, 2001

Laqueur, T.(2001) Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Leavell, H.R; Clark,E.G.(1976) Medicina Preventiva. São Paulo:Mc Graw-Hill do Brasil, Ltda.

Loyola, M.A. (2003). Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(4):875-899, Jul-Ago.

Matida, A.H.(2003). *Do risco ao constructo vulnerabilidade: contribuições ao conhecimento contextualizado sobre a Aids*. Aids: o cotidiano de uma epidemia:saberes locais criando respostas globais Divulgação em saúde para debate. N 29. Rio de Janeiro: CEBES

Mattos,R.A. Júnior, V.T;Parker,R.(2003). *As estratégias do Banco Mundial e a resposta à Aids no Brasil* in: Divulgação em saúde para debate.N 27: A resposta Brasileira ao HIV/Aids: analisando sua transferibilidade Rio de Janeiro: CEBES

Martin,D (2003). Riscos na prostituição: um olhar antropológico.São Paulo: Humanitas FFLCH/USP/Fapesp

Minayo, M.C.S.(1992) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.

Monteiro, S.(2002) Qual a prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,

Monteiro,S; Portes,E. (2003). *Desafios teóricos no campo da prevenção do HIV/Aids in Aids: o cotidiano de uma epidemia: saberes locais criando respostas globais* Divulgação em saúde para debate. N 29. Rio de Janeiro: CEBES

Ministério da Saúde-*Boletim Epidemiológico de Aids*, Brasília, Coordenação de DST/Aids/MS, junho a dezembro de 2004.

_____ “Aids: a magnitude do problema.A epidemia no Brasil. Característica do Programa Brasileiro de Aids. Resultados de 20 anos de luta contra a epidemia no Brasil” (<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/metas/metas.pdf>) 17/03/04

Nunes, E.D.(1998) Saúde Coletiva: Histórias e Paradigmas. Interface - Comunicação Saúde, Educação. Ago. Vol. 3.

O’Leary,S. Cheney, B. (1993). Tripla ameaça: Aids e mulheres: dossiê Panos/organização. Rio de Janeiro: ABIA; Recife, PE: SOS Corpo; Londres, Inglaterra:Panos Institute

Parker,R.(2000). A construção da solidariedade; Aids, Sexualidade e Política no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo; Ed.34.

_____ (2001). *Cultura, economia política e construção social da sexualidade in: Louro, G.L. O corpo educado: pedagogias da sexualidade.*Belo Horizonte. Autêntica Editora.

_____ (1994). Na contramão da Aids: Sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA, IMS, UERJ.

Parker,R;Galvão,J;Bessa,M.S. (1999). Saúde, Desenvolvimento e Política: resposta frente à Aids no Brasil.

Passarelli, C.A; Parker, R.; Pimenta,C; Terto Jr,V.(2004).Assistência e prevenção à epidemia de Aids no SUS.Rio de Janeiro: ABIA

Passareli,C.A. (2004). *O SUS e a prevenção à Aids; limites e possibilidades in Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando Prevenção e Assistência.- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.Programa Nacional de DST/Aids, Brasília: Ministério da Saúde*

Pereira,W.R (2000).*O processo de medicalização do corpo feminino in Scavone, L; Batista: Pesquisas de gênero: entre o público e o privado.* Araraquara: Faculdade de Ciências e Letras.

Pimenta, M. C. (2004). *Marcos conceituais e teorias de intervenção ao HIV/AIDS: Paradigmas de prevenção entre jovens.*Tese de doutoramento do curso de pós-

graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro

Rosen,G.(1994). Uma História da Saúde Pública. São Paulo. Editora UNESP/Editora Hucitec/ABRASCO.

Rohden,F.(2001). Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ

_____.(2003). A construção da diferença sexual na medicina. Caderno de Saúde Pública vol.19 suplemento 2 Rio de Janeiro.

Sarti,C.A.(1998) O início do feminismo sob a ditadura no Brasil:o que ficou escondido. Texto preparado para apresentação no XXI Congresso Internacional da LASA (Latin American Studies Association), Ilinois, Chicago.

Scliar,M. (2002). Do mágico ao social:trajetória da saúde pública.São Paulo: Editora SENAC.

Scott,J.W.(1999).*Gender as a useful category historical analysis* in Parker,R. and Aggleton (orgs) Culture, Society and sexuality. Ucl Press.

Sennett,R.(2004). A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro:Record.

Silva,S.M.B. (2004). Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA: caminhos e trilhas em construção. Dissertação de mestrado. Pós Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Estudo de saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ

Simões Barbosa, R.H.(1993). *Aids e Gênero; as mulheres de uma camada favelada*.Dissertação de mestrado d curso de pós graduação da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

Szapiro,A. Carneiro, T.F (2002). *Construções do Feminino Pós anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente*.Psicologia: Reflexão e Crítica, 15 (1), pp.179-188.

Szapiro,A.(1998) Tese de doutoramento: Percurso do feminino: um estudo sobre “produção independente” dos anos sessenta. Rio de Janeiro: Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

_____.(2003). *Diferença sexual, igualdade de gênero: ainda um debate contemporâneo* in D’Avila, M.I, Pedro, R.(orgs).Tecendo o desenvolvimento: saberes, gênero, ecologia social. Rio de Janeiro: Mauad: Bapera Editora.

_____ (2004). *O Outro da Prevenção* in Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando Prevenção e Assistência.- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids, Brasília: Ministério da Saúde.

Vermelho, L. L.; Simões-Barbosa, R. H. & Nogueira, S. A. (1999). Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):369-379, abr-jun.

Vermelho, L. L.; Simões-Barbosa, R. H. (2004). *Aids: um desafio para a Saúde Pública* in Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando Prevenção e Assistência.- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids, Brasília: Ministério da Saúde.

Victora, C.G; Knauth, D.R; Hassen, Maria, N.A.H (2000). Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre Tomo editorial.

Villela, W.V. (1996). *Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da AIDS entre as mulheres* in: Parker, R; Galvão (orgs). Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ.