

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Representações sobre corpo e sexualidade de profissionais de saúde
que atendem mulheres com HIV/AIDS

Autora: Kátia Maria Barreto Souto

Brasília, DF
Novembro/2010

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Representações sobre corpo e sexualidade de profissionais de saúde
que atendem mulheres com HIV/AIDS

Autora: Kátia Maria Barreto Souto

Dissertação apresentada ao
Departamento de Sociologia da
Universidade de Brasília/UnB como
parte dos requisitos para a obtenção do
título de Mestre.

Brasília, 30 de novembro de 2010

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Representações sobre corpo e sexualidade de profissionais de saúde
que atendem mulheres com HIV/AIDS

Autora: Kátia Maria Barreto Souto

Orientadora: Berlindes Astrid Küchemann (UnB)

Banca:

Profa. Doutora Berlindes Astrid Küchemann (SOL - UnB)

Profa. Doutora Tânia Mara Campos de Almeida (SOL -
UnB)

Profa. Doutora Marlene Teixeira Rodrigues (SER - UnB)

Profa. Doutora Deis Elucy Siqueira (suplente) (SOL -UnB)

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos Paulo Renato e João Carlos que generosamente respeitaram minhas ausências para que eu pudesse me dedicar aos estudos, e por representarem meu porto seguro e motivação. Sempre o meu amor e carinho.

Aos meus pais, Genaro e Nena, pelo exemplo de respeito e doação que sempre tiveram ao apoiar os caminhos escolhidos por nós, os filhos. Sempre a minha gratidão e amor.

A minha orientadora, Professora Astrid Küchemann, pela troca de conhecimentos, pelo debate das diferenças, pelo respeito à diversidade, pelo incentivo e acolhimento. O meu agradecimento.

Às professoras Tânia Mara e Marlene Teixeira pelas observações e reflexões sobre o tema, pelo debate das idéias e pela rica contribuição na banca de defesa desse trabalho. O meu sincero agradecimento.

Aos amigos que me acompanharam nessa caminhada, respeitando minha ausência, apoiando-me quando tudo parecia difícil. A cada um sempre minha amizade e meu carinho.

Dedico esse trabalho às mulheres vivendo com HIV e AIDS pela coragem e magia com que constroem o seu viver, em especial, às mulheres do Movimento Nacional de Cidadãs PositHIVas que foram a semente das minhas inquietações e despertaram o interesse pelo tema dessa dissertação.

CIDADÃ POSITHIVA



- *"Hoje, eu falo por mim, por aquelas que já não podem mais falar,*
- *por aquelas que ainda não conseguem falar*
- *e por aquelas que sequer sabem que tem voz"*

Anunciemos:

- *A nossa capacidade transformadora*
- *A nossa inquietação com o estabelecido*
- *A consciência dos nossos direitos e deveres*
- *O rompimento com antigos paradigmas*
- *A formulação de novas crenças*
- *A nossa condição de ser inacabado*
- *O nosso contínuo estado de aprendizagem*
- *O nosso conjunto infinito de possibilidades*
- *A nossa potencialidade de saber*
- *O nosso desafio de fazer*
- *A nossa viagem em direção ao ser*
- *... e muito, muito mais ...*
- *A nossa cidadania*
- *O nosso Amor!*

RESUMO:

A dissertação apresenta uma análise das representações de corpo e sexualidade de profissionais de saúde de Brasília, considerando o contexto da feminização da AIDS e as vulnerabilidades femininas para a infecção pelo HIV. Tais representações foram apreendidas a partir da reflexão teórica e da pesquisa de campo realizada em dois centros de saúde de Brasília que atendem mulheres com HIV e AIDS junto aos profissionais de saúde, tendo como referencial as representações sociais de corpo e sexualidade. A perspectiva teórico-conceitual utilizada permitiu abordar o tema relacionando com as categorias de corpo, sexualidade, gênero e prática de saúde.

O objetivo deste trabalho foi analisar se as representações de corpo e sexualidade de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV/AIDS contribuem para a vulnerabilidade feminina à AIDS. Percebeu-se que as práticas de saúde dos profissionais de saúde expressam valores culturais sobre corpo e sexualidade que no atendimento revelam limitações e vulnerabilidades ao cuidado da saúde das mulheres. As vulnerabilidades femininas à infecção pelo HIV perpassam também pelas práticas de cuidado preconizadas pelos profissionais e pela organização dos serviços de atenção à saúde das mulheres e homens.

Por fim, o trabalho destaca a importância da abordagem de gênero e das representações sociais de corpo e sexualidade na formação dos profissionais de saúde para mudanças nas práticas de saúde favorecendo a prevenção das DST/HIV/AIDS entre as mulheres.

Palavras chaves: corpo, sexualidade, representações, profissionais de saúde, AIDS

ABSTRACT:

This lecture presents an analysis of representations of the body and sexuality of healthcare workers in Brasilia, taking into account the feminization context of AIDS and female vulnerabilities to HIV infection. Those representations were learned from the theoretical thought and from investigation on field, which is two healthcare centers in Brasilia specialized on HIV AIDS infected women. The references to be considered are the representations of the body and sexuality. The theoretical and conceptual perspective allowed having an approach on the issue as body categories, sexuality, gender and healthcare practices.

The goal of this paper is analyze if body and sexuality representations of healthcare workers specialized in HIV/AIDS infected women contribute to female vulnerability to AIDS. We have noted that healthcare workers practices express cultural principles and values regarding the body and sexuality during the assistance revealing limitations and vulnerabilities when treating women's healthcare. Women's vulnerabilities to HIV infection pass through practices applied by healthcare workers and services' organization used for women and men's healthcare.

Finally, this paper highlights the importance of the gender approach and social representations of the body and sexuality during the healthcare workers training for changes in the practices favoring STD/HIV/AIDS prevention among women.

Keywords: body, sexuality, representations, healthcare workers, AIDS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. A EPIDEMIA DE AIDS ENTRE MULHERES NO BRASIL.....	15
2.1. A FEMINIZAÇÃO DA AIDS E A POLITICA DE SAÚDE DA MULHER.....	21
3. CORPOS FEMININOS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	32
3.1. CORPOS FEMININOS E A MEDICINA.....	32
3.2. SEXUALIDADE, GENERO VULNERABILIDADE FEMININA À AIDS	47
4. O CUIDADO À SAÚDE E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	66
4.1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E AIDS.....	66
4.2. A PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE, AIDS E CUIDADO.....	73
5. CONCLUSÕES.....	85
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
7. ANEXOS.....	95
ANEXO A.....	95
ANEXO B.....	97
ANEXO C.....	98
ANEXO D.....	99
ANEXO E.....	100
ANEXO F.....	102
ANEXO G.....	104

1. INTRODUÇÃO

A história da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) desde o seu surgimento traz representações sociais que vão para além da doença biológica. A AIDS ocupa um lugar mais estigmatizante do que a sífilis ocupou no século XVIII entre as doenças (SONTAG, 1989). A AIDS trouxe desafios para as ciências da saúde, mas trouxe também desafios para o campo do estudo comportamental, porque colocou em maior visibilidade questões relacionadas à sexualidade humana.

Diversos trabalhos sobre as representações sociais da AIDS destacam que: “as representações sociais são uma forma de conhecimento do mundo, construídas a partir do agrupamento de conjuntos de significados que permitem dar sentido aos fatos novos ou desconhecidos...” (BARBARÁ, SACHETTI E CREPALDI, 2005). E no caso da AIDS, o primeiro significado da doença surge, inicialmente, associado à representação da homossexualidade. Nesse primeiro momento, por atingir homossexuais masculinos, foi denominada de *peste gay*. O uso do termo *grupo de risco*, ainda que na epidemiologia encontre sua justificativa e explicação, no imaginário social, significou uma imagem discriminatória para os homossexuais masculinos e acabou por associar a AIDS aos homossexuais masculinos. Depois, quando os dados epidemiológicos apontaram para um novo cenário, onde homens heterossexuais também estavam sendo infectados, adotou-se o termo *comportamento de risco* buscando assim uma melhor explicação da transmissão e infecção pelo HIV. Essa abordagem também trouxe em si uma carga de preconceito: a representação da transgressão sexual e/ou da promiscuidade no exercício da sexualidade, além da transgressão do comportamento pelo uso de drogas. Em ambas as representações – grupo e comportamento de risco - as mulheres, com exceção das profissionais do sexo, permaneceram fora do imaginário cultural, portanto não estariam em risco para a infecção pelo HIV. Num terceiro momento, com o *boom* da feminização da AIDS, entram em cena as mulheres – *as santas* – mulheres em relações estáveis, mulheres de comportamento sexual *normal*. Apesar dos avanços científicos e da mudança de abordagem sobre a infecção para o HIV que passa a ser de *vulnerabilidade e risco*, prevalecem no imaginário cultural das pessoas a concepção de grupo e de comportamento de risco. Estas representações também estão presentes no imaginário dos profissionais de saúde.

Considerando a feminização da epidemia como um novo cenário para a representação da doença, do corpo e da sexualidade, indagava-me se as representações de corpo e sexualidade dos profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV e AIDS contribuíam para uma maior vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV.

Essa indagação e inquietação surgiram a partir de experiência pessoal, durante oito anos, como assessora do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, particularmente em relação à área que coordenava - a Política de Prevenção de DST/AIDS entre mulheres. Nesse período coordenei e acompanhei a implementação de políticas de prevenção às DST/HIV/AIDS entre mulheres, particularmente a capacitação de profissionais de saúde, oficinas de implantação do uso do preservativo feminino junto a mulheres com maior risco para a infecção pelo HIV e a organização e publicação de dois livros: “*Cidadãs PositHIVas*” (BRITO, 2002) e “*Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/aids entre mulheres*” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Uma das estratégias adotada nessas ações e elencada nas publicações foi a inclusão da abordagem de gênero e vulnerabilidade na capacitação de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV/AIDS, pelas dificuldades apresentadas por eles para abordar a prevenção e cuidado particularmente junto às mulheres que não se identificavam e não se reconheciam em risco para infecção pelo HIV.

Essa experiência no Programa Nacional de DST/AIDS, particularmente na área de educação em saúde, e a convivência com mulheres vivendo com HIV e AIDS, despertaram-me o interesse em aprofundar o conhecimento sobre o tema proposto nessa dissertação: as representações de corpo e sexualidade dos profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV e AIDS.

O objetivo deste trabalho é analisar as vulnerabilidades femininas para a infecção pelo HIV e as representações de corpo e sexualidade de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV/AIDS. Para tanto, foram elencados os seguintes objetivos específicos: conhecer quais as representações de corpo e sexualidade desses profissionais de saúde; identificar como esses profissionais de saúde relacionam essa representação no atendimento às mulheres; e identificar situações de risco ao HIV para as mulheres a partir da representação de corpo e sexualidade informada por esses profissionais de saúde.

A metodologia utilizada incluiu a análise temática sobre corpo, sexualidade e representação social desenvolvendo abordagens sobre o contexto da feminização da AIDS

e a vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV e a pesquisa de campo realizada junto a profissionais de saúde de dois centros de saúde de Brasília que atendem mulheres com HIV e AIDS.

Para desenvolver essa análise foram trabalhados dados primários e dados secundários. Para o levantamento dos dados secundários foram pesquisados documentos e livros sobre a política de DST/AIDS para as mulheres, depoimentos e falas de mulheres vivendo com HIV e AIDS em encontros regionais e nacionais, resultados de pesquisas sobre o comportamento sexual e a prevenção das DST/AIDS realizados pelo Ministério da Saúde. Para os dados primários, foram feitas entrevistas com profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV e AIDS em dois centros de saúde de Brasília.

Para o desenvolvimento da pesquisa de campo foram selecionados dois centros de saúde que são referências para atendimento das DST/AIDS na cidade de Brasília, sendo um centro de saúde localizado na Asa Sul e o outro na Asa Norte. Ambos os centros de saúde possuem sala para atendimento das pessoas com DST/AIDS, e desenvolvem ações educativas como aconselhamento coletivo sobre as DST/AIDS, informando as pessoas sobre riscos e cuidados para prevenção da infecção pelo HIV e outras DST. As gestantes HIV positivas chegam encaminhadas por outro centro de saúde de Brasília onde iniciaram o pré-natal. Quando recebem o resultado positivo para o HIV são direcionadas para um desses dois centros de saúde. Foi observada também a organização do serviço para o atendimento das pessoas, a existência de grupos de usuários HIV positivos para discussão do cuidado e integração, e a quantidade de demanda existente nos centros de saúde. O centro de saúde da Asa Sul possui um número maior de usuários, tendo, portanto, uma maior demanda de atendimentos. Embora os centros de saúde sejam referência para as DST/AIDS, atendem também outros agravos de saúde, como por exemplo, hanseníase e tuberculose.

A organização da rede de saúde pública compreende três níveis: a atenção primária (atenção básica), a atenção secundária (média complexidade) e a atenção terciária (alta complexidade). Alguns agravos à saúde e doenças envolvem cuidados à saúde nos três níveis, a AIDS é uma delas. Os serviços que atendem às pessoas infectadas pelo HIV necessitam de cuidados especializados e para tanto os profissionais de saúde recebem capacitações para melhor desenvolver suas práticas de cuidado. Por exemplo, o pré-natal das mulheres gestantes acontece na atenção básica, mas se elas são positivas para o HIV,

são referenciadas para um serviço de saúde de referência em DST/AIDS para um melhor acompanhamento, pois ela necessitará de cuidados especializados. Os profissionais de saúde que atendem nesses serviços são capacitados para esse atendimento especializado. Por isso, um dos critérios de seleção dos serviços citados no parágrafo anterior foi o atendimento para HIV/AIDS. Os centros de saúde de referência em DSST/AIDS possuem equipe multiprofissional: médico infectologista, ginecologista, psicóloga (o), enfermeira (o) e assistente social.

As entrevistas realizadas foram baseadas em roteiro semi-estruturado (anexo A), aplicadas aos profissionais de saúde dos dois centros de saúde selecionados. Visando levantar as representações de corpo e sexualidade subjacentes às práticas de saúde, foram considerados como pontos relevantes e norteadores do roteiro da entrevista: as características do atendimento realizado pelos profissionais; as concepções sobre cuidado do corpo e assistência às mulheres HIV positivas; a percepção da relação da mulher com o seu próprio corpo a partir do olhar do profissional de saúde; a opinião sobre sexualidade e maternidade.

Todas as entrevistas foram realizadas de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, que determina o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B).

As entrevistas foram registradas por escrito, por preferência dos entrevistados, e algumas também foram gravadas. Todas as entrevistas aconteceram no local de trabalho, com duração aproximada de cinquenta minutos, entre janeiro e abril de 2010. A maioria das entrevistas foi realizada individualmente e duas em duplas, a pedido dos próprios (as) entrevistados (as).

Os profissionais de saúde selecionados compõem a equipe multiprofissional que atende às mulheres com HIV/AIDS nos respectivos centros de saúde.

Os profissionais de saúde entrevistados foram médico-infectologista (2), sendo uma mulher e um homem; gineco-obstetra (3), todas mulheres; psicólogo (1), mulher; e enfermeiro (2), sendo uma mulher e um homem. Pretendia-se também entrevistar o (a) assistente social, entretanto em ambos os centros de saúde os assistentes sociais se aposentaram e não foram substituídos até o momento da pesquisa.

Quanto à forma de análise, optei por refletir sobre as representações de corpo e sexualidade, tanto a partir do que foi dito quanto por inferência do não-dito pelos

profissionais de saúde, relacionando com a literatura pesquisada. Compreendendo análise e interpretação como contidas num mesmo processo, desenvolvi a relação entre o conteúdo teórico com os dados coletados da pesquisa buscando refletir sobre a representação de corpo e sexualidade dos profissionais de saúde e a vulnerabilidade feminina à AIDS. A análise permitiu explorar o objeto da investigação – representação de corpo e sexualidade dos profissionais de saúde que atendem as mulheres com HIV e AIDS nas suas práticas de saúde. O recorte dos conteúdos levou em conta as categorias propostas no trabalho: corpo e sexualidade, gênero e vulnerabilidade, representação social dos profissionais de saúde. Optei pela modelo misto na definição das categorias analíticas, ou seja, mesmo tendo pré-definidas, considerei a flexibilidade de novas categorias e/ou articulações entre as mesmas a partir dos dados pesquisados. Destaco que a análise utiliza apenas o referencial teórico de Moscovici e não a metodologia que exigiria um maior rigor. É, portanto, uma adaptação do referencial destacando o aspecto conceitual de representação social para desenvolver a análise temática.

Gostaria de destacar três pontos importantes que foram considerados na análise desenvolvida nesse trabalho: i) o lugar de onde falo; ii) a relação entre a pesquisa de campo e a teoria; iii) a formação e as práticas dos profissionais de saúde. Esses três pontos aparecem muitas vezes imbricados pela análise reflexiva e pela observação que extrapola a pesquisa de campo, e é fruto também da experiência desenvolvida ao longo dos oito anos junto a profissionais de saúde de todo o Brasil.

Assim, foi possível construir as unidades de análise em três blocos: i) introdução ao tema – feminização da AIDS e representação da doença; ii) corpo, sexualidade, gênero e a vulnerabilidade das mulheres para o HIV e AIDS; iii) reflexão sobre as representações de corpo e sexualidade e as práticas dos profissionais de saúde. No primeiro bloco a abordagem é sobre a feminização da epidemia de AIDS no Brasil e a política de saúde da mulher; no segundo discorro sobre os corpos femininos, sexualidade e suas representações sociais, e as vulnerabilidades femininas à AIDS; no terceiro abordo sobre a prática do profissional de saúde, suas representações de corpo e sexualidade e como elas podem ou não contribuir para uma maior ou menor vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV. Por fim, nas conclusões apresento as respostas aos objetivos propostos no trabalho e também reflito sobre novas questões postas a partir da relação desenvolvida entre a teoria, a experiência e os dados da pesquisa de campo. Esses três blocos se desenvolvem de forma

a visualizar o contexto em que os profissionais de saúde estão inseridos, ou seja, a política de saúde e a organização dos serviços de saúde, o segundo momento que analisa o objeto da prática de saúde dos profissionais de saúde, ou seja os corpos femininos, e por fim como as práticas de saúde voltadas para esses corpos femininos podem ou não contribuir para o cuidado à saúde.

Há nesse trabalho uma forma de apresentação, que por vezes, conjuga o olhar de pesquisadora e ao mesmo tempo o olhar da profissional que fez parte, de alguma forma, do universo pesquisado. Ao mencionar essa situação, não tenho como objetivo desculpar-me por falhas ou limitações, mas reconhecer uma situação que ocorre com certa frequência em pesquisas sociais: o envolvimento do pesquisador com seu objeto de pesquisa. Procurei manter o distanciamento necessário para não interferir na análise, mas considero ético e importante citar essa aproximação da realidade pesquisada e a experiência vivenciada profissionalmente, para melhor compreensão do trabalho desenvolvido. O objetivo desse trabalho é oferecer com a análise do tema, elementos que contribuam tanto para a reflexão quanto para a ação, particularmente para as pessoas e instituições interessadas na temática, entre estas, a própria academia.

2. A EPIDEMIA DE AIDS EM MULHERES NO BRASIL

Desde o início da década de 90, os dados epidemiológicos do Brasil e do mundo apontam para um crescimento da epidemia de AIDS entre as mulheres. O crescimento da epidemia torna-se mais diferenciado entre homens e mulheres: sendo cerca de nove vezes maior entre as mulheres nos últimos 15 anos. Este crescimento se deve especialmente à heterossexualização da epidemia.

A AIDS é transmitida pelo vírus do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) através do contato sexual, exposição ao sangue e hemoderivados e pela transmissão da mãe para o filho na gravidez, no parto ou amamentação. Para uma melhor compreensão da dinâmica da epidemia de AIDS, diversos autores, como Parker e Galvão (1996), definem a evolução da epidemia em três fases distintas:

- a) a primeira fase, até 1986, conhecida como *grupo de risco*, onde a via sexual era a mais importante e naquele momento, os homossexuais masculinos e homens transfundidos eram os mais atingidos;
- b) a segunda fase, fim da década de 80 e início da década de 90, em que o uso de droga injetável ganha importância como via de infecção para o HIV ao lado da transmissão sexual, fase marcada como sendo a de *comportamento de risco*;
- c) e a terceira fase, início dos anos 90 até o momento atual, em que predomina a prática heterossexual como forma de transmissão do HIV e as mulheres ganham visibilidade na epidemia, surgindo a abordagem de *vulnerabilidade e risco*.

As duas primeiras fases centraram as intervenções para o controle da AIDS no indivíduo e no seu comportamento. A terceira fase aborda a epidemia de AIDS num contexto mais amplo e passa a ver esse indivíduo dentro de um contexto social e cultural coletivo, onde todos são vulneráveis em maior ou menor risco à infecção pelo HIV. Essas três fases expressam representações da doença que ganharam simbologias no imaginário cultural da sociedade.

A AIDS ocupou um lugar importante na história do corpo no século XX. Colocou a medicalização do corpo num patamar que extrapolou a simples intervenção para o não

adoecimento, destacando as ações de prevenção como o uso do preservativo e de seringas descartáveis, e quando reconhece populações vulneráveis antes invisíveis para o sistema de saúde e para o cuidado em saúde, como, por exemplo, os usuários de drogas, as travestis e as profissionais do sexo.

A AIDS só ganhou visibilidade feminina depois da heterossexualização da epidemia, na década de 90 conseqüentemente o corpo feminino e suas representações sociais e culturais ganharam maior destaque, pois a principal via de infecção das mulheres para o HIV é a via sexual, ou seja, a sexualidade.

A feminização da AIDS entre mulheres em relações estáveis rompeu com o imaginário de grupo de risco e de comportamento de risco do início da epidemia e colocou em evidência a necessidade de se compreender a nova dinâmica da infecção pelo HIV. Uma nova representação da epidemia se impunha – vulnerabilidade e risco – para homens e mulheres. Essa mudança do cenário da AIDS retomou a discussão sobre a sexualidade feminina, sobre as relações de gênero, sobre as diferenças e desigualdades existentes entre homens e mulheres no exercício da sexualidade.

A feminização da AIDS envolveu a maior vulnerabilidade biológica da mulher ao HIV e a desigualdade nas relações de gênero presentes nas relações sexuais.

Do ponto de vista biológico, o risco de infecção durante relações sexuais desprotegidas é duas a quatro vezes maior para as mulheres do que para os homens. As mulheres são particularmente vulneráveis à contaminação pelo HIV nas relações heterossexuais devido à maior área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais, à maior quantidade de fluidos que são transferidos do homem para a mulher do que vice-versa, à maior quantidade de vírus contido nos fluidos sexuais masculinos e às microfissuras que ocorrem no tecido vaginal ou retal no ato da penetração. Esses fatores biológicos, aliados a situações freqüentemente vivenciadas pelas mulheres, como o sexo não-consensual, as relações sexuais desprotegidas por falta de poder de negociação do preservativo e os comportamentos de risco adotados por seus parceiros, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV (DOSSIÊ, 2003, p.8).

Pode-se afirmar que uma ‘cegueira’ de gênero, não abordagem de como as relações de gênero ocorrem na sociedade, favoreceu a infecção entre mulheres heterossexuais e em relações estáveis. Apesar da maior vulnerabilidade biológica das mulheres para a infecção ao HIV, isso não era suficiente para explicar o crescimento da epidemia entre as mulheres. A vulnerabilidade biológica ganhou importância em função da vulnerabilidade social e de gênero. Não se pode subestimar a desigualdade existente nas relações de gênero como fator

importante na feminização da AIDS. Estudo de coorte realizado no Brasil, por pesquisadoras (SANTOS, 2009), no período de novembro de 2003 a dezembro de 2004, em 13 municípios brasileiros, comparando contextos de vulnerabilidade feminina entre mulheres com HIV e mulheres não sabidamente HIV positivas ou sabidamente negativas apontou para vulnerabilidades sociais e culturais de gênero como: menor escolaridade que os homens em igual situação; parceiros com múltiplas parcerias; e violência sexual e doméstica.

A partir da análise dos dados epidemiológicos e do recorte dos valores culturais existentes na sociedade em relação à sexualidade masculina e feminina, como família, afeto, fidelidade, conjugalidade, parceria (fixa e/ou eventual) e proteção, pode-se inferir quais fatores favorecem mais ou menos à infecção pelo HIV entre as mulheres e homens. Podemos citar, por exemplo, a iniciação sexual diferenciada entre os jovens meninos e meninas; a dicotomia entre amor e sexo; valores masculinos como risco e poder; valores femininos como o silêncio e o afeto. Estes construtos culturais fazem parte do ser homem e ser mulher tornando-os vulneráveis em dimensões diferentes nas relações entre eles (homens/homens; homens/mulheres; mulheres/mulheres), incluindo as relações sexuais. O uso do preservativo tem sido a principal mensagem de prevenção à AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) e nesse sentido, a assimetria nas relações entre homens e mulheres pode ser um ponto crucial para a negociação do uso do preservativo, conseqüentemente para a prevenção e cuidado da saúde sexual e reprodutiva. Vale destacar que a simbologia do preservativo está associada à transgressão sexual ou a prevenção de doenças.

Os valores culturais ‘femininos’ como a docilidade, a submissão e o afeto aliados às diferentes dimensões da vulnerabilidade de gênero entre as mulheres colocam-nas com menor poder de negociação nas relações com os homens, e, por conseguinte em dificuldades para negociar o uso do preservativo, e sendo assim, elas acabam por ter relações sexuais desprotegidas expondo-se ao risco da infecção pelo HIV. Estudos demonstram que o uso do preservativo é menor entre as mulheres do que entre os homens (anexo C).

No estudo de coorte transversal citado anteriormente (SANTOS, 2009, p.322), realizado entre novembro de 2003 a dezembro de 2004, junto a 3.822 mulheres de 13 municípios brasileiros das cinco regiões, dividido em dois grupos, sendo um de mulheres

HIV positivas (1.777) e outro de mulheres negativas (2.045) constatou-se que: as mulheres HIV positivas em relação às mulheres negativas eram mais velhas, com menor escolaridade e uma proporção maior delas não estava em união estável e não trabalhava à época da pesquisa. Entre as mulheres vivendo com HIV as principais formas autopercibidas de infecção foram: o parceiro ter múltiplas parcerias sexuais ou ser bissexual (38%); elas terem tido relações sexuais desprotegidas (23%) e o parceiro ser usuário de drogas (17,3%). Com relação à forma de conhecimento do diagnóstico do HIV: o parceiro ficou doente (24,6%), no pré-natal (19,5%) e teste realizado por vontade própria (12,7%). Entre as mulheres vivendo com HIV com parceiro fixo na época da infecção, 70% relataram que foi o parceiro que a infectou e 22% não sabiam se tinham sido infectadas pelo parceiro. Quanto ao uso do preservativo, 62,2% das mulheres vivendo com HIV relataram que nunca usaram até a infecção e 32,2% usavam às vezes. O histórico de DST entre mulheres vivendo com HIV na época da infecção foi de 21% e de violência sexual alguma vez na vida de 22,1%. Somam-se a esses dados, que 28,1% tinham até a 4ª série do ensino fundamental, e 34,6% entre a 5ª. e a 8ª. série do ensino fundamental .

