

Dirce Guilhem

ES CRAVAS DO RISCO: Bioética, Mulheres e Aids



N.Cham. 616.988 G956e

Autor: Guilhem, Dirce

Título: Escravas do risco : bioética,



10117647

Ac. 923467

Ex 5 BCE

FINATEC
INSTRUMENTOS
ÓPTICOS

Dirce Guilhem graduou-se em Enfermagem e atuou na área clínica por um período de dez anos, desenvolvendo atividades em clínica cirúrgica, cirurgia cardíaca, centro cirúrgico, saúde ocupacional e educação continuada. É especialista em Administração Hospitalar e Enfermagem do Trabalho. Já como professora da UnB, cursou o mestrado em Psicologia Social e do Trabalho (Ergonomia) e o doutorado em Ciências da Saúde (Bioética). Realizou estudos de pós-doutorado no tema Bioética e Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Nos últimos dez anos tem-se dedicado ao ensino e à pesquisa em bioética. Atua como professora do curso de Enfermagem, professora orientadora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, coordenadora do Núcleo de Estudos em Educação, Promoção da Saúde e Projetos Inclusivos (Nesprom), além de ser membro do Comitê de Ética em Pesquisa e vice-diretora da Faculdade de Ciências da Saúde. Foi membro da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep/MS) pelo período de dois anos. É professora convidada da Associação Brasileira de Odontologia para a disciplina de Bioética oferecida nos cursos de Especialização em Odontologia. É autora de artigos sobre bioética, bioética feminista e pesquisas envolvendo seres humanos, tendo publicado, em parceria, o livro *O que é bioética?*

Escravas do risco: bioética, mulheres e Aids



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Reitor
Lauro Morhy

Vice-Reitor
Timothy Martin Mulholland



Diretor
Alexandre Lima

Conselho Editorial
Presidente
Elizabeth Cancelli

Alexandre Lima, Clarimar Almeida Valle, Dione Oliveira Moura, Henryk Siewierski, Jader Soares Marinho Filho, Marília Steinberger, Ricardo Silveira Bernardes, Suzete Venturelli



FUNDAÇÃO DE EMPREENDIMENTOS CIENTÍFICOS E TECNOLÓGICOS – FINATEC

CONSELHO SUPERIOR
Presidente: Prof. Reinhardt A. Fuck

Conselheiros:

Prof. Carlos Alberto Bezerra Tomaz
Prof. George Raulino
Prof. Jurandir Rodrigues de Souza
Prof. Márcio Martins Pimentel
Prof. Norai Romeu Rocco
Prof. Sadek Crisóstomo Absi Alfaro

Prof. Flaminio Levy Neto
Prof. Guilherme Sales Soares de A. Melo
Prof. Kalil Skeff Neto
Prof. Márcio Nunes Iorio Aranha Oliveira
Prof. Roberto Francisco Bobenrieth Miserda

CONSELHO FISCAL
Presidente: Prof. Fernando Jorge Rodrigues Neves

Conselheiros:

Prof. André Pacheco de Assis – Titular
Prof. Ivan Marques de Toledo Camargo – Titular
Prof. José Imaña Encinas – Suplente
Prof. Luciano Mendes Bezerra – Suplente
Prof. Carlos Alberto Gurgel Veras – Suplente

DIRETORIA EXECUTIVA
Diretor Presidente: Prof. José Luiz Alves da Fontoura Rodrigues
Diretor Secretário: Prof. Paulo César de Moraes
Diretor Financeiro: Prof. Geraldo Resende Boaventura



Escravas do risco: bioética, mulheres e Aids

Dirce Guilhem

EDITORA

UnB

FINATEC
FUNDAÇÃO DE EMPREENDIMENTOS
CIENTÍFICOS E TECNOLÓGICOS 

EQUIPE EDITORIAL

Preparação de originais e revisão

Ana Costa e Jupira Correa

Editoração eletrônica

Fernando Manoel das Neves

Capa

Maurício Borges

Este livro foi aprovado pelo
**Conselho Editorial da
Universidade de Brasília**, no
âmbito do Programa de Fomento da
**Fundação de Empreendimentos
Científicos e Tecnológicos –
FINATEC**, Edital 003/2003 –
Auxílio à Publicação.

Copyright © 2005 by Finatec

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição:

Editora Universidade de Brasília
SCS Q. 2 – Bloco C – nº 78
Ed. OK – 2ª andar
70300-500 – Brasília-DF
Tel.: (0xx61) 226-6874
Fax: (0xx61) 225-5611
editora@unb.br

Finatec – Universidade de Brasília
Campus Universitário Darcy Ribeiro
Ed. Finatec / Asa Norte
70910-900 – Brasília-DF
Tel.: 61 348-0400 – Fax: 61 307-3201
E-mail: finatec@finatec.org.br
<http://www.finatec.org.br>

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser armazenada ou reproduzida por qualquer meio sem a autorização por escrito da Editora.

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca Central da Universidade de Brasília

M433 Matos, Dirce Guilhem de
Escravas do risco – bioética, mulheres e Aids / Dirce Guilhem
de Matos. – Brasília : Editora Universidade de Brasília : Finatec,
2005.
248 p.
ISBN 85-230-0875-6 – Editora Universidade de Brasília
ISBN 85-85862-13-0 – Finatec
1. Bioética. 2. HIV. 3AIDS. 4. Gênero. I. Título.

CDU 616.988

*À minha família,
especialmente à Luciana e ao Lucas,
por todo o carinho que sempre me dedicaram.*

Agradecimentos



Este livro é fruto do trabalho efetuado durante o curso de doutorado desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, na área de Bioética. A tese intitulada *Escravas do risco: bioética, mulheres e Aids* foi defendida em 15 de março de 2000, sendo também a primeira tese de doutorado nessa área realizada no Brasil.

Muitas pessoas contribuíram para que ela se tornasse realidade. Gostaria de agradecer de maneira especial a algumas delas: Volnei Garrafa e Debora Diniz (professores orientadores); Moema da Silva Borges, Luiza Aparecida Teixeira Costa, Rejane Antonello Griboski e Elioenai Dornelles Alves (colegas do Departamento de Enfermagem da UnB); Alessandra Alves do Nascimento e Giselle Hentzy Moraes (bolsistas do Pibic, entrevistadoras); Marcelo Medeiros (economista, instrumento e estatística); Nonato Matos (médico); Malu Fontes (jornalista, revisão do texto); Regional Sul de Saúde do Distrito Federal e Centros de Saúde (*locus* da pesquisa); mulheres e profissionais de saúde (participantes de pesquisa).

O trabalho contou também com o financiamento parcial da Unesco por meio do Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST/Aids. Para a publicação desta obra agradeço o apoio da Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos – Finatec.

“... É preciso estar sempre embriagado.
Tudo se resume a isto: é a única questão.
Para não sentir o horrível fardo do tempo,
que te pesa sobre os ombros,
e que te inclina sobre a terra.
É necessário que te embriagues sem trêgua:
Mas de quê?
De vinho, de poesia, ou de sabedoria, a tua escolha.
Mas embriaga-te...”.

Charles Baudelaire

Sumário

Prefácio	13
Apresentação	17
Prólogo	19
Lista de figuras	22
Lista de tabelas	23
Introdução	25
Capítulo 1	
A construção histórico-moral da vulnerabilidade feminina diante do HIV/Aids	
Histórico moral da epidemia	31
O conceito de vulnerabilidade no contexto do HIV/Aids	49
Escravas da ilusão	64
Capítulo 2	
Bioética crítica e vulnerabilidade	73
Capítulo 3	
Mulheres e vulnerabilidade	101
Capítulo 4	
A etnografia da vulnerabilidade	133
Gestantes e aceitabilidade do exame anti-HIV	141
Caracterização das entrevistadas	145
Os impactos do exame anti-HIV	152
Conhecimento sobre a infecção pelo HIV/Aids	160

Crenças sobre o risco	170
Gestantes: o dilema do exame	178
A confiança do sim	178
A passagem do não para o sim	184
A ilusão do não	185
A passagem do sim para o não	187
Ethos científico: a confirmação da ilusão	190
Conclusão	
Uma epifania do poder feminino de decisão	209
Referências bibliográficas	225
Anexos	
Sobre a amostra	245

Prefácio



refaciar este livro é um grande prazer e isto por no mínimo três motivos. O primeiro é ter a honra de anunciar ao leitor, em poucas palavras, a magnífica viagem que irá realizar ao se debruçar sobre este texto. O segundo motivo é o de compartilhar, dessa forma, do debate incitado por este trabalho ao unir três temáticas de grande relevância acadêmica e social, quer sejam Aids, gênero e bioética. E o terceiro motivo, mas não menos importante, é o de apresentar um trabalho resultante de uma trajetória da qual tive a oportunidade de acompanhar em diferentes momentos, dentre os quais durante o Programa de Treinamento em Metodologia de Pesquisa de Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, realizado por Dirce, e na consagração acadêmica deste trabalho que se deu na sua defesa para a obtenção do título de doutorado ao qual Dirce fez jus.

O trabalho que Dirce Guilhem nos apresenta tem, assim, o mérito de unir duas temáticas – Aids e bioética – tendo como fio condutor o gênero e, mais especificamente, o gênero feminino. Os três primeiros capítulos do livro trazem essa discussão por meio de uma ampla revisão bibliográfica sobre o tema e direcionando o debate para o objeto principal do trabalho – a vulnerabilidade feminina para o HIV/Aids. Estes capítulos permitem ao leitor ter acesso aos principais trabalhos sobre o tema, bem como se posicionar a respeito deles a partir do olhar crítico que a autora lança sobre a literatura.

Outro grande mérito do trabalho é a categoria analítica cunhada pela autora: *escravas do risco*. Essa categoria, que não apenas dá nome ao livro, mas que aparece do início ao fim do trabalho, sintetiza de forma exemplar o principal argumento do estudo. Ela expressa o caráter social e cultural da vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids e, ao mesmo tempo, dá a dimensão das dificuldades encontradas pelas mulheres para adotar os tão preconizados “comportamentos preventivos”. A escravidão não é algo individual e nem tampouco algo do qual é possível livrar-se facilmente – a história dos negros no nosso país está aí como prova. Não é também algo que surge com a Aids, mas que ganha novas dimensões a partir desta epidemia.

E ao mesmo tempo em que aponta para os condicionamentos de gênero aos quais as mulheres estão submetidas, Dirce nos mostra também que esses condicionamentos estão presentes na produção do conhecimento científico. Com uma revisão crítica das teorias dominantes na bioética, a autora sinaliza para a perspectiva masculina e universalizante adotada por esta área do conhecimento, em que o homem adquire um caráter universal, englobando não apenas as diferenças culturais, mas também as diferenças de gênero, visto que ele compreende também as mulheres. Buscando romper com essa visão, Dirce filia-se ao que pode ser chamado de "bioética crítica de inspiração feminista".

A pesquisa apresentada neste trabalho possui grande relevância para o momento atual da epidemia da Aids no país, onde se verifica o crescimento do número de mulheres infectadas pelo vírus. Os dados indicam claramente como a informação sobre a doença não é suficiente para a redução da vulnerabilidade dessas mulheres. E, neste sentido, Dirce indica claramente que as ações a partir da idéia de risco individual são fadadas ao insucesso, visto que estamos tratando com condicionamentos sociais e culturais aos quais os indivíduos encontram-se presos. São esses condicionamentos que configuram a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids. Cabe destacar ainda os dados apresentados sobre a testagem do HIV durante o pré-natal que, apesar de ser uma prática bastante aceita tanto pelas mulheres como pelos profissionais da saúde, acaba por evidenciar que nas próprias políticas públicas de saúde a mulher é deixada em segundo plano, visto que o objetivo primordial é intervir na transmissão materno-infantil do vírus.

Por fim, gostaria de salientar o que poder-se-ia chamar do caráter engajado do trabalho de Dirce. São raras as vezes em que se tem a oportunidade de ler um trabalho acadêmico no qual a posição do autor sobre a questão que está sendo discutida encontra-se o tempo todo explicitada, desafiando a suposta "neutralidade" da pesquisa científica. Esta "implicação" do trabalho acadêmico, seja no nível do "impacto social" que produz ou no nível do engajamento dos pesquisadores é, ao meu ver, uma questão que merece uma maior reflexão por parte das ciências sociais e das ciências da saúde. E quando se está trabalhando sobre temas tão urgentes e dramáticos como é a Aids, cujos resultados podem e devem contribuir para as ações de saúde é, impossível, ao meu ver, se furtar do engajamento que este trabalho

apresenta. A produção e os resultados do conhecimento científico são, assim, explicitamente concebidos como uma postura ética e política, não se encobrendo sob um véu da neutralidade e da universalidade. E, neste sentido, o leitor deve ler este livro como o resultado do olhar e de uma reflexão produzida por uma mulher comprometida com a igualdade de gênero, tanto nas relações sociais quanto na própria produção do conhecimento. Boa leitura!

Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, 20 de dezembro de 2003

Apresentação



Este livro é uma versão quase sem alterações de minha tese de doutorado que data do início do ano 2000. Embora possa se colocar a questão do tempo transcorrido desde então – uma vez que a pesquisa foi realizada no decorrer dos dois anos anteriores –, acredito que as questões aqui levantadas demonstram sua importância diante da inserção feminina no contexto do HIV/Aids. Relatório recentemente divulgado pela ONU, por meio da Unaid – Programa Conjunto das Nações sobre o HIV/AIDS – desvelou a atual dimensão da pandemia: 40 milhões de infectados, dos quais 2,5 milhões são crianças, esperando-se 3 milhões de mortes para este ano. Embora o mapa da infecção demonstre que a região da África Subsaariana seja a mais afetada, há cerca de 2 milhões de novas contaminações na América Latina e Caribe, que se caracteriza por uma progressão mais rápida da doença entre jovens e mulheres.

O programa brasileiro para o controle do HIV/Aids é considerado um dos melhores do mundo e sua projeção no cenário internacional se deve a alguns fatores como: uma política institucional bem-sucedida, a participação de diferentes atores sociais no processo de enfrentamento da epidemia e a garantia de acesso universal aos medicamentos antiretrovirais. Isso contribuiu para a diminuição significativa de doenças oportunistas, internações hospitalares, transmissão vertical e, ainda, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids. Talvez o principal problema vislumbrado seja encontrar alternativas possíveis para garantir a sustentabilidade das políticas implementadas.

No que se refere ao avanço da doença entre as mulheres, o caso brasileiro pode ser considerado uma exceção, já que os dados epidemiológicos apontam para uma tendência de estabilização de sua propagação entre as mulheres. Porém, o relatório acima mencionado aponta que “o Brasil não pode descansar nos louros da vitória. Foi medida uma prevalência de HIV de 3% a 6% entre mulheres no Rio Grande do Sul que têm difícil acesso ao sistema público de saúde”. Esse dado, juntamente com o fato de que a Aids já ocupa o segundo

lugar entre as causas de morte de mulheres no Brasil – e responde pela primeira causa na Região Sul – revela que pode estar em andamento uma epidemia silenciosa em comunidades carentes.

É justamente nesse contexto dos silêncios que este trabalho se insere. Torna-se imprescindível falar sobre os silêncios – antes morais que epidemiológicos – que tornam invisíveis as experiências femininas, que perpetuam a sua opressão histórica e que transformam as mulheres em uma fonte inesgotável de vulnerabilidade. É preciso desvelar as diferentes nuances que permitem o seu adoecimento e as transforma em *escravas do risco*. Passar do *silêncio* à *fala* pode ser considerado o movimento que lhes permitirá adquirir o poder capaz de transformá-las em protagonistas ante aos rumos tomados pela epidemia. Ou as escravas do risco aprendem a falar ou serão irremediavelmente silenciadas.

Dirce Guilhem
Dezembro de 2003

Prólogo

A construção da categoria *escravas do risco* que utilizo neste trabalho para denominar as mulheres com parceiros fixos, grupo que passou a fazer parte das estatísticas que compõem o perfil epidemiológico do HIV/Aids no atual e franco processo de feminização da epidemia, é fruto de uma longa trajetória rumo à apreensão de uma realidade ignorada pelas políticas de saúde. A minha inserção nesta temática se deu a partir do momento em que tomei conhecimento do Projeto Sentinela e dos desdobramentos argumentativos que se seguiram ao projeto entre os membros da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

Interessei-me pelo projeto e pela possibilidade de avaliá-lo sob a ótica da bioética, especificamente no que dizia respeito à autonomia/ liberdade dos indivíduos que participavam dos exames sob a condição de “doadores”. Um dos objetivos do Projeto Sentinela é monitorar a prevalência da infecção pelo vírus, por meio da técnica de testagem anônima não-vinculada, em três grupos específicos da população adulta no Brasil: pacientes portadores de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes de unidades de emergência e gestantes/parturientes.

Ao acompanhar o percurso do projeto, porém, meu foco de atenção concentrou-se especialmente em um dos grupos dos “doadores”: as gestantes. Havia entre os técnicos e pesquisadores um certo incômodo relacionado a este grupo, considerado diferente dos demais. Alguns dos motivos que justificavam este incômodo era o fato de haver mais de uma de uma pessoa envolvida; uma delas, inclusive, o feto, em situação de extrema fragilidade, uma vez que não poderia falar por si mesmo. A criança deveria ser considerada prioridade e, além disso, já existia tratamento comprovado disponível, assegurando a diminuição da possibilidade de transmissão vertical.

Era fundamental, portanto, conhecer a identidade das gestantes. Naquele momento, a dúvida moral da contraposição mulher-criança era, também, a minha dúvida como pesquisadora. Passei então a defender a utilização de uma dupla estratégia de ação: o método

anônimo não-vinculado para a vigilância epidemiológica e o método voluntário para o tratamento precoce da mãe e da criança. A análise bioética, neste momento, estava restrita aos princípios da autonomia da gestante e à beneficência que a realização do exame proporcionaria à mãe e à criança. A minha preocupação também era esta díade, embora a referência teórica utilizada ainda não tivesse sido definida como tal.

A partir desse cenário, elaborei um projeto de pesquisa com o intuito de conhecer a percepção que as gestantes tinham sobre a doença e qual era sua aceitabilidade ao exame anti-HIV no pré-natal. Paralelamente a isto os dados estatísticos apontavam para uma situação nova e imprevista: a feminização da epidemia do HIV/Aids, que, por sua vez, trazia consigo uma surpresa mais de natureza moral do que propriamente epidemiológica: as mulheres que estavam se contaminando/adoecendo não eram as promíscuas, as prostitutas, as portadoras de DST, aquelas pertencentes ao grupo dos “estranhos morais”; não eram as “outras”; éramos “nós”. O fenômeno revelava que as mulheres contaminadas faziam parte de um grupo imprevisto, formado por mulheres protegidas pela moralidade dominante, moralidade traduzida pela ilusão do casamento.

A percepção da existência de um limite tênue que nos aproxima de uma doença até então considerada “estrangeira”, reflete a necessidade da busca de novas alternativas de análise para contemplar as múltiplas dimensões biológicas, sociais e culturais nas quais está inserida a infecção pelo HIV/Aids. Percebi, então, a necessidade de buscar um novo caminho, o que me levou a mudar o universo de análise: do ponto de vista da abordagem, migrei da esfera do exercício da autonomia/liberdade para a esfera das diferentes inter-relações e interfaces que a epidemia da Aids invariavelmente suscita. Percebi que direcionar a atenção à saúde somente para o grupo de gestantes não resolveria, de fato, o problema mais amplo da feminização da doença. Havia a necessidade de buscar outro referencial teórico e prático para ampliar o olhar sobre o problema.

Toda a história das mulheres está imersa em um panorama profundamente marcado por relações de poder, opressão e subordinação, condições concretas que inviabilizam a adoção de medidas efetivas para o controle da epidemia e evitam que sejam colocadas em xeque estas estruturas perversas. Além disso, o apego

às crenças e aos padrões morais transmite a segurança ilusória da proteção físico-moral fornecida pelo casamento, transformando as mulheres em *escravas do risco*, sem que elas se dêem conta disso.

Dentro de uma estrutura de dominação de gênero onde o matrimônio perpetua as desigualdades entre os papéis sociais do masculino e do feminino, a única estratégia possível de enfrentamento para o HIV/Aids seria a desilusão, ou seja, seria necessário encarar a realidade, cuja natureza dolorosa e trágica remete para a efemeridade e fragilidade das crenças. Somente este processo de desilusão permitiria às mulheres abandonarem o mutismo sobre a perversidade da situação a que se encontram submetidas e que, no contexto do HIV/Aids, pode levá-las à morte. Assim, passar do silêncio à fala, significa abandonar a moral escrava dos oprimidos.

Foi em função deste contexto que adotei como instrumento de análise deste trabalho a bioética crítica de inspiração feminista, pois antes de se traduzir em uma proposta sexista direcionada somente para as questões das mulheres, esta perspectiva defende o resgate daqueles tradicionalmente deixados à margem nos estudos éticos: os oprimidos. A proposta revolucionária desta corrente bioética é extremamente pertinente para a situação delicada que envolve a feminização do HIV/Aids, já que introduz uma análise abrangente sobre as relações hierárquicas e de gênero presentes na sociedade. A dúvida e a desilusão se transformam nos principais instrumentos dos quais as mulheres precisam e podem lançar mão se quiserem abandonar o imobilismo que as condena, invariavelmente à *escravidão do risco*. Somente por meio destes elementos elas podem tornar-se sujeitos de sua própria saúde e, de fato, viver a experiência de uma aquisição efetiva de poder.

Lista de figuras

- Figura 1: Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de dois centros de saúde do Distrito Federal, sem aconselhamento prévio e após aconselhamento 142
- Figura 2: Aceitabilidade do exame anti-HIV pelas gestantes de acordo com a faixa etária 154
- Figura 3: Aceitabilidade do exame anti-HIV na gravidez de acordo com o nível educacional da gestante 155
- Figura 4: Rejeição à aceitação do exame anti-HIV no pré-natal de acordo com os anos de união da gestante 157
- Figura 5: Aceitação/rejeição do exame anti-HIV pelas gestantes de acordo com a denominação religiosa 160
- Figura 6: Aceitabilidade do exame anti-HIV de acordo com o conhecimento que as gestantes têm a respeito da transmissão vertical 171
- Figura 7: Situações de exposição a comportamentos de risco mencionadas pelas gestantes 173
- Figura 8: Porcentagem de utilização do condom de acordo com a faixa etária das gestantes 177

Lista de tabelas

Tabela 1: Distribuição das gestantes de acordo com a faixa etária	146
Tabela 2: Distribuição das gestantes de acordo com o nível de escolaridade	148
Tabela 3: Distribuição das gestantes de acordo com o <i>status</i> marital	150
Tabela 4: Distribuição das gestantes de acordo com a faixa salarial	151
Tabela 5: Fontes de informação sobre o HIV/Aids mencionadas pelas gestantes.....	161
Tabela 6: Modos de transmissão do HIV/Aids mencionados pelas gestantes	164
Tabela 7: Modos de prevenção do HIV/Aids mencionados pelas gestantes	166

Introdução



Este trabalho analisa os componentes morais relacionados à mudança do perfil epidemiológico de gênero da epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Humana (HIV/Aids). No atual momento da epidemia, a confluência entre valores morais e conjugalidade transforma as mulheres em *escravas do risco*, uma nova categoria analítica que emergiu e foi fruto de profundo questionamento no decorrer da pesquisa, pois demonstra que as mulheres estão expostas a um estado permanente de vulnerabilidade, exatamente por submeterem-se às crenças relacionadas a conjugalidade, quando a segurança proporcionada pelo casamento/aliança matrimonial funcionaria como um comportamento protetor. O percurso metodológico e empírico está assim estruturado:

Capítulo 1 – A construção histórico-moral da vulnerabilidade feminina frente ao HIV/Aids: inicialmente são apresentadas as questões relacionadas à feminização do HIV/Aids, demonstrando que paralelamente à história epidemiológica da doença foi sendo construída a história moral que sedimenta a vulnerabilidade feminina nesse contexto. O enfoque central localiza-se na análise das moralidades subjacentes às vivências femininas, uma vez que são esses componentes morais que norteiam e dificultam a adoção de comportamentos protetores entre as mulheres, especialmente no que se refere às mulheres casadas. O conceito de vulnerabilidade e sua aplicabilidade no atual cenário da epidemia apontam que é necessário introduzir no debate os determinantes culturais que impedem as pessoas de criticar e modificar a realidade na qual estão imersos os relacionamentos e comportamentos afetivo-sexuais.

Capítulo 2 – Bioética crítica e vulnerabilidade: neste capítulo busca-se delinear o referencial teórico utilizado, a bioética de inspiração feminista, parte fundamental da *bioética crítica*. Essa corrente teórica insere no campo da bioética os conceitos de gênero, opressão e desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas para o exercício

da cidadania, emergindo como uma corrente catalisadora das inquietações relacionadas à perpetuação de modelos autoritários e hierarquizados. Porém, longe de ter um enfoque sexista, restrito apenas às questões das mulheres, a bioética feminista tem uma proposta altamente revolucionária, uma vez que reintroduz de forma categórica na arena do debate moral as pessoas tradicionalmente marginalizadas nos estudos éticos – os oprimidos. Mostra-se, portanto, uma alternativa interessante para a análise sobre a feminização do HIV/Aids.

Capítulo 3 – Mulheres e vulnerabilidade: desvenda a importância que o conceito de *vulnerabilidade* traz para as análises relacionadas às questões próprias das experiências das mulheres em suas relações socioculturais e morais. Neste capítulo são abordadas as questões relativas ao gênero, à construção da sexualidade na modernidade, à percepção sobre o corpo feminino e às relações hierárquicas que permeiam as mais diferentes esferas da sociedade. Além disso, aborda a percepção da Aids como a doença do outro, a doença estrangeira que delimita a construção da identidade privada e pública e, neste contexto, a construção das díades: público/privado, limpo/sujo, eu/outro.

Capítulo 4 – A etnografia da vulnerabilidade: é feita uma exposição detalhada dos resultados encontrados e das análises efetuadas sobre os dados coletados. A pesquisa empírica foi realizada com dois grupos de pessoas: gestantes cadastradas em programas de acompanhamento pré-natal e equipes de saúde que as assistiam. Durante o trabalho de campo, quando foram coletados dados quantitativos e etnográficos, foi possível apreender os valores morais associados à crescente feminização da epidemia, principal objeto deste trabalho. A construção da vulnerabilidade feminina pode ser visibilizada em inúmeros momentos pelos depoimentos de mulheres e profissionais de saúde e dos resultados obtidos pela aplicação dos questionários. Traz, também, uma análise abrangente sobre os resultados encontrados, comparando-os com os resultados de outros estudos divulgados.

Conclusão – Uma epifania do poder feminino de decisão: ao retomar as considerações efetuadas sobre o problema investigado, aponto para a adoção do diálogo como instrumento de intermediação

entre as partes conflitantes sendo esse o movimento que permitiria a dúvida moral sobre as crenças instituídas, favorecendo a oportunidade de *fazer falar* às mulheres que personificam as *escravas do risco*. *Falar* implica ultrapassar o delicado limite entre a submissão e ação, entre aceitar e se transformar em protagonista. Mais do que isso, *falar* representa a oportunidade de adquirir o poder que culminará no tão propalado empoderamento feminino. No contexto do HIV/Aids, significa transformar-se em *sujeito de sua própria saúde*.

Capítulo

1

**A construção histórico-moral da
vulnerabilidade feminina frente
ao HIV/Aids**

Histórico moral da epidemia



surgimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) remonta ao início da década de 1980, quando os primeiros casos nos Estados Unidos foram reportados e reconhecidos pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).¹ A manifestação da doença foi, primeiramente, associada a pessoas pertencentes a um determinado grupo de risco, mediante a identificação de alguns sintomas clínicos, tais como: perda de peso acentuada em indivíduos anteriormente considerados saudáveis, pneumonia rara causada por *Pneumocystis carinii*, sarcoma de Kaposi e comprometimento do sistema imunológico. Esta identificação inicial foi feita em homens adultos homossexuais, que residiam nas cidades de São Francisco e Nova York, no ano de 1981.² A combinação inesperada de dados

¹ O local de origem da Aids tem sido alvo de inúmeros questionamentos. Meu objetivo aqui busca apresentar a inter-relação existente entre o surgimento da doença, na forma como esta se apresentou no Ocidente, e as respostas morais que foram paralelamente suscitadas. Sobre a história da doença e os primeiros casos relatados, ver Gold, Julian; Dwyer, John. A short history of Aids. *The Medical Journal of Australia*, v. 160, n. 5-7 mar. 1994, p. 251-252; e ainda Schüklenk, Udo. Aids: individual and "public" interests. In KHUSE, Helga; SINGER, Peter (Ed.). *A companion to bioethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1998, p. 343-354. Ver também LIMA, Ana Lúcia Munhoz de, et al. *Perguntas e respostas sobre HIV/AIDS*. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 3-7.

² Neste trabalho, os termos enfermidade e doença são utilizados como sinônimos, adotando-se a designação de *doença* com uma conotação ampliada, que engloba tanto as alterações fisiológicas como as implicações morais e culturais decorrentes da infecção pelo HIV, na sociedade brasileira. Para uma análise das três diferentes esferas de significações relacionadas aos termos *illness, disease and sickness* ver Arthur Kleinman em *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*, United States of America: Basic Books, 1988, p. 3-8; e ainda, DUARTE, Luiz Fernando. *Da vida nervosa das classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Zahar; Brasília: CNPq, 1986; e ALVES, Paulo César. A consequência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 1993, p. 263-271.

clínicos e sociais fez com que se levantasse a hipótese de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, e de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível. Em 1983, no entanto, o agente etiológico foi identificado: tratava-se de um retrovírus humano, atualmente conhecido como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).³ Com o avanço da epidemia pôde-se perceber que, além do grupo inicial em que a doença foi originalmente identificada, outras pessoas poderiam se contaminar,⁴ entre elas estavam os transfundidos ou hemofílicos, os usuários de drogas injetáveis (UDI) e, entre as mulheres, as prostitutas – ou as profissionais do sexo em uma terminologia mais recente –, o que contribuiu para ampliar a concepção inicialmente utilizada de grupo de risco.⁵

Se por um lado, a utilização do termo *grupo de risco* assumiu uma conotação negativa e estigmatizante para os portadores do vírus HIV, por outro lado, foi este mesmo conceito que permitiu a organização e a consolidação de associações e movimentos sociais que se uniram para enfrentar as conseqüências sociais da epidemia e para trabalhar no sentido de esclarecer, educar e prevenir o contágio pelo vírus.⁶ Foram realizadas inúmeras campanhas publicitárias direcionadas,

³ LIMA, Ana Lúcia Munhoz de et al. *Perguntas e respostas sobre HIV/AIDS*. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 3-5; GLUCKMAN, Jean Claude. Aids virus history [letters]. *Science*, v. 259, n. 5103, 26 mar. 1993, p. 1809; Lo, Bernard. "Aids". In: REICH, Warren. Thomas (Org.) *Encyclopedia of Bioethics*. Nova York: Mac Millan-Free Press, 1995. p. 108-120; Gottlieb, Michel S. Discovering Aids. In: *Epidemiology*, v. 9, n. 4, jul. 1998, p. 365-368.

⁴ Do ponto de vista epidemiológico, existem ainda alguns questionamentos se a infecção pelo HIV/Aids seria uma epidemia ou uma pandemia. Há autores que defendem os dois posicionamentos. Para este trabalho, no entanto, utilizo a denominação *epidemia*, por ser o termo que melhor reflete o imaginário da doença na sociedade brasileira.

⁵ A categoria *grupo de risco*, utilizada quando do aparecimento da doença, foi diretamente influenciada pelas primeiras informações transmitidas pela mídia, associando a Aids a grupos de homossexuais, bissexuais e usuários de drogas injetáveis. As expressões "câncer gay", "peste gay" ou "aidéticos" faziam parte das matérias veiculadas. O conceito assumiu uma conotação discriminatória e estigmatizante para aqueles que não se consideravam como integrantes destes grupos e que se achavam em uma posição de completa segurança em relação à doença (BRASIL. Ministério da Saúde. *Educação em saúde escolar para prevenir DST/Aids e drogas*. Brasília, 1997, p. 74; e *A resposta brasileira ao HIV/Aids: experiências exemplares*. Brasília, 1999, p. 11).

⁶ Algumas dessas publicações: 1) Altman, Dennis. *Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à Aids*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1995. História Social da Aids n. 5; 2) GALVÃO, Jane. Aids e ativismo: o surgimento

inicialmente, aos homossexuais, fato que, de certa forma, favoreceu o “controle” da epidemia neste grupo.⁷ Vale ainda lembrar que o desenvolvimento da síndrome esteve definitivamente associado à sua etiologia viral e, neste sentido, seria mais apropriado falar em infecção pelo vírus HIV, uma vez que esta denominação designaria uma condição mórbida mais ampla, isto é, abrangeria desde a assintomatologia até o quadro de imunodeficiência, tal como se apresentou inicialmente ao mundo.⁸ Para este estudo, optei pela utilização do termo HIV/Aids, pois o mesmo aponta para a dimensão global do fenômeno, considerando, inclusive, a sua dimensão psicossociocultural no Brasil.⁹

A concepção inicial da doença – restrita aos grupos de homossexuais – veio ao encontro da moralidade sexual dominante de inúmeros países cujo posicionamento é o de intolerância em relação à homossexualidade. O reconhecimento da doença como uma *epidemia da imoralidade* fez com que algumas metáforas fossem associadas à Aids, tornando-a conhecida na cultura popular como a

e a construção de novas formas de solidariedade. In: PARKER, Richard et al. (Org.). *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1994, p. 341-350; 3) GALVÃO, Jane. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia do HIV/Aids. In PARKER, Richard. *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. 1997, p. 69-108; e ainda, 4) Ministério da Saúde. *Atuação das ONGs e Direitos humanos e Aids no Brasil. A resposta brasileira ao HIV/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

⁷ No sentido de avaliar o impacto das campanhas publicitárias direcionadas aos grupos de risco, vale conferir o levantamento primoroso efetuado por Sander Gilman no livro *Picturing Health and Illness: Images of Identity and Difference* (London: The Johns Hopkins University Press, 1995). Um panorama geral das campanhas publicitárias elaboradas e veiculadas pelo Ministério da Saúde no Brasil pode ser encontrado no documento *A Resposta Brasileira ao HIV/Aids: experiências exemplares*. (Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p. 68-87). Ver também Nascimento, Dilene Raimundo. *A face visível da Aids*. In: *História Ciências da Saúde*, v. 4, n. 1, p. 169-184, Jun. 1997.

⁸ CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. *A Aids - questões preliminares. As ciências da Aids e a Aids das ciências: o discurso médico e a construção da Aids*. 1994, p. 43-48; CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. *A construção da Aids*. In: CZERESNIA, Dina et al. (Org.) *Aids, ética, medicina e biotecnologia*. 1995, p. 27. Ver também Moreira, Antonia Silva Paredes. *A epilepsia e a Aids na concepção do conhecimento cotidiano*. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto, 1998, 213 p.

⁹ Utilizo a denominação HIV/Aids, seguindo a terminologia utilizada pelas publicações da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids.

“peste gay”.¹⁰ Sobre esse aspecto, vale conferir Susan Sontag no livro *Illness as metaphor and Aids and its metaphors*, em que autora aponta o quanto esta conotação negativa esteve associada à doença: “... a peste é a principal metáfora por meio da qual a epidemia da Aids é compreendida...” e, ainda: “... a peste (o termo vem do latim *pestis*, “flagelo”, “calamidade”) é há muito tempo utilizada como metáfora do que pode haver de pior em termos de calamidades e males coletivos ...”.¹¹ Portanto, assim como a peste, que tinha como consequência final a morte, a Aids ocasionaria um outro tipo de morte, a morte social, que, invariavelmente, antecede a morte física.

Ou seja, o surgimento de uma nova doença em um momento no qual se supunha a existência de um controle técnico e epidemiológico sobre as demais doenças infecciosas até então conhecidas, passou a ser encarado como um desastre social coletivo, na medida em que esta se inseria no simbolismo das doenças culpabilizantes decorrentes do exercício de uma sexualidade e que extrapolaria os padrões morais dominantes. A associação que a autora faz entre o quadro moral da epidemia da Aids e o de outras epidemias – tais como as epidemias do início do século, das quais a sífilis pode ser considerada o exemplo clássico –, apontaria para o fato de que, no simbolismo popular, o surgimento de doenças coletivas suscitaria um tipo muito particular de explicação: as doenças seriam decorrentes de castigos impostos pela natureza.

Desta forma:

...a hanseníase e a sífilis foram as primeiras doenças a serem sistematicamente encaradas como repulsivas. Foi a sífilis que,

¹⁰ No livro *Illness as metaphor and aids and its metaphors*, Susan Sontag apresenta algumas metáforas pelas quais a Aids tem sido representada desde o seu surgimento, no início da década de 1980. As principais referem-se a “peste”, “guerra” e “imaturo-maduro” para referir-se à infecção e à doença em si. Além disso, a autora traça um paralelo entre a maneira como a Aids é percebida na atualidade, comparando-a a doenças como a lepra, na antiguidade, e às doenças sexualmente transmissíveis, na Idade Média, que introjetavam a conotação da doença como castigo divino (Nova York: Anchor Books, 1990, p. 132-148).

¹¹ “... *plague is the principal metaphor by which the AIDS epidemic is understood ...*” and “... *plague, from the Latin *plaga* (stroke, wound), has long been used metaphorically as the highest standard of collective calamity, evil, scourage ...*” (Sontag, Susan. *Illness as metaphor and Aids and its metaphors*. New York: Anchor Books, 1990, p. 132; Sontag, Susan. *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, p. 53).

nas primeiras descrições feitas por médicos no fim do século XV, provocou uma onda de metáforas que ressurgiram em torno da Aids: a idéia de uma doença que não era apenas repulsiva e punitiva, como também representava uma invasão que atingia toda a coletividade...

e ainda:

...a Aids é concebida de maneira pré-moderna como uma doença provocada pelo indivíduo como tal e como membro de algum "grupo de risco" – essa categoria burocrática, aparentemente neutra, que também ressuscita a idéia arcaica de uma comunidade poluída para a qual a doença representa uma condenação... .¹²

Na verdade, a Aids recoloca a questão da "morte insólita", aquela morte que causa comoção social, exatamente porque não é esperada e "...ocorre fora da rotina, longe das previsões, colhendo de surpresa os sentimentos sociais...".¹³ Sentimentos que obrigam a sociedade e os homens a refletirem sobre sua verdadeira natureza, sobre a finitude da existência humana e, mais do que isto expõe de forma cruel sua vulnerabilidade.

Sob o ponto de vista social e simbólico, a concepção sobre as diferentes maneiras de morrer está, também, associada às diferentes maneiras de adoecer concebidas pela sociedade. O que implica dizer que a morte indigna acontece como um reflexo de maneiras tradicionalmente inaceitáveis de adoecer sob o ponto de vista moral. As pessoas seriam, assim, responsáveis pelos excessos e transgressões

¹² "...leprosy and syphilis were the first illness to consistently described as repulsive. It was syphilis that, in the earliest descriptions by doctors at the end of the fifteenth century, generated a version of the metaphor that flourish around Aids: of a disease that was not only repulsive and retributive but collectively invasive (...) Aids is understood in a premodern way, as a disease incurred by people both as individuals and as members of a "risk group" – that neutral-sounding, bureaucratic category wich also revives the archaic idea of tainted community that illness has judged...". (SONTAG, Susan. *Illness as metaphor and Aids and its metaphors*. New York: Anchor Books, 1990, p. 133-134; Sontag, Susan. *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989: 55-56).

¹³ RODRIGUES, José Carlos. *O tabu do corpo*. 1979, p. 59.

cometidos, sendo consideradas culpadas e merecedoras deste estatuto maldito. Ou seja, os primeiros indivíduos portadores do vírus HIV eram aqueles “manchados” pelo signo do desprezo moral, eram os homossexuais, aqueles para quem a natureza havia destinado o mais sublime de seus castigos: a morte indigna e socialmente solitária.

Assim, a preocupação evocada pela Aids, entendida como uma doença ameaçadora e preocupante não somente para as pessoas acometidas por ela, mas também para a sociedade em geral, traduz claramente a dimensão simbólica que as doenças imprimem às diferentes estruturas sociais para permitir a construção de saberes específicos (inclusive saberes informais). Esses por sua vez, contribuem para a elaboração de respostas concretas de enfrentamento aos desafios suscitados. Nessa linha de argumentação, a doença pode colaborar tanto para a desorganização como para a reorganização social, tornando visíveis as diversas teias relacionais e os pontos de conflito constitutivos da vida em sociedade.¹⁴ No caso específico do HIV/Aids, ao mesmo tempo em que a epidemia tornou visíveis dilemas morais considerados insolúveis, tais como a crença na fidelidade e no amor conjugais, suscitou, também, conforme argumenta Dina Czeresnia, “...intenso processo de reelaboração discursiva em amplas esferas da vida social...”, em um movimento que devassou fronteiras disciplinares, demonstrando a provisoriidade do discurso científico.¹⁵

Em contraposição, pôde-se observar que o imaginário social associado à doença refletia valores morais fortemente enraizados e relacionados às imagens simbólicas medievais da “peste”, indicando a presença de preconceitos e atitudes decorrentes tanto da ignorância, quanto das próprias experiências e concepções relacionadas ao processo de adoecimento humano.¹⁶ Uma doença considerada um “desastre coletivo” só poderia desencadear o medo, o horror, a rejeição do outro, a exclusão social e o preconceito, perpetuando a discriminação

¹⁴ PINTO, Paulo Gabriel Hilu da Rocha. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. *Physis*, v. 5, n. 1, 1995, p. 131.

¹⁵ CZERESNIA, Dina. Aids, contágio e transmissão. Relações entre epidemia, cultura e ciência. In: CZERESNIA, Dina et al. (Org.) *Aids, ética, medicina e biotecnologia*. 1995, p. 51-53.

¹⁶ Idem, 1995, p. 73. Ver também MOREIRA, Antonia Silva Paredes. Contexto histórico e psicossocial da Aids. *A epilepsia e a Aids na concepção do conhecimento cotidiano*. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto, 1998, p. 60-67.

e a culpabilização de portadores e doentes. Permeando a carga de conteúdos simbólicos sobre a doença estavam, de um lado, a “verdade” científica de uma doença transmissível e, de outro, as noções de contágio cristalizadas nas representações sociais e fortemente vinculadas às antigas epidemias.¹⁷

Portanto, o HIV/Aids suscita grande desconforto, uma vez que traz à tona tabus relacionados à sexualidade, questões que são alvo de numerosos preconceitos, impregnados de valores relacionados à transgressão sexual.¹⁸ Abordar a temática das doenças sexualmente transmissíveis implica, invariavelmente, deparar-se com a questão do exercício da sexualidade e dos valores sexuais de cada pessoa, que, por sua vez, antecedem e fundamentam suas atitudes sexuais. Trata-se de um tema que está envolto em uma rede de subjetividades, repleto de significações pessoais pelas quais se apreende a realidade.¹⁹ A abordagem desse universo foge, portanto, dos padrões de sexualidade tradicionalmente aceitos e que correspondem especificamente ao modelo heterossexual, às práticas sexuais legitimadas pelo casamento, à descrição sobre o que é aceito como normal nos tratados biomédicos e que remetem para a polarização certo/errado, limpo/sujo, normal/anormal.²⁰

¹⁷ Idem, 1995, p. 55-56.

¹⁸ Mais do que um castigo decorrente de comportamentos imorais, o HIV/Aids, reflete, em última instância, a associação entre saúde e moralidade, entre doença e imoralidade (Murphy, Timothy F.. Aids. In: Chadwick, Ruth (Ed.). *Encyclopedia of Applied Ethics*. San Diego: Academic Press, 1994, p. 112). Além disso, especificamente na América Latina, são adotadas posturas éticas polarizadas em relação às pessoas acometidas pela doença: 1) culpados; homossexuais, bissexuais e usuários de drogas injetáveis; e 2) inocentes: transfundidos e crianças infectadas pela transmissão vertical do vírus (Schüklenk, Udo et al. Aids: ethical issues in the developing world. In: Kuhse, Helga; Singer, Peter (Ed.). *A companion to bioethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1998, p. 356).

¹⁹ CARRARA, Sérgio. Aids e doenças venéreas no Brasil. In: Loyola, Maria Andréa (Org.). *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 1994, p. 73-108. Ver também, CARRARA, Sérgio O. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, 327 p.

²⁰ Alguns autores apontam que a Aids trouxe para o domínio público alguns comportamentos relativos à sexualidade, antes exclusivos do domínio privado. As práticas aceitas e/ou não aceitas estão definitivamente relacionadas à questão limpo/sujo, que se contrapõe à construção simbólica da casa e da rua, onde a casa possibilita o exercício limpo e legítimo da sexualidade (principalmente a feminina) e a rua, a possibilidade de se deparar com o sujo, o sexo desviante, o espaço da tentação e perigo (teoricamente associado aos comportamentos masculinos). DAMATTA, Roberto. *A casa e a rua*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara,

Desta forma, as representações sociais que se criaram sobre a doença e em relação àqueles atingidos por ela implicaram em duas maneiras distintas de encará-la: para os que tinham “comportamentos desviantes”, a doença era um “castigo”, ao passo que, para os demais, advinha de uma situação frágil de saúde, independente de qualquer arbítrio pessoal, fazendo com que fossem vistos até com certo grau de benevolência.²¹ Ou seja, enquanto os primeiros eram responsáveis por seu quadro infeccioso, ou, fazendo uso de uma linguagem corrente de julgamento moral, eram “culpados” pelo seu próprio estado, os segundos eram “vítimas” do caráter epidêmico da doença.

No imaginário popular, a abordagem e classificação da doença em duas categorias distintas, traduzem-se na percepção dos “culpados” como agentes ativos a partir do momento em que optam por transitar dentro de um universo de comportamentos marcados pelos estigmas da transgressão, violação e infração às normas morais estabelecidas, passando a sofrer processo acusatório em função de sua forma de contaminação. No que diz respeito às “vítimas”, aquelas “arbitrariamente” condenadas à morte, associa-se a idéia de passividade, de submissão ao infortúnio e à epidemia, seja pela sua fragilidade física, seja pela submissão aos padrões morais e culturais a que estão submetidas, situação em que se enquadram principalmente as mulheres.²² Refiro-me aqui às mulheres que teoricamente não fazem parte de *grupos de risco* (profissionais do sexo, usuárias de drogas injetáveis), ou não praticam os considerados *comportamentos de risco*: quando as vítimas são as mulheres monogâmicas, com parceiros fixos, em uma relação estável de conjugalidade ou, ainda, em situação de parceria única, no caso das mulheres solteiras.

1987; DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976; PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Orgs.). *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/ UERJ, 1996.

²¹ Utilizar o conceito de desvio implica dizer que ele está sempre em contraposição a um padrão de normalidade aceito e difundido em uma determinada comunidade. No entanto, as noções de *normal* e *patológico* não podem ser consideradas como conceitos estáticos ou pacíficos. Necessitam antes serem entendidas como dinâmicas e polêmicas, ficando implícita a possibilidade da existência de um processo que permita transitar entre esses dois extremos (CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*, Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982).

²² Refiro-me aqui às mulheres de uma forma geral, mas entendo que a essa categoria de análise devem ser acrescentados outros elementos que contribuem de forma decisiva para o aumento da susceptibilidade feminina ao HIV/Aids, tais como: padrões de gênero, raça, etnia, classe social, crenças e valores, entre outros.

Dentro dessa linha de argumentação Arthur Kleinman defende a idéia de que "...é possível dizer que a experiência relacionada à doença é sempre culturalmente determinada. Por mais paradoxal que este possa parecer, existem maneiras normais de adoecer (aquelas que uma determinada sociedade considera como aceitáveis), bem como maneiras consideradas anômalas...".²³ Em relação à epidemia do HIV/Aids, pode-se dizer que há maneiras legítimas de se contrair a infecção: estariam nessa categoria mulheres com parceiros fixos, crianças contaminadas por suas mães e hemotransfundidos, ao passo que as maneiras ilegítimas de adoecer seriam aquelas experimentadas por gays, prostitutas/profissionais do sexo, homens que fazem sexo com outros homens, pelos chamados promíscuos, bissexuais, entre outros grupos e comportamentos não tolerados pela moralidade sexual e conjugal dominante. No entanto, mesmo entre as maneiras consideradas legítimas de contrair o vírus, uma vez que as pessoas não se tornam vítimas da mesma forma, podem ser evocadas diferenças significativas no que se refere à susceptibilidade das pessoas envolvidas. Ao mesmo tempo em que as pessoas que recebem hemotransfusão adquirem a infecção em decorrência de uma condição momentânea de fragilidade em relação à sua saúde – ou seja, em função de contingências constitutivas do seu modo de existir –, as mulheres monogâmicas estão permanentemente expostas ao risco, já que o apego a crenças e valores morais lhes impede de enfrentar a realidade tal qual ela se apresenta, transformando-as, desta forma, em *escravas do risco*.

Considerando esta associação entre o que se aceita como moralmente permitido e o que figura como interdito, alguns autores, entre eles Sergio Carrara e Peter Pappas, têm procurado traçar paralelos entre as respostas sociais direcionadas à atual epidemia do HIV/Aids e aquelas destinadas à sífilis cem anos atrás. Para ambos, as duas doenças apresentam algumas semelhanças importantes: são transmitidas sexualmente (nos países em desenvolvimento esta é a forma de transmissão mais comum); têm um grande período de latência, seguida de infecção primária assintomática; há cem anos não havia

²³ "...we can say of illness experience that it is always culturally shaped. Paradoxical as it sounds, then, there are normal ways of being ill (...) as well as anomalous ways..." (Kleinman, Arthur. *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*. United States of America: Basic Books, 1988, p. 5).

terapia curativa para a sífilis, assim como não há hoje para a Aids (os medicamentos utilizados, no entanto, aumentam a sobrevivência e a qualidade de vida das pessoas infectadas); as pessoas foram e estão sendo estigmatizadas, mantendo-se o foco de atenção nas formas bizarras de infecção e as medidas educativas adotadas não alcançaram os objetivos desejados.²⁴

E uma vez que as doenças sexualmente transmissíveis são tradicionalmente relacionadas a excessos e à imoralidade, isto implica que

...as respostas públicas direcionadas às crianças, hemofílicos e mulheres heterossexuais infectadas são significativamente mais tolerantes, exatamente como as respostas sociais destinadas às pessoas infectadas "inocentemente" com sífilis há cem anos...

ou seja, as pessoas infectadas pelo HIV de acordo com os padrões culturalmente aceitáveis de contrair a infecção são menos discriminadas que as demais.²⁵ Essas similaridades entre as duas doenças demonstram claramente que as respostas sociais, ao se confrontarem com as diferentes facetas do processo de saúde-doença, refletem o simbolismo introjetado pela sociedade e fortemente associado à polarização existente entre "culpados e vítimas". Mais precisamente, entre o que é permitido e o que é proibido no campo das práticas sexuais.