Os dados acima apresentados demonstram as vulnerabilidades femininas à AIDS e reforçam a necessidade da compreensão da dimensão de gênero no contexto da análise da saúde das mulheres e das práticas de cuidado dos profissionais de saúde.

A mudança do perfil da epidemia e sua trajetória marcada por um lado pelos avanços científicos e por outro pela dimensão social e cultural, coloca novos olhares sobre a doença, formas de prevenção e de cuidado. De acordo com Guilhem:

.A mudança drástica no perfil da epidemia colaborou para o entendimento de um modelo biomédico, naturalizado e universalizante – centrado no indivíduo e que direciona a maior parcela de atenção às questões relativas às doenças – não poderia explicar as múltiplas dimensões simbólicas da realidade suscitadas pelo HIV/AIDS (GUILHEM, 2000, pp.11-12).

A representação das mulheres e dos (as) profissionais de saúde no cuidado à saúde das mulheres tem como foco a saúde reprodutiva, ou seja, a maternidade significando prioritariamente o cuidado com o bebê, sendo o corpo feminino visto apenas como um invólucro que protege a nova vida. As práticas do cuidado no pré-natal demonstram claramente essa concepção – o cuidado ao feto, ao bebê. O olhar do (a) profissional não enxerga o corpo feminino como cuidado de si, mas apenas como o espaço para o cuidado do bebê. No momento do diagnóstico positivo para o HIV durante a gravidez, os cuidados

preconizados se referem ao bebê, à redução da transmissão vertical, ao cuidado com o corpo para ter uma gravidez saudável e a preparação para o parto. Uma das dificuldades para a prevenção do HIV junto a gestantes, no início da feminização da AIDS, foi o convencimento junto aos profissionais de saúde para o oferecimento do teste HIV para as gestantes. A simbologia de oferecer um teste de uma doença de transmissão sexual para a gestante (futura mãe) significava quebrar valores e representações intrínsecos a essa condição feminina, como pureza e proteção. A abordagem a partir da prevenção da transmissão vertical (a transmissão do vírus da mãe para o bebê durante a gravidez, parto ou amamentação), do cuidado ao bebê, resgata a imagem da abnegação, do doar-se, aliada ao papel de vítima infectada pelo parceiro, de alguma forma culpado, algoz. A mensagem é para a mãe, não para a mulher. O cuidado é para com o bebê e não para a mulher. A abordagem para a testagem focava a prevenção da transmissão vertical e não o exercício da sexualidade.

A maioria que chega aqui no Centro de Saúde vem para fazer o pré-natal e então descobre o HIV. A maioria está em relações estáveis e tem entre 20 e 35 anos. Fica revoltada com os parceiros, depois a grande preocupação é com o bebê, com a amamentação, e se vão ficar vivas para cuidar dos filhos (relato de entrevistada 3).

Por outro lado, a mensagem de prevenção para as mulheres profissionais de sexo é dirigida para a sua condição de trabalhadora, para o exercício da sexualidade como profissão, para que exijam o uso da camisinha junto a seus clientes. Uma mensagem positiva no que se refere à condição feminina em relação ao cuidado do seu corpo, ainda que numa relação de desigualdade para a negociação, mas que reconhece seu papel de sujeito do cuidado. Porém, fica na invisibilidade a sua condição de mulher que também ama e tem parceiro, e nessa condição, assim como outras mulheres, as profissionais do sexo também não se cuidam. O uso da camisinha é associado ao seu trabalho, e não a sua condição de mulher.

Atendi uma profissional do sexo que afirmava que usava camisinha com seus clientes, mas nunca com seu parceiro. Quando engravidou, descobriu que era HIV positiva. Seu parceiro também fazia programas e provavelmente não tinha os mesmos cuidados que ela com seus clientes. Eles não usavam camisinha na relação (relato de entrevistada 3).

Quando que trabalhava na coordenação de ações educativas de implantação do uso do preservativo feminino no Brasil junto às populações femininas com maior vulnerabilidade para infecção pelo HIV, foi formado um grupo representativo dos

segmentos femininos para os quais iria se disponibilizar o preservativo feminino. Numa das reuniões sobre a pesquisa desenvolvida para verificar a adesão ao uso do preservativo feminino entre mulheres com maior vulnerabilidade para a infecção pelo HIV, o grupo que representava as profissionais de sexo fez a seguinte fala: *“Não usamos preservativo com nossos parceiros, namorados, amores. Esse é o diferencial deles com os clientes”*. Ou seja, o corpo da profissional do sexo é visto como espaço de trabalho e do prazer masculino comercializado. Não se pensa nessas mulheres amando, gestando, parindo, em relações estáveis e afetivas. Por outro lado, o grupo que representava as mulheres com HIV infectadas pelos seus parceiros, destacou a dificuldade de inserir o uso da camisinha nas relações estáveis já existentes: *“O marido não aceita, pergunta se estamos duvidando deles ou se estamos aprontando”*. Essas falas mostram que o imaginário do uso da camisinha está associado a situações de transgressão sexual: sexo fora do casamento, homossexualidade e prostituição.

No Brasil, a maior parte das mulheres descobre-se HIV positivas no pré-natal, quando chegam aos serviços de saúde para os cuidados da gravidez e do bebê. (anexo D). Nesse momento, por rotina do pré-natal, é oferecido o teste anti-HIV e quando o resultado é positivo, essas mulheres sentem-se fragilizadas, com sentimentos complexos: medo da doença, decepção, raiva pela descoberta ou confirmação da traição do parceiro, insegurança pela saúde do bebê e culpa pela AIDS.

No dia a dia, a epidemia de AIDS desnuda no campo da sexualidade feminina a grande invisibilidade de valores morais e culturais intrínsecos ao exercício dessa sexualidade como, por exemplo, a virgindade e a maternidade naturalizadas como condições femininas e que historicamente vem definindo formas de ser mulher e de se cuidar. Parker (2000) destaca:

Entender a sexualidade humana como sendo social e culturalmente construída: como produto menos de nossa natureza biológica do que dos sistemas sociais e culturais que modelam não só nossa experiência sexual, mas as formas pelas quais interpretamos e entendemos essa experiência (PARKER, 2000, p.31).

A epidemia de AIDS entre as mulheres coloca em evidência a necessidade de se reconhecer valores e interpretações da subjetividade na sexualidade humana que ultrapassem os limites da sexualidade reprodutiva e insira os contextos em que se definem as práticas sexuais a partir da experiência individual ao longo da vida. Esse novo olhar pode ser determinante para o controle da infecção para o HIV junto às mulheres.

2.1. A FEMINIZAÇÃO DA AIDS E A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER

A feminização da AIDS coloca em evidência um novo olhar sobre as sexualidades femininas e masculinas e conseqüentemente sobre suas representações sociais e culturais. Coloca, também, em evidência as diferentes representações sobre os corpos masculinos e femininos, e expõe a diferenciação entre práticas e identidades sexuais. Gagnon e Simon *apud* Parker (2000) destacam que nesse sentido, é menos importante entender o comportamento individual do que entender o contexto das interações sexuais. Ou seja, reconhecer que a vivência sexual possui dinâmica individual e está inserida num contexto de vida social que traz em si valores culturais determinados pela classe social, gênero, geração e orientação sexual, que traz representações da realidade onde, como e com quem essa sexualidade é exercida.

No século XX a sexualidade não ficou confinada ao casamento, particularmente para as mulheres, e os jovens passaram a ser vistos como um ser sexual. É a sexualidade reconhecida fora do casamento. Entre o advento da pílula anticoncepcional e a AIDS, o mundo viveu a liberdade sexual, o direito ao prazer dissociado da procriação. A liberdade sexual colocou em pauta a discussão sobre as diferentes formas e expressões da sexualidade, entre elas a homossexualidade. Nesse contexto de liberdade sexual, a AIDS surgiu e tornou-se um problema de saúde pública e a sexualidade volta a ser discutida nos seus diferentes aspectos e campos do saber – valores morais e culturais, descoberta científica, comportamentos sociais e sexuais.

A AIDS inaugurou um novo momento que resgata não apenas desafios para a medicina, mas a retomada de valores morais no âmbito da sexualidade, ou seja, na contramão das liberdades sexuais que já vigoravam. A chegada da AIDS colocou em xeque conquistas científicas sobre as doenças infecciosas e sobre o controle do adoecimento do corpo.

A descoberta dessa enfermidade pôs a nu a falibilidade da ciência... A concepção do sistema imunológico como aquele que garante a integridade do corpo havia permanecido como uma abstração do domínio do especialista, quando a nova doença surgiu para personificá-lo. Os estragos causados pela AIDS mostraram o que significa a implosão da imunidade (MOULIN, p.34, 2008).

A AIDS instalou o medo e colocou em cena os corpos sexuados, visto que sua transmissão se dava, majoritariamente, pelo contato sexual. Os avanços da ciência médica

demonstraram-se limitados para conter a AIDS. Ela ataca o sistema imunológico humano deixando-o fragilizado para o adoecimento de diversas doenças, chamadas de doenças oportunistas. Nesse sentido foi preciso buscar alternativas para enfrentar a AIDS no campo da ciência médica. No que se referem à assistência, os esforços da medicina focaram na sobrevivência e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com HIV e AIDS – produção de medicamentos. Outra vertente posta, depois, foi a da prevenção – uso do preservativo. E foi nesse campo da prevenção que as representações de sexualidade e corpo se fizeram presentes, pois a subjetividade das relações amorosas e sexuais permeiam necessariamente as práticas de cuidado à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens.

[...] as ciências biomédicas têm acumulado um impressionante acervo a respeito da síndrome. Permitindo-nos saber como o HIV se constitui e como se transmite, como evitar a infecção e quais os sintomas; quais as doenças associadas à Aids e como tratá-las; e, mais recentemente, quais os tratamentos e medicamentos que cerceiam a progressão do HIV e prolongam a sobrevivência dos infectados (GUIMARÃES, 2001, p.22).

Vale lembrar que uma das questões mais marcantes da história do corpo e da sua função/missão reprodutiva que ganhou dimensão de Estado foi o advento da sífilis, no século XVIII. A sífilis não significou apenas uma questão médica, mas envolveu outros aspectos, entre os quais os valores morais da sociedade. Estava associada à degeneração e ao enfraquecimento da raça, sendo uma ameaça para a população saudável e produtiva. Foi vista como um flagelo social e significava determinado estilo de vida. Havia uma relação entre prostituição e sífilis, e aqui as mulheres prostitutas foram vistas como o cancro da sociedade, e os homens como suas vítimas. Destaque-se que na luta contra a sífilis estava em discussão o controle sobre o comportamento sexual masculino. Médicos e Estado passaram a discutir o corpo dos homens e finalmente a medicalização do mesmo, na perspectiva de resgatar corpos saudáveis para a procriação. Toda discussão sobre o corpo masculino se deu, pela primeira vez, a partir de uma doença venérea e que inevitavelmente colocou em discussão o comportamento sexual masculino. Citando Rohden (2001, p.37): “Na luta contra a sífilis, foi central a discussão de medidas como o exame pré-nupcial e o delito de contágio, muito ligadas às preocupações com a transmissão da doença à prole”. Outra questão posta na luta contra a sífilis foi o controle individual sobre o comportamento sexual masculino e o corpo masculino, mediado pelo médico e o Estado para o controle da doença, mas as medidas adotadas também visavam os corpos femininos para a reprodução de uma prole saudável.

Tal como no advento da sífilis, a AIDS fez ressurgir questionamentos sobre o comportamento sexual de homens, mas há uma diferença, pois nesse caso o questionamento se dá sobre a identidade sexual masculina. A homossexualidade masculina foi desnudada, uma vez que foram esses os primeiros homens a serem infectados.

A homossexualidade também se beneficiou com a liberação dos costumes e com o recuo da norma heterossexual, imposta pelo casamento. A trajetória histórica dos homossexuais não é, no entanto, linear, pois alterna avanços e recuos, da mesma forma que a repressão continua na ordem do dia ao longo do século XX (SOHN, 2008, p. 146).

No primeiro momento na epidemia da AIDS não houve uma percepção dos corpos femininos, a doença e a intervenção se deram no corpo do homem homossexual. Colocou-se em evidência novamente o comportamento sexual masculino. São corpos masculinos desviantes, homossexuais, e a ‘cegueira de gênero’ não identificou nessas relações o corpo feminino. Nos dados epidemiológicos, os números referentes às mulheres, são tidos como ‘comunicantes’ do parceiro, e poucas são as informações sobre elas mesmas, o que mostra uma concepção de gênero tradicional, ou seja, os valores de subalternidade das mulheres sendo citadas como comunicantes.

Os corpos femininos, para a medicina, são corpos potencialmente grávidos. Portanto não haveria uma razão para a inclusão dos corpos femininos numa doença denominada de *peste gay*. As mulheres estariam ausentes dessa relação homossexual masculina, não havia uma distinção entre identidade e prática sexual. Mais tarde essa distinção contribuiu para definição de políticas e ações de promoção à saúde para o controle e prevenção da infecção pelo HIV, tanto para homens quanto para mulheres. Nesse primeiro momento, não estava em risco o papel feminino reprodutivo. A representação da aids não atingia a representação da sexualidade feminina. Destaque-se que todo o desenvolvimento da ginecologia e obstetrícia se deu na perspectiva da reprodução feminina, da concepção, da contracepção, das novas tecnologias reprodutivas, da fertilização *in vitro*, tudo relacionado ao período reprodutivo feminino e a função social da maternidade. A regulação do corpo feminino passava por essa concepção do papel social da mulher na sociedade – esposa e mãe, inclusive a regulação de sua sexualidade. A AIDS vem alardear uma nova situação: as mulheres ‘normais’, ou seja, as mulheres mães também possuem uma sexualidade de desejos e prazeres. Rompe-se com o imaginário da mulher ideal, uma vez que as mulheres estavam sendo infectadas pelos seus parceiros, em

relações estáveis, e também no exercício da sexualidade como comércio, e até mesmo pelo uso de drogas injetáveis. Segundo Guimarães (2001):

Surgiu uma verdade incômoda. A Aids havia transposto as barreiras e armadilhas milenares que acobertavam as mulheres tidas como normais, sexual e socialmente passivas, para revelar que o gênero feminino não era apenas reprodutor e guardião do lar e da família. Possuía também uma sexualidade desejante, perigosamente ativa (GUIMARÃES, 2001, p.30).

Outra questão ‘revelada’ pela AIDS no universo feminino e das relações heterossexuais são as práticas sexuais não reprodutivas, como o sexo anal e oral, contrariando assim a sexualidade reprodutora das mulheres.

No início da década de 1990, o Programa Nacional (de DST e AIDS do Ministério da Saúde) alardeou o bissexual e o usuário de drogas injetáveis masculinos como os principais vetores sexuais do HIV para as mulheres, junto com a prática de sexo anal (...). A constatação oficial dessa prática sexual entre casais revelou o caráter sigiloso da via anal do prazer sexual não-reprodutivo e a classificou como uma das principais causas da infecção na ‘mulher família’, contrariando sua característica fundante de reprodutora (GUIMARÃES, 2001, p.30).

No início da epidemia as ações de saúde estavam voltadas para os homens incluídos nos chamados ‘grupos de risco’ e posteriormente ‘comportamentos de risco’ – homossexuais e usuários de drogas injetáveis. No comportamento de risco foram incluídas também ações voltadas para as ‘mulheres desviantes’: prostitutas e usuárias de drogas injetáveis. A invisibilidade da mulher ‘normal’ para a infecção pelo HIV não configurava a necessidade da inclusão de políticas de prevenção voltadas para as mulheres. Isso só ocorre com a heterossexualização e conseqüentemente a feminização da AIDS.

Essa diferenciação (discriminação) de determinadas mulheres, tidas como ‘periféricas’ ao ideal do modelo conjugal – ‘solteiras’, ‘viúvas’, ‘separadas’ e ‘desquitadas’-, tem contribuído para o atraso em se reconhecer a maior suscetibilidade físico-anatômica de todas as mulheres em relação aos homens, sobretudo no que se refere às doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais se insere a infecção pelo HIV (GUIMARÃES, 2001, p.32).

O desconhecimento do próprio corpo e das doenças sexualmente transmissíveis sempre associadas ao imaginário cultural de promiscuidade e à sexualidade masculina desregrada foram empecilhos e armadilhas para a não percepção da vulnerabilidade feminina às DST e ao HIV, pelas próprias mulheres e pelos profissionais de saúde. No início da feminização da AIDS, as mulheres foram vistas como vítimas, e a grande

preocupação era com a transmissão do vírus para o filho, pela gravidez, parto ou amamentação.

No geral, o diagnóstico positivo para as mulheres vinha a partir do adoecimento ou morte do parceiro, e mais recentemente no pré-natal, quando foi preconizada a testagem para o HIV, com aconselhamento, para todas as gestantes no Brasil.

A maioria das mulheres se descobre HIV positiva no pré-natal. Elas chegam aqui vindas de outros centros de saúde, fragilizadas, e ainda tem que convencer o parceiro a fazer o teste HIV. Cerca de 70% das gravidezes não foram planejadas e 80% quando recebem o diagnóstico dizem que já imaginava (relato de entrevistado 1).

As mulheres que estão em relações estáveis ou monogâmicas não se percebem e não se identificam como possíveis mulheres em risco para as DST ou para o HIV. Elas confiam em seus parceiros e acreditam que eles não as colocariam em risco. A AIDS coloca em evidência não apenas o risco para a saúde, mas valores da sociedade como: amor, fidelidade, família, as relações entre os casais, particularmente as relações entre homens e mulheres. Surgiu como um desafio para a medicina como um fato médico, mas logo ganhou dimensão social e cultural exigindo novos olhares sobre o cuidado e a prevenção, e nesse espaço as ciências humanas e sociais têm contribuído com sua trajetória sobre os contextos das relações humanas – seja no campo individual, seja no coletivo. Como afirma Guimarães (2001, p.39): “As representações sobre percepção de risco, prevenção e controle da epidemia são sem dúvida o lugar em que a epidemiologia da AIDS entrecruza-se com a complexidade das relações sociais, suas categorias e seus valores”.

A principal mensagem de prevenção é o sexo seguro, sexo com camisinha, e aí entra em cena novos desafios para o controle da disseminação do HIV e AIDS. Desafios estes no campo das ciências humanas e sociais, dos comportamentos sexuais, individuais e sociais, de homens e mulheres.

Cada vez mais, torna-se evidente que, para a pesquisa social e comportamental possa dar uma contribuição significativa à prevenção da AIDS, ela precisa focalizar não só a incidência de determinadas atitudes e práticas, mas os contextos sociais e culturais onde a atividade sexual é definida e constituída (PARKER, 2000, p.30).

Entender a sexualidade humana na dimensão social e cultural permite sair do foco do comportamento individual e da prevenção na responsabilização pessoal pela mudança do comportamento de risco para um comportamento seguro nas práticas sexuais. O

cuidado à saúde tem centrado suas ações no indivíduo, na sua responsabilização de mudar o comportamento sexual a partir das informações sobre o vírus, sua constituição e transmissão, sua infecção e as conseqüências para a vida das pessoas, sem considerar os diferentes contextos em que se dão as práticas sexuais. As medidas sugeridas para o cuidado à saúde sexual do indivíduo não consideraram as diferenças e desigualdades existentes nas relações de gênero, entre homens e mulheres, e por isso, muitas vezes, essas medidas embora estejam dirigidas às mulheres, dizem respeito aos homens e deveriam considerar os contextos culturais onde essas relações acontecem. Destacaria como exemplo duas medidas de prevenção preconizadas para as mulheres: a redução do número de parceiros e o uso da camisinha. Pelos próprios dados do Ministério da Saúde as mulheres infectadas possuem menos parceiros sexuais do que os homens ao longo de suas vidas, e o uso da camisinha, em última instância, é uma decisão masculina, já que a camisinha acessível é a camisinha masculina. Portanto são mensagens que deveriam considerar as relações de gênero e serem dirigidas também para os homens, especialmente os homens em relações estáveis e afetivas, os quais apresentam maiores resistências ao uso da camisinha. Essas mensagens trazem também um significado, uma representação da sexualidade entre homens e mulheres, e a representação que homens e mulheres têm de seus corpos no exercício dessa sexualidade.

A sexualidade e a saúde da mulher têm tido predominantemente um olhar sobre o corpo reprodutivo e estético e esses valores permeiam os discursos do cuidado ao corpo, em maior ou menor grau, considerando, as dimensões de classe social, raça, geração, e orientação sexual. Os grandes desenvolvimentos da ciência médica no século passado, antes de se consagrarem como êxitos, na maioria dos casos, foram considerados polêmicos e não foi diferente com a medicina da mulher. A ginecologia teve como objeto a sexualidade e a reprodução feminina. Temas estes suscetíveis de debates no campo moral, político e religioso, especialmente quando entram em cena a honra da família, a autoridade masculina, a autoridade parental e a reprodução humana. As intervenções no corpo feminino trazem à tona problemas como aborto, abuso sexual, adultério, prostituição, entre outros, e colocam novos desafios para a chamada neutralidade da ciência e para o sigilo profissional.

A saúde da mulher passa predominantemente pela função da maternidade e a medicina e as ações de saúde priorizam o materno-infantil. A medicina ao mesmo tempo

exerce um papel de opressão e de libertação da mulher. Seus avanços permitem, por um lado, uma maior liberdade sexual para as mulheres a partir do conhecimento do corpo e dos mecanismos reguladores do período reprodutivo, proporcionando um maior controle sobre o próprio corpo. Mas, por outro lado, esses mesmos avanços podem ser objeto de opressão da mulher, justificando as desigualdades sociais, na educação, no trabalho e na vida pública, a partir das diferenças sexuais biológicas.

Com o passar do tempo a soma dos ingredientes: uma ciência que nunca foi neutra, a opressão cultural, a religião, a hegemonia do patriarcalismo e a exploração capitalista gestou um quadro de horror. Quadro este que é manifesto na expropriação do corpo da mulher, na opressão à sexualidade, na normalização da reprodução, na medicalização, na desumanização da assistência, na violência do atendimento ao aborto, seja espontâneo ou não, e na indiferença quando termina o ciclo reprodutivo (COELHO, 2006, p.16).

No Brasil, a saúde da mulher também se organizou sob a concepção de saúde materno-infantil, e só em 1983, a partir da mobilização do movimento de mulheres e de setores da saúde é que se conquistou a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), atualmente, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A criação do PAISM, em 1983, representou um marco na história das políticas públicas voltadas às mulheres, pois, pela primeira vez: [...]. ampliou-se a visão de integralidade, presente nas formulações do movimento sanitário, para incorporar a noção de mulher como sujeito, que ultrapassava a sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva holística de saúde (COSTA & AQUINO, 2000, pp. 185-186).

O PAISM representou um novo ciclo na saúde da mulher brasileira. Rompeu-se com a visão materno-infantil, na qual a mulher era vista apenas em sua condição de mãe, sendo o bebê o grande foco do cuidado. Na proposta do PAISM a integralidade significava colocar em pauta que a saúde das mulheres incluía abordar todos os ciclos de vida da mulher e não apenas o período reprodutivo. Entretanto, colocar a dimensão de classe, raça, geração e orientação sexual na visão de integralidade da atenção à saúde da mulher, nos seus diferentes ciclos de vida, nas práticas dos profissionais de saúde ainda está distante de ser uma realidade na formação acadêmica e nas práticas do profissional de saúde. Os avanços da ciência médica são majoritariamente no campo da reprodução, tanto da concepção quanto da contracepção, reafirmando a histórica visão sobre o corpo

feminino – a maternidade -, e essa visão está fortemente expressa nas práticas dos profissionais de saúde.

As simbologias da sexualidade masculina e feminina, de dominação e submissão, de ativo e passivo, do homem ‘possuindo’ a mulher, também fazem parte das representações de corpo e sexualidade dos profissionais de saúde. Eles (os profissionais de saúde) fazem parte dessa mesma sociedade e suas histórias de vidas compõem o mesmo universo das representações da sociedade em que vivem. A questão que se coloca é se essas concepções expressas nas práticas dos profissionais de saúde junto às mulheres contribuem para aumentar as vulnerabilidades femininas à infecção pelo HIV. A representação de sexualidade feminina ainda fortemente associada à maternidade e a relações estáveis heterossexuais fragilizam uma abordagem mais ampla sobre o corpo feminino e as práticas de saúde, sejam as práticas do cuidado dos profissionais de saúde, sejam as práticas de organização dos serviços de saúde.

Nos últimos anos, no mundo e no Brasil, ampliou-se o conceito de saúde, deixando de ser considerado apenas como ausência de doença para ser visto como bem estar físico e mental. De acordo com Galvão (1999, p.167): “a partir de 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu o conceito de saúde como: a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. O mesmo ocorreu com os conceitos de saúde materna, saúde da mulher, saúde sexual e reprodutiva, e, mais recentemente, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Essa mudança teve e tem significado importante para o cuidado à saúde da mulher. São conceitos que ampliaram a questão da saúde para o âmbito dos direitos humanos, e contribuíram para a formulação de políticas públicas e pesquisas sobre a saúde da mulher, envolvendo representantes do movimento de mulheres, dos profissionais de saúde, dos gestores, e estudiosos da academia, com a abordagem de gênero e raça. No campo teórico podemos afirmar que houve um avanço em diferentes setores, entretanto o grande desafio continua sendo a inclusão desses conceitos nas práticas de cuidado à saúde, tanto pelos gestores e profissionais de saúde, quanto pelas próprias mulheres.

As discussões conceituais sobre saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna certamente continuarão no Brasil e no mundo. No entanto, o mais crucial (e urgente) é implementar esses conceitos, é sair do discurso teórico para sua efetivação – com qualidade – no âmbito dos serviços de saúde, de currículo universitário, de ações educativas específicas para a saúde da mulher e do homem, em todo o seu ciclo vital (GALVAO, 1999, p.177).

Outra questão relevante a ser considerada para a saúde sexual é a distinção entre prática sexual e identidade sexual, e que tem vulnerabilizado ainda mais as mulheres para a infecção pelo HIV, por parte de seus parceiros. A definição de homossexualidade e heterossexualidade tem sido insuficiente para definir a diversidade dos comportamentos sexuais. Na sexualidade masculina as noções de ativo e passivo perpassam as definições de homossexualidade e heterossexualidade surgindo uma nova definição para a epidemiologia – a bissexualidade -, que também se mostrou insuficiente para o cuidado à saúde e para a prevenção da infecção pelo HIV, particularmente entre as mulheres. Para um melhor entendimento como a bissexualidade masculina, enquanto prática ou identidade sexual vulnerabiliza as mulheres, transcrevo citação de Guimarães (2001):

O médico mexicano José Antonio Izazola Licea... indica pelo menos oito comportamentos bissexuais distintos, dois dos quais não implicando relacionamento sexual com mulheres. O primeiro é a 'bissexualidade latina', na qual o homem assume o 'papel insertivo' com o parceiro masculino, tanto para sexo anal quanto para oral, e continua sendo classificado como homem. Em oposição, aquele que assume o 'papel de receptor' é estigmatizado pela sua analogia com a passividade corporal feminina e desclassificado como homem. O segundo padrão excludente da mulher é o da 'bissexualidade técnica', em que o homem tem relações com travestis e/ou transexuais. Os demais padrões incluem a parceira mulher de 'fachada', a parceira 'eventual' ou 'alternativa', ou a parceira que serve para definir socialmente, com o casamento, a etapa conjugal de um relacionamento sexual. O comportamento bissexual masculino seria vivido às escondidas e caracteriza-se como aquele que apresenta risco de transmissão do HIV para a mulher (GUIMARÃES, 2001, p.73-74).

A compreensão dessa dimensão da complexidade de identidades e práticas sexuais nas medidas de cuidado à saúde das mulheres e dos homens e as diferentes formas de como essas práticas sexuais interagem nas vivências humanas durante toda a vida, poderiam ser consideradas para definição do cuidado e das políticas de saúde para mulheres e homens. Por isso a importância do questionamento junto aos profissionais de saúde sobre quais as representações de corpo e sexualidade e como lidar com essa pluralidade e complexidade no atendimento de mulheres que buscam informações e cuidados à saúde sexual. Como dimensionar as diferentes práticas sexuais no âmbito das relações sexuais entre homens e mulheres e perceber as vulnerabilidades à infecção pelo HIV que perpassam essas práticas? Como enxergar para além do modelo tradicional de relações heterossexuais e monogâmicas nas relações estáveis? É possível?

A feminização da AIDS trouxe a tona aspectos da vivência sexual de homens e mulheres, das suas vidas privadas, como, por exemplo, os diferentes comportamentos sexuais – homo, hetero e bissexual, as diferentes práticas sexuais - anal, oral e vaginal, as desigualdades nas relações de gênero, a concepção de ativo e passivo, e a dimensão de corpo e sexualidade no campo cultural e não apenas biológico. Como incorporar essa dimensão nas práticas de saúde?

Muitas mulheres HIV positivas se sentem traídas ao descobrir sua soropositividade. Sentimentos de mágoa pelo parceiro que a infectou, de revolta consigo própria por não ter se cuidado, por ter acreditado no outro. Vergonha, medo (relato de entrevistado 5).

Apesar do novo cenário trazido pela epidemia de AIDS, as políticas de saúde e o cuidado à saúde continuavam e continuam a priorizar a sexualidade reprodutiva para as mulheres e a homossexualidade para os homens no que se refere à prevenção da infecção pelo HIV. A principal política de prevenção ao HIV para as mulheres era a prevenção da transmissão vertical – de mãe para filho – e os cuidados eram direcionados para a saúde reprodutiva da mulher e para o bebê.

Como vimos anteriormente, a Política de Saúde para as Mulheres tem priorizado ao longo da trajetória da medicina a atenção ao seu período reprodutivo, a sua condição de reprodutora e mãe, visão esta que acaba favorecendo uma ação restrita para o cuidado à saúde, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelas próprias mulheres. Por outro lado, a Política de Prevenção e Assistência às DST/AIDS tem desenvolvido suas ações voltadas prioritariamente para as populações mais vulneráveis ao risco de infecção pelo HIV. Atualmente, entre essas populações, incluem-se as mulheres. Em 2007, foi lançado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST (BRASIL, 2007) pelo Governo Federal, envolvendo os Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza, do Esporte e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que sem dúvida nenhuma representou um avanço para a consolidação de uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de AIDS entre mulheres no Brasil. Este plano prevê ações de capacitação voltadas para os profissionais de saúde, ações educativas para as mulheres e jovens, e a articulação com outras políticas sociais para ampliar a informação sobre prevenção às DST e HIV/AIDS.

A abordagem de gênero e a inserção da discussão sobre as representações de corpo e sexualidade feminina ainda não são temas presentes na formação dos profissionais de

saúde. Esse diálogo entre as ciências sociais e as ciências da saúde é fundamental para que o cuidado à saúde das mulheres e dos homens possa ampliar o olhar para além do corpo biológico, e possa olhar os corpos sexuados com recorte da cultura e do social nas diferentes práticas e identidades sexuais de homens e mulheres.

3. CORPOS FEMININOS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

3.1. CORPOS FEMININOS E A MEDICINA

O corpo humano é objeto de significados e significantes social e culturalmente atribuídos ao longo da história da humanidade. Tais significados e significantes referem-se aos padrões de interpretação sobre homens e mulheres nos contextos das sociedades em que vivem num determinado tempo.

O corpo [...] é um agente de cultura. Como defende a antropóloga Mary Douglas, ele é uma poderosa forma simbólica, uma superfície na qual as normas centrais, as hierarquias e até os comprometimentos metafísicos de uma cultura são inscritos e assim reforçados através da linguagem corporal concreta (BORDO, 1997, p.19).

O corpo expressa a cultura de uma sociedade pelos diferentes signos que lhe são atribuídos: beleza, força, determinação, fragilidade, sabedoria, normalidade, anormalidade.

Nos primórdios da humanidade (MARTINS, 2004) pouco se conhecia sobre o corpo biológico e sua constituição física. O corpo humano era visto como um corpo que organizava as funções sociais de homens e mulheres numa determinada sociedade, e até os dias atuais continua sendo assim. A definição dos papéis masculinos e femininos tem relação com o corpo biológico, particularmente o corpo da mulher em relação à função da reprodução da humanidade.

Segundo Laqueur (1992), até a época da constituição da ciência biológica predominava um modelo teórico sobre o corpo humano no qual o que hoje chamamos de diferença sexual era percebido em termos hierárquicos e explicado por princípios cósmicos. É o que o autor chama de modelo do sexo único ou das homologias sexuais. As origens deste modelo estão nos escritos de Aristóteles e Galeno [...] Para Galeno, os corpos feminino e masculino eram a expressão de uma ordem natural e hierárquica que organizava o cosmos e o mundo dos seres vivos (MARTINS, 2004, pp.26-27).

Nas sociedades antigas, os homens ocupavam o topo da hierarquia e a interpretação dada ao corpo humano era para explicar e justificar esse poder. Na atualidade, mesmo com as mudanças ocorridas com a inserção da mulher no mundo público e a ascensão feminina a espaços de poder na hierarquia social, ainda predomina a imagem masculina como centro e topo do poder social. O corpo masculino significando força e determinação. O corpo feminino fragilidade e proteção. Os corpos masculinos e femininos se organizavam a partir da organização social e suas funções eram definidas por valores culturais. O corpo masculino associado à produção, ao trabalho e ao espaço

público; o corpo feminino associado à reprodução, à maternidade, à proteção e ao espaço privado.

A condição de ser mulher na sociedade tem sido definida a partir do seu papel de reprodutora e cuidadora da prole: ser mãe - papel social decorrente da reprodução; esposa - papel associado à sexualidade para fins reprodutivos. A partir desse papel organizam-se as funções e responsabilidades femininas na sociedade, como por exemplo, o cuidado com as crianças, com a alimentação, com o lar. Quaisquer outros papéis femininos, no exercício da sexualidade, foram e continuam sendo considerados desviantes, como por exemplo, o papel historicamente relacionado à prostituição e atualmente outras formas de 'desvio' da norma, como as mulheres lésbicas e bissexuais. O corpo feminino tem sido investigado a partir do papel social e cultural da maternidade, reforçado e justificado pela própria anatomia da mulher.

Mais do que afirmar que as mulheres foram destinadas pela Natureza ao exercício da função reprodutiva, a medicina da mulher provava com dados estatísticos e argumentos materialistas o fardo do corpo sobre as existências femininas; em contrapartida, acenava com as delícias reservadas àquelas que seguissem seu destino natural, promovendo a mulher-mãe e o exercício da maternidade a uma função não só natural, mas de ordem moral e política (MARTINS, 2004, p. 14)

A naturalização do corpo feminino e a apropriação do biológico para construir a assimetria de gênero na simbologia da mulher foram e continuam sendo objeto da ciência médica para definir a identidade feminina. O discurso da ciência biológica predominante reforça as características culturais já definidas como femininas.

As representações anatômicas da época demonstram como havia poucas ou tênues relações entre anatomia e sexo, sendo estas um conhecimento informado e conformado pela força das idéias e das convenções sociais de gênero e não pelos fatos da biologia. O modelo de conhecimento sobre o corpo fundado no gênero e não no sexo foi gradativamente substituído pelo novo modelo das diferenças sexuais que começou a ser formulado no início do século XVIII, quando o corpo passou a ser um novo campo de redefinição das relações de gênero e a ciência voltou-se para a Natureza em busca de explicações a respeito das diferenças humanas (MARTINS, 2004, pp.29-30).

Segundo Martins, foi necessário um maior conhecimento sobre o corpo feminino uma vez que a mulher é a reprodutora e cuidadora da prole da humanidade. A homologia dos nomes dos órgãos genitais masculinos e femininos não respondia mais à necessidade

desse novo olhar sobre o corpo da mulher. Era preciso conhecer o corpo feminino e seu funcionamento para melhor controlá-lo.

Após a segunda metade do século XVIII, o vocabulário começou a ser específico para os órgãos genitais masculinos e femininos, embora ainda perdurasse o vocabulário da homologia sexual no discurso médico até o final do século XIX. A partir de então, as ciências biológicas, encabeçadas pela anatomia e a fisiologia, lançaram-se na busca das diferenças sexuais que deviam fundamentar e justificar as desigualdades de gênero na vida pública e privada (MARTINS, 2004, p.31).

No século XVIII, ainda segundo Martins (2004), a sexualidade feminina já estava associada à maternidade e ao casamento como sendo o comportamento normal e padrão para as mulheres. A Anatomia e a Fisiologia reforçavam as concepções culturais sobre a função social da mulher e o corpo biológico justificava o papel social de mulher-mãe.

A menarca marcava o início da vida sexual da mulher, ou seja, ela estava pronta para casar-se e tornar-se mãe. Segundo Martins (2004), fortalecia-se o argumento de que à forma correspondia à função, ou seja, a anatomia ressignificava socialmente o corpo, estabelecendo a relação entre corpo e papéis sociais. O rito de apresentação das meninas à sociedade passava pela chegada da menstruação, ou seja, aliava-se um fato social – estar preparada para o casamento – ao fato biológico estar pronta para a reprodução. Ritos estes que, de forma diferenciada pelas culturas das sociedades, ainda continuam a existir.

Desde o início da humanidade, o cuidado com a saúde das mulheres e crianças já acontecia, particularmente na gravidez e no parto. As cuidadoras eram mulheres parteiras que conheciam e manuseavam os corpos femininos, partejavam e orientavam os primeiros cuidados aos bebês. Segundo Martins (2004), o parto era considerado um evento social e caracterizava-se como um acontecimento histórico, que tinha seu ritual e suas tradições. Os cuidados prestados às mulheres grávidas e aos seus bebês eram atribuições de outras mulheres que com o tempo e pela experiência passavam a ser chamadas e reconhecidas como parteiras, àquelas que ajudavam no partear.

Até o século XVII e meados do século XVIII o parto era realizado por parteiras e eventualmente por médicos cirurgiões, quando acontecia alguma complicação, passou no final do século XVIII a ser uma preocupação da medicina, particularmente da cirurgia, surgindo um novo saber médico – a obstetrícia.

Iniciou-se um processo de luta contra as parteiras, que se organizaram em associações e buscaram a regulação da atividade de partear. Aos poucos, essa prática

feminina passou a ser ocupada pelo masculino, pelos médicos cirurgiões obstetras, que conquistaram a opinião pública a partir do saber médico e passaram a exercer funções antes consideradas femininas.

Mesmo enfrentando resistências consideráveis, a ciência dos partos foi uma das primeiras especialidades médicas a se constituir [...]. Não se pode entender a constituição da obstetrícia sem acompanhar o engendramento de uma nova relação entre o saber médico e a representação do corpo feminino. Construir um saber sobre a gravidez e os partos naturais exigiu dos médicos a reorganização do método de investigação do corpo da mulher, fundado no que Foucault (1986) chamou de princípio da visibilidade obrigatória (MARTINS, 2004, pp.86-87).

No século XIX a obstetrícia e a ginecologia tiveram grandes avanços, e marcaram seu espaço na medicina, particularmente no campo cirúrgico. Um exemplo, desse avanço, foi a anestesia, que veio favorecer o parto cirúrgico - a cesariana. Ampliou-se o conhecimento sobre o corpo feminino e as doenças femininas. Foram preconizados exames e consultas de pré-natal e pós-parto como cuidado à gestante e ao bebê. A mulher passou a ser olhada em todo o seu período reprodutivo e não apenas no parto e pós-parto. Foram criadas maternidades e unidades dedicadas às doenças femininas para atender as gestantes, e enfermarias e berçários para atender seus bebês. O parto deixou de ser realizado no lar e passou a ser realizado no hospital. Surgiram as especialidades médicas e junto com elas, os primeiros questionamentos sobre tratar os corpos de forma fragmentada e não integral, sem ver o todo.

O saber médico deixou de ser apenas uma interpretação dos sintomas ao estabelecer a relação entre o que era visto (os signos do corpo) e o que era enunciável no diagnóstico e na projeção futura do prognóstico. Dessa forma, o conhecimento da gravidez e do parto dependia da visibilidade do corpo feminino, que, por sua vez, exigiu o aperfeiçoamento dos exames (ROHDEN, 2001, p.87).

A medicalização do corpo feminino na medicina percorreu os caminhos da reprodução feminina, e o olhar sobre esse corpo concentrou-se nos fenômenos da menstruação, gravidez, parto e menopausa.

Nesse sentido, a medicina se voltou para o conhecimento do período reprodutivo feminino como objeto de estudo e de intervenção no corpo feminino. A medicina é uma ciência marcada pela intervenção nos corpos, particularmente nos corpos femininos. A prática da cesariana, ovariectomia, histerectomia são exemplos dessa intervenção, sendo o

útero e o ovário os principais órgãos femininos que recebem a atenção da medicina da mulher.

Segundo Martins (2004), apesar dos conhecimentos da Anatomia e Fisiologia da época ter informação sobre o ovário, esse órgão só passou a ser visto como determinante da natureza feminina no século XIX, quando fenômenos físicos como a menstruação, ovulação e menopausa foram relacionados à reprodução feminina.

A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza com o nome de obstetrícia. Esta dará origem a outras disciplinas médicas que pretendem cuidar do corpo feminino, tal como a ginecologia e outras relativas à reprodução humana, como a embriologia, a genética, a contracepção (VIEIRA, 2002, p.23).

A ginecologia ao longo de sua trajetória tem reforçado os papéis sociais distintos estabelecidos na sociedade para homens e mulheres, sendo para os primeiros o mundo público, do trabalho, da política e do poder, e para as segundas a esfera privada, do lar e do cuidado dos filhos. O conhecimento da biologia feminina reforçou esses estereótipos ao justificar a ordem social a partir da ‘natureza’ feminina. Essa perspectiva da ginecologia ampliou o estudo do corpo feminino para além dos órgãos genitais, incluindo os fluidos do corpo feminino e associando-os ao psicológico, tendo como base valores morais e culturais inscritos no ser mulher, particularmente, referenciando às virtudes femininas e a sua função social – de mãe e esposa.

Orientava os métodos dos ginecologistas a hipótese de que as mulheres eram dominadas por seus órgãos reprodutivos e de que todas as suas doenças em última instância tinham origem nessa parte do corpo. No caso de distúrbios mentais ligados à menstruação, se justificaria, por exemplo, a remoção dos ovários. A ovariectomia, ao lado da excisão do clitóris ou dos lábios, era recomendada em caso de excessivo desejo sexual (ROHDEN, 2001, p.29).

As transformações, que o avanço da medicina trouxe para o parto e a gravidez, refletiram na organização da sociedade e da família. O ensino médico, a assistência e a institucionalização da saúde significaram cuidados diferenciados no seio da sociedade e da família. O médico passou a ter um papel de educador da saúde, de controle sobre a população, para garantir nascimentos saudáveis e vidas produtivas para a Nação e Estado. A regulação da sexualidade, dos desejos femininos, a formação da mulher ideal para maternidade ultrapassou os limites do lar e da família e passou-se a ter regras baseadas no

saber médico. Surgiram conflitos. Entrou em cena o segredo médico, pois esse profissional passou a lidar com temas sensíveis e da vida privada dos casais, como a honra, a reputação e a intimidade. O médico passou a conhecer aspectos da vida íntima dos casais, como a ocorrência de doenças venéreas entre os homens casados, a infidelidade feminina e masculina, a perda da virgindade feminina antes do casamento. Era necessário preservar a família e seus valores, e para isso o Estado legislou sobre a prática do médico, estabelecendo o segredo médico, regulamentando a profissão também nos seus aspectos éticos e normatizadores da conduta profissional.

Outros conflitos surgiram no campo da moral e no campo jurídico com os avanços da medicina, como, por exemplo, a polêmica que a cesariana gerou sobre qual vida salvar, a da mãe ou da criança. A Igreja se posicionou pela cesariana *post mortem*, sob o argumento do batismo da criança. A anestesia criou outras duas polêmicas: a primeira no seio dos médicos sobre a questão da perda da consciência da pessoa como algo aviltante; e a segunda, mais uma vez na Igreja, que questionou a ausência de dor e sofrimento na hora do parto. A dor do parto, para a Igreja, significava um sofrimento sublime de purificação, necessária para a maternidade. Outras questões também se apresentaram como o aborto, o infanticídio e o possível abuso sexual por parte do médico.

Os médicos tiveram que adotar medidas que respondessem a todos esses questionamentos para construir sua reputação e respeito profissional. O uso de instrumentos para realizar os exames nas mulheres, como o espéculo, garantia o não contato direto com o corpo feminino, resguardando a pureza e recato da mulher, respeitando o corpo sagrado da mulher-mãe. Entretanto novas polêmicas surgiram em relação ao uso de instrumentos no corpo, alegava-se que os avanços da medicina estavam rompendo com a sacralidade e inviolabilidade do corpo humano.

A medicina criou também valores morais que excluía os chamados desviantes dos comportamentos saudáveis. Ela associava determinados comportamentos tidos como desviantes aos criminosos, loucos, prostitutas, entre outros. Particularmente, em relação às mulheres com desejo sexual antes do casamento, definiu-se que elas eram histéricas ou loucas. E segundo Rohden (2001), a intervenção dos médicos na regulação do casamento tinha também a justificativa de evitar a proliferação dos estigmas degenerativos e garantir o desenvolvimento de uma prole saudável. Os médicos ‘invadiram’ o ambiente familiar

como mediador de condutas morais e sociais justificadas a partir da manutenção do corpo saudável.

Foucault destacou que no século XVIII devido às mudanças no saber médico, os corpos e seu funcionamento passaram a ser objeto da ciência médica, o olhar sobre o visível e o invisível, sobre doença e saúde.

Segundo Foucault (1980a), a medicina contemporânea fixa para si própria como data de nascimento o final do século XVIII devido às mudanças na estrutura do saber médico. Essa nova estrutura consiste, principalmente, em uma nova maneira de olhar e falar sobre os corpos e seu funcionamento, sobre a doença e a saúde (VIEIRA, 2002, p.19).

O corpo é um lugar de controle social. Em *Vigiar e Punir* (1997) e *História da Sexualidade* (2007), Foucault destacou: “nossos corpos são treinados, moldados e marcados pelo cunho das formas históricas predominantemente de individualidade, desejo, masculinidade e feminidade”.

O século XX foi marcado pelo questionamento da autonomia do corpo, em especial, pelas mulheres. Esse questionamento passava pela definição social da sexualidade feminina associada à reprodução. Medidas repressivas foram usadas para conter os desvios, e a medicina argumentava com aspectos da fisiologia feminina para definir os desvios: loucura menstrual, hormônios em desequilíbrio, histeria da ovulação, entre outros. Ovário e útero tornam-se órgãos controladores e definidores da feminilidade. Seu funcionamento, ou seja, a capacidade reprodutiva da mulher definia sua feminilidade. A mulher não era considerada feminina se não podia procriar, e a menopausa tinha o significado do fim da sexualidade feminina. Ainda hoje persistem esses imaginários culturais na sociedade e nos sentimentos de mulheres.

As necessidades de corpos saudáveis e do aumento da população, da urbanização sem adoecimento levaram ao desenvolvimento da ciência médica e maior controle do corpo. A prática médica passou a ser fundamental para o desenvolvimento do controle dos corpos humanos, particularmente do corpo feminino. Nesse mesmo contexto, dos avanços científicos sobre o corpo feminino, surgiram questionamentos sobre a “natureza” da função reprodutiva das mulheres, do exercício da sexualidade dissociado da reprodução. Saberes que questionavam a medicalização e a autonomia do corpo feminino pelas próprias mulheres.

Os médicos se interessaram pela saúde das mulheres quando se colocavam razões políticas como o desenvolvimento saudável da prole da humanidade e o controle da

população pelo Estado. Todo esse período foi marcado por conflitos entre as parteiras, os médicos e as mulheres. A Igreja e o Estado passaram a interferir no corpo feminino com seus valores morais, interesses sociais e econômicos.

Essas simbologias perpassaram a construção do corpo feminino na medicina e nas práticas de saúde dos profissionais de saúde, nas políticas públicas e na ação do cuidado. A medicina da mulher - obstetrícia e posteriormente a ginecologia - reafirmava essa visão do corpo como objeto, como máquina planejada para a reprodução delegando ao médico a ação, como um mecânico que conserta e cuida da ferramenta.

A medicalização do corpo feminino está profundamente articulada à emergência da nova visão da prática médica que se consolida no século XIX. O significado dessa nova visão [...] está relacionado à questão da reprodução focalizada na mulher e na necessidade da sociedade controlar suas populações (VIEIRA, 2002, p.21).

Segundo Vieira (2002), três aspectos importantes foram destacados para a medicina e para o corpo feminino: a educação das mulheres, a sexualidade e a reprodução. Aspectos esses que se interagiram e se integravam ao saber médico transformando práticas e ações sobre o corpo feminino. Educar as mulheres para a sexualidade e a reprodução, para o cuidado do seu corpo reprodutivo e para o cuidado da sua prole, garantido que a mesma fosse saudável e forte. Um exemplo emblemático sobre a educação das mulheres para o seu corpo e a reprodução tem sido a amamentação, que em diferentes épocas foi aclamada e em outra fragilizada. Num período, amamentar foi o símbolo do amor materno, do leite como força e pureza. Já no período do desenvolvimento da indústria alimentícia, do leite artificial, a amamentação foi considerada insuficiente, o leite materno era fraco, precisava de complemento. Hoje se retoma a importância da amamentação como alimento saudável e único para os bebês recém-nascidos. Estimula-se que as mães amamentem, desconstrói-se o mito do leite fraco, organiza-se e incentiva-se a criação de bancos de leite humano. Outros discursos também precisam ser desconstruídos como o mito da flacidez dos seios femininos que ‘despencam’ com a amamentação. E em tempos de AIDS, faz-se necessária a não amamentação pelas mulheres HIV positivas que podem transmitir o vírus para o bebê pela amamentação. Diferentes discursos médicos acompanham essa trajetória do amamentar e não amamentar, a favor e contra, e no meio desses discursos – as mulheres e as representações de seus corpos.

A história da medicalização do corpo feminino teve seu fundamento construído na questão populacional e na qualidade da reprodução feminina, dando margem, inclusive, a

eugenia, que depois foi rechaçada por ter sido apropriada pelas idéias nazi-fascistas. Várias questões se colocavam em relação ao corpo feminino e à reprodução, mas o foco era o controle social do corpo feminino. O saber médico fez a mediação desse controle de forma sutil, pela educação dos corpos, pelos valores sociais e os significados que se colocavam como cuidado e como saudável.

Ao analisar a natureza política da medicina da sociedade capitalista, Foucault (1982) a apresenta como estratégia de um controle social que começa no corpo, com o corpo. Para ele, a medicina é uma estratégia biopolítica, pois foi no somático, no corporal, no biológico que a sociedade capitalista investiu (VIEIRA, 2002, p.24).

Ao tempo que a medicina centrou seu foco na reprodução e sexualidade, para a intervenção no corpo feminino, ela criou também conceitos e modelos de comportamento com ‘argumentos’ científicos, normas sociais e jurídicas reforçando o papel social da maternidade e transformando ‘desvios’ do comportamento sexual feminino em ‘doenças’. Outra questão posta para o corpo feminino, com o avanço da medicina e das novas tecnologias contraceptivas foi a questão populacional. E mais uma vez, o médico teve papel primordial nesse processo, como educador da sociedade para hábitos saudáveis bem como para o controle de doenças. Foi necessário legitimar o saber médico no seio familiar, e uma das estratégias adotadas foi a valorização do papel da mulher no cuidado de seu corpo e do seu período reprodutivo para gerar filhos saudáveis e fortes para a Nação, bem como o seu papel de mãe como educadora e cuidadora da prole para que os filhos tivessem um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

As escolas médicas tiveram papel fundamental na consolidação do conhecimento do corpo feminino – biológico e social. O discurso de naturalização do corpo feminino centrado no útero e no ovário, e os valores morais sobre sexualidade e reprodução reforçavam a idéia da inferioridade feminina e da necessidade de tutela do corpo feminino pela sociedade e pelo Estado, e o profissional médico foi e, ainda, é o principal educador e interventor desse corpo. Vieira citando Petchesky:

Petchesky fala da mediação entre a biologia e a organização social e cultural, afirmando que a situação reprodutiva das mulheres nunca é somente o resultado da biologia, mas da biologia mediada pela cultura e pela organização da sociedade. (VIEIRA, 2002, p.32)

Esse conhecimento do corpo feminino, mediando a biologia ao social e cultural, tinha também o discurso das diferentes ‘naturezas femininas’ que afetavam de forma

diferenciada as mulheres de diferentes estratos sociais. Segundo Vieira (2002, p.36), “[...] as mulheres de elite da sociedade teriam uma ‘natureza’ menos ‘natural’, em função de estarem mais inseridas em uma vida ‘civilizada’”. Concluía-se, portanto, que as mulheres de camadas mais pobres teriam uma ‘natureza’ mais ‘natural’, mais forte para enfrentar adversidades e dores. Costumo dizer que a história de vida de uma mulher está escrita no seu corpo em signos e marcas que podem decifrar a existência ou não: da virgindade, da violência física ou sexual, de doenças sexualmente transmissíveis, o número de abortos, gravidezes, partos naturais ou cirúrgicos, câncer de mama, útero ou ovários. O corpo biológico feminino desvela o corpo social de uma mulher, conta a sua história de vida.