No entanto, ao longo dessas duas décadas e com a gradual modificação do perfil epidemiológico do HIV/Aids, pôde-se perceber o

²⁴ CARRARA, Sérgio. Aids e doenças venéreas no Brasil. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 1994, p. 73-108; CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996; CARRARA, Sérgio. A luta antivenérea no Brasil e seus modelos. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina Maria (Orgs.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996, p. 17-37. Ver também PAPPAS, Peter G. Syphilis 100 years ago: parallels with the Aids pandemic. *International Journal of Dermatology*, v. 32, n. 10, 1993, p. 708-709 [comments].

²⁵ "...the public response to children, homophiliacs, and heterossexually infected women with HIV is significantly more tolerant, just as society's response to those "innocently" infected persons with syphilis was mores accepting 100 years ago..." (Pappas, Peter G.. Syphilis 100 years ago: parallels with the Aids pandemic. *International Journal of Dermatology*, v. 32, n. 10, 1993: 709 [comments]).

quanto foram importantes a inserção e o engajamento gradativo de diferentes grupos sociais organizados no processo de mobilização em torno da infecção. Esse processo contribuiu de forma significativa no sentido de, um lado, promover proteção à infecção de grupos vulneráveis da população e, de outro, pressionar as instituições públicas para adotar medidas governamentais referentes à educação, a prevenção e assistência de uma forma abrangente.²⁶ E já que não era possível que essas medidas estivessem livres de preconceitos, que esses fossem ao menos gradualmente minimizados pela introdução, no cenário, de um humanismo que tivesse como referência a dignidade da vida humana.

A mudança moral no olhar epidemiológico sobre a doença foi significativa. O conceito inicial de *grupos de risco*, uma entidade epidemiológica estanque, extremamente limitada no que diz respeito à possibilidade de identificar as questões contextuais relacionadas às doenças e, por conseguinte, fortemente centrada na pessoa e seus comportamentos, indicava exclusivamente a probabilidade estatística de tornar-se portador do vírus HIV pela prática de determinados comportamentos. Isso implica dizer que era perfeitamente possível localizar a epidemia em determinados grupos de pessoas moralmente condenáveis, culpabilizando-as pelo surgimento e propagação dessa nova doença. As estratégias iniciais, baseadas nesse conceito, mostraram-se ineficazes na prática e desencadearam, sob o ponto de vista moral, situações amplamente conhecidas de estigmatização, preconceito e exclusão.²⁷

A partir da constatação de que o enfoque na noção de *grupos de risco* para o enfrentamento da epidemia demonstrou ser cada vez menos eficaz, esse conceito acabou sendo substituído pela noção de *comportamento* ou *prática de risco*, o que implicou na adoção de um novo posicionamento moral diante da questão, modificando, assim, o foco de atenção para a sociedade como um todo e não para grupos isolados de pessoas. Essa mudança no olhar sobre a doença, inicialmente voltado apenas para os grupos de risco, representou, a

²⁶ O conceito de vulnerabilidade será desenvolvido de forma detalhada posteriormente, ainda na parte introdutória deste trabalho; portanto não me deterei sobre ele neste momento.

²⁷ MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel. The history of discovery and response. In: MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel (Ed.). *Aids in the world II*. New York: Oxford University Press, 1996, p. 420-440.

partir de então, um enfoque sobre os comportamentos de risco, promovendo um alívio considerável na pressão estigmatizante da qual os primeiros indivíduos portadores do vírus HIV foram arbitrariamente tornados vítimas. Mas o fato, no entanto, é que não é possível afirmar que houve uma diminuição do estigma sobre a doença. Houve antes, um maior envolvimento individual com a prevenção, uma vez que a adoção deste novo conceito "... universaliza a preocupação com o problema...".²⁸ Ainda assim, o simbolismo popular associado à doença, refletia claramente sua forte associação àqueles inicialmente considerados como pertencentes aos *grupos de risco*.

Mas foi precisamente a partir dessa guinada moral que as campanhas educativas e preventivas, relacionadas ao HIV/Aids e veiculadas pela mídia, sofreram uma transformação significativa no seu conteúdo e direcionamento. O intuito estava direcionado a atingir grupos sociais mais amplos como homens heterossexuais, mulheres, grávidas, crianças, usuários de drogas e, mais recentemente, os jovens. Isso permitiu uma abertura para além daqueles grupos de pessoas que, desde o início, estiveram associados com a difusão da epidemia como, as profissionais do sexo e os homens que fazem sexo com homens. O que não significou, evidentemente, que eles estivessem sendo desconsiderados.

O Brasil tem acompanhado a tendência mundial no que diz respeito à mudança do perfil da epidemia. Algumas questões básicas relacionadas às categorias de exposição podem ser assim descritas: sexual: 1) redução significativa da participação masculina no total de casos (em 1985, a proporção homem/mulher era de 27/1; no ano de 1998 essa proporção era de 2/1 na faixa etária que corresponde aos indivíduos entre 13 a 49 anos); e 2) aumento, conseqüentemente, da participação feminina, de forma relativa e absoluta, em decorrência, principalmente, do aumento da transmissão heterossexual, da transmissão decorrente da utilização de drogas injetáveis e em função da união de mulheres com usuários de drogas injetáveis; perinatal: aumento da transmissão vertical – contaminação do feto – como

²⁸ AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ e São Paulo: Editora 34, 1999, p. 53.

conseqüência do aumento da transmissão heterossexual e da infecção em mulheres,²⁹ sangüínea: 1) diminuição da infecção em transfundidos e hemofílicos em decorrência de um maior controle sobre o sangue e seus derivados; 2) crescimento significativo de casos entre usuários de drogas injetáveis mediante o compartilhamento de seringas e agulhas.³⁰

Como conseqüência desse panorama histórico e sociológico da doença, a epidemia apresenta algumas características atualmente não previstas com o surgimento dos primeiros casos. Em primeiro lugar, porque a noção de *grupos de risco* obviamente demonstrou ser bastante restritiva, não permitindo uma visão ampliada do cenário da epidemia. Em segundo lugar, porque determinados grupos sociais, como mulheres, crianças e pobres, são grupos tradicionalmente marginalizados e desconsiderados. E, ainda, pelo fato da existência de um processo de naturalização das assimetrias social e sexual marcadamente acentuadas nas relações inter e intra gêneros. Ou seja, busca-se nas diferenças biológicas entre homens e mulheres explicar a origem da subordinação e opressão femininas. Assim, os atributos sociais designados para cada sexo na sociedade teriam sua origem em uma natureza diferenciada para ambos.

O atual panorama reflete então, as seguintes características: 1) feminização da doença: o aumento da incidência entre as mulheres em razão das altas taxas de prevalência do vírus entre bissexuais e heterossexuais masculinos usuários de drogas injetáveis; as mulheres, como companheiras/esposas desses homens passaram a ser mais freqüentemente contaminadas; 2) heterossexualização da forma de transmissão; 3) juvenização: diminuição da idade média dos casos notificados (o grupo etário mais atingido passou a ser de 20-29 anos, antes a faixa etária mais atingida estava entre 20-39

²⁹ A transmissão vertical do HIV/Aids pode ser definida como a transmissão do vírus da mãe para o feto/bebê no período perinatal e pode ocorrer em três momentos distintos: 1) durante a gestação, por meio da placenta; 2) durante o trabalho de parto, quando o feto tem mais contato com as secreções maternas; e ainda 3) durante a amamentação, uma vez que o vírus está presente no leite materno.

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Aids II: desafios e propostas*: documento preliminar para a discussão do projeto Aids II, 2ª versão. Brasília, mar. 1998, p. 7-11. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletins epidemiológicos da Aids. Ano XI, n. 3, SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 22 a 34 – Junho a Agosto de 1998; Ano XII, n. 1 – SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 48/1998 a 8/1999 – Dezembro/98 a Fevereiro/99; Ano XII, n. 2, SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 9 a 21 – Março a Maio de 1999.

anos);³¹ 4) interiorização: metade dos municípios brasileiros tem casos notificados de Aids; e, 5) pauperização da epidemia: verificada por meio dos níveis de escolaridade e econômicos cada vez mais baixos entre os casos notificados. No que diz respeito especificamente às mulheres, cerca de 78% das notificações de novos casos referem-se a mulheres com baixa ou nenhuma escolaridade.^{32, 33}

Segundo dados do *The joint united nations programme on HIV/ Aids* (Unaid), mais de 40% dos casos das infecções que ocorrem no mundo referem-se a mulheres que se situam na faixa etária de 15-25 anos, com baixa escolaridade, oriundas de classes populares. Presume-se, ainda, que a partir do ano 2000, 2/3 dos casos de Aids ocorrerão em países em desenvolvimento.³⁴ Esse panorama reflete, assim, a mudança radical no perfil demográfico da epidemia, suscitando dilemas morais e práticos relacionados à pertinência das propostas adotadas, diante das especificidades do grupo envolvido. Por isso, a pergunta que precisa necessariamente ser feita é: *quais são os fatores que têm influência direta sobre o crescente e permanente estado de vulnerabilidade das mulheres, especialmente para as mulheres de classes sociais menos favorecidas?*

O rápido crescimento da doença entre as mulheres – que de acordo com o perfil epidemiológico são pobres, com baixa escolaridade e padrão predominantemente heterossexual de transmissão –, traz

³¹ O neologismo *juvenização* foi criado neste contexto de mudança do perfil da epidemia para apontar a diminuição da faixa etária na qual, neste momento, os casos de Aids têm maior incidência (20-29 anos em contraposição a 20-39 anos, que era o grupo mais atingido desde os primórdios da infecção). Isso significa, portanto, que a doença está cada vez mais presente entre as pessoas mais jovens. Esta denominação não deve ser confundida, porém, com o termo *juvenil* quando relacionado à puberdade e adolescência.

³² BRASIL. Ministério da Saúde. Aids II: desafios e propostas: documento preliminar para a discussão do projeto Aids II, 2ª versão. Brasília, março de 1998, p. 10.

³³ Para Carmen Dora Guimarães, o deslocamento social da epidemia e o conseqüente enquadramento da Aids em novas categorias consideradas mais "normais", tais como: pauperização, feminização, heterossexualização e juvenização, indicam apenas que existe uma tendência para "...minimizar aquelas categorias anteriores referentes ao meio "desviante". Como se fossem casos resolvidos ou menos preocupantes..." (GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrimo as mulheres: uma antropologia da Aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 11).

³⁴ UNITED NATIONS. Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemics*. June, 1998. Relatório veiculado pela Internet através da *homepage* da Unaid: <http://www.UnAids.org/hivAidsinfo/faq/index/html>, de 20 de janeiro de 1999.

implicações em diferentes esferas de suas experiências cotidianas, uma vez que grande parte dessas encontra-se em fase reprodutiva e em relacionamentos conjugais considerados estáveis.³⁵ Se, por um lado, existe a necessidade de um enfoque centrado na pessoa, já que os comportamentos são os determinantes finais da vulnerabilidade individual, sabe-se claramente que isto não é suficiente, uma vez que esses comportamentos se modificam ao longo de uma história de vida de uma pessoa e estão fortemente conectados às redes socioculturais nas quais está inserida (sendo amplamente influenciáveis por indivíduos considerados chaves, tais como familiares, parentes, amigos e amantes).³⁶

Se a idéia de comportamento pessoal ultrapassa o conceito de *comportamentos de risco* e passa a ser um dos elementos que compõem o tripé para o desenvolvimento do conceito de *vulnerabilidade*, então, obrigatoriamente, há de se considerar quais são os elementos que influenciam ou cerceiam o processo de tomada de decisões pessoais, possibilitando ou não a mudança efetiva de comportamentos de risco para comportamentos “protetores”. Mais do que isso, no caso específico dessas mulheres, é preciso discutir quais são as conseqüências práticas de assumir o risco de questionar o ordenamento moral e cultural aceito e perpetuado socialmente. No entanto, a mudança drástica no perfil da epidemia colaborou para o entendimento de que 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. Assim, o engajamento de perspectivas das ciências humanas foi de fundamental importância, pois colaborou para a compreensão de que a susceptibilidade individual e coletiva ultrapassaria a concepção de *comportamento de risco* e avançaria no sentido de adotar o conceito de *vulnerabilidade* como forma de apreensão, conhecimento e intervenção sobre a doença.

A história da epidemia do HIV/Aids reflete uma trajetória marcada, por um lado, pelos crescentes avanços científicos, decorrentes de

³⁵ Neste trabalho, a utilização da terminologia relação conjugal estável refere-se às mulheres casadas legalmente e/ou vivendo em relação estável de conjugalidade.

³⁶ Optei por manter e utilizar a categoria “amantes” tal como foi proposta pelos autores, Jonathan Mann; Daniel Tarantola; Thomas Netter (Org.), no livro *A Aids no mundo*. 1993, p. 276.

pesquisas para demarcar a etiologia da síndrome, conhecer a história natural da doença e desenvolver um arsenal terapêutico capaz de controlar, pelo menos por enquanto, a doença. Por outro lado, caracteriza-se pelo sofrimento moral coletivo que se traduz em uma gama variada de respostas sociais: o medo do desconhecido e o horror do contágio – principalmente no que se refere às possíveis formas de contaminação – que fomentam o preconceito e o estigma em relação aos portadores e doentes. O conhecimento sobre a doença e a possibilidade de um controle relativo sobre a mesma se traduz em respostas sociais voltadas prioritariamente para a promoção de ações solidárias e, principalmente, para ações preventivas e educativas direcionadas não somente aos grupos vulneráveis, mas à população em geral.

No entanto, qualquer medida educativa ou de controle epidemiológico da doença deve se sustentar em uma visão ampliada do quadro moral do HIV/Aids, voltada para a comunidade e considerando os valores e comportamentos socialmente reconhecidos por ela.³⁷ Esse é um processo, no qual é preciso considerar a amplitude das significações simbólicas em torno da doença que permeiam o imaginário popular e que interferem nas respostas pessoais e coletivas frente à doença. A introdução do conceito de *vulnerabilidade* só será de fato significativo para o enfrentamento da epidemia se também outros elementos que permitam o questionamento de padrões de opressão puderem ser introduzidos.

Os diferentes períodos evolutivos da doença, denominados de descoberta, primeiras respostas e momento atual, têm sido abordados sob distintas categorias de análise epidemiológica, tais como: *grupo de risco*, *comportamentos de risco* e, atualmente, *vulnerabilidade*.³⁸ Paralelamente à adoção dessas categorias, foram sendo elaboradas construções simbólicas que demarcaram os posicionamentos morais e as respostas sociais à epidemia. Na prática, porém, não ocorreram mudanças efetivas, uma vez que no imaginário popular a doença continua fortemente vinculada aos “antigos” *grupos* e aos

³⁷ Idem, 1993, p. 274-278.

³⁸ MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel. The history of discovery and response. In: MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel (Eds.). *Aids in the world II*. New York: Oxford University Press, 1996, p. 420-476.

comportamentos de risco. Ainda assim, no momento atual da epidemia, o conceito de *vulnerabilidade* tem demonstrado a sua pertinência como categoria de análise e intervenção. No entanto, as implicações de sua utilização para o grupo de mulheres monogâmicas, em relação conjugal estável, às quais denomino *escravas do risco*, têm de ser cuidadosamente avaliadas.

Nas palavras de Fátima Oliveira:

...a adoção do critério de vulnerabilidade – sendo esta um conceito aplicável aos casos nos quais a autonomia pode estar diminuída por idade, doença, sexo/gênero – no caso das mulheres em idade fértil, da privação da liberdade, etc (...) em si não é ruim, e nem é sinônimo de “fraqueza”, desde que se incorpore algumas condições como: vulnerabilidade social, biológica, sexo/gênero e hierárquica...

ou seja, o conceito de *vulnerabilidade* implica necessariamente na utilização de um cenário analítico ampliado que abarque idéias a princípio completamente heterogêneas.³⁹ Acrescentaria ainda que, para a análise da situação das *escravas do risco*, é imprescindível enfatizar que a ilusão depositada nas crenças morais contribui para perpetuar os padrões de opressão e, em conseqüência, influem de forma decisiva para a manutenção do *estado de vulnerabilidade permanente* ao qual se encontram irremediavelmente submetidas essas mulheres.

O conceito de *ilusões* que utilizo foi primeiramente desenvolvido por Clément Rosset e, mais recentemente trabalhado, por Debora Diniz, referindo-se a

...todas as crenças que se justificam por uma esfera de sentido localizada para além da contingência, isto é, por uma imagem duplicada do real que encerraria o seu sentido...

³⁹ Embora no texto a autora faça comentários sobre as questões da vulnerabilidade no contexto das pesquisas com seres humanos, em especial em relação às mulheres, considero pertinente suas colocações para a análise que pretendo realizar. OLIVEIRA, Fátima de. *Opressão de gênero, feminismo e bioética: algumas considerações para o debate*. Artigo veiculado na Internet através da *home page* da Rede de Divulgação em Bioética. Endereço: <http://culturabrasil.art.br/RIB/DPBartigo1.htm>. 21 de janeiro de 2000. 13 p.

*de forma que a realidade deve ser entendida como ... tudo aquilo que ignora os apelos por sentido proposto pelas ilusões...*⁴⁰

Ou seja, "... a ilusão fundamental (...) é assim a idéia de que a vontade possa estar *viva...*" (grifo no original).⁴¹ Uma vontade *viva* que imprime o maior dos constrangimentos morais: a "cegueira cotidiana", cuja principal função é exatamente proteger as pessoas da fugacidade das crenças cotidianas. Dessa forma, a negação da própria realidade, quando as pessoas são confrontadas com situações consideradas graves e que infringem sofrimento moral, remete para o conforto dessas crenças amplamente aceitas, impedindo que uma percepção desapassionada sobre determinado fato – a possibilidade de infidelidade conjugal, por exemplo – se transforme em comportamentos compatíveis e definitivamente protetores, como é o caso da prática do sexo seguro.

Portanto, a tranqüilidade das crenças cerceia a liberdade pessoal, uma vez que ao impor padrões morais socialmente ditos como verdadeiros, impede o exercício da crítica moral, o único caminho de controle e proteção para a vulnerabilidade. O apego às crenças morais distribui e justifica desigualdades e poder, fazendo com que as pessoas pertencentes a grupos tradicionalmente oprimidos, estejam em desvantagem social. Na verdade, "... a preocupação com a diferença e o enfoque nas relações desiguais..." deve direcionar a "...busca por mudanças nas relações sociais que se caracterizam pela dominação humana e pela subordinação e que impedem o exercício da liberdade...".⁴² Ou seja, a luta pelo poder implica necessariamente em uma rebeldia à ordem estabelecida, em um contramovimento que conduziria à desilusão. Assim, a liberdade seria a garantia do estabelecimento de uma relação de igualdade, que culminaria na possibilidade de questionamento e posterior mudança dos padrões de dominação nas diferentes esferas da vida em sociedade. Dessa forma,

⁴⁰ DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, p. 6. Ver também ROSSET, Clément. *Lo real y su doble: ensayo sobre la ilusión*. Barcelona: Tusquets Editores SA, 1993, p. 120 p.

⁴¹ ROSSET, Clément. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989 b, p. 116.

⁴² DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina Gonzales. Bioética feminista: a emergência da diferença. *Estudos Feministas*, Ano 6, n. 2, 2ª Semestre, 1998, p. 262.

o uso do conceito de *vulnerabilidade*, tal qual proposto por Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter, embora possa ser considerado um avanço para a atual conjuntura da epidemia, revela brechas exatamente por desconsiderar que sob o domínio das crenças não existe liberdade, ou talvez apenas uma liberdade muito relativa.⁴³ As diferentes concepções e sutilezas envolvidas no conceito de *vulnerabilidade* serão justamente o objeto de abordagem e análise na seção a seguir.

O conceito de vulnerabilidade no contexto do HIV/Aids

A noção de vulnerabilidade tem sido tradicionalmente incorporada às atividades desenvolvidas pela área de saúde pública no Brasil. A própria Organização Pan-americana de Saúde (OPS) contribuiu para a difusão desse conceito na América Latina durante a década de 1970, atribuindo-lhe, no entanto, uma significação diversa daquela assumida no contexto do HIV/Aids nos anos 1990. Se a primeira designação relacionava-se diretamente aos *agravos* à saúde e à resposta individual e coletiva no que diz respeito à intervenção dos serviços de saúde, a segunda adota uma conotação ampliada do conceito, referindo-se à *susceptibilidade individual e coletiva* de exposição a riscos, condições ou danos no processo de aquisição de uma determinada doença, no caso, a infecção pelo HIV/Aids.⁴⁴

Foi precisamente a catarse provocada pelo surgimento e pela evolução da nova epidemia que possibilitou o questionamento dos modelos epidemiológicos – que tinham na categoria de *risco* individual o elemento nuclear para suas análises. Conseqüentemente, como reflexo desta concepção, os modelos de prevenção e controle da epidemia adotaram as categorias de *grupo de risco* e *comportamento*

⁴³ MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. (Org.). *Aids in the world*. Cambridge: Harvard University Press, 1992, 1037 p. Esta obra foi parcialmente traduzida para a língua portuguesa, mas conservou o capítulo referente ao conceito de vulnerabilidade em sua totalidade. MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. (Org.). *A Aids no mundo*. 1993, 321 p. (Coleção História Social da Aids, n. 1).

⁴⁴ AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. 1999, p. 51.

de risco, ou seja, uma abordagem comportamental centrada no indivíduo, como proposta para as medidas de intervenção. Associado a isso, o modelo biomédico, tradicionalmente utilizado pelos profissionais de saúde para o tratamento das doenças também se mostrou insuficiente no caso do HIV/Aids.⁴⁵

Paralelamente à constatação da falência das abordagens até então utilizadas diante da complexidade da epidemia, pôde-se verificar uma abertura significativa da medicina, não só em relação aos conhecimentos provenientes de outras áreas, instituindo de fato a interdisciplinaridade, mas, também, quanto à inserção gradual da sociedade civil organizada, num franco processo de questionamento do discurso científico como "verdade absoluta".⁴⁶ O aumento crescente do número de pessoas assintomáticas vivendo com o HIV e também de doentes que tiveram sua sobrevida garantida por estratégias terapêuticas desencadeou a percepção de que o enfrentamento da epidemia deveria incorporar elementos provenientes da área de direitos humanos, com o intuito de contemplar e preservar a dignidade destas pessoas.

Para alguns genealogistas do conceito, entre eles José Ricardo de Mesquita Ayres, Ivan França Júnior, Gabriela Junqueira Calazans e Haraldo César Saletti Filho, a expressão *vulnerabilidade*, proveniente dos estudos sobre direitos humanos, teria escorregado para o campo da saúde no contexto da epidemia do HIV/Aids.⁴⁷ O conceito teria sido inicialmente apresentado e desenvolvido por ocasião da publicação do livro *Aids in the world*, de autoria de Mann, Tarantola e Netter, em 1992.⁴⁸

⁴⁵ AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita; FRANÇA Júnior, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira. Aids, vulnerabilidade e prevenção. Anais do II Seminário de Saúde Reprodutiva e Sexualidade. Rio de Janeiro: ABIA-IMS/UERJ, 1997, p. 20-21.

⁴⁶ CZERESNIA, Dina. Aids, contágio e transmissão. Relações entre epidemia, cultura e ciência. In: CZERESNIA, Dina et al. (Org.) *Aids, ética, medicina e biotecnologia*. 1995, p. 52.

⁴⁷ Segundo José Ricardo Carvalho de Mesquita Ayres e colaboradores: "... o termo vulnerabilidade, oriundo da área de direitos humanos, designava, originalmente, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção, ou garantia de seus direitos de cidadania..." (Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. 1999, p. 51).

⁴⁸ MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, THOMAS W. (Org.). *Aids in the world*. Cambridge: Harvard University Press, 1992, 1037 p. Esta obra foi parcialmente traduzida para a língua portuguesa, mas conservou o capítulo referente ao conceito de vulnerabilidade em sua totalidade. MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, THOMAS W. (Org.). *A Aids no mundo*. 1993, 321 p. Coleção História Social da Aids, n. 1.