Os avanços no campo da contracepção, na década de 60, proporcionaram às mulheres a regulação do seu período reprodutivo e da maternidade. Duas novas questões se colocaram: a primeira no campo individual – a dissociação entre sexualidade e reprodução; a segunda no campo social – controle populacional de camadas empobrecidas. De um lado, a liberdade sexual e de outro o controle da natalidade de acordo com interesses de classe e regulados pelo Estado. A ‘escolha’ de métodos contraceptivos pelas mulheres ganhou caráter de classe: esterilização feminina para as mulheres pobres; e contracepção oral ou intra-uterina (DIU) para as mulheres de classe média ou alta, sob argumentos da escolaridade e conhecimento do corpo, justificando que as mulheres com menor escolaridade teriam dificuldade de adotar métodos contraceptivos que exigiam maior conhecimento e disciplina do corpo, como o DIU ou a pílula anticoncepcional. Esses argumentos foram mediados pela figura do médico que exerceu papel de conselheiro legitimado pelo saber científico. Mais uma vez avanços da ciência se expressaram de forma diferenciada para as mulheres.

Com a feminização da AIDS, na década de 90, novamente, a medicalização do corpo das mulheres se volta para o papel feminino na reprodução: a prevenção da transmissão materno infantil do vírus HIV, ou seja, a transmissão do vírus HIV da mãe para o feto.

O século XIX foi marcado pela intervenção no corpo a partir da doença, da busca da cura e da minimização da dor, das descobertas que curam ou diminuem a gravidade de um adoecimento, já o século XX foi marcado pela medicalização no corpo humano sob o paradigma da saúde, para prevenir adoecimentos e melhorar a qualidade de vida. Os médicos passaram a ser gestores dos corpos, e seus saberes se transformaram em poder de

intervenção, de definição de padrões de comportamento sob a égide do cuidado à saúde, da prevenção das doenças, da busca do corpo ‘perfeito’.

A questão posta pelo movimento de emancipação das mulheres era como retomar a autonomia do corpo e com isso resignificar a sexualidade feminina para além da reprodução. O que significava também um novo olhar da ginecologia sobre os corpos femininos.

A ginecologia é o ramo da medicina que estuda as doenças e os distúrbios do corpo reprodutivo da mulher. Seu conceito moderno se ampliou e abrange, na atualidade, o corpo como um todo, buscando uma compreensão de atenção integral à saúde da mulher, nos seus diferentes ciclos de vida, indo além do período reprodutivo.

A ginecologia – e toda a produção em torno da sexualidade e reprodução na mulher – se constitui como um conhecimento elaborado com base na percepção de como as mulheres são distintas dos homens. Não há semelhante no caso masculino, ou seja, uma ciência do homem que tenha como ponto de partida a diferença entre ele e a mulher. [...] A questão em jogo, portanto, é a assimetria que se coloca na prática, que aponta para uma relação particular entre a medicina e a mulher, para uma maior medicalização do corpo feminino em contraste com o masculino. (ROHDEN, 2001, p. 38).

As desigualdades sexuais e sociais inscrevem-se nos corpos femininos e masculinos em toda história da humanidade, mas as mulheres e os ‘transgressores’ da sexualidade ‘normal’ tiveram e ainda têm seus corpos sendo questionados e sofrendo intervenção na perspectiva de resgatá-los para a sexualidade normal, a sexualidade reprodutiva. Tanto a liberdade sexual das mulheres dissociada da procriação quanto à homossexualidade negando a procriação são alvos constantes de preconceitos e violências.

Não percebemos o controle dos nossos próprios corpos, pois a disciplina acontece com a nossa própria convivência baseada na educação de corpos saudáveis. A medicalização dos corpos, por exemplo, está tão inserida no cotidiano da vida humana, que passa despercebida.

A medicalização, encetada em meados do século XIX e apoiada pelos poderes públicos, fez dos médicos os intermediários obrigatórios da gestão dos corpos presos em uma rede de obrigações em concordância com os grandes acontecimentos da socialização: entrada na escola, serviço militar, viagens, escolha de uma profissão. Já estamos tão acostumados a isso que não vemos mais imediatamente que aí se dá um caso de coerção sobre o corpo, enquanto repudiamos o conjunto das servidões corporais como indigna herança do passado (MOULIN, 2008, pp.18-19).

O corpo humano é um campo da experimentação da ciência médica, particularmente o corpo feminino, muitas das vezes, sem o conhecimento da própria mulher sobre o que está sendo investigado e o que está sendo experimentado no seu próprio corpo. Um exemplo dessa experimentação foi a pílula anticoncepcional. Por outro lado, juristas reagiram às intervenções abusivas dos médicos nos corpos da sociedade e promoveram debates que incitaram mecanismos para diminuir a assimetria existente na relação de poder entre o paciente e o médico. A experimentação humana é considerada como necessária para o avanço da ciência médica, para o bem da humanidade, portanto, criou-se o consentimento livre e esclarecido para aqueles cujos corpos forem objeto de intervenções e pesquisas.

Na sociedade laboratório, os comitês encarregados de cuidar das pessoas que se prestam a ser objeto de pesquisas constituem o contrapeso imaginado pelo legislador. A doutrina do assim chamado consentimento esclarecido tende a restabelecer uma certa simetria e reciprocidade nas relações médico-doente. O contrato substitui a confiança, o conhecimento é compartilhado e a responsabilidade melhor delimitada (MOULIN, 2008, p.44).

Foucault (1987) ao tratar das relações de poder enfatizou que o poder existente nas relações humanas se dá a partir do corpo, sendo este objeto de dominação e de submissão. Ele analisou as múltiplas relações de poder que existem em nossa sociedade a partir das relações existentes nas instituições e entre as instituições e as pessoas, relações essas que Foucault nomeia de ‘micropoderes’ que são construídos também por meio da disciplina dos corpos.

Quer dizer que pode haver um “saber” do corpo que não é exatamente a ciência de seu funcionamento, e um controle de suas forças que é mais que a capacidade de vencê-las: esse saber e esse controle constituem o que se poderia chamar a tecnologia política do corpo. [...] O mais das vezes, apesar da coerência de seus resultados, ela não passa de uma instrumentação multiforme. Além disso, seria impossível localizá-la, quer num tipo definido de instituição, quer num aparelho do Estado. [...] Trata-se de alguma maneira de uma microfísica do poder posta em jogo pelos aparelhos e instituições, mas cujo campo de validade se coloca de algum modo entre esses grandes funcionamentos e os próprios corpos com sua materialidade e suas forças. (FOUCAULT, 1987, pp.29-30).

Particularmente em relação à saúde do corpo humano essa relação de micropoder é essencial para o domínio das diferentes concepções de formas de viver e de relacionar-se com o corpo. O corpo humano é ao mesmo tempo objeto e sujeito desse poder, lócus da disciplina, que impõe uma relação de dominação e docilidade.

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrija, o desarticula e o recompõe. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. (FOUCAULT, 1987, p. 164).

Para Portocarrero (2009, p.197):

A disciplina majora as forças do corpo em termos econômicos e as diminui em termos políticos. O corpo humano passa a ser fustigado, desarticulado, recomposto, através de uma anatomopolítica do detalhe, que desenvolve técnicas para viabilizá-las – como a repartição do espaço – trabalhando de uma maneira sutil e fina (PORTOCARRERO, 2009, p.197).

A disciplina dos corpos é individualizada para que o processo de dominação e de poder não seja visto como ação coletiva e como expressão de uma concepção ideológica de poder. Ao individualizar se invisibiliza a ideologia dominante, ou seja, não percebemos que nossa ação de controle e educação do corpo individual faz parte de um contexto político e social mais amplo. Segundo Portocarrero, o foco da disciplina dos corpos se dá no cotidiano das vidas humanas individuais, como norma disciplinar, sendo a medicina fundamental nessa política e nesse espaço de ‘micropoder’ dos corpos e de suas relações com o outro e com a sociedade.

Trata-se assim do poder das normas, como destaca Portocarrero (2009), esse poder se baseia na disciplina dos corpos, na organização do biológico, na concepção da vigilância e na normalização de procedimentos. Tem um papel classificatório, que considera na sua essência, classe social, gênero, raça e geração. Ele se dá em diferentes espaços da organização social: no trabalho, na educação, na saúde e até mesmo na punição.

Em História da Sexualidade 1, Foucault mostra que, a partir do século XVIII, quando aparece o domínio da biologia como ciência da vida, cada vez mais, os mecanismos do poder se dirigem ao corpo, à vida, ao que faz proliferar, ao que reforça a espécie, à vitalidade do corpo social.[...]os novos procedimentos de poder [...] atuam sobre a vida dos indivíduos e das populações através da norma, do saber, da disciplina e das regulamentações [...] o poder disciplinar atinge o corpo, com táticas específicas, ordenando as diferenças humanas (PORTOCARRERO, 2009, p.202).

Segundo Portocarrero (2009), as maneiras e formas de se alimentar, morar, vestir, as relações intrafamiliares, a definição dos papéis de pai e de mãe no seio da família, todo esse processo civilizador e organizador da sociedade contribuiu e reforçou valores morais aceitos e definidos como normais para a convivência social. São saberes e práticas que incluem ou excluem a partir das normas, da punição ou sanção à violação ou à transgressão das normas. É também uma forma de disciplina, a normalização combinada com a vigilância.

A ciência médica e seu saber tiveram papel primordial na disciplina dos corpos e, por conseguinte, da sexualidade. Ao definir o que era normal e anormal no exercício da sexualidade, justificando ou explicando, a partir do biológico, concepções culturais e sociais sobre os corpos masculinos e femininos, a medicina definiu comportamentos sexuais aceitáveis e desviantes. Ela justificou a disciplina dos corpos a partir da sujeição e do aperfeiçoamento, a partir dos valores que imputava ao próprio corpo como normais e saudáveis. Esses valores foram repassados social e culturalmente como normas que homens e mulheres absorvem e controlam seus próprios corpos e desejos. Ou seja, as próprias mulheres exercem o controle sobre seus corpos a partir das normas definidas como normais, seja no campo da sexualidade, seja no campo da reprodução. Elas próprias ‘vigiam’ seu comportamento controlando seus desejos ‘desviantes’ e reforçando os valores tidos como normais para o corpo e para a sexualidade feminina.

Portocarrero (2009) citando Canguilhem destaca que, o conceito de norma é relacional e contraditório, portanto traz em si o próprio questionamento da normatização. Canguilhem argumenta que as pessoas são sujeitos, e como tal, podem se apropriar das normas, questioná-las e modificá-las, criando novas normatizações. Ora, se o poder é relacional significa reconhecer que onde há poder há resistência, pois uma relação de poder é uma relação assimétrica, portanto há conflitos, há espaço para questionamentos e mudanças. Essa resistência permeia todas as relações de poder e são singulares e diferentes, podendo significar brechas de novos poderes. As relações entre os gêneros, por exemplo, são relações de poder, sendo o corpo um espaço dessas relações constitui-se também em poder, e nesse caso, o corpo masculino se coloca em dominação em relação ao corpo feminino podendo, nessa lógica, o corpo feminino que é o corpo submisso, questionar essa relação de poder, e nas brechas do poder relacional construir novas relações de poder entre os corpos.

Enfim, pode-se constatar que a regulação da sexualidade feminina passa pela disciplina dos corpos, pelo poder existente nas relações de gênero, pelo saber da medicina, pelo cuidado dos corpos pelos profissionais de saúde, pelas representações dos corpos, em especial, pelos médicos, que com seus saberes e práticas inscrevem normas e julgamentos morais sobre a conduta humana, particularmente sobre a mulher.

Pode-se dizer que saber é poder, e por meio desse saber os profissionais médicos contribuíram para a disciplina dos corpos femininos, a partir da medicalização desses corpos e dos cuidados normatizados para os mesmos. Tanto quanto mais se amplia o conhecimento sobre o corpo feminino mais o cuidado desse corpo abrange o papel social da mulher na sociedade, ou seja, a maternidade. Ao longo da história fica evidente a divisão dos papéis femininos e masculinos entre o público e o privado, e a medicina contribuiu para isso justificando essa diferença com argumentos a partir do corpo biológico. Entretanto com os avanços que ocorreram e a necessária inserção das mulheres no mundo do trabalho, novos paradigmas sociais e culturais se colocaram acerca dos papéis masculinos e femininos na sociedade.

O problema é que as condições de vida das mulheres estavam mudando a partir da segunda metade do século XIX, o que contradizia a prescrição dos papéis exclusivos de mãe e esposa. Contrariamente à presumida passividade, modéstia e domesticidade, as mulheres começavam a demandar acesso à educação, a se engajar nos debates públicos sobre prostituição e direitos, a se juntar à força de trabalho, a se casar mais tarde e a reduzir o número de filhos (ROHDEN, 2001, p.28).

A partir da entrada da mulher no mundo do trabalho, e conseqüentemente, no espaço público, a medicina teve que se adaptar a essa nova realidade. E mais uma vez o profissional médico se destacou como o mediador nessa nova realidade – a mulher trabalhadora e o papel social da maternidade. Como harmonizar essa nova atribuição feminina e a maternidade sem prejudicar a saúde materna e os cuidados com a prole? Entrou em cena os direitos à saúde da mãe-trabalhadora, que foram normatizados considerando aspectos da saúde materna e os cuidados ao bebê. Regulamentou-se a licença maternidade, as licenças de saúde para cuidar do bebê e das crianças, foram proibidas atividades laborais insalubres para as mulheres gestantes, entre outras medidas.

Mas o que se constatou foi que os avanços da medicina continuaram a focar na reprodução e na maternidade, permitindo que as mulheres pudessem programar suas gravidezes sem prejuízo do trabalho. É a reprodução aliada à produção. Na vida real, nem

sempre houve o equilíbrio e a harmonia entre trabalho feminino e maternidade. Ao longo da história, as mulheres tiveram que lutar pelo reconhecimento ao trabalho digno, pelo respeito à licença maternidade, contra a apresentação de comprovação de esterilização feminina para admissão em empregos e pelo direito à amamentação. Ou seja, os avanços da medicina nem sempre se traduziram em conquistas e direitos para as mulheres.

A maternidade ainda é uma condição feminina associada ao papel social da mulher ideal. Os chamados papéis desviantes como as prostitutas e lésbicas tiveram que lutar pelo reconhecimento e legitimidade do direito à maternidade. Atualmente elas recebem informações e cuidados sobre a saúde sexual e reprodutiva, apesar dos preconceitos que ainda perduram na sociedade e entre os profissionais de saúde sobre a legitimidade do direito reprodutivo dessas mulheres ‘desviantes’.

Uma questão fundamental que perpassou e perpassa todo o conhecimento e apropriação do corpo feminino pela ciência médica, e que se colocava e ainda se coloca como ponto crucial é a questão do domínio dos corpos: a quem pertence esse corpo, quem decide sobre ele, quem define seus cuidados. O saber médico se vê diante de mulheres que questionam, que estudam e que se reapropriam de seus corpos. A retomada da autonomia dos corpos pelas mulheres torna-se uma bandeira do movimento feminista internacional: ‘nosso corpo nos pertence’ – slogan que marca a organização das mulheres e que foca no direito a decisão sobre o próprio corpo e sobre a saúde desse corpo. Essa retomada implica em novas representações sobre o corpo feminino. Em novos olhares sobre o cuidado com o corpo feminino. Em novos olhares sobre a sexualidade feminina.

3.2. SEXUALIDADE, GÊNERO E VULNERABILIDADES FEMININAS À AIDS

A sexualidade humana tem sido ao longo da história parte integrante da organização social, e coube particularmente à procriação, ao definir as funções femininas e masculinas, um papel fundamental. A sexualidade humana é, portanto, uma construção social e percorre caminhos da organização social.

E, como construção social, a sexualidade humana implica, de maneira inevitável, a coordenação de uma atividade mental com uma atividade corporal, aprendida ambas através da cultura. A sexualidade humana não é um dado da natureza. Construída socialmente pelo contexto cultural em que está inscrita, essa sexualidade extrai sua importância política daquilo

que contribui, em retorno, para estruturar as relações culturais das quais depende, na medida em que as *incorpora* e representa. Assim, na maioria das sociedades, a sexualidade tem um papel importante não apenas na legitimação da ordem estabelecida entre os sexos, como também na representação da ordem das gerações (BOZON, 2004, p.13-14).

A sexualidade humana tem sido objeto de estudo das ciências da saúde, da educação e da psicologia e só mais recentemente das ciências humanas e sociais.

O interesse da sociologia pela sexualidade está essencialmente ligado à irrupção da aids no início dos anos 80, fenômeno que contribuiu para limitar a aceção daquele termo (DAYAN-HERZBRUN, 1991; GIAMI, 1991; BOZON E LÉRIDON, 1993). O conhecimento dos modos de transmissão da aids favoreceu o desenvolvimento de estudos sobre os comportamentos sexuais, em geral, dentro de uma perspectiva prática: desenvolver formas de intervenção e prevenção da doença (PIERRET, 1998, p.49).

Esse interesse da sociologia tem sido fundamental para uma nova abordagem sobre o conceito de sexualidade, e para a reflexão sobre as diferentes práticas, identidades e comportamentos sexuais, redimensionando a sexualidade para além da naturalização do corpo biológico e das relações sociais entre homens e mulheres. De acordo com Pierret (1998, p.51): “A sociologia está fundada sobre um postulado antinaturalista e antimédico, tendo estudado a articulação entre cultura e natureza, assim como o peso e o papel das instituições sobre fenômenos sociais como a família, a doença e a educação”. Entretanto vale ressaltar que a sociologia já abordava a sexualidade no âmbito das relações de casamento e no seio da família, e posteriormente acerca do papel da Igreja e do Estado na regulação dessa sexualidade a partir da questão da reprodução humana e do controle populacional, como já abordado nos capítulos anteriores.

Os estudos sociológicos sobre sexualidade têm dado maior atenção aos comportamentos sexuais dos indivíduos e aos valores e normas que permeiam esses comportamentos. Para esse estudo é importante ressaltar o comportamento sexual feminino no âmbito das relações estáveis e heterossexuais. A sexualidade humana se dá na relação com o outro, num contexto de troca, permeado por valores expressos no corpo e na relação estabelecida entre os indivíduos e os seus corpos. Pierret (1998) citando Balandier:

[...] a sexualidade humana é um fenômeno social total [...]. Ela aparece como um dado da natureza [...] mas é evidente que esse aspecto da natureza do homem é o que mais cedo e mais completamente submeteu-se aos efeitos da vida em sociedade. Um ‘trabalho’ efetua-se no nível do

corpo, que é indissociável da sexualidade. O sexual e o corporal constituem, ao mesmo tempo, os objetos e os meios; eles são produzidos socialmente e se tornam operadores sociais, os mais imediatamente utilizáveis (PIERRET, 1998, p.65).

Os corpos masculinos e femininos são o lócus das experiências e vivências sexuais. Eles expressam e refletem as normas, os valores e a moral da sociedade a que pertencem. São corpos físicos carregados de representações sociais e culturais, são sujeitos e objetos nas práticas sexuais. No caso do corpo e da sexualidade feminina essa concepção tem sido associada ao recato, à reprodução e à maternidade. Nesse sentido, o corpo feminino foi o lócus natural para a justificação dos comportamentos sexuais das mulheres aliado ao seu papel social – ‘mãe/ reprodutora’. A sexualidade feminina foi e ainda é cercada de silêncios, desde a menarca até a menopausa. As mulheres são educadas para controlar seus desejos e ocultar suas experiências. Enquanto a sexualidade masculina é destacada e valorizada. Os homens devem contar sobre suas conquistas e ‘performance’. Segundo Bruschini (1998):

O desconhecimento que cerca a sexualidade feminina envolve-a em silêncio, em ocultamento, ao contrário do que ocorre com a masculina, valorizada e evidenciada [...] o desconhecimento, o silêncio sobre a sexualidade não é um vazio. É um silêncio simbólico, na medida em que transmite um modelo do ‘ser mulher’, um modelo de conformidade (BRUSCHINI; HOLLANDA, 1998, p.262).

Considerando-se a assimetria existente nas relações de gênero, a sexualidade entre homens e mulheres expressa-se numa relação desigual, de dominação, de poder. Essa desigualdade gera vulnerabilidades para a saúde sexual das mulheres. É necessário considerar essa assimetria ao se pensar nos cuidados à saúde das mulheres.

De acordo com Bandeira a importância de discutir o enfoque de gênero na ‘(des) construção’ de corpo e sexualidade deve considerar determinados aspectos que devem ser articulados entre si e no seu conjunto, tais como:

a) a relação entre o biológico-natureza (sexo) e o cultural (gênero); b) a dimensão relacional e diferencial que comporta a noção de gênero na estruturação das representações e identidades nas fronteiras dos corpos e das relações sociais entre os corpos [...]; c) a dinâmica e a construção histórica da categoria gênero, que pressupõe diferenciações e significações, complexidades e heterogeneidades, que variam em cada espaço sociocultural, ao longo do tempo, e que interferem nos elementos interativos das imagens constitutivas do corpo e extensiva à sexualidade (BANDEIRA, 1999, pp.180-181).

Essa abordagem de gênero é fundamental para analisar a vulnerabilidade feminina à AIDS, e implica em ter como referência os modos como homens e mulheres se relacionam entre si no cotidiano de suas vivências, nas suas relações sociais e interpessoais, nas suas práticas sexuais. Significa reconhecer no corpo biológico, as representações culturais de gênero e como elas se expressam diferentemente para homens e mulheres.

Conceituar gênero exigiria o resgate do rico debate sobre essa categoria nos estudos feministas e posteriormente, na academia, e isso não seria possível nesse estudo. Mas é fundamental definir sobre qual conceituação me refiro nesse estudo. Parto do conceito de gênero como uma categoria de análise que se assenta na construção social e cultural das diferenças sexuais (SCOTT *apud* LOPES, 1996). Esta concepção se insere no processo de produção de conhecimentos, considerando a historicidade de valores e crenças que permeiam o ser homem e o ser mulher. Saffioti (1999) resgatando os primórdios do conceito de gênero afirmou:

A mais famosa frase do Segundo Sexo (de Beauvoir) é inegavelmente, ‘*On ne nait pas femme, on le devient*’ (Ninguém nasce mulher, torna-se mulher). Creio que aí reside a manifestação primeira do conceito de gênero. Ou seja, é preciso aprender a ser mulher, uma vez que o feminino não é dado pela biologia, ou mais simplesmente pela anatomia, e sim construído pela sociedade (SAFFIOTI, 1999, p.160).

O debate sobre essa nova categoria ganha força, no Brasil, nas décadas de 80 e 90, e ampliou-se do movimento feminista para a academia, facilitando a valorização da discussão a partir das intelectuais feministas.

A construção das identidades masculinas e femininas percorre caminhos diferenciados culturalmente para homens e mulheres. O masculino percorre caminhos de autodeterminação, de poder e força, enquanto o feminino transita nos caminhos de complementaridade, submissão e fragilidade. Bourdieu (1999), em seu livro, *A dominação masculina*, explica que o gênero é uma construção sócio-cultural e política que opera através de representações (estereótipos) de masculinidade e feminilidade, e de modos de ser - masculino e feminino -, organizados e formalizados no processo educacional. O conceito de gênero pode ser utilizado para interpretar criticamente (re-significar) a própria história e identidade. Ou seja, somos educados para sermos mulheres e homens socialmente aceitos.

A grande questão é perceber o enfoque de gênero fazendo parte da construção da identidade masculina e feminina, como categoria histórica e cultural, e não determinada pelo biológico. Reconhecer que as diferenciações existentes nas inter-relações entre homens e mulheres mesmo que inscritas a partir do biológico são construídas por valores e representações culturais e sociais que condicionam seus comportamentos e experiências inclusive no campo da sexualidade. Suárez *apud* Bandeira (1999, p.185): “[...] gênero não é a diferença sexual em si mesma, mas a maneira como a diferença sexual é representada em termos de feminilidade e de masculinidade”.

Essa compreensão do conceito de gênero é importante para refletir sobre o corpo e sua construção de sua identidade que não se resume a matéria de carne e osso. O corpo é também social e cultural. Compreendendo essa dimensão cultural e social do corpo biológico pode-se perceber como se constroem as hierarquias entre os gêneros a partir do uso e dos significados dos corpos, particularmente nas práticas sexuais. Esse lócus da vivência humana e das relações entre homens e mulheres tem sido a tradução mais expressiva da opressão/submissão feminina ao masculino.

A sexualidade compõe o cenário da estrutura social definindo papéis e representações sociais de homens e mulheres, nos campos político, social e sexual. As representações e saberes sobre a sexualidade sofreram transformações ao longo da história da humanidade, dando origem a novos conhecimentos e práticas, e ao mesmo tempo reforçando ou rompendo com determinadas simbologias. No campo da sexualidade feminina houve mudanças no sentido de romper com a simbologia do feminino como maternal e reivindicar o direito ao prazer sem a reprodução. Os avanços de novas tecnologias contraceptivas e reprodutivas contribuíram para as mulheres definirem a maternidade como escolha e não como condição imposta pela natureza, priorizando um novo papel social - a realização profissional.