A preocupação inicial dos autores foi a de introduzir uma contraposição às abordagens que buscavam explicar a epidemia a partir de um enfoque em comportamentos individuais que guardavam em si a idéia de *grupos* e *comportamentos de risco*. Assim, eles defendiam: "...confrontar-se com uma epidemia volátil, requer uma apreciação mais detalhada da vulnerabilidade..." já que esta demonstra ser "...uma abordagem mais útil para avaliar a vulnerabilidade atual e futura ao HIV..."⁴⁹

Como pode ser percebido, a principal intenção para a introdução do conceito de *vulnerabilidade* no novo cenário da epidemia teve como objetivo, mais do que alargar os horizontes, evitar uma certa banalização da doença em decorrência dos avanços científicos relacionados à ela (recursos diagnósticos, prognósticos e terapêuticos), bem como um certo refluxo das respostas sociais e governamentais, e, ainda, uma "...convivência complacente com o problema por parte dos segmentos mais poderosos..."⁵⁰ Ou seja, ao mesmo tempo em que a doença avançaria rumo aos grupos oprimidos – e, portanto, mais vulneráveis – mudando radicalmente seu perfil, o conjunto de respostas sociais e governamentais perderia a força do impacto inicial. Talvez a necessidade de focar as diferentes esferas que interferem na susceptibilidade dos indivíduos de contraírem ou não a infecção atue como contraponto ao reconhecimento de que a noção de risco tenha se diluído gradualmente no imaginário social.

No entanto, a adoção do conceito de vulnerabilidade permite, ainda que de forma prescritiva, a ampliação dos horizontes éticos e políticos por meio da introjeção, a importância e a contribuição de valores culturais no curso da epidemia.^{51, 52} A concepção inicial do HIV/Aids

⁴⁹ Idem, 1993, p. 275.

⁵⁰ AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso*: direitos, identidades e poder. 1999, p. 54-55.

⁵¹ Embora alguns autores utilizem os conceitos de ética e moral como categorias independentes, entendo e utilizo neste trabalho os dois conceitos como sinônimos, na medida em que estão em estreito relacionamento, sendo interdependentes, principalmente a partir do interesse contemporâneo pela retomada da ética como entidade prática para o processo de mediação dos conflitos.

⁵² Embora reconheçam a importância que assume na atualidade, o emergente conceito de *vulnerabilidade* "...ainda está longe de constituir uma entidade objetiva com a especificidade e clareza normalmente cobrada de conceitos..." (AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo*

como "...uma questão essencialmente biomédica, que confronta indivíduos isoladamente..." se transmuta na idéia de que

*...o HIV/Aids deve ser entendido, como todos os aspectos de saúde e doença, como fundamentalmente coletivo – um construto social que se molda dentro do contexto de sistemas sociais, culturais, políticos e econômicos altamente específicos, porém interligados e sobrepostos...*⁵³

Ou seja, ainda que a doença, como uma entidade nosológica, atinja a pessoa, o processo de adoecimento está inserido em um contexto situacional que desnudaria as dicotomias e ambivalências relacionadas às redes de relações e às estruturas de dominação presentes na sociedade.

Foi a partir da compreensão dessa complexidade que Mann, Tarantola e Netter introduzem o conceito de *vulnerabilidade*, composto por três planos inter-relacionados e mutuamente influenciáveis, capazes de fornecer critérios objetivos para a avaliação da susceptibilidade à infecção pelo HIV/Aids; partindo da esfera pessoal, passando pela institucional ou programática e chegando ao reconhecimento do contexto social.⁵⁴ De acordo com o modelo proposto, essas três esferas são interdependentes fornecendo os elementos necessários para a mensuração da *vulnerabilidade* individual e coletiva. Portanto, a preocupação dos autores extrapolaria os conceitos e posicionamentos até então utilizados para contrapor "...critérios e parâmetros aplicáveis desde um auto-exame individual até diagnósticos de nível nacional...",

avesso: direitos, identidades e poder. 1999, p. 50). Para Carmen Dora Guimarães, a noção de vulnerabilidade deve ser considerada um "quase" conceito (*Descobrendo as mulheres: uma antropologia da Aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 170).

⁵³ PARKER, Richard. Introdução. *A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: 1994, p. 18.

⁵⁴ MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M; NETTER, THOMAS W. (Org.). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. *A Aids no mundo*. 1993, p. 275-300; MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel. *A Aids in the world II*. New York, Oxford University Press, 1996, p. 429-476; AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. 1999, p. 49-72.

pela adoção da máxima "...agir localmente, pensando globalmente..." (grifos no original).⁵⁵ Ou seja, tornar-se-ia então impossível dissociar as ações locais, contextualizadas, direcionadas para grupos específicos da população, de uma visão ampliada sobre a totalidade da realidade da epidemia dentro do país, uma vez que o crescimento da doença em um determinado segmento populacional pode influir decisivamente no seu aumento em alguns grupos, como pode ser claramente verificado no aumento do número de casos entre as mulheres.

A *vulnerabilidade individual* estaria diretamente relacionada aos comportamentos adotados pelas pessoas, uma vez que esses têm influência inequívoca sobre a possibilidade de se adquirir a infeção ou mesmo, de adoecer. Esses comportamentos são amplamente conhecidos – relações sexuais desprotegidas (sem a utilização do condom), compartilhamento de seringas, múltiplos parceiros, entre outros –, e se referem às situações nas quais pode ocorrer a transmissão, seja ela sexual, sangüínea (hemotransfusão, uso de drogas injetáveis) ou, ainda, a transmissão vertical. Obviamente, a *vulnerabilidade individual* mantém uma inter-relação direta com o instrumental (informações, capacidades) que a pessoa dispõe para o posicionamento pessoal diante das mais variadas situações, podendo adotar diferentes gradações de acordo com os "... valores e recursos que lhe permitam ou não obter meios para se proteger...".⁵⁶ No entanto, a distância existente entre obter a informação e colocá-la efetivamente em prática requer a identificação da pessoa com o "outro" contagioso, o "aidético" clássico (homossexual, branco, burguês, artista), geralmente considerado como muito distante das mulheres do "lar" (mães, esposas, filhas).

Vale salientar que, desde o início da epidemia, têm sido repetidamente mencionados os comportamentos/atitudes individuais clássicas, ou seja, aqueles comportamentos que são praticados "individualmente" e que são de "responsabilidade" da pessoa. Isso me parece uma classificação equivocada a partir da constatação de que a

⁵⁵ AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita; FRANÇA Júnior, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira. Aids, vulnerabilidade e prevenção. *Anais do II Seminário de Saúde Reprodutiva e Sexualidade*. 1997, p. 25.

⁵⁶ AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. 1999, p. 57.

atividade sexual, para ser passível de atuar como agente transmissor da infecção é, no mínimo, objeto da relação entre duas ou mais pessoas. Contrapõem-se aqui, portanto, duas esferas distintas da realidade: a primeira está relacionada a atitudes e comportamentos propriamente ditos e efetivamente praticados; a segunda diz respeito aos elementos intervenientes e que condicionam a adoção desses comportamentos. Entram aqui os determinantes sócio-culturais que recolocam as mulheres no lugar em que sempre estiveram: o lugar de subordinação, seja ela corporal, sexual, econômica ou moral. O problema, então, não está na posse da informação, mas sim na perpetuação de estruturas simbólicas de dominação a que as mulheres se vêem confinadas. Uma das saídas seria, portanto, o amplo questionamento destes padrões como forma de “reconhecer” o argumento das mulheres.

Mann, Tarantola e Netter salientam ainda que a *vulnerabilidade individual* deve ser entendida como um processo mediado por aspectos: 1) cognitivos: que dizem respeito às informações disponíveis e ao grau de consciência sobre o problema; 2) comportamentais: relacionados às motivações e ao domínio de habilidades para modificar comportamentos “perigosos”; 3) sociais: possibilidade de acesso a recursos e serviços de saúde; e 4) culturais: no qual estão incluídos os padrões culturais, aceitos e perpetuados socialmente, que limitam o poder das pessoas no que se refere à “...confiança para sustentar ou implementar mudanças comportamentais...”.⁵⁷ Ou seja, conforme a colocação dos autores, a *vulnerabilidade individual* deve ser entendida como a antítese da liberdade e da desilusão.⁵⁸ Ora, esta contraposição maniqueísta entre opressão e liberdade recoloca novamente a

⁵⁷ A proposta dos autores menciona os três primeiros aspectos: cognitivos, comportamentais e sociais (MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, THOMAS W. (Org.). “Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids”. *Aids no mundo*. 1993, p. 277). No entanto, optei por apresentar separadamente os aspectos culturais, pois considero que este é um dos elementos que tem influência direta na atual feminização da epidemia no país. Embora estes aspectos tenham sido mencionados pelos autores, eles não são exaustivamente trabalhados como os demais, deixando uma lacuna importante no que diz respeito ao controle da epidemia.

⁵⁸ Na versão para o português, o termo *empowerment*, pouco utilizado na época, foi traduzido como *responsabilidade pessoal*, o que acarretou certo prejuízo para o significado original proposto. *Empowerment* tem sido frequentemente traduzido por *empoderamento*, e na falta de um vocábulo que traduza exatamente o sentido de *empowerment*, utilizo os termos *empoderamento*, *outorga de poder*, *conquista de poder* e, ainda, *aquisição de poder*, dependendo do contexto no qual ele está sendo empregado.

responsabilidade pela mudança dos padrões inteiramente na mão da pessoa. O que, por sua vez, se traduz em um problema aparentemente insolúvel, já que as pessoas refletem em suas atitudes cotidianas o processo de moralização ao qual são submetidas.

A liberdade, a desilusão, ou conforme apregoado pelos movimentos sociais de direitos humanos, o *empowerment*, pode transformar-se em um instrumento cruel, uma vez que o conceito pressupõe uma natureza capaz de se libertar dos constrangimentos sociais que produzem e perpetuam a *vulnerabilidade*. Sob essa perspectiva, conhecimento e motivação pessoal não implicam, necessariamente, na possibilidade de mudança de comportamentos por parte das pessoas envolvidas, sendo esses, antes de mais nada, o resultado do jogo de forças que se estabelece entre recursos de ordem cultural, econômica, política e jurídica, entre outros. A dificuldade principal reside na constatação de que esses recursos são distribuídos de forma desigual entre as diversas sociedades existentes, classes sociais, grupos étnicos, faixas etárias e entre gêneros.⁵⁹

Infelizmente, essa liberdade ante a *vulnerabilidade* tal qual a compreendo é uma condição impossível de ser exercida por pessoas moralizadas.⁶⁰ Para a maioria dessas pessoas, isto se torna uma tarefa praticamente inviável até porque o conforto das crenças permite a manutenção de ilusões que justificam as próprias crenças e, conseqüentemente, impedem o enfrentamento da dor e do sofrimento morais. Na verdade, há um ciclo que se cria e se justifica, iniciando-se pela *ilusão*, ou seja, o apego à segurança proporcionada pelas crenças e, em decorrência disso, se estabelece o *estado de vulnerabilidade*, que expõe as pessoas ao *risco* do contágio e, em última instância, à *morte*.

⁵⁹ BATLIWALA, Srilatha. The meaning of women's empowerment: new concepts from action. In: SEN, Gita; GERMAIN, Adrienne; CHEN, Lincoln C. (Ed.). *Population policies reconsidered: health, empowerment and rights*. Cambridge: Harvard University Press, 1994, p.127-138). Já o termo *aquisição de poder* segue a argumentação de BHABHA, Homi K. *The locations of culture*. London: Routledge, 1994. 288 p.; BHABHA, Homi K. *O local da cultura*. Belo Horizonte: UFMG, 1998, 400 p.

⁶⁰ Debora Diniz, em sua tese de doutorado, apresenta uma proposta aplicável à análise dos conflitos morais da humanidade. De acordo com este modelo teórico, as pessoas estariam alinhadas de acordo com as característica morais de três personagens distintos, assim representados: 1) o cavaleiro do absurdo; 2) o herói antitrágico; e 3) a ironista liberal. Ver DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, 226 p.

Dessa forma, portanto, o enfrentamento e as respostas ao HIV/Aids estariam diretamente relacionados ao processo de desilusão por parte das pessoas para percorrer o caminho que lhes forneça não somente a possibilidade de aprender e apreender, desde os conhecimentos elementares até os mais complexos sobre a doença, mas, também, que favoreça o questionamento sobre essas informações, o que certamente lhes permitiria a possibilidade de modificação de seus comportamentos.⁶¹ A noção de empoderamento suscita a idéia de tomar posse, mas, na realidade, diferentemente dos autores, somente reconheço a eficácia do conceito caso esse englobe uma estratégia que possibilite o exercício da dúvida, de uma contra-argumentação sobre os valores tradicionalmente aceitos, para destituir o poder das crenças: o protótipo do casamento/união/parceria que reproduz o amor romântico e fornece a proteção contra as doenças do “outro”.

É a animação proveniente desse espírito da dúvida moral, como característica primordial da personagem ironista, conforme concebida por Richard Rorty no livro *Contingência, ironia e solidariedade* e exaustivamente trabalhada por Debora Diniz em sua tese de doutorado intitulada *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*, o elemento que permitirá às mulheres duvidarem da tranquilidade do casamento e de fato modificarem sua posição diante da *vulnerabilidade*.⁶² O questionamento constante das crenças, das verdades instituídas, permite à pessoa *ironista* um processo permanente de recriação, que lhe proporciona a oportunidade de reescrever sua trajetória de vida e suas crenças. Mas enquanto o empoderamento for um conceito situado abaixo do poder das crenças, as mulheres continuarão a adotar comportamentos que as expõem ao risco de contrair a infecção. Na verdade, o que conduz à *vulnerabilidade* não é a opressão de gênero, de classe ou racial, por exemplo, mas o processo de moralização em um sentido amplo, onde os valores sexistas, racistas, classistas, entre outros, estão em jogo. Ou seja, somente

⁶¹ MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. (Org.). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. *A Aids no mundo*. 1993, p. 287-293.

⁶² RORTY, Richard. Ironia privada e esperança liberal. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Editorial Presença, 1994, 103-128. Ver também, DINIZ, Debora. Da ironista e a poesia. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, p. 124-194.

pela animação da dúvida é possível falar em empoderamento ou mesmo em liberdade. No entanto, esses valores não devem ser destinados somente para as mulheres, mas para todos.

Portanto, diante da apatia moral a que se encontram submetidas as *escravas do risco*, qual seria o limite socialmente tolerado diante de seu *estado de vulnerabilidade permanente*? Ao se deslocar de forma dramática para as classes sociais mais pobres, e conseqüentemente para as mulheres dessas classes, a epidemia desvelou a crueldade destinada aos grupos desfavorecidos. A doença perde, assim, o seu impacto inicial, empurrando para uma espécie de limbo justamente as pessoas mais *vulneráveis*. Aceitar silenciosamente a contaminação das mulheres significa aceitar valores e padrões morais e culturais que perpetuam as desigualdades sociais nas mais diferentes esferas das experiências cotidianas. Por outro lado, a *aquisição de poder* por parte das mulheres deriva da arte de sua capacidade de duvidar, de desiludir-se. A infecção, a morte e a transmissão vertical são apenas alguns dos eventos relacionados ao contexto do HIV/Aids.

Torna-se necessário, então, fazer uma distinção clara entre aquilo que é considerado intolerado, e o que é absolutamente intolerável, já que existe uma diferença entre esses dois conceitos, uma diferença sutil, mas que demarca a fronteira para o julgamento das moralidades. É perfeitamente possível conviver cotidianamente com pessoas ou crenças consideradas intoleradas, ou seja, aquelas que são diferentes de nós mesmos, como é, por exemplo, o caso dos deficientes mentais, dos idosos e, neste momento, das mulheres pobres infectadas pelo vírus HIV e levadas à morte. Já o conceito de intolerável designa os indivíduos, crenças ou práticas com os quais se torna impossível o convívio cotidiano, sendo necessária uma intervenção pacífica ou até mesmo violenta. É precisamente esse o caso da transmissão vertical. Enquanto é tolerado que as mulheres continuem a morrer, é absolutamente intolerável que um bebê nasça contaminado pelo vírus HIV. Esse limite tênue entre esses dois conceitos, perpetua de forma inequívoca a *vulnerabilidade permanente* das *escravas do risco*.⁶³

⁶³ Para maior discussão sobre o tema ver DINIZ, Debora. A vulnerabilidade da bioética. Apresentação livre no encerramento das atividades do Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz, 1999, 7 p. mimeo. E ainda, WALZER, Michael. *Da tolerância*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, 145 p.

No entanto, para Mann, Tarantola e Netter, a *vulnerabilidade coletiva* diria respeito a um plano supra-individual, subdividido em duas categorias distintas: *vulnerabilidade programática* e *vulnerabilidade social*. Nesses planos, diferentemente da proposta relativa à vulnerabilidade individual, os autores estabelecem escores como forma de quantificar e classificar em três faixas distintas a vulnerabilidade de diferentes países do mundo: baixa, média e alta.⁶⁴ Deixam claro, ainda, a idéia de que os indicadores utilizados devem ser analisados dentro da realidade social na qual os mesmos estão inseridos, para fornecer informações detalhadas para o estabelecimento de um diagnóstico preciso com o intuito de subsidiar o planejamento e a implementação de ações governamentais, sociais e da sociedade civil organizada (organizações não-governamentais). Aparece aqui a possibilidade de mensurar esses dois componentes do conceito de *vulnerabilidade* mediante o fornecimento de um *checklist* que, de forma alguma representa as diferentes esferas de uma realidade local. Mais do que isto este é um modelo simplista de apreensão da realidade e da própria *vulnerabilidade*, já que reproduz os padrões hierárquicos e de dominação, o que certamente restringe o seu poder analítico nos diferentes contextos de aplicação.

A *vulnerabilidade programática*, pode ser relacionada aos diferentes programas elaborados em níveis nacional, regional e local – sejam eles desenvolvidos pelos governos federal, estadual, municipal ou por organizações não-governamentais – que têm como propósito a vigilância epidemiológica, o controle, a prevenção e a assistência no que se refere ao fenômeno HIV/Aids. A importância do plano programático pode ser melhor entendida na medida em que esse assume o papel de mediação entre os planos individual e social e se torna “...um caminho concreto para a construção do *empowerment*...” (grifos no original),⁶⁵ e implica,

⁶⁴ Para uma análise detalhada sobre o elenco de indicadores mencionados pelos autores e seus respectivos escores, consultar MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, THOMAS W. (Org.). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. *Aids no mundo*. 1993, p. 287-293.

⁶⁵ AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita; FRANÇA Júnior, IVAN; CALAZANS, Gabriela Junqueira. Aids, vulnerabilidade e prevenção. *Anais do II Seminário de Saúde Reprodutiva e Sexualidade*. 1997, p. 27; e ainda, AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e Aids entre crianças e adolescentes. *Idéias: o papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/Aids*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1998, p. 17-19.

necessariamente, na participação do público nas diferentes fases do processo de elaboração, implementação e avaliação dos programas.⁶⁶ Neste sentido, vale conferir como as campanhas publicitárias veiculadas pelo Ministério da Saúde abandonaram gradativamente a concepção de grupo de risco, passando a difundir a idéia da prática do sexo seguro para os diferentes segmentos da população. Mesmo que o enfoque ainda esteja centrado na utilização da camisinha, tanto para a mulher como para o homem, o que de certa forma ainda é preocupante. Isto revela uma clara desconsideração referente às relações de poder que mediam a maioria dos relacionamentos conjugais/sexuais na sociedade brasileira.

Mas é justamente a possibilidade de favorecer a inter-relação entre idéias, informações, recursos humanos e materiais que confere ao plano programático a importância de interpor-se entre indivíduos/coletividade pelas suas necessidades concretas de saúde e os próprios serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção. A *vulnerabilidade programática*, então, aumentaria ou diminuiria, numa relação diretamente proporcional à vontade política, social e individual empregada para superar fronteiras e romper barreiras tradicionalmente perpetuadas, seja pela sociedade, seja pela prática biomédica.

Embora a vontade política esteja impregnada pelo simbolismo da moralidade dominante, é possível desvelar alguns avanços. Em uma das campanhas publicitárias veiculadas pelo Ministério da Saúde durante o segundo semestre de 1999, sobre a importância da realização do exame anti-HIV durante o pré-natal, a fotografia utilizada era bastante sugestiva: uma mulher grávida com a mão esquerda colocada sobre a barriga, ostentando nesta mão uma aliança. Certamente, foi a primeira vez que se transpôs a porta, ou seja, o limite da proteção para as mulheres do lar. A imoralidade foi considerada como um risco também para as mulheres casadas. O *slogan* utilizado "proteger o seu bebê contra a Aids é mais que um dever, é um direito", ainda prioriza o feto em detrimento da mulher, mas é, sem dúvida, uma oportunidade para

⁶⁶ Embora os autores considerem imprescindível a participação do público durante todo o processo, não há dúvida de que este é um ponto crítico e difícil de ser solucionado (MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. (Org.). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. *Aids no mundo*. 1993, p. 287).

aberturas maiores.⁶⁷ No momento atual da epidemia, torna-se necessário o desenvolvimento de programas realmente direcionados às populações mais carentes e *vulneráveis*, como é precisamente o caso das mulheres iludidas pela segurança proporcionada pelo casamento.

No que diz respeito à *vulnerabilidade social*, o segundo componente da *vulnerabilidade coletiva*, os autores adotam como parâmetro para análise oito índices utilizados pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (Pnud) para a obtenção da escala de baixa, média e alta vulnerabilidade social.⁶⁸ Ou seja, a determinação final dessa escala estaria relacionada ao equilíbrio existente entre os diferentes índices, equilíbrio esse que interfere nas condições de vida das populações nacionais, bem como nos critérios de inclusão/exclusão social das pessoas.⁶⁹

Este modelo de *vulnerabilidade* proposto por Mann, Tarantola e Netter tem sido duramente questionado porque reflete a ênfase nos valores individuais da liberdade, ainda que em detrimento dos interesses da coletividade, característica profundamente arraigada nas democracias ocidentais. No entendimento destes autores, porém, a principal crítica relaciona-se ao fato de que, ao enfatizar os valores da liberdade, o modelo recoloca na pessoa a responsabilidade pela *aquisição de poder* e, conseqüentemente, pela mudança dos comportamentos individuais, desconsiderando o poder e o fascínio das crenças. Ora, é ingenuidade pensar que a equação informação + preservativo seria necessariamente igual à prática de sexo seguro. Nas palavras de Guimarães:

⁶⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. *Campanha publicitária: proteger o seu bebê contra a Aids é mais que um dever, é um direito*. Brasília, 1999.

⁶⁸ Os índices selecionados pelos autores são: acesso à informação, despesas com saúde, acesso ao tratamento, mortalidade antes dos cinco anos, total de pontos das mulheres, índice de liberdade humana, relação entre despesas militares e gastos com educação e índice de desenvolvimento humano (MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. (Org.). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. *A Aids no mundo*. 1993, p. 291-293).

⁶⁹ A combinação dos indicadores que compõem os planos programático e social forneceu um diagnóstico que classificou 37 países, previamente selecionados, de acordo com as escalas de alta, média e baixa vulnerabilidade. O Brasil está entre os países com escore indicativo de média vulnerabilidade (MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. (Org.). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. *A Aids no mundo*. 1993, p. 294-296).

...essas mulheres têm as suas razões para resistir a determinados tipos de informação que possam interferir no espaço mais íntimo de suas vidas, tornando esta resistência sua medida de força...

ainda que esta força seja absolutamente relativa.⁷⁰ As mulheres resistem bravamente àquilo que pode lhes proporcionar sofrimento moral, ou seja, resistem àquilo que as poderá levá-las a duvidar de suas próprias crenças.

O fato é que um dos méritos desse modelo de *vulnerabilidade* reside exatamente na possibilidade demonstrada de enfatizar a conexão HIV/Aids e direitos humanos.⁷¹ Essa inter-relação permite uma reconstituição do itinerário epidemiológico-moral relacionado à epidemia e proporciona a possibilidade de estabelecer-se um vínculo mais profundo entre a doença e seus determinantes sociais. Na verdade, uma reflexão em torno do conceito de *vulnerabilidade* permite que se chegue à essência do dilema imposto pela mudança do perfil do HIV/Aids: as mulheres monogâmicas, em relação de estabilidade conjugal/parceria e que só a partir dos anos 1990 começaram a demonstrar a sua visibilidade, ou melhor, que só a partir de então começaram a ser enxergadas como protagonistas dessa história.

Os maiores desafios para o modelo de *vulnerabilidade*, no entanto, aparecem de forma inequívoca quando se considera grupos específicos, como é o caso *das escravas do risco*. Quando a análise, sob o prisma da *vulnerabilidade* do fenômeno HIV/Aids, introjeta a noção de *aquisição de poder*, mas, desconsidera o simbolismo das crenças nas experiências pessoais das mulheres, exclui terminantemente a possibilidade da dúvida, portanto de crítica ao que as expõem ao risco. Recoloca, assim, as mulheres em um *estado de vulnerabilidade permanente* em relação ao HIV/Aids (diferente da *vulnerabilidade circunstancial*, como é o caso, por exemplo, de uma vítima de um acidente que precisa receber uma transfusão de sangue), uma vez

⁷⁰ GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrendo as mulheres: uma antropologia da Aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 63.