A linguagem falada ou escrita expressa representações culturais de uma sociedade sobre diversos aspectos. Na sexualidade, na maior parte das culturas, a linguagem tem sido binária e hierarquizada, valorizando o masculino sobre o feminino, expressando valores culturais de uma sociedade, exteriorizando as simbologias do pensamento e das idéias dominantes sobre corpos sexuados. A representação do corpo feminino tem sua construção a partir do papel social da maternidade e seu conhecimento físico e biológico trouxe a tona os valores dessa representação, reforçando a condição de mulher-mãe. Os estudos sobre os

órgãos sexuais femininos - útero e ovário - relacionaram a essa fisiologia diferentes simbologias como o sangue menstrual, os humores corporais, o leite materno, ora como símbolos de pureza, ora como símbolos de pecado, ora como símbolos de fragilidade, ora como símbolos de fortaleza. O corpo feminino foi definido como um receptáculo frio representado pelo útero passivo, que recebe e aconchega; e o masculino como um órgão ativo e quente representado pelo esperma, que dá e conquista. Essa representação binária perpassa todo o corpo feminino e masculino associando-os aos seus papéis sociais de submissão e de poder. Esse binômio se traduz em ativo e passivo nas relações sexuais, e mesmo nas relações homossexuais essa simbologia está presente, identificando assim o dominador e o dominado na relação. Segundo Bozon (2004:22), o esperma significa alimento para a mulher, e para o homem poder e força. No ato sexual o homem fragiliza-se ao ejacular e fortalece a mulher ao 'alimentá-la', fornecendo-lhe a semente da vida. Essa concepção binária que se expressa em significados e representações do ato sexual favorecem a vulnerabilidade feminina biológica e cultural para a infecção ao HIV, fortalecendo posições corporais de assimetria nas relações sexuais e focando na penetração e no domínio do corpo masculino sobre o feminino. A sexualidade deixa de ser vista como um componente de interação e troca e passa a ser um espaço de dominação. Essa visão passa a ser a prevalente e considerada a ordem natural da relação homem e mulher, definindo assim, um modelo de exercício da sexualidade 'normal', e tudo que foge a essa posição, é considerado excesso ou desviante. A conduta sexual passa a ter prática lícita e ilícita ou transgressiva. Entretanto o que é considerado lícito e ilícito não tem os mesmos significados para homens e mulheres. Bozon (2004, p.25) destaca: "Enquanto a sexualidade lícita para as mulheres livres se limitava à reprodução dentro do casamento, todos os prazeres eram permitidos aos homens livres adultos, desde que não pusessem em risco a sua posição social". Ainda segundo Bozon (2004), desde a antiguidade grega e romana até os dias atuais persiste essa representação social da sexualidade feminina e masculina.

No Brasil, homens e mulheres estão em igualdade perante a lei, desde a Constituição de 1988, entretanto um exemplo da diferença na vida real, para homens e mulheres, sobre lícito e ilícito, é o adultério. O adultério é aceito e tolerado quando praticado pelos homens e inadmissível quando praticado pelas mulheres. A sociedade tolera o adultério masculino e condena moral e socialmente as mulheres adúlteras,

punindo-as, muitas vezes, com a perda da guarda dos filhos. Outro exemplo de desigualdade é a prostituição que provoca condenação moral às mulheres que a exercem e, no entanto, não há nenhuma condenação à sua clientela masculina.

Sabemos que o exercício da sexualidade é uma etapa importante na vida das pessoas e desde o início há valores masculinos e femininos determinados que contribuem para definir as ‘escolhas’. No geral, nas culturas latinas e latino-americanas a sociedade procura adiar o máximo possível a entrada das mulheres na sexualidade e incentivam o exercício da sexualidade masculina já na puberdade. As mulheres são educadas para conter seus desejos, para exercer a sexualidade com amor, para serem recatadas para que sejam valorizadas e respeitadas.

As formas de entrada das mulheres na sexualidade revelam certos aspectos fundamentais da construção tradicional da feminilidade, a qual implica fertilidade, pertença da mulher a um único homem (mesmo que um homem possa ter várias mulheres) e ausência de iniciativa em matéria sexual (BOZON, 2004, p.28).

Por sua vez, a entrada dos homens na vida sexual é estimulada o mais cedo possível e está associada à idéia de virilidade e poder. Ao contrário das mulheres, os homens são estimulados a vivenciarem seus desejos sem reprimi-los.

Na maioria das culturas, a masculinidade é regularmente submetida ao desafio dos pares (...) por meio de uma virilidade permanente no desempenho sexual, da iniciação sexual precoce que não deixe qualquer espaço à suspeita de homossexualidade, da comprovada capacidade de procriar, da vigilância ciumenta das mulheres da família e de relações com outras parceiras (BOZON, 2004, pp.28-29).

Essas atribuições diferenciadas para homens e mulheres proporcionam vulnerabilidades masculinas e femininas desiguais e contribuem para a assimetria nas relações entre os gêneros, que se expressam também nas relações sexuais, gerando riscos à saúde sexual e reprodutiva. As representações sociais de homens e mulheres estão intimamente ligadas às suas funções sociais na sociedade – de provedor e reprodutora, respectivamente. Estes significantes e significados se materializam nos espaços e nas relações sociais no mundo do trabalho, no ambiente familiar, nas relações interpessoais, fazendo parte da dinâmica das relações entre os gêneros. As mulheres e homens nesses espaços são vistos de forma diferenciada e seus comportamentos seguem normas social e culturalmente definidas. Para a mulher não ser mãe ou não desejar ser mãe vai contra a sua ‘natureza’, muitas vezes significando ser menos feminina. Para o homem, não ser pai, é

aceitável e não diminui sua masculinidade, não é sinônimo de impotência. Entretanto, o homem se sente menos viril quando não corresponde ao papel de provedor, de sustento econômico da família.

A sexualidade feminina vinculada à maternidade e ao casamento ao longo da história tem significado um modelo de representação dito natural e inerente ao feminino, desconhecendo o prazer feminino e seus desejos. Qualquer outra conduta feminina era considerada desviante. Muitas vezes as mulheres eram taxadas de histéricas por negarem esse modelo feminino, e os médicos, chamados pela própria família da mulher, intervinham para acalmar as histerias e conter os ímpetos femininos. Aos poucos, com as conquistas sociais das mulheres, como o direito ao trabalho e à educação, foi se rompendo com essa representação, adotando-se novos comportamentos que reconhecem a possibilidade da mulher exercer a sexualidade sem procriar. Nesse ponto, os avanços da medicina contribuíram para a dissociação entre sexualidade e reprodução. Entretanto, as diferenças entre homens e mulheres, mais uma vez, se manifestaram social e moralmente. Permitiu-se ao homem a relação amorosa fora do casamento, inclusive de forma concomitante, desde que não comprometesse o matrimônio. Já para as mulheres, caso ocorresse o mesmo, significava o fim do matrimônio e da moral da mulher. Uma das razões para tal desigualdade mais uma vez foi a reprodução. Sendo mulher, ela colocaria em risco a linhagem da herança no casamento, podendo ser questionada se sua prole era do esposo ou não. Tolerava-se o exercício da sexualidade das mulheres desde que não colocasse em risco a linhagem da herança, ou seja, a reprodução continuava associada ao casamento. As leis reconheciam apenas como herdeiros os filhos gerados no casamento, portanto os filhos tidos fora do casamento pelos homens não ameaçavam a moralidade da família. No Brasil, as leis brasileiras só passaram a reconhecer como legítimos todos os filhos, dentro ou fora do casamento, a partir de 1988, com a Constituição Cidadã.

Particularmente, o desenvolvimento da ciência médica reforçou esses papéis do ser homem e ser mulher, adaptando-se às mudanças sociais e tecnológicas do mundo moderno, mas sem perder a essência das funções sociais de homens e mulheres. Ressalte-se, portanto, a importância da representação social e cultural sobre o biológico no que se refere à sexualidade:

Na representação aristotélica, a reprodução resulta da ação do esperma masculino, que faz “coagular” o sangue menstrual feminino, como um queijo. Para que se realizasse a geração de acordo com Galeno, seria necessário o encontro de uma semente masculina com uma semente

feminina; e o orgasmo feminino no momento do coito se reveste de enorme importância, como sinal de que a mulher havia liberado a sua semente [...] No século XIX foi descoberto que a ovulação se produzia espontaneamente, sem laços com a fecundação nem com o coito, e que a menstruação estava ligada à ovulação, ainda que esse mecanismo só viesse a ser elucidado por volta de 1930. Ficou, também, estabelecido que o encontro dos espermatozoides com o óvulo poderia se realizar sem o orgasmo feminino, perdendo esse último qualquer função fisiológica (BOZON, 2004, pp.36-37).

A biologia se submeteu ao cultural e justificava as desigualdades nas relações entre os gêneros, reconhecendo e reforçando a supremacia masculina sobre a feminina. Ao mesmo tempo em que a biologia apresentava as justificativas ‘naturais’ para o papel masculino e feminino, surgiam questionamentos sobre esses papéis, pois as mulheres começavam a participar do mundo do trabalho, inseriam-se nos chamados espaços masculinos, passavam a questionar o casamento, a sexualidade aliada à reprodução, as diferenças entre homens e mulheres e o direito ao prazer sexual feminino.

Os avanços nas tecnologias contraceptivas não tiveram como foco o direito ao exercício da sexualidade feminina sem o risco da reprodução, mas sim a necessidade de conter o crescimento populacional que começava a ser um problema para o desenvolvimento social e econômico dos grandes centros urbanos no mundo. Colocava-se para o Estado a necessidade do controle da natalidade, e os corpos femininos passaram a ser alvos dessa intervenção, um novo contexto social se impunha para mulheres e homens.

A necessidade do controle da natalidade exigiu que se reorganizasse a família e o conceito de família ideal. Se antes o ideal era a existência de famílias numerosas, o desenvolvimento econômico, particularmente depois da revolução industrial, redesenhou esse modelo de família. O controle da natalidade foi inicialmente abordado como um processo econômico para conter o crescimento populacional, e posteriormente ganhou dimensão nas relações pessoais entre os casais e no exercício da sexualidade. Segundo Bozon (2004), a França foi o primeiro país da Europa a limitar os nascimentos no casamento, ainda no século XIII. A prática adotada era o coito interrompido. Esse método era direcionado para os homens, e apelava para a disciplina masculina do corpo, de se ‘conter’, se ‘segurar’.

Essa prática era tolerada pela Igreja, o que facilitava a aceitação social, entretanto não era eficaz. Com o conhecimento do funcionamento do corpo feminino, ainda na França, outra prática ‘natural’ de contracepção adotada, aceita também pela Igreja, foi o

método Ogino, mais conhecido como tabela, que se baseava no período fértil da mulher e na abstinência do ato sexual nos dias férteis, e que também não foi muito eficaz devido à irregularidade dos ciclos femininos.

Só a partir de 1960, com o advento da contracepção medicalizada, a pílula anticoncepcional oral, um novo cenário se apresentou para o controle da natalidade no mundo. A pílula ficou conhecida também como a revolução sexual feminina, pois as mulheres passaram a vivenciar sua sexualidade sem o temor da procriação, portanto de forma mais livre. O debate sobre a sexualidade feminina ganhou dimensão social. De um lado o movimento feminista reivindicando o direito das mulheres de exercerem livremente sua sexualidade, sem as amarras da reprodução e do casamento. De outro lado, o Estado defendendo o controle da sexualidade feminina associado à reprodução e ao casamento, considerando o novo contexto da mulher trabalhadora. E num terceiro campo, a Igreja defendendo a sexualidade feminina associada ao casamento e à reprodução, condenando os métodos contraceptivos ‘artificiais’. E no campo da ciência, antes mesmo de surgir uma ‘ciência da sexualidade’ diferentes saberes começavam a discutir sobre sexualidade: a psiquiatria, a psicologia, a pedagogia, a medicina, e o que eles tinham em comum era “o desejo de regular as condutas cotidianas e os comportamentos individuais a partir de enunciados que definem o normal e o anormal” (BOZON, 2004, p.40).

Esses saberes e práticas sobre a saúde sexual redirecionavam os olhares para as mulheres e crianças, saindo do âmbito dos casais, e a grande questão era estar atento a qualquer ameaça sobre a normalidade sexual e a reprodução planejada. Segundo Bozon (2004, p.42): “As mulheres são objeto de uma atenção particular. Fronteiras diferentes do normal e do anormal foram estabelecidas para elas e para os homens”. Os avanços da medicina no campo da sexualidade focaram no planejamento e na qualidade da reprodução humana, e não no prazer e na liberdade individual. As normas eram dirigidas para o exercício da sexualidade ‘responsável’ garantindo-se a reprodução humana ‘saudável’.

Mais uma vez, o referencial foi o papel reprodutivo feminino considerando o que seria aceitável na normalidade sexual, e o que desviasse desse padrão era considerado perversão. No século XIX uma das preocupações da medicina foi com as doenças venéreas pela ameaça que significava para a prole saudável. Ainda segundo Bozon, Freud desenvolveu reflexões sobre sexualidade e perversão, quando abordou a questão do prazer na sexualidade, transgredindo assim alguns conceitos, como a prática heterossexual e a

penetração genital, trazendo para a sexualidade uma abordagem do processo de desenvolvimento psíquico individual e o corpo sexuado, relacionando o prazer ao desenvolvimento físico e psíquico de homens e mulheres.

No século XX, a partir do movimento feminista, do direito das mulheres ao prazer sexual sem associação à reprodução, colocou-se na cena do debate sobre sexualidade – o orgasmo feminino. A sexualidade não estava mais ligada exclusivamente à reprodução, o que movia homens e mulheres não era mais o casamento para procriação, mas o desejo de estarem juntos. Era possível uma vida sexual feminina fora do matrimônio. Mulheres e homens passaram a se aproximar em relação ao exercício da sexualidade e às experiências que vivenciavam nesse campo. Valores como passividade e heterossexualidade foram questionados. As mulheres passaram a ter vida sexual antes do casamento e dissociada da maternidade. O slogan feminista: ‘meu corpo me pertence’ foi decisivo para a mulher dispor de seu próprio corpo e de sua capacidade reprodutiva, pois favoreceu a concepção de novos paradigmas sobre a ‘normalidade’ sexual feminina, como o direito ao prazer, e novas representações sobre o corpo feminino. Contribuiu para colocar em evidência a sexualidade feminina como um direito individual e social, retirando essa sexualidade do âmbito restrito do casamento, e a virgindade como virtude feminina, como ‘honra’, construindo, assim, novos valores e representações sobre a sexualidade feminina. Entretanto, apesar desses avanços no campo das representações sobre o corpo e a sexualidade feminina, perdura ainda hoje o sentimento masculino de posse desse corpo feminino e do domínio sobre a sexualidade feminina, expressos, particularmente, na violência física, psicológica, moral e sexual contra a mulher. A violência doméstica que ocorre nas relações afetivas entre os casais é uma das maiores expressões desse sentimento masculino de dono do corpo da mulher, particularmente a violência do estupro conjugal. Persiste também, nas sociedades e no imaginário de homens e mulheres heterossexuais, o modelo de feminilidade associada à maternidade, e o forte sentimento feminino de menor feminilidade quando da impossibilidade biológica da maternidade. Persiste uma assimetria nas relações sexuais entre homens e mulheres, sobretudo em relação ao exercício da sexualidade: papel ativo para os homens e papel passivo para as mulheres. Ainda há diferenças na iniciação sexual entre os jovens: para as meninas, sentimentos de afeto e carinho; para os meninos, sentimentos de conquista e poder. Por outro lado, a diferença de idade na iniciação sexual para meninas e meninos tem diminuído ao longo dos anos,

aproximando cada vez mais para ambos a faixa etária dessa iniciação sexual. Esses sentimentos diferenciados construídos culturalmente na sociedade, para homens e mulheres, desde a iniciação sexual, persistem e são expressos, por exemplo, no número de parceiros ao longo da vida, no significado diferenciado que isso tem para homens e mulheres, sendo um definidor de julgamento moral do comportamento sexual de homens e mulheres.

As desigualdades entre homens e mulheres na sexualidade são maiores na vida compartilhada a dois, na iniciativa sexual, na proposição de ‘novidade’ no âmbito da relação estável do casamento. Ficando para as mulheres a passividade, o agradar ou atender as necessidades masculinas, e ao homem, a iniciativa e a definição de normalidade sexual no âmbito da relação amorosa e estável. Ele (homem) impõe os limites do exercício da sexualidade no casamento, a partir dos valores culturais existentes na sociedade para a sexualidade feminina respeitável, para a esposa e mãe.

Muitas das mudanças na esfera da sexualidade são fruto de transformações sociais, tais como: maior independência econômica e social das mulheres, inserção feminina no mercado de trabalho, maior escolaridade das mulheres. Entretanto essas mudanças, mesmo contribuindo para construção de novos paradigmas na sexualidade de homens e mulheres, nem sempre se expressam em novas atitudes masculinas no âmbito da união estável ou do casamento, persistindo ainda, nessas relações, o modelo de dominação masculina e de sexualidade feminina reprodutiva, com os tradicionais papéis do homem provedor e da mulher reprodutora.

No campo da reprodução, embora, na atualidade, haja um novo olhar sobre a paternidade, ainda está longe a igualdade entre a responsabilidade masculina e a feminina.. Continua havendo uma maior disposição das mulheres para o cuidado com os filhos, os idosos e os doentes. Essa disposição leva a mulher a abrir mão do tempo da sua vida profissional e individual, inclusive da vida sexual. A fecundidade ainda é vista como uma responsabilidade feminina. Concepção ou contracepção são responsabilidades femininas, e a partir desse entendimento a ciência tem se dedicado mais ao corpo feminino que ao masculino, desenvolvendo conhecimentos e descobertas que se aplicam às mulheres, como os métodos contraceptivos e as novas tecnologias reprodutivas. A contracepção feminina é cada vez mais invasiva ao corpo feminino gerando uma menor autonomia da mulher sobre seu próprio corpo. Isso acontece de forma ‘natural’, sem se perceber, sob os argumentos da

eficiência e da 'liberdade'. Podemos citar como exemplo, os anticoncepcionais injetáveis ou os procedimentos de dispositivo intra-uterino (DIU). O discurso médico de que as mulheres ficam mais tranquilas com esses métodos que não exigem disciplina (pílula oral) e nem conhecimento ou manuseio do corpo (diafragma ou preservativo feminino) favorecem as 'escolhas' pelos métodos mais invasivos em detrimento, muitas vezes, do conhecimento do seu próprio corpo e das conseqüências dessas 'escolhas'. O mesmo ocorre em relação à concepção, quando as mulheres têm dificuldade de engravidar e lançam mão das novas tecnologias reprodutivas, e se submetem a fertilização in vitro para realizar o sonho da maternidade, realizando todo tipo de procedimento no seu corpo. A autonomia das mulheres sobre o seu próprio corpo, em ambas as situações, é limitada e está submetida ao saber e poder médico, que define condutas e normas para o exercício dessa sexualidade, tanto em relação aos métodos contraceptivos quanto aos processos das novas tecnologias reprodutivas. São preconizados cuidados e condutas específicas para ambos os casos.

Um dos questionamentos mais importantes do feminismo é o da ordem sexual dominante, suas nuances e valores na construção da sexualidade feminina, do ser mulher, histórica e culturalmente. Na reflexão e abordagem do feminismo sobre essa construção histórica, da sexualidade feminina associada à reprodução, o corpo feminino ganhou nova dimensão que extrapolou a função biológica da reprodução, e inscreveu nele (corpo) novas vivências da sexualidade, retomando a questão do desejo e do prazer feminino e reconhecendo os diferentes ciclos biológicos do corpo feminino como condição natural e não social. A menopausa, por exemplo, marca o fim do ciclo reprodutivo das mulheres, e não mais o fim da sexualidade e do prazer feminino. O corpo feminino não se resume apenas ao ovário e ao útero, desvendam-se o clitóris e a vagina, reconhece-se o orgasmo feminino. Mas este debate se dá no âmbito dos saberes da psicologia, da sociologia, da pedagogia. No âmbito da medicina, na maioria das concepções, o corpo feminino continua sendo um lócus privilegiado de instrumentação da submissão e da opressão feminina. As dimensões do cuidado à saúde da mulher continuam privilegiando, de forma hegemônica, a sua condição de reprodutora, de mãe. Sob esse olhar é que se institucionalizam os primeiros cuidados e políticas em saúde da mulher, na verdade, saúde materna e do ciclo gravídico-puerperal, no qual a sexualidade da mulher está restrita a sua condição de reprodução.

Dessa forma mantém-se a indissociabilidade entre sexualidade feminina e reprodução, saúde da mulher e maternidade. Esta representação indissociável se cristaliza nas normas para o cuidado com o corpo e na assistência à saúde da mulher, priorizando a saúde reprodutiva, e a medicalização do corpo está prioritariamente voltada para esse período da vida feminina – seja a contracepção ou a concepção – regulando e controlando a função da maternidade.

A hegemonia do modelo biomédico na organização da produção de conhecimentos e organização dos serviços de saúde acentua essa concepção de saúde da mulher centrada na função social maternal e de esposa. Pesa sobre a mulher um modelo de corpo saudável associado à maternidade, em primeiro lugar, e à beleza estética, em segundo lugar. Ambas as representações têm sido uma opressão social e cultural exercida sobre as mulheres, e muitas vezes, pelas próprias mulheres sobre seus corpos, resguardadas as diferenças de classe social, geração, raça e orientação sexual. A disciplina e normatização do corpo feminino, pelas próprias mulheres, têm sido ao longo da história uma estratégia eficaz de controle social do corpo feminino, permeada pela medicina e suas práticas. Tem significado simbólico, mas político também, variando no tempo e espaço. As artes, em especial a pintura, têm sido um retrato dessas mudanças do modelo ideal do corpo feminino ao longo dos tempos, e mais recentemente, os meios de comunicação de massa. A bulimia e anorexia estão para a cultura do corpo feminino na década atual como as histerias estiveram na época vitoriana. O corpo ganha uma dimensão maior ainda para a feminidade, mesmo quando comparada à maternidade. Ser mãe tem novos códigos corporais, já não é a abundância do ventre que define uma ‘boa’ maternidade, e sim o equilíbrio entre corpo saudável e corpo estético.

As regras da nova feminidade expressam-se também no cuidado dos corpos, no cuidado à saúde. Mas para as mulheres esse cuidado se dá na relação com o outro, para o outro, pelo outro. Mesmo quando se ocupam do cuidado do seu próprio corpo, esteticamente ou para a saúde, a mulher o faz para o outro. E a questão do controle do corpo está presente no cotidiano como regra não percebida, mas adotada, assumida e integrada ao comportamento ‘naturalmente’. É o controle da alimentação, da sexualidade, da reprodução. É o conter-se para se alimentar, para o desejo e para a procriação. Novos valores sobre a prole ideal (número reduzido de filhos), sobre o corpo saudável (academia e alimentação regrada), sobre a sexualidade (relações sexuais

protegidas). Esse controle é realizado pelas próprias mulheres, pela subjetividade feminina, na busca do ideal de feminidade. É um poder exercido pelo discurso social e cultural, assimilado no cotidiano das práticas humanas, inclusive das práticas sexuais, e justificado pelos estudos e pesquisas sobre corpo e saúde, sendo os profissionais de saúde os principais mediadores desse controle a partir do saber científico. O corpo, elemento fundamental, nessa interação é disciplinado pela subjetivação dos valores e não mais por mecanismos repressivos. Segundo Escoffier:

Foucault criticou a visão repressiva da conduta sexual, afirmando que também era um processo de construção discursiva: “No cerne desse problema econômico e político da população, escreveu Foucault, estava o sexo, era preciso analisar a taxa de natalidade, a idade para casar, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade e a frequência das relações sexuais [...] e o impacto das práticas contraceptivas”. (ESCOFFIER, 2006, p.24).

Na verdade, a sexualidade humana é regulada pelos processos de normatização ditados pela cultura e pela socialização das práticas no corpo. As práticas sociais desempenham papel de organização, regulação e legitimação das práticas sexuais, inclusive por meio dos saberes da ciência como a medicina, a pedagogia e o direito. Essa legitimação na saúde se expressa particularmente nas práticas dos profissionais de saúde e na medicalização dos corpos.

Os comportamentos e as práticas sexuais constituem um conjunto de experiências e vivências humanas enquanto seres sociais e individuais, e vários fatores contribuem para essa experiência, como, por exemplo, a história de vida da pessoa, a classe social a qual pertence, a raça/etnia, a geração, a família, a religião, os padrões culturais da sociedade em que vive, e por fim, a representação que cada indivíduo tem do seu próprio corpo e sobre sexualidade. O comportamento sexual de cada pessoa é construído ao longo de sua vida, e pode sofrer mudanças, tanto na prática quanto na identidade sexual. A prática sexual individual pode modificar-se a partir do status social, da condição civil, da idade, do gênero e da orientação sexual, e inclusive por motivos de limitações provocadas por adoecimentos, sejam temporários ou permanentes. Os discursos sobre as práticas sexuais e as práticas de saúde expressam como o corpo é o lócus principal das representações sociais sobre sexualidade. Foucault (1987) refere-se ao corpo inteligível, que compreende o corpo físico e as interpretações e ideologias do sujeito desse corpo:

O corpo inteligível abrange nossas representações científicas, filosóficas e estéticas sobre o corpo – nossa concepção cultural do corpo, que inclui normas de beleza, modelos de saúde e assim por diante. Mas as mesmas representações podem também ser vistas como um conjunto de regras e regulamentos práticos, através do qual o corpo vivo é “treinado, moldado, obedece e responde”, tornando-se, em resumo, um corpo “útil”, socialmente adaptado (FOUCAULT, 1987, p.136)

Homens e mulheres possuem olhares diferentes sobre o corpo e a sexualidade e sobre o cuidado à saúde. Jovens e idosos também têm diferentes olhares sobre sexualidade e saúde. Esses diferentes olhares e representações são permeados pelo saber médico, suas normatizações e regulação. Esses olhares estão associados à concepção de corpo útil, de corpo social e de corpo cultural. Predominam, nas sociedades, discursos reguladores diferenciados para homens e mulheres, jovens e idosos, brancos e negros, pobres e ricos. As representações sociais desses discursos nominam o que é aceitável e o que é inadequado ou ridículo para cada um dos segmentos. Citando um exemplo simples, mas emblemático: um casal representado por uma mulher idosa rica com um jovem pobre tem uma representação social e cultural diferenciada de um casal formado por um homem idoso rico com uma jovem pobre. A representação de corpo e sexualidade presente nas duas imagens retoma a questão da reprodução feminina e da virilidade masculina como subjacentes ao conceito do aceitável e do inadequado.

Rago *apud* Bessa (1998, p.89) destaca que Foucault já ressaltava a maneira ahistórica que se abordava a questão dos sujeitos e objetos, e que as mulheres estariam nessa abordagem fora da história, vitimizadas pela naturalização da sua condição feminina biológica. Desconstruir a naturalização e desvendar a construção social e cultural do ser mulher e ser homem era fundamental para superação das desigualdades. Partindo dessa concepção e do conceito relacional de gênero, podemos indagar no campo da saúde: como e quais diferenças culturais e sociais estão presentes no cuidado à saúde de homens e mulheres em relação aos seus corpos? Essas diferenças têm visibilidade ou passam despercebidas pelo sistema de saúde, profissionais e gestores? Quais as características relacionais de gênero e suas interfaces na produção social da doença? Como elas se expressam em vulnerabilidades para o adoecimento e quais as diferenças para homens e mulheres?

Tais questionamentos levam a considerar a necessidade da abordagem de gênero nas práticas de saúde, desde a formulação da política até a prática do cuidado pelos

profissionais da saúde. Vale lembrar que gênero não é sinônimo de ‘mulher’. O conceito de gênero engloba homens e mulheres, de forma relacional, e deve ser usado não apenas como categoria de análise, mas na sua dimensão cultural e social para refletir e pensar as relações entre os gêneros na sociedade em um dado momento histórico.

Portanto, o enfoque de gênero ao ser considerado nas práticas sexuais permite reconhecer as diferenças e as desigualdades existentes entre os gêneros e como elas se manifestam em suas vivências, especialmente como elas podem se transformar em vulnerabilidades para a saúde e para o processo de adoecimento. Moraes (1998) destaca a importância do uso da categoria gênero na saúde sobre a dimensão de corpo biológico e simbólico, e o uso e limites dessa categoria:

A introdução da categoria gênero permite a incorporação das dimensões culturais às dimensões psico-biológica das diferenças entre sexo masculino e feminino [...] Em outras palavras, o que chamamos de homem e mulher não é produto da sexualidade biológica, mas sim de relações sociais baseadas em distintas estruturas de poder [...] Por outro lado, afirmar a plasticidade do corpo biológico não significa negá-lo, superdimensionando a força do cultural e do simbólico [...] É preciso avançar nos estudos que trabalhem com a tensão corpo biológico\corpo simbólico e as possibilidades de transformações com respeito às identidades (MORAES, 1998, pp.99-105).

No campo da saúde essa abordagem torna-se fundamental para compreender o processo saúde/doença para além do biológico, particularmente na questão das doenças sexualmente transmissíveis que envolvem as representações dos corpos femininos e masculinos na sua vivência mais íntima e subjetiva que é a prática sexual. E quando falamos das mulheres, seu corpo está intrinsecamente associado a sua representação cultural - a maternidade - cuja representação é do sagrado, da pureza, incompatível com o imaginário cultural das doenças sexualmente transmissíveis, que é da promiscuidade e da sujeira.

As práticas de saúde para as mulheres focavam, prioritariamente, a saúde reprodutiva, e mais recentemente têm focado a saúde sexual, incluindo uma nova abordagem sobre a sexualidade feminina. A feminização da AIDS contribuiu para que a sexualidade feminina fosse vista para além da reprodução, e assim foi possível reconhecer suas vulnerabilidades à infecção para o HIV. Entretanto, essa visibilidade não significou uma abordagem relacional sobre o exercício da sexualidade e tampouco o estabelecimento de estratégias de prevenção e de promoção à saúde sexual das mulheres que considerassem

a assimetria existente nas relações sexuais entre homens e mulheres. Por exemplo, a mensagem sobre sexo seguro e uso do preservativo, desconsidera essa assimetria nas relações de gênero ao propor que as mulheres negociem com seus parceiros o uso do preservativo. Ora, a desigualdade nas relações de gênero dificulta a mulher negociar o uso do preservativo com seu parceiro, particularmente, àquelas mulheres que estão em relações afetivas estáveis. Outro contexto de dificuldade para a negociação para o uso do preservativo e o sexo seguro é a violência doméstica e/ou a violência sexual, incluindo o estupro conjugal. Analisar essas vulnerabilidades femininas para a AIDS significa reconhecer a condição feminina de subalternidade em relação à masculina e suas limitações para a adoção de cuidados à saúde sexual e reprodutiva.

No corpo, espaço das práticas sexuais, é que se localizam as vulnerabilidades femininas para a infecção ao HIV e a outras DST. A dificuldade ou impossibilidade de negação da relação sexual, particularmente nas relações estáveis e afetivas, o sentimento de complementaridade, de atender ao desejo masculino, de cumprir com a missão de companheira/esposa e a função de reprodutora são aspectos da vivência da sexualidade feminina que as tornam mais vulneráveis para as DST e para a AIDS. Reconhecer essas limitações no exercício da sexualidade feminina permite perceber as vulnerabilidades das mulheres para o HIV e AIDS. A ‘cegueira’ de gênero no início da epidemia de AIDS impediu a visão desse olhar sobre os corpos femininos e masculinos, portanto as possibilidades das ações de prevenção e cuidado restringiram-se ao corpo biológico e ao adoecimento.

A discussão da sexualidade a partir da AIDS desnuda também as práticas sexuais existentes nas relações sexuais, suas vulnerabilidades e riscos para a infecção pelo HIV. Visibiliza homens e mulheres em suas dimensões sociais e individuais a partir das práticas e identidades sexuais, como os heterossexuais, os homossexuais, as profissionais de sexo, as travestis, entre outros, vivenciam e praticam suas sexualidades. O debate em torno da sexualidade permite uma melhor apropriação da diferenciação entre sexo e sexualidade, extrapolando o biológico e inserindo o cultural como abordagem necessária para definir as estratégias de prevenção das DST. Segundo Villela:

Podemos citar a visibilização dada ao sexo a partir da epidemia de AIDS. Se a forma mais factível para a prevenção da epidemia é o uso do preservativo nas relações sexuais, e se a transmissibilidade sexual expõe particularidades da vida privada dos portadores do vírus, a AIDS obriga que se fale de sexo, se estabeleçam normatizações explícitas para o seu

exercício e se reconheça a multiplicidade de comportamentos, práticas e finalidades envolvidos nos diferentes encontros sexuais que as pessoas travam ao longo de suas vidas (VILLELA, 1999, p.319).

A AIDS coloca em cena a sexualidade e as formas e práticas diferenciadas do exercício da sexualidade por homens e mulheres. A visibilização das práticas sexuais expõe as diferentes vulnerabilidades femininas e masculinas às DST e ao HIV. A vulnerabilidade deve ser entendida como um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural que favorecem, em maior ou menor risco, homens e mulheres ao adoecimento. São diversas as possibilidades e dimensões desta vulnerabilidade: a individual (comportamentos do indivíduo); a social (aspectos sociais – relações de gênero, violência sexual, prostituição e tráfico de drogas); a institucional (ausência de políticas públicas e serviços de saúde). As vulnerabilidades individuais e sociais estão presentes nas relações desiguais de gênero e como elas se expressam nas práticas sexuais.

O poder diferenciado na esfera sexual amplia a vulnerabilidade das mulheres por várias razões: pela expectativa de que as mulheres ‘direitas’ devam ser ignorantes e passivas sexualmente; pelo valor dado à virgindade vaginal; pela cultura do silêncio sobre as doenças de transmissão sexual; pela relação da sexualidade com a dependência econômica das mulheres (dentro do casamento ou no sexo comercial); pela violência de gênero contra mulheres adultas, crianças e adolescentes de ambos os sexos; pelo silêncio dos profissionais de saúde que não falam sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) com as mulheres, tratando como uma ‘ferida’ ou ‘inflamação’ e pela ‘cegueira’ de gênero nas práticas dos profissionais de saúde. Fatores biológicos, socioculturais e assistenciais fazem com que as mulheres sejam mais vulneráveis do que os homens a contraírem as DST. Sendo as DST na mulher, em grande medida, assintomáticas, ou seja, não apresentam sintomas ou sinais no corpo, as mulheres têm menor probabilidade de procurar assistência. Outros fatores contribuem para aumentar esta vulnerabilidade biológica, como por exemplo, o estigma social de promiscuidade associado às DST e a prática da automedicação entre os homens. Todos esses fatores somados contribuem para o diagnóstico tardio das DST entre as mulheres, o que nos leva a refletir sobre o papel dos profissionais de saúde no sentido de contribuírem para a adoção de cuidados à saúde sexual e reprodutiva.

4. O CUIDADO À SAÚDE E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

4.1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E AIDS

As representações de sexualidade e corpo, embora sejam pontos de partida na análise das vulnerabilidades femininas à infecção pelo HIV, são antes de tudo, elementos chave para a compreensão das práticas de saúde dos profissionais de saúde no cuidado à saúde das mulheres. O primeiro desafio para a medicina foi a desnaturalização do corpo, ou seja, ver além da natureza, ver o corpo cultura, ver o corpo social.

Quando o tema é a fisiologia corporal, em geral a visão é de que ‘as coisas são assim porque têm que ser assim’. Entretanto, nenhuma ação humana pode ser explicada sem referência à Cultura. Nosso corpo, a maneira como é usado, a maneira como dele falamos, a maneira de organizar as próprias sensações corporais, tudo é atravessado pela Cultura da qual se participa, tudo é atravessado por valores culturais arbitrários. Nosso corpo é uma realidade tão simbólica quanto física (RUSSO, 1998, p.58).

As simbologias que a cultura inscreve no corpo representam o seu valor simbólico, mas também a referência que se tem sobre o corpo físico, expressa na aparência, no cuidado, na forma de usá-lo e de controlá-lo. Essas simbologias, muitas vezes, denotam a classe social, raça/etnia, gênero, geração e orientação sexual. É possível distinguir essas características observando as aparências e os ‘enfeites’ dos corpos, reconhecendo ‘os estereótipos’ reconhecem-se as ‘tribos’. Por outro lado, a cultura impõe a necessidade de ‘educar’ o corpo para a vida social. Russo (1998) destaca que:

Os diferentes usos do corpo implicam em adestramento, visando o controle: a) das necessidades fisiológicas, como o controle dos esfíncteres e da fome; b) das sensações corporais, como o controle do prazer e da dor, do desconforto e do bem-estar, do frio e do calor; c) dos movimentos corporais, como andar, correr, sentar, falar, tocar. Esse adestramento ocorre, na maioria das vezes, de forma absolutamente subliminar e, normalmente, as pessoas não se dão conta de um adestramento ocorreu (RUSSO, 1998, p.60).

O mesmo ocorre com os cuidados ao corpo e a definição de doença. Sentir-se doente, segundo Russo (1998, p.61), “é o comportamento culturalmente aprendido que varia socialmente”, e que se transforma com o tempo e os avanços da medicina. Os chamados sinais e sintomas das doenças são ‘sensações’ corporais e ‘marcas’ físicas que procuram externar como percebemos nossos corpos, e que têm na medicina suas correlações com as doenças, que na maioria das vezes dizem respeito ao conhecimento

biológico do corpo. Reconhecer as diferentes sensações considerando a cultura é fundamental, um exemplo simples é a ‘sensação de dor’ no homem e na mulher. São sensações diferenciadas, porque culturalmente as mulheres foram educadas para suportar a dor (ex: a dor do parto), e os homens para não sentir medo (homem corre riscos). Esses ‘sentimentos’ são expressões culturais e não biológicas dos corpos feminino e masculino. Ora, é claro que as mulheres sentem a dor do parto e os homens sentem medo. Mas como isso é interpretado pela sociedade e em particular pelos profissionais de saúde é que coloca em questão a importância dos valores culturais no cuidado ao corpo.

É comum acontecer de paciente e médico não partilharem (ou partilharem só parcialmente) a mesma ‘cultura somática’. O relato do paciente parecerá desprovido de sentido, confuso, desorganizado. A tendência do médico será interpretar essa confusão como ignorância, desinformação. Entretanto, entendendo-se o corpo na sua dimensão simbólica, como parte da Cultura em que cada pessoa vive, se compreenderá que há modos diferentes de perceber e organizar as sensações que vêm do corpo (RUSSO, 1998, pp.61-62).

Ao resgatar essa dimensão do corpo na medicina, ao abordarmos a vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV inevitavelmente surge a questão da sexualidade, posto que a AIDS é uma doença sexualmente transmissível. Abordar a sexualidade na medicina traz diferentes desafios, pois não há uma ‘disciplina’ da sexualidade ou uma especialidade médica sobre sexualidade. Podemos dizer que a sexologia que está mais voltada para a educação sexual e terapia sexual, e que envolve diferentes saberes como a psicologia, a educação e alguns saberes médicos como a ginecologia e urologia.

De fato não existe uma especialidade médica que trate da sexualidade. Por outro lado, muito do que pode ser entendido por sexualidade está pulverizado no discurso e na prática de uma série de especialidades que lhe oferecem seu contexto [...] ginecologia, urologia, psiquiatria, clínica de doenças infecciosas, genética clínica, entre outras, o que faz com que a sexualidade possa estar referida a contextos tão distintos e vastos como a reprodução humana, doenças sexualmente transmissíveis, as chamadas disfunções sexuais (impotência, frigidez, etc.), doenças genéticas ligadas aos cromossomos sexuais, fantasias e desejos [...] (CORRÊA, 1998, p. 70).

Hoje, o discurso sobre sexualidade na medicina está disperso e fragmentado em diferentes abordagens sendo que todas elas buscam explicações no corpo físico, nas definições baseadas na bipolaridade – normal/anormal e saudável/ doente. A medicina ao buscar no corpo biológico explicações para a sexualidade reforça como normais àquelas que correspondem ao campo da reprodução humana e da heterossexualização.

Manifestações da sexualidade tidas como desviantes, como, por exemplo, a homossexualidade que teve, em períodos anteriores, a busca de explicação no corpo biológico, Pesquisas foram realizadas para saber se havia diferenciação hormonal entre os heterossexuais e os homossexuais. Até pouco tempo a homossexualidade era considerada uma doença e tinha código de identificação de doença – CID - para classificar a anomalia. A sexualidade na medicina também percorreu caminhos diferentes para a medicalização dos corpos, priorizando a reprodução para o corpo feminino (métodos contraceptivos), e a sexualidade para o corpo masculino (Viagra).

A sexualidade humana tem como base a binaridade sexual: masculino e feminino que se expressam e são identificadas como: heterossexual (atração pelo sexo oposto); homossexual (atração pelo mesmo sexo); bissexual (atração pelos dois sexos); transexual (que passa de um sexo para o outro) e intersexual (portador de características de ambos os sexos). As práticas e identidades sexuais vão além dessas classificações e expressam como homens e mulheres vivenciam suas sexualidades em determinados momentos e culturas. Parker (2000) destaca:

Com quem se pode fazer sexo, de que maneiras, em que circunstâncias e com que resultados nunca são questões simplesmente aleatórias. Tais possibilidades são definidas por regras e códigos implícitos e explícitos impostos pela cultura sexual de uma comunidade específica. (PARKER, 2000, p.37)

As diferenciações entre ser homem e ser mulher e a relação de poder existente nessas interações definem as vulnerabilidades masculinas e femininas para o HIV, condicionando e limitando as possibilidades de cuidados à saúde sexual. As representações de ser mulher e ser homem que se expressam nas relações sexuais, nos corpos, e em última instância na saúde, determinam uma maior ou menor vulnerabilidade para a infecção pelo HIV. Moscovici (2007) destaca que as representações possuem duas funções:

Em primeiro lugar, elas convencionalizam os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. [...] Essas convenções nos possibilitam conhecer o que representa o quê [...] Em segundo lugar, representações são prescritivas, isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível. (MOSCOVICI, 2007, p.34-37)

Segundo Duveen (2000, p.20), “na teoria da representação social o próprio conceito de representação possui um sentido mais dinâmico, referindo-se tanto ao processo pelo qual as representações são elaboradas, como às estruturas de conhecimento são

estabelecidas [...] Para Moscovici, a fonte dessa relação está na função das próprias representações”.

As representações dos profissionais de saúde sobre corpo e sexualidade passam tanto pela formação acadêmica que privilegia o corpo biológico e a visão tecnicista de sexualidade como pelos valores culturais da sociedade a que pertencem e pelo pertencimento de gênero, classe social, geração e pela vivência pessoal.

As representações cumprem o papel de mediação e comunicação entre os indivíduos de uma mesma comunidade ou de comunidades diferentes. Representam a possibilidade de diálogo a partir de símbolos e códigos e vão além dos conceitos e de suas estruturas cognitivas. Expressam também as subjetividades humanas sobre determinado objeto ou tema. Segundo Duveen (2000):

Moscovici [...] define uma representação social como: ‘um sistema de valores, idéias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar a comunicação, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambigüidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social. (DUVEEN, 2000, p.21)

Num primeiro momento as representações expressam o conhecimento do mundo em que se vive - seus valores e idéias. Num segundo momento - seus símbolos e códigos - que classificam os objetos e permitem a comunicação entre o primeiro e o segundo momento. Associando as representações de corpo e sexualidade, podem-se destacar valores e conceitos sobre corpo e sexualidade aprendidos na formação e na sociedade, corpo físico e biológico e a sexualidade como manifestação biológica associada à reprodução e ao prazer, como sendo as representações sociais. E para o chamado segundo momento pode-se associar os símbolos e códigos de corpo e sexualidade que possibilitam a classificação em corpo doente ou saudável e a sexualidade em hetero ou homossexual. É nesse segundo momento que as representações dos profissionais de saúde e as representações das mulheres sobre corpo, sexualidade e cuidado podem ser diferentes. Essas representações podem ter signos e códigos diferentes e isso pode limitar ou impedir a comunicação comprometendo, assim, as ações de cuidado. Ou seja, o que o profissional define como corpo saudável pode ter significado de corpo doente para a mulher, ou pode não ter significado na sua vida. Um exemplo é a mensagem do uso de camisinha para prevenção do HIV. A camisinha está associada à imagem de transgressão sexual e de

promiscuidade, portanto para as mulheres em relações estáveis e monogâmicas essa mensagem não faz sentido para sua vida. Ela não se percebe em risco porque não faz relação entre seu comportamento sexual e os riscos para o HIV. Para os homens a camisinha tem o significado de usar com a ‘outra’, de chupar bala com papel, portanto ele não considera o uso da camisinha nas relações estáveis e afetivas. Sexo seguro para as mulheres em relações estáveis é prevenir gravidez, e para tanto ela lança mão de contraceptivos e não da camisinha. Nesse momento, abordar os riscos para a infecção pelo HIV a partir do olhar de gênero, sobre a perspectiva relacional, abordando as práticas sexuais do casal e a história da vida sexual de cada um, é fundamental para reconhecer as vulnerabilidades femininas e masculinas para a AIDS.

A representação de sexualidade para as mulheres foi construída, historicamente, a partir da ‘reprodução’ e da ‘normalidade’ de práticas sexuais associadas ao casamento ou ao amor, não cabe nessa relação a camisinha que tem sua representação (seu signo) associada à doença e às práticas ‘proibidas’ ou ‘pervertidas’ da sexualidade humana. As mulheres ‘normais’ e casadas, na sua maioria, não conseguem ver a camisinha como cuidado à saúde, elas a associam ao imaginário de desvio da conduta sexual, ao ‘pular’ a cerca, aos jovens que iniciam a sexualidade antes do casamento e às prostitutas. Moscovici destaca que:

Representações, obviamente, não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto as velhas representações morrem. Como consequência disso, para se compreender e explicar uma representação, é necessário começar com aquela, ou aquelas, das quais ela nasceu (MOSCOVICI, 2007, p.41).

As representações de corpo e sexualidade dos profissionais de saúde situam-se predominantemente no campo do corpo biológico, dos hormônios e dos fluidos. Regular e controlar o corpo feminino tem significados de controlar a sexualidade, o desejo feminino e regular a reprodução. Os ciclos do corpo feminino reconhecidos como normais são a menarca, a menstruação, a gravidez, o parto e a menopausa, todos associados à função da reprodução. A frigidez, a infertilidade e as infecções do trato reprodutivo são denominadas, pela medicina, como disfunções ou anomalias do corpo feminino. Essas representações de normalidade e anormalidade têm também uma carga cultural e social para as mulheres,

particularmente, a infertilidade feminina é considerada como um ‘defeito’ do corpo feminino, e as mulheres inférteis se sentem menos femininas.

Em tempos de AIDS, a importância de se falar sobre o conhecimento do corpo e destacar o uso do preservativo, como único meio para a prevenção do HIV/AIDS, no exercício da sexualidade é fundamental para prevenir e controlar o risco de infecção pelo HIV. Associar a contracepção à prevenção das DST/HIV, chamada dupla proteção, como forma de abordar o cuidado à saúde sexual e reprodutiva ao mesmo tempo. Entretanto na contramão dessa abordagem, contraditoriamente o que se vê é a divulgação ampla de métodos contraceptivos como a anticoncepção injetável e o dispositivo intra-uterino (DIU), tidos como mais eficazes e seguros, ficando em segundo plano o diafragma e o preservativo tidos como menos confiáveis, porque exige conhecimento e manuseio do corpo, o que dificulta sua eficácia. Em outras palavras, privilegia-se a contracepção medicalizada e intervencionista no corpo feminino em detrimento do uso de meios contraceptivos de manuseio do corpo feminino (diafragma e camisinha feminina) e do corpo masculino (camisinha masculina), que proporcionam a dupla proteção, prevenindo a gravidez e as DST. Podemos citar relato de enfermeiro entrevistado que destaca: “As mulheres têm preconceito com a camisinha, com o seu uso, vergonha de se tocar, de tocar o corpo, os grandes lábios. Acham a camisinha feminina feia, tem medo de que a camisinha vá se perder dentro do corpo”.

As simbologias construídas sobre esses métodos contraceptivos são reforçadas e mediadas pelo saber médico e pelos profissionais de saúde que ‘sugerem’ os mesmos como menos arriscados e mais seguros. Estudos realizados pelo Ministério da Saúde sobre o uso correto do preservativo e do diafragma possuem o mesmo percentual de segurança da pílula anticoncepcional e do DIU para a prevenção da gravidez, ressalte-se, ainda, que os danos causados ao corpo feminino são menores com o uso da camisinha e do diafragma.

Os significados do corpo feminino associado à reprodução e ao silêncio sobre o próprio corpo dificultaram e ainda dificultam as estratégias de prevenção e cuidado às DST e ao HIV/AIDS. A AIDS traz à tona também essas representações do corpo intrínsecas ao saber médico e introjetadas nas mulheres como sendo o modelo ideal de cuidado ao seu corpo.

A questão da AIDS está relacionada diretamente com o corpo, com a sexualidade, com o cuidado do corpo, com o exercício da sexualidade, com a saúde, com as práticas de

saúde, com as representações de corpo, sexualidade, saúde, doença e AIDS. Todas essas representações perpassam os profissionais de saúde na ação do cuidado e perpassam também a mulher na relação com o seu próprio corpo e nas suas práticas sexuais.

Moscovici destacou quatro questões fundamentais para se pensar as representações sociais:

i) Ao dizer que as representações são sociais nós estamos dizendo principalmente que elas são simbólicas e possuem tantos elementos perceptuais quanto os assim chamados cognitivos; ii) o estudo das representações sociais requer que nós retornemos aos métodos de observação [...] um retorno à observação necessitaria um retorno às ciências humanas; iii) é uma consequência natural da segunda, diz respeito à descrição... somente uma descrição cuidadosa das representações sociais, da sua estrutura e da sua evolução nos vários campos, nos possibilitará entendê-las; iv) as representações sociais são históricas na sua essência e influenciam o desenvolvimento do indivíduo desde a primeira infância (MOSCOVICI, 2003, p.105).

As representações de corpo e sexualidade pelos profissionais de saúde podem ser identificáveis nas quatro questões postas; i) os significados e símbolos de corpo e sexualidade feminina; ii) a observação desse corpo e das práticas sexuais; iii) a descrição e definição de corpo e sexualidade feminina; iv) a percepção histórica de corpo e sexualidade pelos próprios indivíduos. Essas representações estão presentes nas práticas de saúde dos profissionais e no cuidado junto às mulheres infectadas pelo vírus HIV e AIDS.

As mudanças ocorridas na sexualidade das mulheres no século XX, ou seja, a dissociação da sexualidade e da reprodução, a liberdade sexual, e a busca feminina pelo prazer sexual exigiram e exigem mudanças no olhar dos profissionais de saúde sobre o corpo feminino. Considerar as práticas sexuais e as identidades sexuais masculinas na dimensão das relações de gênero e das representações de corpo e sexualidade existentes nas diferentes culturas pode ser decisivo para a prevenção do HIV entre mulheres. Qual é o papel das representações de corpo e sexualidade no cuidado à saúde sexual de mulheres? Qual é o papel dos profissionais de saúde no cuidado à saúde sexual das mulheres? Como esses papéis se interrelacionam? Pitanguy (1998) afirma que:

É extremamente importante, para médicos e profissionais de saúde, o reconhecimento das dimensões culturais e sociais que interpenetram a sexualidade, pois saúde e doença são também parte desse emaranhado de relações sociais onde as questões de gênero, classe, etnia, religião e cultura desempenham um papel fundamental, tanto na prevenção, quanto na cura, e mesmo no reconhecimento e classificação de patologia e normalidade, particularmente no campo da saúde sexual e reprodutiva (PITANGUY, 1998, p.147-148).

A constatação de que ainda predomina, nas práticas de saúde, a visão fragmentada e centrada no aparelho reprodutivo feminino, reforça a necessidade de se pensar sobre a formação e a prática do profissional de saúde, e remete a um dos questionamentos desse estudo: quais as representações de corpo e sexualidade dos profissionais de saúde no exercício de sua prática de saúde?

4.2. A PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE, AIDS E CUIDADO

A representação social e cultural de sexualidade e do corpo feminino tem significados associados à imagem social de pureza da maternidade, por um lado, e de pecado e promiscuidade, por outro. Identificando, assim, duas mulheres – a santa e a pecadora. Essas imagens estão presentes nas práticas de saúde dos profissionais quando atendem às mulheres casadas ou em relações estáveis, limitando as abordagens de prevenção e cuidado ao corpo biológico e suas manifestações clínicas ou a sinais e sintomas de adoecimento enquanto saúde reprodutiva. Quando se trata das doenças sexualmente transmissíveis essa abordagem restrita ao corpo biológico pode significar limitações ao cuidado da saúde sexual. Tratar os sintomas de uma DST sem discutir as vulnerabilidades (individual e social) que expuseram as mulheres ao risco de adquirir as DST pode aumentar sua vulnerabilidade a adquirir novamente uma DST ou mesmo o HIV. Silenciar sobre a DST e tratar como infecção ginecológica, sem fazer relação com a prática sexual pode aumentar a vulnerabilidade feminina às DST. Não basta tratar o corpo biológico, é fundamental identificar que práticas sexuais e que contextos podem ter sido determinantes para adquirir a DST ou o HIV. Como se dá o atendimento e como é feita a abordagem sobre riscos e cuidados à prevenção das DST junto às mulheres pelos profissionais de saúde?

O atendimento é diferenciado e tem muito a ver com a formação acadêmica que recebemos. Essa diferença se expressa, por exemplo, na forma de abordagem e no tempo do atendimento. O médico tem menos tempo, e os profissionais de enfermagem, assistência social e psicólogo participam mais, vão ao grupo de adesão junto com os pacientes (relato de entrevistado 1).

Os profissionais de saúde consideram o corpo expressão de sinais e sintomas na sua dimensão físico-biológica, desconsiderando as condições sociais determinantes do

processo saúde-doença, como por exemplo, aspectos culturais, de classe, de gênero, de raça/etnia. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde investiram na capacitação dos profissionais que atendem as pessoas com HIV contribuindo para mudar parte dessa realidade, porém essas ações ainda são insuficientes. O debate sobre a formação dos profissionais de saúde passa também pela academia. Incluir a dimensão das representações social e cultural do corpo e sexualidade na formação dos profissionais pode fazer a diferença na abordagem junto às mulheres para o cuidado e prevenção às DST/HIV/AIDS.