⁷¹ MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel. From vulnerability to human rights. In: MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel (ed.). *A Aids in the world II*. New York, Oxford University Press, 1996, p. 463-476.

que a submissão às crenças e às relações de poder a que as mulheres supostamente seguras estão submetidas, se exprime pelo aumento permanente da exposição ao risco. As mulheres se tornam, neste sentido, “escravas do risco” em função da naturalização de um conjunto de valores morais, entre eles, o mais caro de todos, o ideal do matrimônio, fazendo com que sua identidade social esteja atrelada ao estabelecimento da aliança conjugal. Em nome da dominação sexual e da satisfação do prazer masculino, ou mesmo em nome da manutenção do *status* conjugal, as mulheres não se permitem duvidar. Não há espaço simbólico para a dúvida quanto à tranquilidade desses valores que supostamente as tornariam livres do vírus da Aids.

É assim que o silenciamento implica, então, no permanente *estado de vulnerabilidade* dessas mulheres. Se, do ponto de vista prático, para as mulheres de classes populares é de fundamental importância a manutenção do vínculo conjugal/alianças, diante do confronto com a possibilidade de uma morte simbólica, que se traduz na perda do companheiro, as mulheres preferem correr o risco da exposição à infecção. O caso da epidemia do HIV/Aids mostra quanto a real *conquista de poder* feminino, exige, necessariamente, o exercício ironista da dúvida. Neste sentido, mas só neste sentido, concordo com a colocação de Mann, Tarantola e Netter de que a *vulnerabilidade* é precisamente o inverso da *outorga de poder*. Enquanto a ênfase da *vulnerabilidade individual* for colocada sob a responsabilidade exclusiva da pessoa, sem uma noção ampliada do real significado do conceito, as mulheres vão continuar a se infectar e morrer. A responsabilidade pela infecção, pela morte ou pela submissão não está em cada mulher solitariamente, mas nos padrões sociais de gênero aos quais as mulheres são submetidas e mediante os quais são socializadas.

Portanto, torna-se imprescindível enfatizar que uma proposta abrangente precisa considerar de fato os aspectos morais e culturais que interferem e modificam a *vulnerabilidade* de determinados grupos tradicionalmente postos à margem nas pesquisas e programas de intervenção para controle da infecção. Embora os autores e seus comentaristas apontem para a necessidade de se privilegiar as questões intersubjetivas relacionadas à construção e ao exercício da sexualidade e dos papéis hierárquicos dentro das relações de gênero – o que remete, necessariamente, às relações de poder entre homens e mulheres –, fica evidente que esses aspectos têm sido abordados de

forma tangencial em grande parte das análises e trabalhos publicados sobre o assunto.⁷² As próprias definições de *vulnerabilidade* adotadas pelo Ministério da Saúde brasileiro sinalizam para a importância das questões culturais na construção e aplicação do modelo. O maior problema tem sido incorporar de fato essas questões nas práticas da elaboração e implementação de políticas públicas relacionadas ao contexto do HIV/Aids no país.⁷³

Nesse contexto, entendo *vulnerabilidade* como sendo o elemento resultante de uma conjunção de fatores individuais (biológicos, cognitivos e comportamentais), programáticos (programas para prevenção, educação, controle e assistência, bem como vontade política), sociais (relacionados às questões econômicas e sociais) e culturais (submissão a padrões e crenças morais, hierarquias, relações de poder, questões de gênero), interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de *susceptibilidade* e *condições de respostas* de indivíduos e comunidades em relação ao HIV/Aids. A *vulnerabilidade* pode, então, ser considerada como uma *circunstância momentânea*, a *vulnerabilidade circunstancial*, ou um *estado permanente*, a *vulnerabilidade permanente*, na medida em que mantém uma relação direta com a *aquisição de poder* individual e

⁷² Como um exemplo clássico cito a questão das campanhas publicitárias direcionadas às mulheres. Praticamente dez anos depois da detecção dos primeiros casos de Aids em mulheres, começaram a ser veiculadas campanhas direcionadas exclusivamente às mulheres mas que enfocavam a utilização do preservativo masculino. O *slogan* de uma destas campanhas era: "Quem se ama se cuida". Uma mulher jovem, bela e decidida aparecia com uma camisinha na mão, na bolsa etc. A questão subjacente obviamente indicava a necessidade de uma negociação com o parceiro, que era completamente ignorada (Ministério da Saúde. *Campanhas publicitárias*. Pesquisa realizada pela autora nos arquivos da Coordenação Nacional de DST/Aids em 1999).

⁷³ Algumas definições sobre o conceito de *vulnerabilidade*, veiculadas e utilizadas em documentos oficiais do Ministério da Saúde podem se encontradas nos seguintes documentos: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente. *Cadernos de juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília, 1999, p. 221; Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Sexualidade, prevenção das DST/Aids e uso indevido de drogas: diretrizes para o trabalho com adolescentes*. Brasília, 1999, p. 26; e Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Conversando sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids; sugestões para o trabalho com professores e agentes indígenas de saúde*. Brasília, 1999, p. 48.

coletiva – permitindo, por um lado, a apropriação de instrumentos e habilidades e, por outro, o questionamento de valores tradicionalmente aceitos que podem influenciar de forma decisiva no enfrentamento da epidemia –, e que tornam os indivíduos e grupos *sujeitos de sua própria saúde*.

Em um momento no qual a feminização do HIV/Aids passa a fazer parte do imaginário social brasileiro, mas no qual a sociedade ainda não consegue introjetar a amplitude das implicações relacionadas a esta nova realidade, tomar como referência o conceito de *vulnerabilidade* para as análises realizadas neste trabalho sinaliza para a importância que os padrões culturais e suas interfaces com a moralidade dominante têm no fenômeno do avanço da epidemia entre as mulheres.

Escravas da ilusão

A situação decorrente da constatação sobre a mudança do perfil da epidemia e, conseqüentemente, a crescente feminização da infecção do HIV/Aids, suscita inquietações éticas e práticas ante comprovação de que ser mulher implica ser *vulnerável*. A construção da sexualidade ocidental moderna no decorrer dos séculos XVIII e XIX remete para um franco processo de disciplinamento dos corpos femininos e masculinos, encerrando a sexualidade – especialmente a feminina – no interior da família tradicional burguesa.⁷⁴ Dessa maneira, "...as grandes famílias deram lugar à unidade conjugal íntima e privada...", reservando ao corpo feminino o exercício de uma sexualidade circunscrita ao ambiente doméstico, legitimada pelo estabelecimento de um vínculo conjugal e direcionada, basicamente, para a reprodução, ou seja, uma sexualidade a serviço da família.⁷⁵ Sexualidade, portanto,

⁷⁴ Michel Foucault tem sido uma referência fundamental para as discussões relacionadas à constituição da sexualidade ocidental moderna. Os três volumes de sua autoria sobre a *História da sexualidade*, fazem uma abordagem detalhada sobre o processo social que culminou com o encerramento da sexualidade no seio da família tradicional burguesa. Obviamente, outros grupos sociais também adotaram este modelo (FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade*. v. 1. 12ª ed. 1997; *História da sexualidade*. v. 2, 8ª ed. 1998; e *História da sexualidade*. v. 3, 5ª ed. 1985. Ver também FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. 19ª ed., 1999).

⁷⁵ LASCH, Christopher. A vida no Estado terapêutico. In: LASH-Quinn, Elisabeth (Org.). *A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo*. 1999, p. 177.

que demonstra claramente a posição de submissão à qual as mulheres foram relegadas.⁷⁶ Remonta também a essa época a incorporação de conceitos que, de certa forma, vão delineando a nova estrutura da emergente família nuclear.

A normatização da sexualidade em uma bipolaridade equaciona o que é certo e o que é errado, o que é normal e o que é anormal, o que é permitido e o que é proibido. De modo geral, as noções de certo, normal e permitido refletiam a sexualidade heterossexual na união conjugal. Todas as demais opções sexuais que extrapolassem a matriz heterossexual do casamento foram, assim, unificadas sob o signo da transgressão, sendo, portanto, interditas.⁷⁷ Essa concepção permitiu à mulher da casa estabelecer uma identidade contrastiva em relação aos homens mas, principalmente, no que se referia às “outras” mulheres: as prostitutas e as promíscuas, que povoavam o espaço público. Na verdade, essa idéia está fortemente impregnada no simbolismo popular e parece haver recrudescido com o surgimento do HIV/Aids, já que esses grupos, incluindo os homossexuais, foram, desde o princípio da epidemia, associados à transmissibilidade da infecção.

Outros conceitos dicotômicos como o espaço da casa e da rua, o doméstico e o público, o privado e público, foram delineados durante esse processo de constituição da família.⁷⁸ Enquanto a vida privada – e obviamente a sexualidade doméstica – simbolizavam a pureza, a sacralidade e o domínio sobre o feminino, a vida pública era uma prerrogativa masculina, estando estreitamente associada ao mundo do trabalho, já que ao homem cabia o papel de provedor. Mas é precisamente no espaço público, poluído pela presença de perigos e de pessoas perigosas, que se localiza a dramaticidade da vulnerabilidade feminina: as tentações e a possibilidade do contágio. Enquanto a

⁷⁶ Isto não quer dizer no entanto, que a subordinação feminina e a dominação masculina não existissem antes deste processo de construção da sexualidade como a conhecemos. Apenas se tornaram mais evidentes.

⁷⁷ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade*. v. 1, 12ª ed. 1997; FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. 19ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999. Ver também as colocações de Costa, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 1999.

⁷⁸ Estes conceitos serão retomados no terceiro capítulo, por isso não pretendo me aprofundar na argumentação neste momento. Ver DAMATTA, Roberto. *A casa e a rua*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987; DAMATTA, Roberto. *O que faz o Brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco, 1997; Lash-Quinn, Elisabeth. Introdução. In: LASH-Quinn, Elisabeth. (Org.). *A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo*. 1999, p. 9-24.

mulher estivesse em casa, em um relacionamento com um único parceiro, ela estaria segura e protegida pelo vínculo matrimonial. Vale ressaltar que nesse universo persistem diferenças significativas na socialização sexual de homens e mulheres: existe uma certa “natureza masculina” insaciável, incontrolável, mas perfeitamente tolerada pelas mulheres, desde que o ambiente doméstico reproduza o ideal do amor romântico, da “fidelidade” como requisito primordial.⁷⁹ Em nome dessa “verdade” incontestável as mulheres foram se transformando vagarosamente nas *escravas do risco*.

É preciso ainda introduzir a questão das assimetrias de gênero – impregnadas de relações hierárquicas e de poder –, nas relações entre homens e mulheres que desencadeiam a recorrente submissão feminina. Mais do que isto, os padrões de opressão historicamente experimentados pelas mulheres contribuem para a invisibilidade das questões relacionadas à sua vida cotidiana. As forças de opressão moral, constantemente presentes em praticamente todas as sociedades, ignoram deliberadamente as experiências femininas, uma vez que têm como referência o sexismo, que deposita na mão dos homens tanto poderes como privilégios, mantendo o seu *status quo*. Ora, é precisamente essa conjunção de fatores que permite que as mulheres monogâmicas, detentoras seculares da tradição familiar, se coloquem em *estado de vulnerabilidade permanente* em relação ao HIV/Aids.

Como, então, atingir as *mulheres iludidas*, ou seja, “todas” as mulheres que remetem a sua segurança para a subordinação ao relacionamento afetivo-sexual – entre elas, mães, gestantes, meninas, adolescentes, idosas, prostitutas –, com medidas efetivas para a prevenção da infecção e contenção do avanço da doença, uma vez que todas se encontram sob o signo da *vulnerabilidade*? Para uma resposta satisfatória torna-se imprescindível considerar que o processo de medicalização da saúde implicou, no que se refere à saúde da mulher, o direcionamento da maior parcela de atenção ao processo reprodutivo, mais especificamente ao ciclo grávido-puerperal. Essa é

⁷⁹ KNAUTH, Daniela Riva. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da Aids. *Estudos Feministas*, n. 2, 1997a, p. 292-300; COSTA, Jurandir Freire. *Nem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998; Douglas, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976.

uma situação que se perpetua até a atualidade, apontando para um equívoco que reflete as antigas concepções que inevitavelmente associam a mulher à maternidade. Essa conexão possibilitou, durante um longo período da história moral da epidemia, a manutenção errônea subjacente do pressuposto de que “falar de gestantes, seria o mesmo que falar de mulheres.”⁸⁰

A gestação, entretanto, é apenas um período e, digamos, pequeno, embora nem por isso menos importante, na/da vida da mulher. Quanto tempo a mulher fica grávida durante o seu período reprodutivo em um país onde a taxa de fecundidade gira em torno dos 2,1 filhos por mulher/casal? Quantas mulheres estão laqueadas ou usam contraceptivos durante grande parte de suas vidas reprodutivas? Quantas mulheres deixam de fazer o pré-natal por falta de acesso aos serviços? Quantas mulheres conseguem acesso aos serviços de saúde fora do período gestacional? Essas questões remetem para a dedução de que “falar de gestantes é diferente de falar de mulheres”, daí as recentes campanhas para as mulheres não grávidas. Ou seja, a prioridade direcionada às gestantes definitivamente não consegue alcançar o verdadeiro sujeito das ações: as *escravas do risco*.

Diante desse contexto, prevenir HIV/Aids no grupo de mulheres e, obviamente, no sub-grupo de gestantes, significa percorrer um caminho que vai além do oferecimento do exame anti-HIV no período pré-natal, como forma de prevenção da transmissão vertical e da prática instituída da abordagem sindrômica das DSTs. Significa, antes, aproveitar todas as oportunidades em que as mulheres comparecem aos serviços de saúde – um *locus* privilegiado para a educação, promoção da saúde e prevenção de doenças – para introduzir conhecimentos específicos em relação ao HIV/Aids, considerando-se tanto a possibilidade de inter-relação entre os diferentes programas oferecidos, quanto a viabilização de uma assistência que ultrapasse a visão biologizante e fragmentária da atenção à saúde.⁸¹ Mais do que isto, compete aos serviços de saúde contribuir efetivamente para a *aquisição de poder* por parte das *escravas do risco*.

⁸⁰ MATOS, Dirce Guilhem. *Os novos vulneráveis: mulheres e gestantes – um olhar bioético frente à feminização do HIV/Aids*. Projeto de Tese. Universidade de Brasília. Brasília, 1999, p. 18.

⁸¹ Idem.

A análise da temática concernente à feminização do HIV/Aids tem como marca sua imersão em uma rede de complexidade que, obrigatoriamente, implica utilização de uma abordagem conceitual que seja capaz de dar visibilidade aos diferentes aspectos biológicos e socioculturais relacionados não só à doença em si, mas às diversas experiências morais das mulheres em um contexto “universal” de opressão estrutural, hierárquica e de gênero. Assim, é que a bioética, em especial uma bioética crítica de inspiração feminista, surge como um dos caminhos possíveis, oferecendo a oportunidade para a análise de situações conflituosas, uma vez que procura dar voz aos oprimidos, considerando o pluralismo e a diferença como elementos fundamentais para a busca de novos modelos conceituais para a mediação de conflitos morais.⁸²

A constatação de que mulheres e gestantes, apesar de fazerem parte do mesmo gênero, são grupos distintos em termos de atenção à saúde, suscita questionamentos relacionados tanto às políticas de saúde utilizadas para enfrentar o problema da feminização da epidemia quanto sobre as posturas adotadas pelos profissionais de saúde lotados nos Programas de Atenção à Saúde da Mulher. Muito frequentemente, esses profissionais contribuem significativamente para a perpetuação de modelos de atendimento ultrapassados, centrados em períodos restritos da vida das mulheres, o que, sem dúvida, é um viés que se reflete no enfrentamento da infecção pelo HIV/Aids. Direcionar atenção a um desses grupos específicos não significa que seja possível ampliar a efetividade das diretrizes adotadas. Significa, menos ainda, que haja uma cobertura eficaz para as mulheres que estejam fora do período gestacional.

Portanto, a pergunta que norteou os trabalhos dessa pesquisa foi elaborada considerando esta dicotomia: as gestantes – da maneira como estão direcionadas as políticas públicas na área da saúde da mulher – têm a primazia na orientação, na prevenção e no diagnóstico

⁸² As questões relacionadas à bioética crítica de inspiração feminista serão amplamente desenvolvidas no primeiro capítulo. A utilização da denominação *bioética crítica* segue a proposição de Debora Diniz no projeto elaborado para a Fundação MacArthur (DINIZ, Debora. *Bioética, direitos sexuais e reprodutivos: uma inserção do tema no Congresso Nacional Brasileiro*. Projeto de Pesquisa. Brasília, 2000, p. 4-8); e de DINIZ, Debora e GUILHEM, Dirce. *O que é bioética?* Rio de Janeiro: Brasiliense, 2002. Coleção Primeiros Passos.

para o HIV/Aids em relação ao grupo de mulheres em geral. *Por que, diante da feminização da infecção (epidemia) pelo HIV/Aids, as políticas públicas para controle da doença elaboradas pelo Ministério da Saúde privilegiam as mulheres grávidas?*

É também em função desta pergunta que a realização desta pesquisa se justifica, uma vez que o avanço da epidemia entre as mulheres pode ser considerado, ao mesmo tempo, avassalador e cruel. Assim, o percurso teórico-metodológico privilegia a inter-relação entre o conceito de vulnerabilidade e as questões éticas, culturais e metodológicas que serviram de embasamento para a realização deste estudo. Portanto, este trabalho foi delineado obedecendo a um percurso analítico que permite a compreensão desta interface.

Capítulo

2

**Bioética crítica e
vulnerabilidade**

Bioética crítica e vulnerabilidade



período do surgimento e da consolidação da bioética foi marcado por uma intensa preocupação em relação aos conflitos morais cada vez mais presentes na vida cotidiana em decorrência dos avanços científicos e tecnológicos. Pessoas em situação de vulnerabilidade, tais como sujeitos de pesquisa que participavam de procedimentos duvidosos do ponto de vista ético e pacientes que eram tradicionalmente submetidos a uma relação desigual com seus médicos foram, certamente, os primeiros objetos de atenção dos bioeticistas.¹ Muito embora essa inquietação inicial tivesse originado um movimento de respeito às diferenças e à proteção das pessoas vulneráveis, por meio do questionamento dos modelos opressivos até então utilizados, houve, na verdade, um silenciamento moral sobre essas diferenças e modelos.²

Dessa forma, as primeiras teorias bioéticas utilizadas pela disciplina tiveram como referência as teorias filosóficas tradicionais, representadas por Kant, Hipócrates, Aristóteles e, também, Rawls e Mill, que são embasadas em princípios abstratos e universalizantes,

¹ BEECHER, Henry K. Ethical and Clinical Research. *New England Journal of Medicine*, v. 274, n. 24, June, 1966, p. 1354-1360; ROTHMAN, David J. Ethics and human experimentation: Henry Beecher revisited. *New England Journal of Medicine*, v. 317, n. 19, Nov., 1987, p. 1195-1199; ROTHMAN, David J. *Strangers at the bedside: a history how law and bioethics transformed medical decision making*. United States: Basic Books, 1991; ROTHMAN, David J. Three views of history: view the first. In: *Hastings Center Reports*, v. 23, n. 6, Nov./Dec., 1993. Special Supplement, p. S11-S12; Jonsen, Albert R. The birth of bioethics. In: *Hastings Center Reports*, v. 23, n. 6, Nov./Dec., 1993. Special Supplement, p. S1-S4.

² DINIZ, Debora. Henry Beecher e a gênese da bioética. *Mundo da Saúde*, Ano 23, v. 23, n. 5, Set./Out. 1999, p. 332-335; COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira. Ética e pesquisa clínica segundo Henry Beecher. *Mundo da Saúde*, Ano 23, v. 23, n. 5, Set./Out. 1999, p. 336-341.

considerados válidos para toda a humanidade. Tinha-se como padrão um ser humano idealizado, capaz de se colocar acima das moralidades e de utilizar princípios éticos generalizantes quando colocado diante de situações que envolvessem conflito moral.³ As primeiras publicações bioéticas, ainda na década de 1970, revelaram o seu apelo ao tradicionalismo filosófico, como é o caso das obras intituladas *Moral problems in medicine* e *principles of biomedical ethics*, demonstrando a sua incapacidade de enfrentar os dilemas morais tais quais eles se apresentavam na realidade.⁴ Ou seja, o enfoque inicial da bioética – a questão das diferenças e a proteção das pessoas vulneráveis –, ficou embotado diante da generalidade e ao universalismo, o que impediu que o seu discurso inovador se consolidasse na prática.

O exemplo clássico desse desencontro reflete-se na obra que impulsionou de forma definitiva a bioética, o livro intitulado *Principles of biomedical ethics* (PBE), publicado em 1979, de autoria do filósofo Tom Beauchamp e do teólogo James Childress.⁵ A obra continha a proposta teórica sobre aquela que se tornou amplamente conhecida como a *teoria principialista*. Esta foi, de fato, a primeira tentativa de instrumentalizar os dilemas éticos relativos à saúde das pessoas no mundo contemporâneo mediante a institucionalização de “ferramentas morais” que, a partir de então, ficaram conhecidas na literatura bioética como princípios éticos, quais sejam: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Na verdade, a origem da teoria principialista teve como base o *Relatório Belmont*, elaborado por uma comissão designada pelo Senado Americano para avaliar as questões éticas relacionadas às pesquisas envolvendo seres humanos. De acordo com a Comissão, esses princípios éticos estavam fortemente enraizados nas tradições morais

³ DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, 226 p.

⁴ GOROVITZ, Samuel; JAMETON, Andrew L.; MACKLIN, Ruth; O'CONNOR, John M.; PERRIN, Beverly Page St. Clair; SHERWIN, Susan. *Moral problems in medicine*. New Jersey: Prentice-Hall, 1976, 552 p.; Beauchamp, Tom L.; Childress, James, F. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1979, 314 p.

⁵ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James, F. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1979, 314 p. Ver também a versão atualizada da obra que traz várias modificações, para adequá-la ao momento atual: BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. New York: Oxford University Press, 1994, 546 p.

da civilização ocidental e deveriam estar firmemente articulados para que pudessem proporcionar os resultados esperados na proteção dos seres humanos que participassem de pesquisas científicas. São eles: 1) o “respeito pelas pessoas”: enfocava pelo menos duas convicções éticas: os indivíduos deveriam ser tratados como agentes autônomos e as pessoas com autonomia diminuída (vulneráveis) precisariam ser protegidas. Do ponto de vista prático isso implicaria na participação voluntária em pesquisas e na concessão “obrigatória” do consentimento informado, obtido após informação e esclarecimento sobre o processo completo da pesquisa a ser realizada; 2) “beneficência”: vista como uma obrigação do pesquisador no sentido de assegurar o bem-estar das pessoas. Focalizava, basicamente, as questões sobre não causar danos e a maximização dos benefícios. Na prática, seria necessária uma avaliação sistemática da relação riscos/benefícios para as pessoas envolvidas e dispostas a participar das pesquisas; e 3) “justiça”: princípio relacionado às questões da equidade, entendida como sendo a imparcialidade na distribuição de riscos e benefícios. Implicações práticas deste princípio dizem respeito à obrigação moral de se estabelecer procedimentos seletivos justos para a escolha dos sujeitos de pesquisa, independente de qualquer discriminação.⁶

O fato de os autores terem discordado da forma como a comissão delineou os princípios durante a elaboração do Relatório Belmont, levou os a formularem uma nova proposta. Desta forma, o princípio do respeito pelas pessoas foi substituído pelo princípio da autonomia – mais recentemente, na última edição da obra, houve uma mudança significativa para “respeito pela autonomia” –, o princípio da beneficência foi subdividido em dois: beneficência e não-maleficência; o princípio da justiça foi mantido conforme a proposta da comissão.⁷ No entanto,

⁶ National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of the human subjects of research. In: Reich, Warren Thomas (Org.). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Mac Millan-Free Press, 1995. p. 2767-2773. Ver também Pessini, Léo. Os princípios da bioética: breve nota histórica. In: Pessini, Léo; Barchifontaine, Christian de Paul (Org.). *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus, 1996. p. 51-55; Pessini, Léo; Barchifontaine, Christian de Paul. Bioética: do principialismo à busca de uma perspectiva latino-americana. In: Ferreira, Sergio Ibiapina; Oselka, Gabriel; Garrafa, Volnei (Org.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 81-98.