Os discursos médicos reafirmavam os papéis femininos e masculinos: de reprodução e produção, de passivo e ativo, de privado e público, e essa prática contribuía para aumentar a vulnerabilidade feminina. Os cuidados preconizados para a saúde das mulheres eram voltados para manter a mulher saudável para a maternidade, e o homem para o trabalho. Hoje, já existem profissionais de saúde abordando a questão da sexualidade como direito ao prazer e reconhecendo a saúde mental e psicológica dos seus pacientes. Para exemplificar, destaco o relato do entrevistado 5: “Eu falo para os pacientes, mulheres e homens, para se amarem, se curtirem, esquecer a questão do HIV e viver de forma natural. Eu digo que o uso do preservativo e acompanhamento do tratamento é importante para que (o HIV) não evolua para a aids”. E o relato da entrevistada 2: “Comecei a atender as mulheres, e depois o casal. Às vezes ela está tão depressiva, no contexto dela, não sabe como retomar, como dialogar, então aqui é um espaço que proporciona isso. Eles conseguem colocar as coisas aqui e conversar”. Destaco citação de Moscovici (2003) que contribui para pensarmos sobre a importância das representações sociais na saúde:

Quando estudamos representações sociais nós estudamos o ser humano, enquanto ele faz perguntas e procura respostas ou pensa e não enquanto ele processa informação, ou se comporta. Mais precisamente, enquanto seu objetivo não é comportar-se, mas compreender. (MOSCOVICI, 2003, p.43).

Essa afirmação é fundamental para pensar a relação dos profissionais de saúde com os pacientes, ou seja, buscar compreender como se dá a relação com o corpo, a sexualidade e a saúde dos pacientes é mais importante do que simplesmente informar como se cuidar. Entretanto, sabemos que essas práticas ainda são exceção. Predominam as falas médicas que legitimam o discurso das diferenças sexuais, consolidando as desigualdades sociais entre os gêneros. Ao se questionar a naturalização das desigualdades de gênero e

reconhecê-las como construtos culturais e sociais, abre-se a possibilidade de transformação dessas representações sobre a sexualidade feminina e o corpo feminino. Abre-se a possibilidade de repensar as práticas de cuidado em outra dimensão, em reconhecer o corpo e a sexualidade como construções culturais e sociais pertencentes à vida individual e coletiva de cada um.

O movimento feminista tem sido fundamental para as transformações dos conteúdos sobre as representações culturais e sociais sobre o corpo feminino, particularmente colocando em pauta a questão das desigualdades nas relações de gênero e destacando a sexualidade feminina como um direito das mulheres, rompendo assim com a imagem única de sexualidade reprodutiva.

A hierarquia construída nas relações de gênero se expressa também nas relações afetivas e nas práticas sexuais, colocando as mulheres em situação de vulnerabilidade para o exercício da sexualidade, conseqüentemente para as DST e HIV/AIDS. Os profissionais de saúde que atendem as mulheres vêem apenas o corpo biológico, prescrevem cuidados terapêuticos para tratar os adoecimentos, muitos não sabem tratar as infecções do trato reprodutivo e não reconhecem as doenças sexualmente transmissíveis. O diagnóstico tardio de AIDS para as mulheres casadas ou em relações estáveis, muitas vezes é fruto da representação social da imagem da mulher santa (pura), e da invisibilidade das diferentes práticas sexuais nas relações entre os casais. Os exames ginecológicos quando apresentam sinais ou sintomas de DST, muitas vezes, são tratados como infecções ginecológicas. Há um silêncio sobre as DST sob o argumento de não se envolver na intimidade do casal. Outra questão contraditória sobre a sexualidade feminina e que o advento da AIDS traz a tona é sobre o direito reprodutivo das mulheres. Mesmo com os avanços da medicina para a redução da transmissão vertical, há uma ‘condenação’ ou ‘culpabilização’ das mulheres HIV positivas que engravidam, particularmente, as que já conhecem o seu diagnóstico e desejam a maternidade. Há profissionais de saúde que indicam e realizam a esterilização feminina como ‘alternativa’ para as mulheres HIV positiva (anexo E).

A sociedade educa as mulheres para a maternidade, mas deseja controlar esse direito sob diferentes representações, impedindo ou limitando o direito para as mulheres ‘desviantes’: a mulher com AIDS, a mulher lésbica, a mulher pobre, entre outras, enfim, as mulheres que não correspondam ao ‘ideal’ da mulher reprodutora de uma prole saudável ou não tenha as ‘virtudes’ de uma mãe.

Destaco algumas falas de profissionais de saúde entrevistados:

Penso que seria importante facilitar um programa de esterilização para as mulheres HIV positivas, claro aquelas que desejarem. As que fazem a profilaxia e planejam, têm filhos saudáveis. Podem evoluir para um vírus resistente com várias gravidezes não se cuidando com a profilaxia, é um risco para o bebê. (entrevistado 5.)

Elas (as mulheres) voltam a engravidar, não deviam engravidar de novo (entrevistada 4)

Elas podem engravidar, é um risco, mas é um direito. (entrevistada 3).

Indagando-as (às entrevistadas) qual a taxa de transmissão vertical das gestantes HIV positivas que elas acompanhavam, foram unânimes em responder 0%, ou seja, com a profilaxia e o acompanhamento pré-natal os bebês nasceram soronegativos para o HIV. O que é confirmado pelo enfermeiro do mesmo centro de saúde: “A taxa de transmissão vertical no Distrito Federal é de 0% das gestantes que fazem o pré-natal aqui”. O que também foi confirmado pela entrevistada 7 do outro centro de saúde de Brasília que atende gestantes HIV positivas: “A adesão das gestantes ao coquetel de antiretrovirais para prevenção da transmissão vertical é fantástica, há três anos todos os bebês são soronegativos”.

Alguns dados de saúde (BRASIL, 2007) demonstram a ausência de estratégias que considere a desigualdade entre os gêneros e a maior vulnerabilidade feminina para a infecção pelo HIV: i) os serviços que atendem as mulheres ainda não incorporaram as ações educativas de prevenção das DST e HIV/AIDS, priorizando as ações de planejamento familiar; ii) os dados de sífilis no país demonstram falhas no pré-natal e na abordagem educativa junto às mulheres; iii) o aumento de gravidezes nas adolescentes representa a não prevenção de DST e AIDS; iv) a anticoncepção oral, injetável, o DIU e esterilização feminina são métodos contraceptivos ofertados sem a abordagem da dupla proteção (uso de um método contraceptivo aliado ao uso da camisinha) evidenciando a dissociação entre saúde sexual e saúde reprodutiva; v) a ausência de ações voltadas para os homens e parceiros das mulheres que buscam atendimento à saúde sexual e reprodutiva coloca na invisibilidade a importância das relações sexuais e das práticas sexuais que envolvem mulheres e homens. Ilustrando a questão masculina, podemos citar falas dos profissionais de saúde entrevistados:

Homem que vem ao centro de saúde com DST traz facilmente a parceira, o inverso não acontece. Ele responde para a parceira que o ‘pinto’ está

ótimo, sem problemas. É necessário desmistificar a cronologia, quando foi o contágio. 20 anos de casamento, ele diz que não foi dele. ‘Exame é foto, vida é filme (relato de entrevistadas 3 e 4).

É uma discussão para trazer o parceiro para a mesa, para o uso do preservativo como aliado, como fetiche. O homem é o sexo frágil, tem medo de perder a ereção (fala de entrevistado 5).

A rotina do centro de saúde tem uma divisão do trabalho, tem dias para o pré-natal e dias para as DST (fala de entrevistada 8).

A organização do serviço reforça a dicotomia entre maternidade e sexualidade (anexo F). A fragmentação do atendimento dos profissionais pelas especialidades e sem espaço institucional de troca sobre os saberes e práticas desenvolvidas junto aos pacientes. Os entrevistados relataram que a mulher recebe o resultado do teste HIV, na maioria das vezes, pelo médico infectologista, e depois, no caso da gestante passa a ter o acompanhamento da ginecologia e enfermagem no pré-natal, sem uma abordagem interdisciplinar desse atendimento, o prontuário representa o elo entre os profissionais de saúde.

As mulheres chegam já direcionadas pelo infectologista, já com o diagnóstico positivo. Ou, por exemplo, quando chega para o teste (HIV) porque o marido está com aids, nesse caso eu dou o diagnóstico. Têm condutas pré-estabelecidas, normatizadas, solicitar o teste na gravidez, palestras educativas que falam do teste HIV e oferecem para todos (relato de entrevistada 3).

Quando necessário, as mulheres têm acompanhamento com o profissional da psicologia. Os profissionais de saúde não têm espaço ou processo de trabalho integrado que permita conversar sobre os cuidados e os procedimentos dentro de uma visão de integralidade da atenção à saúde dos pacientes, um espaço organizado que permita trocar percepções, opiniões e práticas que desenvolvem no atendimento das mulheres. Todos os entrevistados foram unânimes em dizer que seria interessante, mas não existe esse lócus de diálogo, de troca de conhecimentos, de percepções. Eventualmente determinado caso chama a atenção por sua peculiaridade e eles (profissionais) trocam opiniões no intervalo do café, no corredor do Centro de Saúde, ou procurando um ao outro diretamente, por iniciativa individual. “Ainda tem tabus entre os profissionais sobre sexualidade e AIDS, preconceito mesmo. Precisa melhorar. Mas a equipe que atende as pessoas com HIV e AIDS são profissionais mais treinados, estão sensibilizados, não deixam que os seus

preconceitos interferiram no atendimento” (entrevistado 1). “Não tem um trabalho interdisciplinar apesar da equipe multiprofissional” (entrevistada 2).

Em ambos os centros de saúde acontecem grupos de adesão ao tratamento de pessoas que vivem com AIDS, que se reúnem periodicamente. Os profissionais de saúde participam, a exceção é o profissional médico que argumenta com o grande volume de atendimentos que tem que realizar num curto período. Os grupos funcionam como um espaço de troca, de esclarecimentos, onde as pessoas com HIV se abrem e falam de suas angústias e dúvidas. Os pacientes perguntam sobre medicamentos, sobre sexualidade, sobre os riscos para o bebê (mulheres gestantes), sobre aleitamento, sobre cuidados com o bebê, sobre cuidados com o corpo. Há um vínculo maior dos profissionais de saúde com as gestantes, porque elas freqüentam o centro de saúde durante todo o pré-natal, num período entre sete a nove meses, proporcionando assim uma maior convivência e criando vínculos. Enquanto as outras mulheres vêm no início do tratamento, quando tem algum problema, ou quando vêm buscar a medicação ou para consulta de acompanhamento, ou seja, esporadicamente, e nem sempre é o mesmo profissional que atende, enquanto as gestantes acabam criando um vínculo com a ginecologista e o infectologista que acompanham o pré-natal das gestantes HIV positivas.

Percebo que a gestante tem uma adesão maior ao tratamento, muito maior, do que a não gestante. É difícil convencer um paciente sem sintomas ao tratamento. A questão da transmissão vertical facilita a adesão à terapia. Depende dela o nascimento de uma criança soropositiva ou soronegativa (relato de entrevistado 5).

Os relatos sobre as percepções que eles (profissionais de saúde) têm sobre a sexualidade das mulheres e o HIV demonstram ainda representações associadas a reprodução, ao casamento e as ‘subversões’ dessa sexualidade.

A descoberta do HIV pela mulher no pré-natal é também a descoberta da traição. Casamento ruindo, dificuldades na relação marital, algumas acabam com o casamento, e depois refazem a vida com outros parceiros negativos e usam a camisinha (relato de entrevistada 3).

Quando falamos sobre sexualidade aparecem os dois lados. Nas solteiras, de uma forma geral dizem: ‘to aqui porque transei com um cara galinha, que não prestava’. Mas têm outras que têm auto-estima alta, querendo namorar, perguntando como se cuidar (relato de entrevistado 1).

A maioria descobre a soropositividade no pré-natal ou veio indicada pelo infectologista, porque tinha uma DST. A maioria estava em relação estável. Uma vez atendi uma profissional do sexo, ela usava camisinha com os clientes, pegou aids com o namorado, descobriu a

soropositividade quando engravidou dele e foi fazer o pré-natal (relato de entrevistada 4).

Temos uma ficha específica para o atendimento das pessoas com HIV, que contém perguntas sobre sexualidade, parceria, uso de drogas, parceiros sexuais, se fez tatuagem, etc.. Perguntamos como pegou a doença. No começo, elas ficam constrangidas para contar, mas depois com o tempo se abrem. Perguntamos se são hetero ou homossexual, se tem parceiro fixo ou não, quanto tempo tem de vida sexual, se tem filhos. As mais jovens têm mais parceiros, não tem filhos. Atendi uma que foi infectada pelo parceiro, 16 anos, primeira relação. Difícil (relato de entrevistada 6).

As representações sobre sexualidade estão expressas no dito e no não dito pelos profissionais de saúde (anexo G). Expressam sua compreensão e dimensão da doença. As representações de corpo e sexualidade são perpassadas pela representação da doença também. Quais são os símbolos e imagens do adoecimento da AIDS e quais as práticas que favorecem a infecção pelo HIV? Segundo Almeida e Jodelet (2009, p.105): “[...] as representações permitem o acesso às dimensões simbólicas, culturais e práticas dos fenômenos sociais”. Podemos afirmar que a representação da AIDS ainda está associada a comportamentos de risco e a uma imagem de sexualidade ‘desenfreada’. Particularmente as mulheres ainda não se percebem em risco a partir da sua própria sexualidade, e nem da imagem do ‘outro’, do seu parceiro. A AIDS ainda é vista como do outro, aquele que não pertence a minha realidade, a minha vida.

A maior parte de nossa sociedade entra em contato com a epidemia indiretamente, por intermédio de sua representação nos meios de comunicação de massa [...] apenas alguns de nós conhecemos pessoas de nossas redes sociais extensas que sofram com a doença do HIV [...]. Na atual representação dominante das dimensões sexuais da epidemia, a ênfase recai nos perigos dos contatos sexuais múltiplos e do contato sexual com pessoas dos grupos de alto risco, com as HIV positivas ou com as que já têm a aids manifesta (GAGNON, 2006, p.274).

Podemos agregar também a seguinte afirmação de Moscovici:

Tomemos, por exemplo, essa estranha e desconhecida doença, AIDS. As conversações e a mídia foram rápidas em se apoderar dela e, imediatamente, a catalogaram como a doença vingadora de uma sociedade permissiva. A imprensa a representou como uma condenação de ‘comportamentos degenerados’, a punição de ‘uma sexualidade irresponsável’ (MOSCOVICI, 2003, p.168).

Essas representações se traduziram em imagens que associaram a AIDS aos chamados grupos e comportamentos de risco, e mesmo hoje quando se fala em

vulnerabilidades à infecção pelo HIV, há uma distancia entre o discurso oficial da saúde e a representação social da AIDS na sociedade, dificultando ações efetivas para o controle da disseminação da doença entre aqueles que não se vêem nessas representações.

No caso das mulheres a representação da sua sexualidade passa pela heterossexualização e faz-se necessário uma nova dimensão sobre a heterossexualização e a infecção pelo HIV. Essa representação social que permeia o imaginário de todos, e entre eles estão os profissionais de saúde, reconhece a heterossexualização como mulheres ou homens que tem como desejo sexual o sexo oposto, mas não se aborda como a sexualidade se expressa entre os heterossexuais, quais são as suas práticas sexuais. Hoje já se fala em homossexualidades e nas suas expressões plurais de vivenciar a sexualidade, o mesmo não acontece com a heterossexualidade.

As pessoas podem ser heterossexuais de muitas maneiras. [...] Há uma tendência a ver a heterossexualidade como algo que tem vida própria, expressa na adolescência, no casamento, no divórcio e na velhice. Talvez seja proveitoso vê-la como variável dependente que atende a diferentes necessidades sociais e psicológicas, quando se expressa, por exemplo, entre os jovens, os que mantêm relações conjugais, os que têm atividade sexual concomitante com relacionamento primário, ou os que oferecem sexo por dinheiro. Essas relações têm roteiros diferentes (GAGNON, 2006, pp.300-301).

Considerando essas reflexões aliadas a abordagem de gênero, ou seja, as diferenças existentes entre os desejos e as vivências da sexualidade feminina e masculina, essas representações se apresentam de formas diferenciadas para homens e mulheres nas dimensões individuais e coletivas de cada um, perpassadas pela condição civil, geração, classe social e raça/etnia. Destaco para exemplificar fala de entrevistada 6: “As jovens entre 16 e 18 anos se colocam mais, falam dos parceiros. Acima dos 20, 25 anos, tem mais informação, falam abertamente, acima dos 50 anos são mais contidas”. Fala de entrevistada 7:

Há diferenças entre as mulheres pela faixa etária. As mulheres HIV positivas entre 20 e 40 anos falam mais. Tive uma experiência com uma paciente de 50 anos que ficou muito mal, não usava camisinha, negava a doença. Outra de 26 anos, terceiro filho, mesmo marido, também não aceitava a doença, negava. Uma de 19 anos, diagnóstico positivo do marido, iniciando o coquetel, ambos são ex-usuários de drogas, não sabia dizer o número de parceiros que já teve na vida, estava há dois anos com esse parceiro, diz que é muito abençoada porque o teste de HIV no pré-natal deu negativo.

A organização do atendimento nos centros de saúde favorece a prática da especialidade. Os dois centros de saúde possuem sala de planejamento familiar, salas de atendimento ginecológico, salas de atendimento dos bebês, sala de vacinação, sala de atendimento odontológico e salas de atendimento de DST. A fragmentação do atendimento é outra característica que reforça as representações de corpo biológico compartimentalizado e do cuidado voltado para a assistência das partes desse corpo. Os dias de atendimento ao pré-natal não são os mesmos dias de atendimento das DST. Observando o quadro de atendimento dos profissionais de saúde nos centros de saúde, afixado em mural no corredor, constatei que algumas especialidades atendem pela manhã e outras pela tarde, dificultando que esses profissionais se encontrem e possam dialogar sobre seus pacientes em comum, e fazendo com que o paciente passe o dia no centro de saúde para o atendimento das diferentes especialidades.

Considerando a dimensão da subjetividade e do privado que estão presentes no exercício da sexualidade e as representações negativas sobre as DST, quando observamos a organização do centro de saúde para o atendimento das pessoas com DST, verificamos que a privacidade das pessoas é exposta quando elas se dirigem ao profissional ou à sala específica para esse atendimento. Esse fato pode dificultar a volta de pacientes para o tratamento. O formulário que os profissionais de saúde aplicam junto às pessoas com HIV, perguntando sobre sexualidade, número de parceiros, se tem filhos, se já usou drogas, etc., poderia ser aplicado a todas as pessoas que chegam ao centro de saúde como informação importante para o cuidado à saúde sexual, mas a rotina define que é apenas para as pessoas com DST ou AIDS, e os profissionais não questionam isso e nem cogitam desenvolver questionamentos similares junto aos pacientes sem o resultado positivo para HIV. As salas de aconselhamento coletivo têm como objetivo repassar informações para sensibilizar para a testagem do HIV, mas não é um espaço que permita acessar informações sobre as práticas sexuais e a partir delas dialogar sobre as vulnerabilidades para a infecção pelo HIV.

Por outro lado, as mulheres gestantes com HIV se misturam às outras gestantes, mas seus prontuários têm uma marca específica para identificar que são mulheres com HIV/AIDS. Ainda que o atendimento às mulheres com HIV/AIDS seja diferenciado e os profissionais de saúde que as atendem estejam mais preparados, os olhares para essas mulheres e os cuidados preconizados estão voltados para o período reprodutivo ou para

prevenção do adoecimento. Em suas falas sobre o cuidado predomina o cuidado reprodutivo, não se fala sobre as mulheres da terceira idade, por exemplo. Há um imaginário sobre sexualidade e reprodução presente em todas as falas, particularmente quando expressam que uma das questões cruciais para as mulheres vivendo com aids é a prevenção da transmissão vertical.

As representações individuais são fruto de aprendizados coletivos, mediados pela linguagem, pelos símbolos e imagens que a sociedade tem dos fenômenos sociais. Tanto os profissionais de saúde em suas práticas quanto às mulheres em suas falas expressam representações que adquiriram ao longo de suas vidas, por meio de suas vivências, conhecimentos, experiências e trocas. Há uma relação entre representação e realidade, permeada pelo discurso, pelo símbolo, pela linguagem que expressa essa representação da realidade.

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. [...] A própria linguagem, quando ela carrega representações, localiza-se a meio caminho entre o que é chamado de a linguagem de observação e a linguagem da lógica; a primeira expressando puros fatos – se tais fatos existem - e a segunda expressando símbolos abstratos. Esse é, talvez, um dos mais marcantes fenômenos de nosso tempo – a união da linguagem e da representação. (MOSCOVICI, 2003, p.46).

Destaco ainda a observação do entrevistado 1 sobre as diferenças existentes nos atendimentos entre os profissionais que atendem as pessoas com HIV e AIDS e aqueles que não atendem. Ele ressalta que os profissionais de saúde que não atendem as pessoas com HIV ainda têm muito preconceito sobre a doença e dificuldades de lidar com as populações mais vulneráveis como, por exemplo, as travestis, os usuários de drogas e as profissionais do sexo. Esse depoimento reforça a necessidade de se aliar ao conhecimento das representações de corpo e sexualidade, as representações sociais e culturais sobre a doença e as diversas representações sobre as práticas sexuais para um melhor entendimento das vulnerabilidades femininas à AIDS. De acordo com Costa e et. al. (2007, p.20), na prática o foco da organização dos serviços e da prática do profissional de saúde ainda continua sendo o período gravídico-puerperal da mulher, ampliado para ações de planejamento familiar, deixando de lado, por exemplo, outras queixas ginecológicas, a saúde da mulher na adolescência e na terceira idade.

Mudanças nessas práticas exigem que a formação dos profissionais, a gestão e a organização dos serviços na rede de saúde passem por uma transformação radical para que haja a verdadeira inclusão da perspectiva

de gênero e da integralidade na atenção à saúde das mulheres (SOUTO, 2008, p.172).

Outra representação da doença que os profissionais de saúde entrevistados levantaram é a morte. Eles destacaram que essa é uma imagem ainda a ser desconstruída, e que no momento da entrega do diagnóstico positivo está muito presente no imaginário da pessoa soropositiva para o HIV. Por outro lado, quando eles superam esse medo, ocorre uma mudança de comportamento, de querer viver, de dar novo sentido à vida de repensar o que vale a pena. Relato de entrevistada 8: “ O momento de dar o diagnóstico é crucial. A morte fica real, muito perto. Depois é o momento da superação”, como uma paciente disse: “agora é utilizar esse ‘susto’ para dar vento em popa aos sonhos. Buscar força.”

O que as representações significam para cada pessoa? Que imagens elas relacionam com a realidade? Que valores e signos representam? Moscovici (2003) diz que:

De fato, representação é fundamentalmente um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes. [...] Categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele. (MOSCOVICI, 2003, p.62-63).

E quando as representações podem ser diferentes para as pessoas envolvidas no processo do cuidado à saúde, no caso a representação dos profissionais de saúde e das mulheres? Como ficam essas diferenças, por exemplo, da representação sobre sexualidade e morte? Como elas se expressam nas práticas de saúde do cuidado? Moscovici (2003) destaca que:

A teoria das representações sociais, por outro lado, toma como ponto de partida, a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade. (MOSCOVICI, 2003, p.79).

Essa possibilidade de construção de algo estável na abordagem do cuidado passa pelo estabelecimento do diálogo, do reconhecimento do outro na sua dimensão de sujeito, na escuta acurada de suas queixas e dúvidas, na percepção de seus contextos de adoecimento para além do vírus ou dos sinais e sintomas físicos. Marcou-me profundamente na experiência com as mulheres vivendo com HIV e AIDS, duas falas recorrentes entre elas: ‘ eu não sou o vírus’ e ‘quero ser acolhida como pessoa, quero falar de mim, não do vírus, do HIV’. Penso que essas falas traduzem o sentimento de como elas se sentem percebidas, vistas pelos profissionais de saúde no atendimento. Ao resgatar essas

falas, refletimos sobre esse lugar da escuta do dito. Como resignificar essas falas para pensar as práticas de saúde, em especial, as práticas de atendimento, de acolhimento, de cuidado? Recorrendo novamente a Moscovici (2003):

As representações sociais se baseiam no dito: “Não existe fumaça sem fogo”. Quando nós ouvimos ou vemos algo nós instintivamente, supomos que isso não é casual, mas que este algo deve ter uma causa e um efeito. Quando nós vemos fumaça, nós sabemos que um fogo foi aceso em algum lugar e, para descobrir de onde vem a fumaça, nós vamos em busca do fogo. O dito, pois, não é mera imagem, mas expressa um processo de pensamento, um imperativo – a necessidade de decodificar todos os signos que existem em nosso ambiente social e nós não podemos deixá-los, até que seu sentido, o ‘fogo escondido’, não tenha sido localizado. O pensamento social faz, pois, uso extensivo das suspeições, que nos colocam na trilha da causalidade. (MOSCOVICI, 2003, p.80).

Essa suspeição e questionamento sobre se as representações de corpo e sexualidade dos profissionais de saúde contribuem para a vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV instigou-me a desenvolver o presente trabalho exatamente porque as falas das mulheres e a experiência vivida no trabalho junto aos profissionais apresentavam a ‘fumaça’ de que as práticas de cuidado não consideram os contextos das práticas e identidades sexuais, não considera a realidade da assimetria das relações de gênero, não considera as representações sobre a doença e nem consideram os diferentes contextos sociais e culturais da vida cotidiana das mulheres.

5. CONCLUSÕES

As práticas de saúde desde a organização dos serviços até os processos de trabalho priorizam ações da saúde reprodutiva das mulheres como o pré-natal e as salas de planejamento familiar, reforçando a maternidade como expressão preponderante da sexualidade feminina. Essa visão sobre a sexualidade feminina foca as ações de cuidado para a saúde da mulher no comportamento individual, como responsabilidade feminina, tornando invisível as relações e os parceiros que interagem para o contexto onde, quando e em que condições ocorrem as práticas sexuais.

As práticas de saúde têm sido um espaço de medicalização do cuidado a partir do saber médico e da visão do corpo biológico, muitas vezes desconhecendo práticas de cuidado inerentes ao cotidiano de mulheres e homens, reforçando os modelos da assimetria de classe, gênero, raça/etnia numa perspectiva subordinadora e não emancipatória. Tornam-se práticas prescritivas e autoritárias. Destacam o lugar da mulher como cuidadora do outro, especialmente como cuidadora dos filhos. A própria organização dos serviços de saúde prioriza a condição feminina materna.