⁷ BEAUCHAMP, Tom L. The principles approach. *Hastings Center Reports*, v. 23, n. 6, Nov./Dec. 1993. *Special Supplement*, p. S9.

durante quase duas décadas, a teoria dos princípios constituiu-se como a teoria dominante da bioética, confundindo-se, inclusive, com a própria bioética.⁸ O seu grande mérito reside no fato de que ela apontou para a possibilidade de solucionar os conflitos morais de uma forma acessível para o "...grande público não iniciado nos estudos bioéticos...".⁹

Dada a sua praticidade, a teoria foi incorporada pelos bioeticistas não somente nos Estados Unidos, mas em um grande número de países periféricos em termos de bioética, alcançando um *status* privilegiado, mas demonstrando uma imensa fragilidade, já que a utilização dos quatro princípios para a resolução dos conflitos cotidianos estava desvinculada do seu contexto de aplicação. É preciso salientar que tanto procedimentos técnicos quanto teorias éticas têm uma forte referência aos valores culturais de seu país de origem (no caso da teoria dos princípios, à classe média americana, branca, individualista), o que foi desconsiderado durante o processo de transculturação da teoria. Sua utilização massiva ocasionou um reducionismo simplista do seu corpo teórico, fazendo com que a teoria principialista fosse comparada a um *checklist* normativo por grande parte de seus críticos.¹⁰

Dessa forma, a bioética demonstrou sua incapacidade para enfrentar a realidade dolorosa decorrente do confronto entre as moralidades, pois permitiu que modelos opressivos amplamente questionados durante seu processo de consolidação fossem incorporados, passando a refletir o viés hierárquico e de dominação na sua aplicação prática. Entretanto, ela não negou a existência das diferenças, das pessoas vulneráveis, do pluralismo moral, dos conflitos. Ao contrário, falou-se sobre isso como nunca antes havia

⁸ Para maior discussão a respeito destas duas questões: 1) a confusão entre a bioética, como disciplina, e a teoria dos princípios como sendo a própria bioética e não apenas uma de suas correntes teóricas; e 2) a diferenciação entre bioética central e periférica, ver os textos de GARRAFA, Volnei; DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. Bioethical language and its dialects and idiolects. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, supl. 1, 1999, p. 35-42. DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce; GARRAFA, Volnei. Bioethics in Brazil. *Bioethics*, v. 13, n. 3/4, p. 244-248, Jul. 1999.

⁹ DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina. Bioética feminista: a emergência da diferença. *Estudos Feministas*, ano 6, n. 2, 2ª sem. de 1998, p. 255-263.

¹⁰ DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce; GARRAFA, Volnei. *The bioethics in Brazil and the principlist theory*. Tema livre apresentado no IV International Congress of Bioethics. Tokyo, 1-4/nov./1998.

sido feito.¹¹ Porém, as teorias bioéticas racionalistas se mostraram incapazes de dar conta da mediação dos conflitos reais, uma vez que a proposição de projetos bioéticos válidos para toda a humanidade estava fatalmente fadada ao fracasso. Além disso, para que possam ocorrer mudanças, é preciso que seja feito um amplo questionamento sobre as estruturas de dominação presentes na sociedade que perpetuam as situações de vulnerabilidade a que as pessoas são expostas. A partir do momento que a bioética compactuou com manutenção destas estruturas opressivas, contribuiu para que as experiências das pessoas vulneráveis fossem mantidas na invisibilidade e no silêncio.

O desconforto ocasionado pela ineficácia de princípios abstratos diante da incomensurabilidade dos conflitos, suscitou questionamentos direcionados primeiramente à teoria principialista e, posteriormente, à própria disciplina. Neste processo, "...a crítica fornecida pelas teorias de inspiração feminista vem sendo a que mais intensamente perturba a tranquilidade da bioética...",¹² principalmente porque aponta para as lacunas estruturais da disciplina que contribuiriam para perpetuar a opressão de pessoas e grupos. Foi a partir do fim dos anos 1980 e início dos anos 1990, que começaram a surgir e ser divulgados os primeiros estudos críticos realizados pelas bioeticistas.¹³ Este é, portanto, o período em que surge formalmente a bioética crítica de inspiração feminista.

¹¹ DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, p. 40-41.

¹² Idem. 1999, p. 42-43.

¹³ Paralelamente ao surgimento da bioética crítica de inspiração feminista, vários autores estadunidenses e de países periféricos da bioética lançaram suas críticas à teoria dos princípios, entre eles: CLOUSER, K. Danner; GERT, BERNARD. A critique of principlism. In: *The Journal of Medicine and Philosophy*, n. 15, p. 219-236, 1990; CLOUSER, K. Danner; GERT, Bernard. Morality vs principlism. In: GILLON, Raanan; LLOYD, Ann (Ed.). *Principles of health care ethics*. New York: John Wiley & Sons Ltd, 1994, p. 251-266; GRACIA, Diego. The intellectual basis of bioethics in Southern European countries. *Bioethics*, v. 7, n. 2/3, p. 97-107, 1993; GRACIA, Diego. Hard times, hard choices: founding bioethics today. *Bioethics*, v. 9, n. 3/4, p. 192-206, 1995a; Gracia, Diego. Medical ethics; history of Europe – Southern Europe. In: REICH, Thomas Warren. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Mac Millan-Free Press, v. 3, 1995b. p. 1556-1563. Gracia, Diego. The historical setting of Latin American bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, v. 21, p. 593-609, 1996; Castro, Leonardo. Transporting Values by Technology Transfer. In: *Bioethics*, v. 11, n. 3/4, p. 193-205, 1997; HOSHINO, Kazumasa (Ed.). *Japanese and Western Bioethics: Studies in Moral Diversity*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1997. 243 p.; HOSHINO, Kazumasa. Bioethics in the light of japanese sentiments.

Os primeiros livros publicados apresentavam um contra argumento que se traduziu em uma crítica mordaz à teoria dos princípios, enfatizando que esta priorizava o indivíduo em detrimento dos grupos, e que, ao falar do lugar do poder, contribuía para a perpetuação do *status quo* da disciplina, desconsiderando as pessoas em situação de vulnerabilidade, ou seja aquelas destituídas de poder. Além disso, segundo a opinião das bioeticistas, havia um isolamento em relação a outras áreas do conhecimento, como as teorias de gênero, por exemplo.¹⁴ Muito embora tenha ocorrido esse direcionamento na argumentação, algumas autoras sugerem que houve seguramente um comodismo inicial por parte das eticistas/bioeticistas feministas em relação ao principialismo.¹⁵ Ao oferecer a possibilidade de uma interação efetiva entre as questões relacionadas ao feminismo e à bioética, a teoria crítica favoreceu a discussão sobre situações que tradicionalmente eram silenciadas na sociedade e que, exatamente por isso, colaboraram para perpetuar as desigualdades decorrentes das estruturas de poder vigentes. Mais do que a defesa da condição feminina, a bioética crítica de inspiração feminista traduziu-se na preocupação com a condição daqueles historicamente desconsiderados nos estudos éticos – os oprimidos –, entre eles mulheres, crianças, minorias étnicas e raciais, deficientes físicos e mentais, idosos e pessoas de classes sociais desfavorecidas.

Antes disso, porém, já a partir dos anos 1980, ainda com estudos centrados nas teorias éticas femininas, começaram a surgir alguns

In: HOSHINO, Kazamusa (Ed.). *Japanese and Western bioethics: studies in moral diversity*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1997. p. 13-23; Lerpagneur, Hubert. *Bioética, novo conceito: a caminho do consenso*. São Paulo: CEDAS/ Loyola, 1996. 108 p.; Lerpagneur, Hubert. A força e a fraqueza dos princípios da bioética. *Bioética*, v. 4, n. 2, p. 131-143, 1996; Fox, Renée C. The entry of U.S. bioethics into the 1990s. In: DUBOSE, Edwin R.; HAMEL, Ron; O'CONNEL, Lawrence J. (Orgs.). *A matter of principles? Ferment in U.S. Bioethics*. United States: Trinity Press International, 1994. p. 21-71; GARRAFA, Volnei; DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. Bioethical language and its dialects and idiolects. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, supl. 1, 1999, p. 35-42. DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce; GARRAFA, Volnei. Bioethics in Brazil. In: *Bioethics*, v. 13, n. 3/4, p. 244-248, July, 1999.

¹⁴ WOLF, Susan. Introduction. In: Wolf, Susan (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996, p. 18.

¹⁵ TONG, Rosemarie. Feminist approaches to bioethics. In: WOLF, Susan M. (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. New York: Oxford University Press, 1996, p. 67-94.

trabalhos sobre o tema, sendo que o livro de Carol Gilligan, *In a different voice: psychological theory and women's development* pode ser considerado uma obra paradigmática, pelo papel marcante que teve na esfera dos estudos éticos de orientação feminina, feminista e, também, para a bioética feminista.¹⁶ Torna-se importante salientar, que existe uma preocupação recorrente entre as bioeticistas feministas sobre a importância de delimitar claramente a diferença existente entre os termos feminino e feminista, uma vez que a utilização de uma ou outra teoria pode implicar resultados negativos ou positivos para as mulheres. Resumidamente, *feminino* se refere à procura de uma única voz e à adoção de uma ética do cuidado que inclui questões relacionadas à alimentação, ao cuidado, à compaixão, à comunicação e aos relacionamentos. Já o termo *feminista*, independente da orientação teórica radical ou liberal, se relaciona à luta contra a dominação patriarcal, à busca pela igualdade de direitos e uma justa distribuição quando os recursos são escassos.¹⁷

Gilligan toma como referência os estudos realizados por Lawrence Kohlberg com 84 garotos durante um período de vinte anos. Para este autor, o desenvolvimento moral das crianças aconteceria em três estágios seqüenciais e progressivos. O primeiro nível seria caracterizado pelo egoísmo, no qual o padrão moral adotado se relacionaria ao autoritarismo e à díade recompensa/punição. Num segundo nível, o indivíduo acomoda-se aos estereótipos e modelos sociais convencionais, alcançando o terceiro nível, em que os princípios morais se referem a princípios universais e imparciais de justiça. Isso implicava dizer que um determinado modo universal e imparcial de pensamento seria a condição necessária para que as pessoas pudessem alcançar o terceiro nível de desenvolvimento moral. Quando as diferenças de

¹⁶ GILLIGAN, Carol. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press, 1982, 184 p.

¹⁷ Para discussão ampliada sobre esta abordagem vale conferir a argumentação de SHERWIN, Susan. Ethics, "feminine" ethics, and feminist ethics. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992, p. 35-57. Ver também, TONG, Rosemarie. Feminist approaches to bioethics. In: Wolf, Susan M. (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. New York: Oxford University Press, 1996, p. 67-94; e Mahowald, Mary B. On treatment of myopia: feminist standpoint theory and bioethics. In: WOLF, Susan M. (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. New York: Oxford University Press, 1996, p. 95-115.

gênero começaram a aparecer em estudos que tomavam a pesquisa de Kohlberg como referência, as mulheres foram vistas como não estando aptas a alcançar o mesmo tipo de pensamento moral que os homens, ou seja, as mulheres seriam moralmente mais imaturas que os homens.¹⁸ As diferenças historicamente perpetuadas entre homens e mulheres converteram-se, portanto, em pesquisas, sendo incorporadas em estudos éticos.

A perspectiva de que pesquisas realizadas com apenas um dos sexos poderiam ser aplicadas indistintamente a homens e mulheres mudou radicalmente a partir das colocações de Gilligan. Ela afirmava, que, diferentemente do que propunha Kohlberg, havia evidências concretas sobre a existência de uma ética feminina alternativa que não poderia ser considerada à luz das pesquisas por ele realizadas. Sugeriu, também, que homens e mulheres adotavam posicionamentos éticos diferenciados e que o caminho percorrido na busca da maturidade moral seria diferente para ambos. Isso, porém, não a impediu de aceitar que existiam gradações diferenciadas de pensamento moral, embora tenha criticado enfaticamente o modelo imparcial de justiça como a única forma possível de maturidade moral.¹⁹

A proposta de Gilligan demonstrava que a eticidade feminina – essa voz *diferente* – não tinha como base os princípios imparciais de justiça, mas caracterizava-se por focar o ato de cuidar e a responsabilidade sobre os relacionamentos interpessoais nos mais diferentes níveis, daí a denominação “ética do cuidar”. De outra forma, o sentido ético masculino tinha seu embasamento nos pressupostos imparciais do princípio da justiça e, conseqüentemente, a “ética da justiça” seria uma prerrogativa essencialmente masculina.²⁰ As colocações de Gilligan

¹⁸ KUHSE, Helga. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1997, p. 98-100.

¹⁹ GILLIGAN, Carol. *A different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press, 1982, 184 p. Ver também a argumentação sobre a proposta de Gilligan em LASCH, Christofer. A ilha de Gilliga. In: LASCH-Quinn, Elisabeth. (Org.). *A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo*. 1999, p. 139-153.

²⁰ Idem, 1982, 184 p. SHERWIN, Susan. Ethics, feminine ethics, and feminist ethics. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992, p. 35-57. Ver também, TONG, Rosemarie. Feminist approaches to bioethics. In: WOLF, Susan M. (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. New York: Oxford University Press, 1996, p. 67-94. KUHSE, Helga. *Caring: nurses,*

causaram profundo impacto nas abordagens subseqüentes, tenham elas sido elaboradas pelas feministas, eticistas ou pelos estudiosos das questões de gênero. A apresentação de uma ética no plural trouxe à tona a situação da invisibilidade moral na qual se encontravam confinadas as questões relacionadas à vida cotidiana das mulheres. E, mais do que isto, o reconhecimento destes dois conceitos apontou para as diferenças existentes entre as atitudes éticas adotadas por homens e mulheres. Ou seja, foi desta argumentação que emergiu a concepção, ainda hoje presente na bioética feminista, de que os padrões éticos deveriam contemplar as diferenças de gênero e, de uma forma mais ampliada, a diversidade.²¹ O grande mérito da obra de Gilligan foi o de que, ao demonstrar a existência destas diferenças – diferenças que ficavam escondidas em uma suposta universalidade ética baseada nos homens –, favoreceu a abertura do diálogo e de uma reflexão crítica sobre os diferentes posicionamentos éticos observados por homens e mulheres, possibilitando, assim, as primeiras inserções de uma concepção ética plural na área da bioética.

Para os estudos éticos, a importância histórica demonstrada pela ética do cuidar é inegável. Desde a sua publicação, a obra de Gilligan tem sido analisada e revisitada por diferentes autores que suscitam inúmeros questionamentos e enfatizam sua importância histórica. Um dos problemas apontados por estes estudos refere-se ao apelo essencialista das eticidades baseadas em papéis de gênero, ou seja, a postura ética de homens e mulheres refletiria na prática a sua própria natureza ética, o que é absolutamente questionável. O perfil social das mulheres, as características próprias da personalidade feminina e as suas experiências cotidianas, ditadas de acordo com os processos biológicos, contribui para situá-las

...como estando mais próximas de uma “natureza” universalizante, em contraposição aos objetivos “culturais”, traduzidos como o processo criativo preconizado pelo homem.

women and ethics. Oxford: Blackwell Publishers, 1997, p. 98-100. E DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina. Bioética feminista: a emergência da diferença. *Estudos Feministas*, ano 6, n. 2, 2ª sem. de 1998, p. 255-263.

²¹ DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina. Bioética feminista: a emergência da diferença. *Estudos Feministas*, ano 6, n. 2, 2ª sem. de 1998, p. 255-263.

E esta diferença de status contribui para a subordinação, controle e manipulação das mulheres pelos homens...²²

Embora evoque e faça uma abordagem séria das experiências da vida moral feminina, sejam elas relacionadas ao cuidado dos outros, como crianças, idosos, doentes e pacientes, sejam elas relacionadas à manutenção de uma infra-estrutura familiar que dê suporte para a manutenção do *status* masculino na sociedade, a ética do cuidar perpetuaria a subordinação feminina, reforçando os estereótipos sociais tradicionalmente associados aos papéis de gênero masculinos e femininos.²³ Essa concepção essencialista, no entanto, recoloca as mulheres onde elas sempre estiveram: submissas aos padrões hierárquicos opressivos, ditados e perpetuados sob uma ótica masculina.

Helga Kuhse, em seu livro *Caring: nurses, women and ethics*, faz uma abordagem detalhada dos efeitos perniciosos que a eticidade baseada em uma ética do cuidar tem sobre as experiências das mulheres. A autora argumenta que o reforço teórico de papéis femininos considerados naturalizantes, como é o caso da maternidade, traz conseqüências que podem ser extremamente destrutivas para profissões predominantemente femininas, como é o caso da enfermagem. De acordo com as colocações de Kuhse, a utilização da fórmula “mulher – boa mãe – boa enfermeira” reforçaria, nas relações profissionais entre médicos e enfermeiras, por exemplo, a subordinação das enfermeiras ao julgamento técnico e ético dos médicos, delimitando claramente uma divisão de trabalho moral baseada em uma hierarquia de gênero, atribuindo, assim, à enfermeira o papel passivo nessa relação.²⁴ Uma

²² ROSALDO, Michele Zimbalist; LAMPHERE, Louise. Introdução. In: ROSALDO, Michele Zimbalist; LAMPHERE, Louise (Org.). *Mulher, cultura e sociedade*. São Paulo: Paz e Terra, 1979, p. 26.

²³ CARSE, Alisa L.; NELSON, Hilde Lindemann. Rehabilitating care. In: DONCHIN, Anne; PURDY, Laura M (Ed.). *Recent embodying feminist bioethics advances*. Boston: Rowman & Littlefield Publishers, 1999, p. 17-31.

²⁴ KUHSE, Helga. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1997, 296 p. Ver GUILHEM, Dirce; DINIZ, Debora. Bioética e Enfermagem. *Revista de Bioética e Gênero*, v. 1, n.1, Outubro de 1999: iv; Sherwin, Susan (Coord.) *The politics of women's health: exploring agency and autonomy*. Philadelphia: Temple University Press, 1998, 320 p.; DONCHIN, Anne; PURDY, Laura M. (Ed.). *Recent embodying feminist bioethics advances*. Boston: Rowman & Littlefield Publishers, 1999, 286 p.; TONG, Rosemarie. *Feminist approaches to bioethics: theoretical reflections and practical applications*. United States: Westview Press, 1997, 280 p.; WOLF, Susan (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996, 398 p.

vez que os serviços de saúde refletem de forma inequívoca a estrutura social dominante, sendo, portanto, hierarquizados em função da categoria profissional que detém o poder – o médico, neste caso – evidencia-se a impossibilidade de uma prática do cuidado sem o viés da dominação masculina e da subordinação feminina.

Para que houvesse a possibilidade de desenvolver atividades abrangentes pelas profissionais do sexo feminino, tanto do ponto de vista da técnica quanto da ética, seria necessário que se tornasse uma realidade a igualdade entre os sexos e o pleno exercício da liberdade. Ou seja, segundo a argumentação de Rosemarie Tong:

...o autêntico e genuíno cuidado não pode ocorrer sob condições patriarcais, isto é, condições caracterizadas pela dominação masculina e a subordinação feminina. Somente sob condições de igualdade sexual e liberdade as mulheres podem realizar os cuidados para os homens sem que estes, de forma alguma, as diminuam, retirem o seu poder e as ignorem...

como pessoas e como profissionais, valeria acrescentar.²⁵ No entanto, da forma como os serviços e as profissões de saúde estão estruturados, a viabilidade de implantação prática desses pressupostos é praticamente impossível. Kuhse, no entanto, propõe uma saída para o dilema moral das enfermeiras. A autora sugere que nem sempre o sujeito que detém a técnica seria o mais qualificado para decidir diante de uma situação de conflito moral. É interessante notar que a dicotomia existente entre o par sujeito técnico/sujeito ético já era uma preocupação expressada por Gorovitz e seus pares quando da publicação do livro *Moral problems in medicine*, em 1976, preocupação, entretanto que foi desconsiderada ao logo dos vinte anos subseqüentes.²⁶ Ao retomar essa questão, nas situações relacionadas ao fim da vida, Kuhse promove a reabilitação da

²⁵ Vale conferir a colocação de Rosemarie Tong: "...genuine or fully authentic caring cannot occur under patriarchal conditions, that is, conditions characterized by male domination and female subordination. Only under conditions of sexual equality and freedom can women care for men without men in any way diminishing, disempowering, and/or disregarding them..." (Tong, Rosemarie. *Feminine and feminist ethics*. Belmont: Wadworth Publishing Company, 1993, p. 103).

²⁶ GOROVITZ, Samuel; JAMETON, Andrew L.; MACKLIN, Ruth; O'CONNOR, John M.; PERRIN, Beverly Page St. Clair; SHERWIN, Susan. *Moral problems in medicine*. New Jersey: Prentice-Hall, 1976, 552 p.

enfermeira ao reintroduzi-la na esfera da relação médico-paciente e considera-a como sendo o agente moral apto para legitimar as decisões relativas ao ato de morrer, uma vez que o vínculo enfermeira-paciente se estabelece de forma mais estreita do que entre médico e paciente.²⁷ A autora afirma:

...mas se existe uma relutância por parte das enfermeiras em aceitar esta posição, isto decorre da maneira como elas foram socializadas, melhor dizendo “corrompidas”, aceitando um papel de subserviência, um papel, que obviamente, é incompatível com o profissionalismo...²⁸

Ao utilizar a metáfora “o gigante adormecido”, para referir-se às enfermeiras e sua prática profissional, a proposta da autora é não somente questionar o modelo medicina-ética, mas demonstrar que a mudança de práticas profundamente arraigadas no âmbito da biomedicina depende, muitas vezes, do papel ativo que o oprimido possa assumir. Nesse caso, a busca pela independência ética da enfermeira estaria sob a responsabilidade das próprias enfermeiras, que individual e coletivamente, devem assumir o ônus da rebeldia.²⁹ Essa situação reflete claramente a dificuldade que não só as enfermeiras, mas as mulheres em geral, enfrentam para abandonar a submissão às tradições morais e às verdades instituídas e então assumir o ônus da atitude de duvidar. Duvidar é trazer o questionamento que pode gerar a desilusão e, fatalmente, o confronto com as certezas morais, processo que pode levar ao sofrimento moral.

Ultrapassada a fase da ética do cuidar e de seus desdobramentos teóricos e práticos, como fruto do impacto ocasionado pela reflexão

²⁷ Para Kuhse, nas situações relacionadas ao fim da vida a decisão do paciente deve ser soberana, mas na impossibilidade de acesso a esta informação a enfermeira é o agente moral mais apto para decidir neste momento. KUHSE, Helga. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1997, p. 218.

²⁸ “... moreover, even if some nurses today feel reluctant to accept this responsibility, what does this show? It may show no more than these nurses have been socialized, corrupted if you like, into accepting a subservient role – a role that is, of course, incompatible with professionalism...” (KUHSE, Helga. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1997, p. 218).

²⁹ KUHSE, Helga. The slumbering giant. In: *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1997, p. 199-219.

sobre as diferenças entre homens e mulheres e, conseqüentemente, de suas diferentes posturas éticas, a grande preocupação dos estudos elaborados pelas bioeticistas feministas na atualidade é elaborar uma análise crítica e detalhada sobre a estrutura profunda da disciplina e, principalmente, da teoria dominante na bioética, a teoria dos princípios. Essa é, certamente, uma tentativa para provocar a dúvida sobre o estatuto da disciplina que culminaria em sua reorganização como campo do conhecimento. Portanto, o primeiro alvo é, sem dúvida, a proposição de universalismo e abstração ética, amplamente difundida nos estudos bioéticos.

Susan Wolf, na introdução do livro *Feminism and bioethics: beyond reproduction*, apresenta o que ela chama de o “muro de separação” entre feminismo e bioética como disciplina. A autora enumera quatro pontos que considera como os causadores dessa separação: 1) uma preferência histórica da bioética por regras e princípios abstratos que desconsideram as diferenças individuais e contextuais; 2) a adoção do individualismo liberal que obscurece a importância dos grupos; 3) o fato de a estrutura da bioética, como campo do conhecimento, estar freqüentemente a serviço do governo, das escolas de medicina, dos hospitais e dos profissionais de saúde, de forma que desencorajasse sua utilização por pessoas com menor poder dentro e fora dessas instituições; e 4) o isolamento freqüente da bioética em relação a questões acadêmicas mais amplas nas universidades, como feminismo, teorias raciais e pós-modernidade.³⁰ Ou seja, o que a autora reivindica não é apenas a introdução das questões de gênero nas abordagens bioéticas atuais, mas a necessidade de um reordenamento dos pressupostos básicos da disciplina –universalizável por concepção – já que, da maneira como a mesma é concebida, pode ser considerada extremamente elitista, descontextualizada e

³⁰ “...four features in particular seem responsible: a historical preference for abstract rules and principles that disregarded individual differences and context; an embrace of liberal individualism that obscured the importance of groups; the structure of bioethics as a field frequently serving, government, medical schools, hospitals, and health professional in a way that may discouraged attention to the views of people lacking power inside and outside those institutions; and frequent isolation of bioethics from major trends within the academy, including feminism, Critical Race Theory, and postmodernism...” (WOLF, Susan. Introduction. In: WOLF, Susan (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996, p. 14).

isolacionista em relação a outras áreas do conhecimento, favorecendo, conseqüentemente, a manutenção da invisibilidade de indivíduos e grupos vulneráveis e oprimidos.

Especificamente em relação ao principialismo, Wolf apresenta uma argumentação contundente acerca dos motivos pelos quais a teoria dos princípios tem demonstrado ser ineficaz. Uma vez que a bioética moderna surgiu para proteger pacientes e sujeitos de pesquisa das relações iníquas com médicos e pesquisadores, a utilização dos quatro princípios para a mediação dos conflitos morais decorrentes deste encontro, encarada como vantajosa à princípio, pode apresentar falhas importantes. Segundo as colocações da autora:

...os quatro princípios apresentam certos perigos, falhas da autonomia dos pacientes, a beneficência e não-maleficência dos profissionais e a justiça. Estes princípios não têm demonstrado muito sucesso em visibilizar os "outros", incluindo falhas específicas nas questões relacionadas ao gênero e à raça...³¹

Wolf aponta questões presentes na prática cotidiana que são, legitimadas institucionalmente: o freqüente desrespeito à autonomia dos pacientes, o viés paternalista na concepção de beneficência e não-maleficência adotada pelos profissionais de saúde e, até mesmo, uma visão distorcida do conceito de justiça, como por exemplo, no que diz respeito à alocação de recursos em saúde. A autora questiona enfaticamente, ainda, a visão míope da teoria dos princípios no que se refere àqueles considerados como "outros" e aponta a desconsideração pelas diferenças de gênero, raça e *status* social como sendo uma falha crucial da teoria que acarreta um ônus para as pessoas tradicionalmente desprotegidas.

No entanto, outras questões apontadas pela autora não podem ser deixadas de lado. A primeira delas diz respeito à imprecisão no

³¹ "... the four *a priori* principles (...) highlight certain harms: failures of patient autonomy, of caregiver beneficence and nonmaleficence, and of justice. They are less successful in highlighting others, including failures based specifically on gender, race, and insurance status..." (WOLF, Susan. Introduction. In: WOLF, Susan (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996, p. 21).

estabelecimento de fronteiras precisas no campo da medicina, o que impossibilitaria o estabelecimento de limites e de uma seleção pontual sobre quais os processos vitais que devem ser realmente medicalizados. A segunda questão é a intolerância em considerar o ponto de vista dos pacientes no que se refere à sua condição de saúde. Um terceiro elemento indicado pela autora é a impossibilidade de reconhecer a existência de diferenças relacionadas aos indivíduos atendidos pelos serviços de saúde.³² Ao apontar para estes problemas, o que Wolf está querendo demonstrar é que a teoria principialista está distanciada de seu verdadeiro objetivo: a proteção das pessoas vulneráveis. O respeito ao pluralismo moral diante das diferentes pontos de vista das pessoas envolvidas no conflito moral requer, invariavelmente, a possibilidade de desiludir-se.

Nessa mesma linha de argumentação, Susan Sherwin, na parte introdutória de seu livro intitulado *No longer patient: feminist ethics and health care*, enfoca a maneira como a bioética, entendida como “ferramenta moral” e utilizada para a mediação dos conflitos no campo da saúde, reproduz um viés eminentemente masculino e profundamente perverso, seja para os pacientes, seja para os demais profissionais não médicos envolvidos na atenção à saúde. A teoria principialista, ao colaborar para a hierarquização dos serviços de saúde, como um reflexo das estruturas de poder da sociedade, direciona sua atenção para os médicos, o que tem, no mínimo, duas conseqüências importantes: a primeira é a adoção do modelo biomédico e seu enfoque unilateral para a resolução dos dilemas morais. Ou seja, pacientes e demais profissionais da equipe de saúde são silenciados. A segunda é a perpetuação do poder hegemônico da profissão médica, traduzida pela constante referência à importância e dificuldade do trabalho médico, colocando numa ordem secundária os outros profissionais e, mais ainda, os pacientes. Se o paciente “abstrato” é desconsiderado como agente dessa relação moral, o que dizer sobre o paciente concreto, aquele que representa na prática as desigualdades de gênero, raça, etnia e classe social?³³ Sob esta ótica, então, todos os pacientes podem ser

³² WOLF, Susan (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996, p. 21-22.

³³ A referência a princípios universalizantes e a pacientes abstratos tem sido uma crítica recorrente à teoria dos princípios efetuada pela bioética feminista.

considerados extremamente vulneráveis.³⁴ A vulnerabilidade e o exercício do poder tendem a desencadear uma situação irremediavelmente inconciliável, cujo resultado é a opressão institucional legitimada pela sociedade e a manutenção da invisibilidade estrutural de pessoas e grupos.

É assim, portanto, que a bioética escolhe o lugar de onde elabora e reproduz o seu discurso: o lugar do poder. Se a medicina pode ser considerada a mais poderosa das profissões da área da saúde, seguramente, os profissionais de ética médica e, também, da bioética, muito embora provenientes de outras “famílias” do conhecimento, assumem como próprio este discurso dominante.³⁵ Sherwin afirma, inclusive, que a disciplina configura-se como um instrumento de opressão de gênero quando contribui para a legitimação dos modelos de dominação existentes, até mesmo introduzindo novas dimensões desses modelos e, mais precisamente, guardando silêncio sobre o papel exercido pela medicina na opressão das mulheres.³⁶ Certamente não é de uma bioética como essa que os oprimidos e as minorias necessitam, mas de uma bioética que possa romper com o universalismo ético e seja capaz de adotar teorias éticas que tenham como compromisso uma abordagem crítica e profunda sobre a postura dos agentes morais e profissionais de diferentes carreiras e instituições.

Ou seja, uma bioética capaz de avaliar detalhadamente as partes envolvidas no conflito moral e, mais do que isso, que seja capaz de “compensar” as desigualdades que certamente estão presentes no encontro entre as moralidades. Portanto, torna-se imprescindível a introdução de uma análise minuciosa sobre as práticas específicas que constituem as formas recorrentes de opressão. Mais especificamente uma reflexão sobre a adoção de modelos éticos a-históricos, definidos dentro de padrões abstratos e que utilizam princípios universalizantes e

³⁴ SHERWIN, Susan. Introduction. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992, p. 1-10.

³⁵ NICHOLAS, Barbara. Strategies for effective transformation. In: DONCHIN, Anne; PURDY, Laura M. (Ed.). *Recent embodying feminist bioethics advances*. Boston: Rowman & Littlefield Publishers, 1999, p. 239-252.

³⁶ “[...] bioethics is itself an instrument of gender oppression that helps to legitimate existing patterns of dominance and perhaps even introduces some dimensions of its own...” e ainda, “...has been silent on the role medicine plays in the oppression of women...” (Sherwin, Susan. “Introduction”. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992, p. 4).

dissociados das experiências práticas da vida cotidiana, não apenas refletindo o pensamento masculino, mas ignorando as experiências morais que fazem parte da vivência das mulheres.³⁷

Ao ignorar a desigualdade a que são confinadas as mulheres, as forças de opressão, que atuam de forma complexa e sistemática – tendo como referências as estruturas de poder, em que uns poucos são os grandes detentores do poder e dos privilégios –, mantêm seu *status quo* e continuarão operando até que sejam definitivamente desmanteladas. É nesse sentido que a bioética crítica de inspiração feminista não aceita a possibilidade de concordar com o ideal de igualdade sexual até que isso se transforme em realidade.³⁸ O discurso sobre a igualdade precisa ser incorporado à prática cotidiana ou as diferenças e as desigualdades serão silenciadas, como é o caso, por exemplo, das relações desiguais entre os profissionais que compõem a equipe de saúde. A grande crítica à bioética tradicional e que, obviamente, ultrapassa as questões das desigualdades de gênero, está direcionada à inadequação de alguns princípios norteadores da prática bioética. Da maneira como se apresentam, esses princípios, em vez de fornecerem subsídios para a proteção e manutenção da dignidade das pessoas nos momentos em que se encontram em situação de conflito moral, podem, inversamente, contribuir para a preservação da ordem dominante e da posição daqueles considerados privilegiados.³⁹ É neste contexto irrefletido de dominação que entram os serviços e profissionais de saúde, os formuladores de políticas públicas e os projetos educativos.

³⁷ SHERWIN, Susan. Ethics, feminine ethics, and feminist ethics. In: Sherwin, Susan. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992, p. 35-57.

³⁸ De acordo com as palavras de Sherwin: "... under sexism, man are already dominant (on the unjust basis of sex), so sexism grants them yet greater power and privilege..."; e, ainda: "... the forces of oppression are complex and systematic, and they will continue to operate until they are dismantled (...) we cannot act in accordance with the ideal of sexual equality until that equality is itself a reality..." (Sherwin, Susan. *Understanding feminism*. In: *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992, p. 23).

³⁹ Wolf denomina a bioética tradicional, da forma como vem sendo desenvolvida, de uma "bioética para privilegiados": "... it is a bioethics for the privileged..." (Wolf, Susan. Introduction. In: WOLF, Susan (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996, p. 18). Ver também as colocações de DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina. Bioética feminista: a emergência da diferença. In: *Estudos Feministas*, ano 6, n. 2, 2º sem. de 1998, p. 255-263.

O princípio da autonomia, embora defendido tanto pela bioética tradicional quanto pelo feminismo, deve ser entendido além do paradigma moral do sujeito autônomo: o sujeito racional, independente, mas por outro lado, indistinguível dos demais – o sujeito generalizável por excelência. Compreendido desta forma, o conceito de autonomia se transforma em um perigo, já que elimina a possibilidade de inclusão de pessoas que não são consideradas racionais em um modelo em que a racionalidade é sinônimo da eticidade dominante, como é o caso das crianças, mulheres e membros de outros grupos oprimidos.⁴⁰ Conseqüentemente, esse conceito, em vez de contribuir para uma efetiva *aquisição de poder* daqueles considerados oprimidos e ser utilizado para seu fortalecimento, pode, na prática, transformar-se em instrumento de proteção para os privilegiados e já tradicionalmente detentores do poder.⁴¹ É assim que, em situações conflituosas, como em questões relacionadas à reprodução humana, por exemplo, os médicos optam por agir beneficentemente em relação ao feto, desconsiderando o respeito à autonomia da gestante. Em nome da fragilidade do feto, que não pode falar em seu nome e precisa ser protegido, todas as demais questões que dizem respeito à mãe são colocadas em um segundo plano. O exemplo clássico é a gravidez múltipla após uma fertilização *in vitro*, considerada de alto risco para a gestante, mas que é sempre analisada sob a ótica dos fetos, não sendo facultada à gestante, por exemplo, a redução embrionária.

Tendo como base essas considerações, a bioética crítica de inspiração feminista tem como proposta a adoção de teorias éticas que possam promover o resgate das pessoas tradicionalmente oprimidas e, por isso mesmo, em situação de extrema desigualdade. A defesa da *aquisição de poder* para aqueles que são agora subordinados só se tornará possível pela elaboração de novas teias relacionais e, também, pela criação de novas estruturas sociais não-opressivas, sem o que se tornará impossível adotar padrões morais satisfatórios para as mulheres

⁴⁰ SHERWIN, Susan. Feminism and bioethics. In: Wolf, Susan (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996, p. 53.

⁴¹ De acordo com as palavras de Sherwin: "...many feminists perceive that the concept of autonomy, rather than working to empower the oppressed and exploited among us, in practice often serves to protect the privileges of the most powerful..." (Sherwin, Susan. *Feminism and bioethic*". In: Wolf, Susan. (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996, p. 53).

e promover a igualdade de acesso aos benefícios sociais e políticos esperados.⁴² A defesa do relativismo pelas bioeticistas feministas se dá mais em função da inegável constatação das diferenças e desigualdades existentes entre os “padrões morais de cada comunidade”, não se tratando, portanto, de um relativismo que justifica a ordem dominante. Essa constatação, entretanto, não implica aceitar, como uma posição generalizável, a adoção de uma tolerância universal, situação freqüentemente encontrada nas teorias do relativismo moral utilizadas pelos antropólogos como uma variação do relativismo cultural.⁴³

Na realidade, o reconhecimento do pluralismo moral como forma de apreensão e respeito às diferentes realidades morais está de acordo com a concepção de que esta forma de posicionamento implica possibilidade de legitimação da diversidade, sem, no entanto, incorrer no perigo da adoção de um relativismo radical. Wolf argumenta que, freqüentemente, na vida cotidiana existe a pressuposição da existência de “verdades” morais, daquilo que é certo ou errado e da possibilidade de respostas certas para determinadas questões morais. Isto, no entanto, não deve permitir o estabelecimento de uma imposição de valores às pessoas e comunidades que têm posicionamentos morais diferentes. Deve antes, permitir que as partes envolvidas tenham a oportunidade de expor suas concepções, favorecendo a busca de uma solução pacífica para a situação. Sob a ótica do pluralismo não é possível dizer que existam respostas moralmente corretas a serem seguidas nos momentos de conflito, embora isso não signifique que não haja respostas erradas.⁴⁴ A presença de diferentes formas de

⁴² SHERWIN, Susan. Ethics, feminine ethics, and feminist ethics. In: *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992, p. 56.

⁴³ Os defensores do relativismo e da tolerância radicais, entre eles Feyerabend, utilizam como doutrina argumentativa o princípio do “anything goes” ou “tudo vale”. Esse princípio teve influência significativa no campo da filosofia da ciência e, conseqüentemente, nos estudos da filosofia da moral. As duras críticas do autor à ciência e aos cientistas possibilitaram o suporte do anarquismo metodológico como um processo de pensamento que merecia ser considerado (FEYERABEND, Paul. *Por que no Platon?* Madrid: Editorial Tecnos, 1993, p. 49. DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília. 1999, p. 154-155).

⁴⁴ Segundo as palavras de Wolf: “... the pluralist will say that there is no right answer about what one morally ought to do. But it is important to see that this does not imply that there are no wrong answers. Pluralism does not commit one, as subjectivism does, to the view that “anything goes” in morality...” (Wolf, Susan. Two levels of pluralism. In: *Ethics*, 102, Jul. 1992, p. 790).

opressão, de grupos e pessoas privilegiadas dentro das comunidades e de controle sobre as decisões morais, sempre serão consideradas erradas sob a perspectiva da bioética feminista.

Nessa mesma linha de argumentação, Sherwin defende a tese de que o entendimento sobre valores e questões morais inerentes a uma determinada comunidade só se torna possível por meio de uma discussão ampla sobre os mesmos dentro do contexto de sua aplicação. Essa capacidade de explorar o significado e o alcance dos posicionamentos adotados, bem como a possibilidade de compartilhar convicções, contribui para a condução democrática da discussão, na qual os participantes terão a oportunidade de expor sua percepção sobre o problema em questão.⁴⁵ A necessidade de utilização de metodologias adequadas à apreensão e avaliação de práticas específicas dentro das comunidades morais é um consenso entre as bioeticistas feministas. Esse pode ser considerado o caminho para a compreensão e preservação da diversidade. No entanto, é necessário adotar um cuidado especial sobre a aceitação de práticas que perpetuem a exploração e a manutenção das diferenças de poder entre grupos e pessoas dentro da comunidade que está sendo analisada. Mesmo reconhecendo a complexidade das forças envolvidas no embate moral, "...o relativismo moral feminista permanece absolutista na questão do erro moral da opressão, mas é relativista sobre outras questões morais...".⁴⁶ Ou seja, o que se pretende não é a mudança de todos os costumes e valores locais, mas sim a promoção de

⁴⁵ "...individuals gain understanding about ethics through discussion within a community; we cannot work out moral principles apart from the context of their application. But if we are to be able to explore moral matters and reach decisions upon which we can agree, then that discussion should be conducted democratically; it should reflect genuine sharing and listening among participants...". Para Sherwin, o termo "comunidade" deve ser entendido não apenas como um grupo de pessoas em uma estrutura sócio-política, mas sim como pessoas envolvidas umas com as outras, sob um governo democrático (SHERWIN, Susan. *Feminism and moral relativism. No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992, p. 69).

⁴⁶ Algumas passagens da argumentação de Sherwin sobre o assunto: "... it is important to be especially sensitive to community acceptance of practices that exploit and strength power differentials among the groups that make up the society in question..." (1992: 69); "... in evaluating relativism we need to know what context we are talking about and what sort of moral problem is meant to be considered (...) it is important to evaluate moral relativism in its political context, so that we can pay attention to the role of existing dominance relations in the moral standards that a

alternativas que proporcionem mudanças reais em relação às práticas consideradas historicamente opressivas, como é o caso, por exemplo, da prática internacional da dominação masculina sobre as mulheres, expressa de maneiras distintas nos diferentes contextos.⁴⁷

No entanto, existe o perigo de que a adoção de um "relativismo aberto" possa contribuir para a manutenção do discurso dominante, bem como da perpetuação e justificação de práticas opressivas, se elas forem aceitáveis dentro dos padrões morais da comunidade. Como coloca Barbara Nicholas, "... se um discurso ou tradição dominante considera algumas práticas como aceitáveis, o relativismo as protege contra as críticas externas...".⁴⁸ Além disso, a existência de um discurso dominante seguramente implica uma definição da realidade mediada pelos parâmetros da dominação. Tomando como referência as considerações de Rorty de que não existem verdades absolutas e que os posicionamentos éticos resultam da troca de idéias dentro de um contexto democrático, a resolução do conflito moral, na sua opinião, só se tornaria possível por intermédio da compreensão de que os vocabulários que utilizamos não são universais. Ou seja, diante da constatação da existência de diferentes vocabulários, torna-se imprescindível a compreensão de que a escolha de um deles como mediador das relações, pode resultar na possibilidade de humilhação e, conseqüentemente, de sofrimento da parte mais vulnerável envolvida no conflito.⁴⁹

community endorses..." (1992, p. 67); "... feminist moral relativism remains absolutist on the question of the moral wrong of oppression but is relativist on other moral matters..." (1992, p. 75). (Sherwin, Susan. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University, 1992, p. 58-75.

⁴⁷ Muitas situações específicas podem ser claramente relacionadas à questão da dominação masculina sobre as mulheres: 1) o controle da sexualidade feminina legitimada tradicionalmente pelo casamento; 2) a medicalização dos corpos femininos e de seus processos fisiológicos; 3) a visão "naturalizante" da maternidade; 4) a mutilação genital feminina; 5) a indumentária feminina sob a égide do islamismo, entre muitos outros exemplos amplamente difundidos.

⁴⁸ "...if the dominant discourse or tradition sees some practices as acceptable, relativism protects it from external critique..." (NICHOLAS, Barbara. *Strategies for effective transformation*. In: DONCHIN, Anne; PURDY, Laura M. (Ed.). *Recent embodying feminist bioethics advances*. Boston: Rowman & Littlefield Publishers, 1999, p. 243).

⁴⁹ RORTY, Richard. Ironia privada e esperança liberal. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Editorial Presença, 1994, p. 126. Ver também, TONG, Rosemarie. *Feminist approaches to bioethics: theoretical reflection and practical reasoning*. Estados Unidos: Westview Press, 1997, p. 33-35.

Rorty continua sua argumentação afirmando que, sob esta ótica, aquele que sofre a dor da humilhação – o oprimido por excelência –, fica impossibilitado de coordenar novas palavras, uma vez que a linguagem que utilizou anteriormente já não funciona. Não existe, assim, uma “voz dos oprimidos”, algo que se traduza em uma “linguagem das vítimas”.⁵⁰ É precisamente por isso que a utilização de discursos dominantes acaba justificando a opressão, uma vez que os oprimidos não “podem” falar ou, quem sabe, não conseguem ser escutados, pois o que emitem são apenas ruídos aos ouvidos, por exemplo, de profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas. Neste sentido, os bioeticistas, como descendentes de um discurso médico autoritário, têm se mostrado muitas vezes pouco acessíveis para participar de um debate crítico, colaborando, de forma inquestionável, para a manutenção de um discurso dominante, universal e pouco apto à mudança.⁵¹ O grande problema da opção por um discurso dominante em bioética é a manutenção do *status quo* da disciplina e a manutenção do generalismo e imperialismo éticos.

Diante deste contexto pernicioso para a vida das mulheres e das demais populações vulneráveis, a mudança só é possível de duas formas: por meio da rebeldia à ordem estabelecida ou mediante a possibilidade de o discurso marginal encontrar termos paralelos dentro do discurso dominante, permitindo uma equivalência lingüística e, conseqüentemente, a possibilidade de negociação.⁵² A bioética feminista propõe, então, uma mudança radical da estrutura profunda da disciplina. Para isto,

⁵⁰ RORTY, Richard. Ironia privada e esperança liberal. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Editorial Presença, 1994, p. 127.

⁵¹ O encontro entre diferentes narrativas é uma preocupação decorrente da constatação de que, muitas vezes, os vocabulários do pesquisador e da comunidade não encontram correlação mútua. Além disso, o problema formulado pelo pesquisador dentro de uma estrutura de pensamento ocidental nem sempre consegue ser apreendido pelo interlocutor (AUGÉ, Marc. *O sentido dos outros*. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 30-33). A antropologia da saúde tem debatido, também, de forma exaustiva a contraposição existente entre os diferentes discursos elaborados por médicos e pacientes. Arthur Kleinman. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1984; e *Writing at the margin: discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press, 1995.

⁵² É esta rebeldia que Kuhse propõe às enfermeiras na sua prática profissional, no sentido de tornarem-se agentes capazes de tomar suas próprias decisões morais, de forma independente da posição médica nas situações conflituosas relacionadas ao fim da vida de seus pacientes (KUHSE, Helga. “Just caring at the end of life”.

torna-se imprescindível, também, lembrar que a bioética, como campo disciplinar, surgiu como instrumento de proteção, de um lado, para pessoas e grupos “diferentes” – e certamente vulneráveis –, que se tornaram vítimas da realização de numerosas experiências “científicas” degradantes e arriscadas sem os devidos esclarecimentos e consentimentos prévios, e de outro, para a proteção dos pacientes que, dentro das estruturas de poder dos serviços de saúde, como sugere Rothman, poderiam ser considerados tão vulneráveis quanto as mulheres.⁵³ Surge, então, o questionamento: como é possível, por um período tão prolongado, ou pelo menos até recentemente, que a bioética tenha prestado tão pouca atenção à significação que as diferenças imprimem ao encontro moral, preferindo adotar sujeitos, pacientes e médicos genéricos?

É nesse sentido que a bioética crítica de inspiração feminista pretende dialogar e refletir sobre os seguintes pontos: 1) dizer não a uma epistemologia “essencial” da certeza, mas sim a uma epistemologia situacional; 2) não a uma ética feminina do cuidar, mas sim a uma ética do cuidar associada à ética do poder; 3) não a um ser humano abstrato, genérico e universal, mas sim ao respeito pelas diferenças de raça, classe social, etnia, idade, gênero, *status* marital e condição de saúde, enfatizando que essas mesmas diferenças não são iguais entre as pessoas de diferentes grupos e comunidades; 4) não a uma visão superficial do conflito moral embasada nas relações hierárquicas, mas sim a uma análise crítica profunda sobre as estruturas de poder presentes na sociedade e sua influência lesiva sobre a organização e hierarquização dos serviços de saúde; 5) não à manutenção do *status quo* da disciplina (e, porque não dizer, da medicina), mas sim a uma

Caring: nurses, women and ethics. Oxford: Blackwell Publishers, 1997, p. 167-198). NICHOLAS, Barbara. Strategies for effective transformation. In: DONCHIN, Anne; PURDY, Laura M. (Eds.). *Recent embodying feminist bioethics advances*. Boston: Rowman & Littlefield Publishers, 1999, p. 245.

⁵³ WOLF, Susan. Erasing difference; race, ethnicity, and gender in bioethics. In: Donchin, Anne; Purdy, Laura M. (Ed.). *Recent embodying feminist bioethics advances*. Boston: Rowman & Littlefield Publishers, 1999: 65-81. ROTHMAN, David J. Three views of history: view the first. *Hastings Center Reports*, v. 23, n. 6, November-December, 1993. Special Supplement, p. S 11, “... patient was understood as a member of a minority. It was though the patient was a tenant in housing project, as though the patient was – these models, obviously, with all the feminist language intended – a woman; as though the patient was in some very, very way on welfare, powerless...”.

prática biomédica que contribua para o crescimento individual, independente das limitações pessoais e comunitárias; 6) não à arbitrariedade e ao autoritarismo e sim ao exercício da solidariedade, entendida como construção individual e coletiva, decorrente da participação de todos; 7) não à manutenção de discursos dominantes que perpetuam a opressão, mas sim ao diálogo como forma de conhecer a intencionalidade e os diferentes posicionamentos morais, na busca de oportunidades para a mediação dos conflitos morais; 8) não à generalidade de princípios universais, mas sim à importância da contextualização e da adequação local desses princípios; 9) não ao absolutismo, mas sim à adoção de um relativismo aberto; 10) não ao generalismo ético, mas sim ao relativismo moral capaz de considerar as sutilezas que permeiam e norteiam o processo de tomada de decisões morais na comunidade e sim à abordagem do nível de influência desse processo para aqueles que o controlam e para os tradicionalmente controlados; 11) não à tolerância radical, mas sim ao reconhecimento do erro moral da opressão; 12) não ao liberalismo individualista ocidental, representado por uma autonomia sem limites, mas sim ao pluralismo moral como exercício da liberdade e alternativa para o dissenso moral da contemporaneidade; 13) não ao indivíduo como ponto focal de análise, mas sim ao indivíduo em sua rede complexa de relações sociais; e, 14) não à acomodação teórica e instrumental da disciplina, mas sim a uma análise crítica profunda dos pressupostos fundamentais e do lugar de onde a bioética fala.