As representações sociais sobre corpo e sexualidade dos profissionais de saúde estão presentes nas suas práticas de saúde e nas suas falas. Analisando suas falas sobre as diferenças entre as mulheres solteiras e as mulheres casadas, destaco os comentários sobre o recato das mais velhas em abordar sobre a infecção pelo HIV e a ‘descontração’ das mais jovens e solteiras de falarem abertamente, inclusive sobre o número de parceiros. Ou quando falam (os profissionais de saúde) sobre a dificuldade das mulheres de trazerem seus parceiros para fazer o teste HIV quando elas são diagnosticadas positivas para o HIV no pré-natal, mesmo constatando a dificuldade dessa vinda masculina, os profissionais de saúde continuam a repassar para elas, mulheres, a responsabilidade de convencerem seus parceiros a fazer o teste.

A constatação do desconhecimento do corpo feminino por parte das mulheres e a ausência dos homens no cuidado à saúde são fatores que dificultam um processo de educação e transformação da visão de cuidado para a saúde sexual e reprodutiva que considere os valores sociais e culturais de homens e mulheres em suas diferentes práticas sexuais. Entretanto, os profissionais de saúde, na sua maioria, não reconhecem o lugar do atendimento como um lugar de educação em saúde.

Muitas vezes o cuidado prescrito não considera ou não reconhece a realidade da vida do paciente e a representação que ele tem sobre saúde, podendo significar não adesão ao tratamento e às orientações de prevenção e cuidado. Exemplo claro dessa situação é a recomendação para as mulheres do uso do preservativo nas relações sexuais com seus parceiros. A assimetria existente nas relações entre homens e mulheres, especialmente, nas relações estáveis dificulta essa negociação. Considerando a dificuldade das mulheres positivas para o HIV trazerem seus parceiros para a testagem, há que se considerar que a dificuldade para a introdução do uso do preservativo nessa relação deve ser maior ainda. E se considerarmos que parcela dessas mulheres pode ser vítima de violência sexual e/ou doméstica por parte de seus parceiros, maior ainda a dificuldade para o uso do preservativo. Como já citamos anteriormente o estudo de Santos (2009) constatou que 22,1% das mulheres soropositivas para o HIV informaram que sofreram violência sexual e 21% já haviam tido DST anteriormente, mas os profissionais de saúde não percebem essa informação como vulnerabilidade para infecção para o HIV, mesmo quando verbalizada. As mulheres são encaminhadas para o serviço de saúde que atende mulheres em situação de violência, e quando chegam lá é que será considerada a possibilidade da testagem para o HIV. Mais uma vez prevalece a visão fragmentada do atendimento e da especialidade como forma de responder aos diferentes agravos à saúde sexual e reprodutiva.

A ausência do conhecimento e apropriação da dimensão social e cultural de corpo e sexualidade nas práticas sexuais das mulheres, o não reconhecimento da assimetria subjacente nas relações de gênero, entre homens e mulheres, contribui para aumentar a vulnerabilidade feminina à AIDS, pois nas ações de cuidado sobre sexualidade e AIDS não são informados antes do conhecimento da soropositividade, e mesmo para as mulheres HIV positivas os cuidados preconizados estão mais voltados para a melhora da qualidade de vida do que para a prevenção das DST

Considerando que as representações sociais expressam pensamentos e imagens da realidade e se traduzem em ações na vida real, os depoimentos dos profissionais de saúde, a literatura pesquisada e a experiência pessoal confirmam que as representações de corpo e sexualidade dos profissionais de saúde contribuem para a vulnerabilidade feminina. Ao não abordarem as práticas sexuais, os contextos em que elas acontecem, e a própria representação da doença associada às representações de corpo e sexualidade da sociedade e das mulheres, os profissionais de saúde fragilizam a possibilidade das mulheres

perceberem suas vulnerabilidades e adotarem práticas sexuais mais seguras. Ao delegarem às mulheres a responsabilidade de sensibilizar seus parceiros para a vinda ao centro de saúde e para a negociação do uso da camisinha, fica evidente o não reconhecimento da assimetria das relações de gênero. Ao não abordarem junto às mulheres negativas que chegam ao serviço de saúde para outros atendimentos as vulnerabilidades femininas para o HIV enquanto condição feminina, independente da condição social e civil, os profissionais de saúde contribuem indiretamente para o não cuidado sexual das mulheres. A ausência de espaços de interação e troca entre os diferentes profissionais de saúde que atendem as mulheres para discutirem sobre as ações de cuidado e de prevenção considerando a integralidade da atenção à saúde também contribuem para aumentar a vulnerabilidade feminina para o HIV.

A representação da AIDS ainda associada às idéias de promiscuidade e homossexualidade masculina vulnerabilizam as mulheres em relações estáveis. Considerar a abordagem de corpo e sexualidade na dimensão de gênero é fundamental para perceber as diversas vulnerabilidades femininas para o HIV. Abordar os cuidados para a prevenção do HIV junto às pessoas que não estão infectadas é fundamental para o controle da epidemia. Uma das questões que o estudo, particularmente, e as entrevistas junto aos profissionais de saúde trouxeram é a importância de se refletir sobre a representação de cuidado, fundamental também para um novo olhar sobre as práticas de saúde. Outro destaque é a importância da interdisciplinaridade das práticas de saúde para de fato alcançar-se uma ação mais integrada e integradora do cuidado à saúde.

As representações sociais de corpo e sexualidade, compreendidas na dimensão das relações de gênero abrem caminhos para uma nova percepção sobre o corpo humano e sobre o cuidado à saúde, uma alavanca essencial para pensar as estratégias de prevenção do HIV entre mulheres, um novo caminho para pensar a formação dos profissionais de saúde transformando as práticas a partir de novas representações sobre o corpo e a sexualidade. Fundamental uma maior e mais efetiva interação entre as práticas de saúde nos serviços de saúde e a formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde. Construir a ponte entre o saber e o fazer, entre ensino e academia, tão necessária para melhorar as ações de cuidado e de promoção à saúde. Estabelecer mecanismos de diálogo entre as instituições formadoras e as instituições executoras da saúde.

6. Referências Bibliográficas:

ALMEIDA, Ângela M.O.; JODELET, Denise (Orgs.). *Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. Brasília: Thesaurus, 2009.

BANDEIRA, L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p.180-197.

BARBARÁ, André; SACHETTI, Virginia A.R.; CREPALDI, Maria Aparecida. Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v.9, n.2, p.331-339, 2005.

BARBOSA, Regina M.; PARKER, Richard (Orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.

BORDO, Susan R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, Alison M.; BORDO, Susan R. (Ed). *Gênero, corpo e conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 19-41.

BOURDIEU, Pierre. *A Dominação masculina*. Tradução Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOZON, Michel. *Sociologia da sexualidade*. Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – AIDS/DST*, Brasília, ano II, 2000.

_____. *Boletim Epidemiológico – AIDS/DST*, Brasília, ano V, n. 1, dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 104 p. (Manuais, 57).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 29 p.

BRITO, Nair. *Cidadãs positivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 111p. (Série Parcerias e Mobilização Social, n. 2).

BRUSCHINI, Cristina. Sexualidade e sociologia: comentários sobre a exposição de Janine Pierret. In: LOYOLA, Maria Andréia (Org.). *A Sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. p. 257-269.

BRUSCHINI, Cristina; HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Orgs.). *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: Editora 34, 1998.

BESSA, Karla Adriana Martins (Org.). *Trajetórias do gênero, masculinidades*. Cadernos Pagu, Campinas, n.11, p. 43-156, 1998.

COELHO, Clair C. Breve história da mulher e seu corpo. In: COELHO, Elza Berger Salema; CALVO, Maria Cristina; COELHO, Clair Castilho. *Saúde da mulher: um desafio em construção*. Florianópolis: UFSC, 2006. p. 11-26.

CORREA, Marilena Villela. *Sexo, sexualidade e diferença sexual no discurso médico: algumas reflexões*. In: A Sexualidade nas Ciências Humanas. LOYOLA, Maria Andréa (org.). Rio de Janeiro, Ed. UERJ. 1998. p.70-91.

COSTA, Ana Maria; AQUINO, Estela L. *Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira*. In: COSTA, Ana Maria; MERCHAN-HAMANN, Edgar; TAJER, Débora

(Orgs.). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: UnB, 2000. p. 181-202.

COSTA, Ana & tal. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. In: *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. V.31. jan/dez.2007. p.13-24.

DALL'AVA- SANTUCCI, Josette. *Mulheres e médicas: as pioneiras da medicina*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

DA SILVA, Dayse de Paula Marques da (Org.). *Sexualidade em diferentes enfoques*. Niterói: UERJ, 2001.

DIONNE, Jean; LAVILLE, Christian. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

DOSSIÊ mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2003. 37p.

DUVEEN, Gerard. *Introdução. O poder das idéias*. In: *Representações sociais – investigações em psicologia social*. MOSCOVICI, Serge. Petrópolis, RJ. Vozes. 2007. p.7-28.

ESCOFFIER, Jeffrey. *Introdução*. In: GAGNON, John H. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamont, 2006. p.13-30.

FONSECA, Tania Maria. A dominação masculina: formas (in)sustentáveis de ser homem e mulher. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v.7, n.1 e 2, p. 206-213, 1999.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. 9.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.

GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

GAGNON, John H. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamont, 2006.

GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

GUILHEM, Dirce. *Escravas do risco: bioética, mulheres e aids*. 2000. Tese (Pós Graduação em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2000.

GUIMARÃES, Carmen Dora. *Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

HEILBORN, Maria Luiza. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar; WALDOW, Vera. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MATOS, Maria Izilda Santos de; SOIHET, Rachel (Orgs.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: UNESP, 2003.

MARTIN, Emily. *A Mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Tradução de Júlio Bandeira. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

MORAES, Maria Lygia Q. de. *Usos e limites da Categoria Gênero*. In: Cadernos Pagu – Trajetórias do gênero, masculinidades. Campinas: UNICAMP, 1998.

MOULIN, Anne M. O Corpo diante da medicina. In: COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges; CORBIN, Alain (Orgs.). *História do corpo 3. As Mutações do Olhar: o século XX*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 15-82.

MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

PAIVA, Vera (Org.). *Em tempos de aids*. São Paulo: Summus, 1992.

PARKER, Richard. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. São Paulo: Editora 34, 2000.

PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Orgs.). *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996.

PIERRET, Janine. Elementos para reflexão sobre o lugar e o sentido da sexualidade na sociologia. In: LOYOLA, Maria Andréia (Org.). *A Sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. p.49-68.

PINHEIRO, Roseni; DE MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2003.

PITANGUY, Jacqueline. *Sexo e Sexualidades*. In: Cadernos Cepia. Rio de Janeiro, 1998. p.139-148.

PORTOCARRETO, Vera. *As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

RUSSO, Jane. *A Construção Social do Corpo: desnaturalização de um pressuposto médico*. In: Cadernos Cepia – Saber Médico, Corpo e Sociedade. Rio de Janeiro, 1998.

PITANGUY, Jacqueline. *Sexo e Sexualidades*. In: Cadernos Cepia – Saber Médico, Corpo e Sociedade. Rio de Janeiro, 1998.

SAFFIOTI, Heleieth. *O Poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987.

SAFFIOTI, Heleieth. Primórdios do conceito de gênero. *Cadernos Pagu*, Campinas, n.12, p. 157-163, 1999.

SANTOS, Naila et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. S321-S333, 2009.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Recife: SOS Corpo, 1993. [mimeo]

SOHN, Anne-Marie. O corpo sexuado. In: COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges; CORBIN, Alain (Orgs.). *História do Corpo-3. As Mutações do olhar: o século XX*. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 109-154.

SONTAG, Susan. *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. *SER Social*, Brasília, v.10, n.22, p. 161-182, 2008.

SPINK, Mary J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P.A. (Orgs). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 117-145.

STEPCKE, Fernando L. *Muito além do corpo: a construção narrativa da saúde*. São Paulo: Loyola, 2006.

VIEIRA, Elisabeth M. *A Medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

VILLELA, Wilza. *Homens que fazem sexo com mulheres: prevenindo a transmissão sexual do HIV*. São Paulo: Nepaids, 1997.

_____. In: *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. Galvão, L. & Diaz, J. (orgs). São Paulo, Editora HUCITEC, 1999.

_____. Para quem dirigimos nossas ações? (Sobre a incorporação do gênero nas práticas de saúde). In: DA SILVA, Dayse de Paula Marques da (Org.). *Sexualidade em diferentes enfoques*. Niterói: UERJ, 2001.

7. ANEXOS

ANEXO A

Roteiro semi-estruturado - entrevista com profissionais de saúde

Projeto: Representações sobre corpo e sexualidade de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV/AIDS

Aluna: Kátia Maria Barreto Souto – Mestrado – Departamento de Sociologia/UnB

Orientadora: Profa. Berlindes Astrid Küchemann

Parte 1 – Dados pessoais:

Nome: _____

Formação: _____ Tempo de formação: _____ anos

Alguma especialização? _____ Se sim, qual? _____

Idade: _____ anos raça/cor: _____

Naturalidade: _____

Situação conjugal: _____

Tem filhos? _____ Quantos? _____

Tem religião? _____ Qual? _____

Trabalha também no privado? _____

Tempo de serviço: _____

Parte 2 – Atendimento de saúde:

- Atende ginecologia em geral?
- Atende pré-natal e parto?
- Atende mulheres com HIV e aids? Outras DST?

Parte 3 – Percepção do atendimento:

- Como é o seu atendimento em geral, junto às mulheres?
- Quais as principais motivações das mulheres para virem ao serviço de saúde?
- Atende gestação e parto?

- Você atende gravidez de risco? Emergência?
- Em que momento você pede o teste HIV para as mulheres? E o VDRL? Como é para você pedir esses testes? Como você conversa com as mulheres sobre isso? Tem diferença de um e de outro? Qual?
- Quando mais de um profissional atende a mesma mulher, vocês conversam sobre a situação da mulher, procedimentos, etc.? Em que situações?
- O diálogo entre profissionais acontece como rotina no atendimento? Por exemplo, em reunião de equipe? Se não, como e quando acontece? Os profissionais estão na mesma Unidade de Saúde?
- Sente diferença de atendimento entre os profissionais?
- As mulheres perguntam sobre o que está acontecendo com elas? O que mais perguntam? O que querem saber?
- Quando o teste HIV dá positivo, como você dá o resultado para a mulher?
- Quais os cuidados que você indica?
- Como você conversa com essas mulheres sobre os cuidados com o corpo? Como você aborda com ela os cuidados relacionados à sexualidade?
- Você percebe ou sente quando ela está esclarecida? Com você percebe a mulher em relação ao seu próprio corpo? Tratamento, cuidados, etc.?
- E sobre o(s) parceiro(s)? Como é feita a abordagem? Você pergunta sobre a sexualidade do casal?
- E se a mulher está grávida? Tem diferença no cuidado? Quais? Fala sobre a vida sexual na gravidez?
- Comparando as duas situações – mulher HIV positiva grávida e não grávida, quais diferenças você destacaria – na reação da mulher?
- E nos cuidados que você indica?
- O que você acha necessário para o atendimento ficar melhor ou mais legal?
- Gostaria de acrescentar algo?

Obrigada pela atenção!

ANEXO B

Termo de consentimento livre e esclarecido

Projeto: Representações sobre corpo e sexualidade de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV/aids

Aluna: Kátia Maria Barreto Souto – Mestrado – Departamento de Sociologia/UnB

Orientadora: Profa. Berlindes Astrid Küchemann

Contatos: Kátia Souto – 9972.4781/ 3340.7867 – SQN 314 Bloco”B” apto. 207 CEP: 70767-020

Você está sendo convidado (a) a participar de uma entrevista que pode durar cerca de 30 minutos ou um pouco mais, sua participação não é obrigatória.

Sou aluna de Mestrado do Departamento de Sociologia da UnB e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa que pretende avaliar a percepção dos profissionais de saúde em relação a corpo e sexualidade das mulheres com HIV ou AIDS, no cuidado e prevenção.

As informações obtidas serão usadas para contribuir com a reflexão sobre os cuidados em saúde no corpo feminino e a vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS.

Caso concorde em participar, as perguntas serão realizadas por mim e suas respostas serão anotadas e gravadas.

Todas as suas respostas serão mantidas em SIGILO. Será confidencial e apenas, eu, conhecerei as respostas e estas estarão guardadas sobre minha responsabilidade.

Caso você decida não responder ou mesmo depois de iniciada a entrevista, deseje interromper, é um direito seu e será respeitado.

Fica entendido que você pode perguntar o que quiser antes de assinar esse documento. E se ainda tiver dúvidas, poderá entrar em contato comigo. Obrigada por sua colaboração.

Declaro que li e entendi este termo de consentimento e todas as minhas questões foram esclarecidas satisfatoriamente. Assim, concordo em participar do estudo.

Assinatura: _____

Local: _____ Data: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data : _____

ANEXO C

Uso do preservativo é menor entre mulheres

- 26% dos homens tiveram parceiro eventual nos últimos seis meses, contra 4% das mulheres.
- A atividade sexual exclusiva com parceiros eventuais é 7 vezes maior entre homens (15%) do que entre as mulheres (2%).
- Quase todas as mulheres (94,6%) disseram ter tido relações apenas com parceiros fixos. Entre homens, 75,1%.
- O uso consistente do preservativo é maior entre os homens (17,9%) do que entre as mulheres (11,7%).
- Os homens (29,3%) usam mais preservativos na primeira relação sexual do que as mulheres (23,2%)

Fonte: IBOPE, Pesquisa de Opinião Pública 2003

ANEXO D

Mulheres fazem mais teste anti-HIV. Pré-Natal é determinante

Proporção de pessoas sexualmente ativas que já fez o teste anti-HIV alguma vez na vida por região de residência segundo os grupos de idade, o sexo e a classe econômica - Brasil, 2003

	Norte/Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul	Brasil
Total	27,4	20,0	33,3	37,5	29,7
Até 24 anos	34,3	22,7	36,3	35,1	31,9
Maior de 24 anos	25,7	19,0	32,4	38,2	29,1
Homens	27,8	15,7	28,8	33,7	26,0
Mulheres	27,0	24,2	38,3	42,5	33,8
Classe A/B	63,6	52,9	42,2	55,2	47,0
Classe C	34,7	23,3	35,4	39,5	34,7
Classe D/ E	17,6	16,6	23,4	28,1	20,2

Fonte: IBOPE, Pesquisa de Opinião Pública 2003.

ANEXO E

BRASIL, Ministério da Saúde. Cidadãs PositHIVas - Capítulo 3, p. 56 - 58

Relatos sobre violência cometida contra os direitos reprodutivos das mulheres com HIV/AIDS

“No último trimestre no ano de 1999 engravidei, mesmo sem ter sido planejado, a alegria foi imensa; preocupei-me em fazer um excelente acompanhamento pré-natal, mas houveram falhas, uma delas foi que não me foi pedido o teste HIV e nem eu questioneei isso, mesmo porque era casada e meses antes numa campanha de prevenção havia me submetido ao exame, o qual veio negativo. O assunto foi encerrado num pensamento errôneo de que eu estava segura. Um terrível engano, porque no decorrer de minha gravidez, num outro centro de saúde fiz outro teste. Este veio positivo. Me desesperei, confesso que naquele momento não queria estar grávida, mas o desejo de ser mãe era maior e já amava por demais aquele fruto de um lindo amor que crescia em meu ventre.

Desde já recebi a medicação para evitar a contaminação do bebê. Comuniquei ao médico que praticamente não quis mais acompanhar a gestação. Aconselhou-me a procurar o serviço de DST/AIDS. Mudei de cidade e quase no fim da gestação procurei atendimento particular já que a cesárea era indicada para o meu caso e pelo SUS estava havendo dificuldade. Recebi todo o acompanhamento e desde então não fui discriminada. Meu filho recebeu a medicação e fui encaminhada ao hospital para tratamento e acompanhamento de referência...

No convívio naquele hospital, com uma pequena amostra de mulheres portadoras do HIV assim como eu, percebi que mulheres foram meio que induzidas a desistir do direito de ser mãe a partir do diagnóstico de sorologia + para o HIV, não podendo escolher ou não a opção de engravidar, já que depois de seus partos foram laqueadas. ...”

“Em julho de 1998, havia 3 anos que sabia da soropositividade, engravidei, tomava os anti-retrovirais só a dois meses, quando disse ao médico...o que foi me respondido era que tinha duas opções:

Abortar, pois em consequência de ser soropositiva iria ficar muito fraca com a gestação e o parto.

- E poderia continuar e arcar com as consequências, pois com certeza poderia vir a ficar muito mal.

Procurando o ginecologista (infectologista) que fazia o pré-natal, como fazia qualquer mulher, ele disse: que tudo bem, ele acompanharia o pré-natal, que faria uma cesariana programada e que teria que me laquear, pois as mulheres HIV+ não poderia ter mais que uma gravidez ...”

ANEXO F

BRASIL, Ministério da Saúde. Cidadãs PositHIVas. Capítulo 1, p.19.

Aids – mulher: onde está teu espaço?

Maria Beatriz (Bia), casada, mãe de 4 filhos e com 2 netos, 53 anos, sabe-se portadora de HIV desde março de 1997, é advogada, membro da RNP+/Núcleo Porto Alegre e coordenadora regional do “Cidadã PositHIVa” no Rio Grande do Sul.

A AIDS não surgiu com a cara da mulher. Esta frase é repetida inúmeras vezes pelos grupos que trabalham com as mulheres com HIV/AIDS. Contudo, até hoje, nosso espaço não vem sendo reivindicado adequadamente. E é com isto que me insurjo e conclamo as mulheres soropositivas a uma reflexão. Nos movimentos direcionados à saúde da mulher, mais especificamente, das mulheres portadoras do vírus da AIDS, o assunto inevitável em pauta é o da contaminação vertical. Este é abordado de forma exaustiva e profunda. Os trabalhos que analisam o tema da contaminação feminina e suas decorrências – de imediato - tendem à análise da condição reprodutiva da mulher frente ao HIV. Mas, lhes pergunto em que momento vão ser analisadas as peculiaridades físicas da PRÓPRIA MULHER e, não, a sua simples condição de reprodutora? É bem verdade que o estudo reprodutivo da espécie diante da epidemia é muito importante. E isso eu não contesto! O que questiono, e peço que pensem nisto, é porque não se analisa um tratamento adequado à condição feminina? Poderão me dizer que, em questões de HIV/AIDS não há qualquer diferenciação. Ledo engano... E eu lhes provo. Quem de vocês já leu coisa sobre os efeitos do HIV/AIDS no climatério? Eu, nunca. E, como eu, existem muitas mulheres nesta fase da vida... e contaminadas. Analisem comigo, no climatério somos acometidas de sérias crises de depressão por questões hormonais. A medicação adequada para o tratamento da AIDS provoca depressões... Como ficamos? Também pela deficiência hormonal, somos fortes candidatas à osteoporose e outros males relativos à falta de cálcio. O AZT , naturalmente, descalcifica a pessoa que o toma, podendo provocar osteoporose. A

reposição hormonal, muitas vezes indicada às mulheres na menopausa para evitar problemas, interage com a medicação tríplice (coquetel) não podendo ser administrada à mulher soropositiva... Devemos ser condenadas a nos transformarmos em saco de pó? A viver em profunda depressão o resto dos nossos dias? O somatório destes pequenos problemas, pelo qual eu já passei, é apenas a ponta do 'iceberg' da infinidade de situações emergentes da nossa condição de mulheres portadoras de HIV! Mas, estes fatos não são contemplados nas pesquisas ou nos estudos sobre AIDS. Agora, volto a lhes perguntar: onde ficou o 'nosso' espaço? Quando os médicos e cientistas vão ter a sensibilidade de encarar a mulher como uma pessoa completa e não apenas como invólucro de reprodução? Temos que ter qualidade de vida porque somos PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS, mas pessoas diferentes dos homens e com peculiaridades que transcendem à reprodução. Diante desta pequena reflexão, volto a conclamar as mulheres a, junto comigo, reivindicarem o nosso espaço, quer nas pesquisas, quer nos eventos a nós dedicados, para que sejamos respeitadas como MULHERES INTEIRAS!

ANEXO G

Quadro de profissionais entrevistados

Formação	Idade	Tempo de formação	Estado civil	Religião
1. Enfermagem	44 anos	19 anos	casado	católica
2. Psicologia	47 anos	18 anos	casada	não tem
3. Gineco-obstetrícia	54 anos	29 anos	separada	católica
4. Gineco-obstetrícia	52 anos	25 anos	casada	católica
5. Médico-infecologista	40 anos	13 anos	solteiro	espírita
6. Médica-infecologista	52 anos	29 anos	divorciada	católica
7. Enfermagem	32 anos	10 anos	casada	evangélica
8. Ginecologia	42 anos	19 anos	casada	católica

Relatos selecionados (livres):

1. *“Ainda tem muito tabu entre os profissionais de saúde, da vivência e da formação. Precisa melhorar. O profissional não pode deixar que seu preconceito interfira no atendimento, julgando as pessoas. No geral, as pessoas chegam aqui com a auto-estima baixa e se ainda forem julgadas”.*
2. *“Dar o resultado positivo é complicado. Já dei. São várias reações. Sinto o impacto da revelação. Negação. Não aceita. O apego religioso atrapalha muito. Muitas religiões propagam que pode curar e isso é muito complicado, é ponto negativo para a aceitação do diagnóstico.”*
3. *“Além do preconceito, medo de pegar pelo toque, desinformação. Mesmo com a informação o preconceito está nela mesma, nos profissionais de saúde também.”*
4. *“Temos ainda profissionais de saúde despreparados. Conversas paralelas. Separam prontuários HIV com um ponto vermelho, é uma forma de discriminação.”*
5. *“Temos poucas campanhas de preservativo. Um país sexual como o nosso. A doença está banalizada, não se morre de HIV, aí não usam preservativo. Deveria existir um programa para pacientes que não tomam a medicação correta, um tratamento com observação direta. E também facilitar um programa de esterilização para as mulheres HIV que desejarem.”*

6. *“Maior dificuldade é negociação do uso da camisinha. Grande maioria se contaminou com o parceiro e mesmo assim tem dificuldade de negociar. Eles dizem para que, se os dois são positivos.”*
7. *“Seria importante ter reuniões entre os profissionais de saúde para trocarem idéias e experiências. Tem a proposta, mas ainda não aconteceu. Ia ajudar no trabalho integrado, no pré e pós aconselhamento.”*
8. *“É preciso desmistificar a cronologia, quando foi o contágio. 20 anos de casamento, mulher vem faz o teste, está positiva, e o marido afirma que não foi dele, e aí como fica. Pare, escute, deixe falar. Associa à traição, nega, mexe com a relação.”*