É por isso, que a bioética crítica de inspiração feminista, longe de ter um enfoque sexista, restrito apenas às questões das mulheres, tem uma proposta altamente revolucionária, capaz, por um lado, de causar grande incômodo ao discurso dominante e, por outro, de contribuir de forma inequívoca para uma mudança radical na estrutura da disciplina. A bioética crítica reintroduz de forma categórica na arena do debate moral as pessoas tradicionalmente marginalizadas nos estudos éticos, os oprimidos, e considera que a resolução dos dilemas morais só se torna possível em um contexto de igualdade e liberdade entre as partes envolvidas no conflito.⁵⁴ Juntamente com a preservação

⁵⁴ A terminologia "marginalizados" é utilizada neste texto no sentido de "postos à parte", "esquecidos", até mesmo "rejeitados", ou seja, referindo-se àqueles que tradicionalmente estão à margem dos estudos éticos tradicionais.

da diversidade, a bioética crítica proclama que o exercício da liberdade está irremediavelmente ligado ao estabelecimento de novas relações sociais, na qual as relações de dominação e subordinação, historicamente difundidas, sejam lembranças do passado. Mais do que isso, a bioética crítica incorpora a possibilidade de enfrentamento do real, não mediante a utilização de um vocabulário opressivo que cause a humilhação moral pela destruição das crenças individuais e coletivas, mas sim pelo reconhecimento da relatividade inerente às verdades morais instituídas. A adoção do diálogo como instrumento de intermediação entre as partes conflitantes, permite, assim, a construção conjunta do respeito pela diferença e a adoção do pluralismo moral pacífico como elementos legitimadores do exercício da liberdade.

A escolha do referencial teórico utilizado pela bioética feminista para trabalhar as questões relacionadas à feminização da epidemia do HIV/Aids, objeto desta pesquisa, se deu em função de sua perspectiva inovadora, uma vez que, no que se relaciona a mulheres, gestantes e HIV/Aids, situam-se, ao mesmo tempo, questionamentos relativos às situações de opressão, gênero, sexualidade, classe social, *status* marital, situação econômica, educação formal e para a cidadania e, finalmente, a ética. A situação atual da epidemia confirma, claramente, a posição de vulnerabilidade em que se encontram mulheres e gestantes. Seguramente, uma análise cuidadosa sobre o tema implica fugir da fragmentação ideológica entre biologia-ética-cultura-sociedade.

Capítulo

3

Mulheres e vulnerabilidade

Mulheres e vulnerabilidade



fenômeno HIV/Aids suscitou novos e reviveu antigos questionamentos relacionados à sexualidade humana, às relações de poder inerentes ao encontro sexual e à concepção sobre os corpos como *locus* privilegiados das experiências humanas. Proporcionou a oportunidade para a introdução na prática médica e epidemiológica, ainda que a princípio timidamente, dos conceitos relativos às relações de gênero, trazendo à tona a questão das assimetrias existentes entre homens e mulheres.¹ Mas se a discussão sobre *vulnerabilidade* é recente dentro do universo do HIV/Aids, a questão da vulnerabilidade histórica feminina é mais antiga, tanto que, dos poucos conceitos universais defendidos pelos cientistas sociais, constitui-se quase uma regra geral a compreensão de que a *opressão feminina* é uma situação presente em praticamente todas as culturas e sociedades. É evidente, porém, que como construção sociocultural os determinantes dessa vulnerabilidade podem variar de acordo com o contexto analisado.

Os primeiros estudos etnográficos sobre as relações de gênero e padrões sociais de sexualidade tiveram o mérito inicial de demonstrar o quanto a sociabilidade intermedeia, delimita e, até mesmo, regula as experiências sexuais.² Na verdade, a sexualidade, como a conhecemos

¹ Não quero dizer com isso que as assimetrias estejam presentes somente nas relações entre homens e mulheres. Pelo contrário, as relações de poder perpassam e estão presentes em diferentes esferas das experiências humanas.

² Bronislaw Malinowski desenvolveu estudo sobre a diversidade de normas relativas à sexualidade em uma tribo primitiva da Melanésia e apontou que a vida sexual envolve uma dupla representação: impulsos biológicos e regulamentação social (*The sexual life of savages. North-Western Melanesia*. New York: Halcyon House, 1941, citado por LOYOLA, Maria Andréa. Sexo e sexualidade na antropologia. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de

hoje no mundo ocidental, é uma construção recente e está inserida dentro de um ordenamento que Michel Foucault denominou de *arqueologia* ou *episteme* de uma época. Mais precisamente vinculada ao simbolismo e às relações entre os saberes de um determinado período e

...que delimitam a totalidade da experiência de um campo de saber, definindo os objetos que aparecem naquele campo, apresentando modelos teóricos à percepção cotidiana do homem e, ainda definindo as condições em que ele pode sustentar um discurso sobre as coisas que são reconhecidas como verdadeiras...³

Para que isto aconteça, no entanto, é preciso a existência de uma articulação entre as práticas ditas sociais e aquelas consideradas cognitivas. Além disso, mostra-se de fundamental importância o relevo que os códigos culturais imprimem às experiências humanas na formação do pano de fundo conceitual e que demarcam as formas de pensamento nos diferentes momentos históricos.

Desse modo, os saberes emergem dentro de uma lógica complexa onde, segundo a argumentação de Joan Wallach Scott, "... seus usos e significados nascem de uma disputa política e são meios pelos dos quais as relações de poder, de dominação e de subordinação são construídas..."⁴ Sob essa ótica, a constituição dos saberes é percebida como resultante de um processo histórico experimentado pela humanidade. Assim, o saber pode ser entendido como "... uma forma de ordenar o mundo e, como tal, não antecede a organização social mas é inseparável dela...", estendendo-se assim, não somente ao mundo das idéias, mas às diferentes estruturas e instituições, penetrando

Janeiro: Editora da Uerj, 1998, p. 17-47). Ver também as colocações sobre a tribo Sambia da Nova Guiné em COSTA, Jurandir Freire. O referente da identidade homossexual. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina Maria (Org.). *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996, p. 63-89).

³ MERQUIOR, José Guilherme. *Michel Foucault ou o nihilismo de cátedra*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 50,51; FOUCAULT, Michel. Introdução. *Microfísica do poder*. 12 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996, p. VII-XI.

⁴ SCOTT, Joan Wallach. Prefácio a gender and politics of history. *Cadernos Pagu*, v. 3, 1994, p. 12.

mesmo nas mais diversas experiências e práticas cotidianas e perpassando as diferentes esferas das relações sociais.⁵

A compreensão sobre os saberes relacionados à categoria de gênero está inserida dentro de uma perspectiva construcionista na qual, nas palavras de Maria Luiza Heilborn, "...o termo convencionalizado significa a dimensão dos atributos culturais alocados a cada um dos sexos em contraste com a dimensão anátomo-fisiológica dos seres humanos...".⁶ De forma correlata, na concepção epistêmica de Foucault, a categoria de gênero poderia ser, então, considerada, como a condensação dos saberes relacionados às significações e símbolos relativos às diferenças corporais e sexuais. É que "...não podemos ver a diferença sexual a não ser como função de nosso saber sobre o corpo e este saber não é puro, não pode ser isolado de suas relações numa ampla gama de contextos discursivos...", ou seja, as categorias de gênero, sexualidade e sexo só podem ser compreendidas se analisadas à luz do contexto sociocultural no qual estão inseridas, o que foge terminantemente à bipolaridade oferecida pela postura essencialista de compreensão da sexualidade.⁷

Mas deve ficar claro que estas categorias assumem diferentes significações de acordo com seu contexto de inserção, sendo necessário, portanto, qualificá-las, mesmo que sucintamente, dada a importância das diferenças de uso e de sentido designadas a estas expressões. Aparentemente, a designação de "sexo" seria a mais fácil das três a ser definida, uma vez que deve ser entendido como o termo que representa as diferenças anato-fisiológicas de um corpo somatizado, sejam elas internas ou externas, entre homens e mulheres. Essas diferenças representariam assim, a dicotomia biológica primordial. À compreensão de que essa distinção é naturalmente dada ao nascimento, deve ser acrescida a idéia de que os símbolos e significados a ela associados são fruto de um complexo processo de construção histórica e social. Sobre o natural se sobrepõe o artefato

⁵ Idem, *ibidem*, p. 13.

⁶ A perspectiva construcionista se contrapõe à postura essencialista que "...poderá ser imputada, por exemplo, ao termo papéis sexuais..." (HEILBORN, Maria Luiza. Gênero e hierarquia: a costela de Adão revisitada. *Estudos Feministas*, v. 1, n. 1, 1993, p. 51).

⁷ SCOTT, Joan Wallach. Prefácio a gender and politics history. *Cadernos Pagu*, v. 3, 1994, p. 13.

da cultura: o sexo, ao mesmo tempo em que representa um instrumento poderoso de criação de vínculos sociais, se constitui em uma ameaça constante às regras e normas estabelecidas.⁸

Porém, é precisamente este processo sociocultural que fundamenta o ordenamento das experiências afetivo-sexuais, que transformam o sexo biológico em atitudes, traduzidas pela aceitação das mais variadas crenças, práticas sexuais, comportamentos e jogos eróticos, denominados de “sexualidade”. Como expressão de experiências, favorece o estabelecimento de relações interpessoais e da construção social de identidades, moldadas historicamente, em um aprendizado “... permeado pelas marcas de gênero que modelam as representações e práticas no campo da sexualidade...”⁹ Neste sentido, paralelamente à constatação da presença de diferentes configurações que a sexualidade vem assumindo na atualidade – sinalizando assim para uma subversão moral às regras estabelecidas –, ocorre também a manutenção do estatuto perverso que contribui para a permanência da distinção evidente entre as trajetórias sexuais masculinas e femininas e para uma marcante assimetria de gênero nas relações entre homens e mulheres. Essa manutenção é um dos fatores essenciais para o *estado de vulnerabilidade permanente* das mulheres, já que as recoloca no lugar que sempre lhes foi destinado: o lugar da subordinação.

Assim, o “gênero” deve ser entendido como “... um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, (...) um primeiro modo de dar significado às relações de poder...”¹⁰ Ou seja, abordar as questões de gênero significa refletir de forma ampliada sob uma ótica que ultrapasse a concepção de papéis sexuais. Segundo Scott, uma análise detalhada sobre o tema implica considerar quatro elementos: os símbolos culturalmente disponíveis que evocam as representações simbólicas; os conceitos normativos que delimitam a interpretação e dão significação aos símbolos; a explosão da noção de fixidez relativa à

⁸ LOYOLA, Maria Andréa. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, Maria Luiza (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999, p. 34.

⁹ HEILBORN, Maria Luiza; BRANDÃO, Elaine Reis. Introdução. In: HEILBORN, Maria Luiza (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999, p. 11.

¹⁰ SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, v. 16, n. 2, jul./dez. 1990, p. 14.

bipolaridade primordial; e a identidade subjetiva, quando homens e mulheres participam de um processo histórico de construção de sua identidade sexuada.¹¹ De fato, gênero, como construção histórica, origina questionamentos em diferentes esferas do domínio social, ocasionando implicações analíticas e políticas, já que provoca a desnaturalização das experiências humanas e a conseqüente dissociação entre o biológico e o social. Ao trazer à tona a questão relacionada à legitimidade das hierarquias de gênero, permite o estabelecimento da pergunta: a quem interessa a perpetuação e o controle das diferenças essenciais entre os sexos?

Neste sentido, Carol Vance e Richard Parker apontam para o perigo da utilização de noções essencialistas sobre a sexualidade geralmente assentadas sobre a diferenciação biológica dos sexos. De forma reducionista essas diferenças biológicas impressas no corpo determinariam e serviriam como modelo para explicar as relações entre homens e mulheres, justificando padrões de dominação e opressão presentes na sociedade.¹² É precisamente esta "... marca do *pensamento essencialista ocidental* (biológico e religioso), na definição do que é ser homem e do que é ser mulher, como uma condição natural da natureza...", que serviu de subsídio para a construção das significações contemporâneas da sexualidade (grifos no original).¹³ Estas marcas impregnam amplamente a percepção das mulheres sobre o seu lugar no mundo, determinando, desta forma, o seu posicionamento em relação ao processo de tomada de decisões morais nos diferentes planos de sua vida em sociedade.

Seguindo a metáfora já clássica de Rorty, as mulheres estariam perpetuando algumas "marcas cegas" de seu papel feminino, o que, na verdade, são partes irrefletidas de sua identidade social de gênero. Segundo a argumentação do autor, essas marcas vão sendo gradativamente "impressas" nas pessoas, pela tradição e por vocabulários

¹¹ Idem, *ibidem*.

¹² VANCE, Carol S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, 1995, p. 7-31; PARKER, Richard. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999, p. 128-131.

¹³ BANDEIRA, Lourdes Maria. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999, p. 183.

("verdades") considerados universais, constituindo-se no referencial que subsidia e condiciona os seus comportamentos. Assim, o processo de socialização "imprime", no caso das mulheres, a crença de que o padrão moralmente aceito para suas vidas se traduz na adoção do modelo conjugal e no exercício da maternidade.¹⁴ No contexto do HIV/ Aids, a credibilidade incondicional depositada nesta concepção, pode ser extremamente problemática, pois o movimento trágico de reflexão sobre a moralidade requer, obrigatoriamente, o questionamento de algumas marcas cegas impostas pela tradição.¹⁵ Significa abandonar, por exemplo, o conforto da ilusão da conjugalidade estável que, por sua vez, implicaria uma "desconstrução" de certas experiências cotidianas aceitas e introjetadas, para, então, possibilitar um processo doloroso de reconstrução moral que permitiria conhecer e rever as próprias marcas cegas. É essa impossibilidade de enfrentar a *desilusão* que transforma as mulheres em *escravas do risco*.

Essas marcas são profundas e remontam não apenas às estruturas de dominação social, mas ao humanismo de inspiração iluminista, quando a humanidade pensou que pudesse resolver todos os seus problemas por meio a utilização da razão. Os três volumes da *História da sexualidade*, de autoria de Michel Foucault, resgatam a trajetória percorrida no processo de construção da sexualidade moderna e, juntamente com outros estudos sobre o tema realizados pelo autor, permanecem como foco central para as discussões recentes relacionadas à sexualidade.¹⁶ Ao abordar a sexualidade, disse Foucault:

¹⁴ Seguindo a tradição filosófica nietzscheana, Richard Rorty adota o conceito de *marca cega* como sendo marcas "impressas" pela tradição e por vocabulários ("verdades") considerados universais, que fazem parte da identidade das pessoas, condicionando seus comportamentos. Refletir sobre essas marcas cegas permite a possibilidade de redescritção da consciência moral, de forma individualizada, oportunizando a adoção de novas posturas e comportamentos diante das contingências decorrentes do viver (RORTY, Richard. A contingência da individualidade. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Editorial Presença, 1994, p. 47-70).

¹⁵ Segundo Clément Rosset, entende-se por pensamento trágico a impossibilidade de reconhecer uma "verdade" universal e a conseqüente aceitação do acaso como antecedente de todo acontecimento e, ainda, a necessidade de passar do silêncio à fala (ROSSET, Clément. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Rocco, 1989b, p. 15-17).

¹⁶ FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade*. v. 1. Rio de Janeiro: Graal, 1997, 152 p.; *História da sexualidade*. v. 2. Rio de Janeiro: Graal, 1998, 232 p.; e *História da sexualidade*. v. 3. Rio de Janeiro: Graal, 1985, 246 p.

...não se deve concebê-la como uma espécie de dado da natureza que o poder é tentado a pôr em xeque, ou como um domínio obscuro que o saber tentaria pouco a pouco desvelar. A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico...

caracterizado por manter forte referência a uma rede de significações marcada pela

*...estimulação dos corpos, intensificação dos prazeres, incitação ao discurso, formação de conhecimentos e reforço de controles e de resistências, que encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e poder...*¹⁷

Evoca, assim, a idéia da presença de um jogo de forças na construção e implementação dos saberes sobre a sexualidade, numa clara acepção de que as fronteiras discursivas são historicamente delimitadas pelos vocabulários utilizados pelos interlocutores.

Na sua concepção, fica clara a idéia de que a sexualidade se constitui em um “aparato histórico” decorrente, em parte, de “...uma complexa rede de regulação social que organizava e modelava (“policiava”) os corpos e os comportamentos individuais...”.¹⁸ O disciplinamento dos corpos em diferentes instituições, como as prisões, os hospitais (com o nascimento da clínica) e as escolas, tinha como objetivo principal devolvê-los dóceis e úteis para a sociedade. Uma regulação que só era possível por meio da verticalidade hierárquica como forma de oposição à multiplicidade, ou seja, da diversidade como a entendemos hoje, objetivando extrair dos corpos o máximo de tempo e força. Na realidade, esta metodologia buscava maximizar “...a utilidade singular de cada elemento da multiplicidade...”.¹⁹ Ora, isto só se tornou possível mediante da utilização de estratégias em que as relações de poder se cristalizavam na hierarquia estabelecida e nas relações entre os iguais, fazendo emergir as mais diversas formas de regulação social, às quais Foucault denominou de “sociedade disciplinar”.

¹⁷ FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade*. v. 1. Rio de Janeiro: Graal, 1997, p. 100.

¹⁸ WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999, p. 45.

¹⁹ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. 19ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 181.

O enfoque nas questões relacionadas à sexualidade implica, como bem colocou Vance, que não é possível esquecer o corpo, já que é nele e por meio dele que se dão as experiências humanas.²⁰ Pela noção de corpo, também, se estabelece o que é prescrito ou aceito como normal ou anormal, permitido ou proibido. A existência de corpos masculinos e femininos, que por sua vez derivam acontecimentos pessoais diferenciados (um exemplo inequívoco é o parto), contribui para a condição de subordinação baseada na diferença entre os sexos. É porém incontestável que "...nós não experimentamos nossas necessidades e desejos sexuais como acidentais ou como produtos da sociedade. Eles estão profundamente entranhados em nós como indivíduos...".²¹ Indivíduos que subjetivamente reinterpretam as convenções sociais, apreendendo as normas de acordo com o significado pessoal atribuído ao corpo, na condição de *locus* das experiências e de seu estar no mundo. Paralelamente à construção social, as ressignificações simbólicas individuais delimitam o espaço no qual é possível a construção da identidade pessoal, que está intimamente relacionada à noção designada ao corpo biológico.

Tradicionalmente, o corpo pode ser definido como sendo absolutamente dual: de um lado está a herança biológica, responsável pela sua materialidade e, de outro, a mente, estabelecendo a oposição binária; corpo/mente, corpo/consciência; razão/emoção.²² Os questionamentos se dirigem, desta forma, a essa dualidade que impede a possibilidade de integração entre as duas esferas, como se estas estivessem irremediavelmente separadas. Na verdade, um corpo sobre o qual foram elaborados discursos e atribuídos valores que permitiram a hierarquização de suas funções fisiológicas e sociais está, de fato,

²⁰ VANCE, Carol S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, 1995, p. 25.

²¹ WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999, p. 48.

²² Estudos etnográficos apontam que a percepção que algumas culturas têm sobre o corpo diferem significativamente da noção ocidental. Maurice Leenhardt, por exemplo, argumenta que os melanésios têm uma representação sobre o corpo associada a três esferas distintas: empírica, estética e mítica, associadas ao corpo externo, à vida e a morte e, ainda, à relação do corpo com os mundos vegetal e mineral. Na verdade esta noção de corpo introjeta o pensamento de "... que su cuerpo y él mismo no son sino uno..." (LEENHARDT, Maurice. *Noción del cuerpo. Do kamo: la persona y el mito em el mundo melanésio*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica SA, 1997, p. 35-44).

inserido na cultura e na sociedade.²³ Assim, as diferenças entre o feminino e o masculino se deram não somente em função de suas diferenças sexuais, mas também foram relacionadas às condições simbólicas de poder. Desta forma, os homens foram considerados superiores às mulheres, embora incontestavelmente fossem constituídos da mesma matéria.²⁴ A apropriação deste pensamento pela sociedade perpetua as desigualdades instituídas e define a moralidade sexual dominante da complementaridade feminina.

No entanto, é inegável que os corpos "...têm uma dupla dinâmica; ora são agentes da cultura, ora são atores da própria cultura, nos quais se inscrevem os signos das mudanças como construções dos gêneros masculino e feminino...".²⁵ Torna-se, então, extremamente necessário abandonar a idéia de um determinismo biológico inferiorizante direcionado às mulheres, proveniente, principalmente, da colonização dos corpos femininos por diferentes saberes – da medicina, dos homens, das instituições –, e que em nome de uma fragilidade corpórea das mulheres, e como representantes da autoridade instituída, contribuiu para sua associação ao espaço privado, numa franca separação entre as esferas públicas e privadas. Uns corpos frágeis, amorosos e submissos para a casa; e corpos vigorosos, poderosos e agressivos para a rua. O corpo guarda assim, um tipo de união marcada por uma inter-relação entre uma "... ordem fisiológica material que se une à ordem ideológica moral, como signos nos quais se encontram e se reúnem o sensível e o inteligível, o significativo e o significado...".²⁶ Sobre o corpo são construídos ritos e mitos que são, ao mesmo tempo, traduzidos em comportamentos que contribuem para legitimar as mais variadas estruturas de pensamento existentes na sociedade.

²³ Estudos que fazem uma análise detalhada sobre o corpo e seus tabus foram realizados por RODRIGUES, José Carlos. *O tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1993, 173 p.; BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984, 191 p.; e ainda a coletânea organizada por LEAL, Ondina Fachel. *Corpo e significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 1995, 472 p.

²⁴ BANDEIRA, Lourdes Maria. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999, p. 187-192. Ver também GIFFIN, Karen. Corpo e conhecimento na saúde sexual: uma visão sociológica. GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 79-91.

²⁵ Idem, 1999, p. 188.

²⁶ RODRIGUES, José Carlos. *O tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1993, p. 130.

No entanto, no que diz respeito às fronteiras desta tese, a análise dos corpos será efetuada à luz da categoria de gênero, uma vez que, sob esta ótica, à sua dimensão biológica são acrescentados, também, os aspectos socialmente construídos. Historicizar o corpo, o sexo e a sexualidade equivale a introduzir no cenário o jogo de forças e as diferentes relações de "...polarização, dominação, subordinação, exploração e hierarquização..." que, inscritas na cultura, delinearão a concepção ocidental e as significações a ela associadas das identidades masculina e feminina.²⁷ Desta forma, à medida que a primeira se sobrepõe à segunda, num franco processo para assegurar o poder social, constrói-se um discurso que legitima e retro-alimenta o poder estabelecido.²⁸ O questionamento destas relações perversas de dominação existentes na sociedade torna-se de fundamental importância no contexto do HIV/Aids, uma vez que, com o intuito de dar voz às oprimidas e ao mesmo tempo promover uma subversão da moralidade dominante, busca quebrar o silêncio historicamente imposto sobre as mulheres.

A redescrição físico-sexual da mulher só se tornou possível graças ao questionamento sócio-moral das mulheres, que ocorreu em um cenário de profundas transformações econômicas, políticas e sociais e que contribuíram para o surgimento de uma mentalidade própria da classe burguesa. Paralelamente a isto, as regras estabelecidas pela "sociedade disciplinar" e os discursos produzidos sobre o sexo, digase de passagem, mediados pela medicina, foram delineando gradativamente, a partir dos séculos XVIII e XIX, o exercício da sexualidade ocidental. Uma sexualidade marcada pela polarização entre o normal e o anormal, entre o certo e o errado, entre o limpo e o sujo, entre o permitido e o interdito, entre o privado e o público. Uma moralidade que tinha como meta disciplinar a imoralidade vitoriana e da aristocracia francesa, por um lado, e a suposta promiscuidade (amoralidade) das classes populares por outro, como forma de

²⁷ BANDEIRA, Lourdes Maria. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren; Díaz, Juan (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999, p. 189.

²⁸ GIFFIN, Karen. Corpo e conhecimento na saúde sexual: uma visão sociológica. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 87-88.

demarcar o pensamento moral burguês.²⁹ Ao sexo, ou melhor, às diferenças sexuais, até então utilizadas como mediadoras para o estabelecimento das alianças, vão sendo acrescentados atributos afetivos e eróticos, facilitando assim a constituição da família nuclear, em uma franca aceção de que a autonomia individual, ou seja a escolha pessoal era o fio condutor para a constituição familiar.

A relação entre sexo e amor se transforma, assim, em condição fundamental para o exercício e a definição das sexualidades feminina e masculina. Porém,

*...a partir do romantismo, quando o erotismo se imiscui no amor conjugal, essa nova forma de amor-paixão passa a orientar, ainda que apenas idealmente, as escolhas amorosas e matrimoniais em nossa sociedade...*³⁰

A crença de que o amor-romântico demonstrava ser o caminho para a felicidade pessoal e que fornecia "...o equilíbrio indispensável entre o desejo e a felicidade individual e o compromisso com ideais coletivos...", transmuta-se em atributo essencial da felicidade.³¹ Uma situação complexa, dada sua associação com a noção de fidelidade que lhe foi agregada, também, como um símbolo da relação conjugal. O apego, por parte das mulheres, à ilusão das crenças, tem demonstrado seu efeito pernicioso na prática, comprovado por meio do grande aumento da transmissão heterossexual do HIV.

Tais ilusões funcionam, de certa forma, como um mecanismo de defesa que possibilita a sobrevivência cotidiana diante da estrutura moral da sociedade, estrutura que foge ao seu controle. A sobrevivência cotidiana significa enfrentar e viver a realidade que se apresenta, isto é, confrontar-se com a natureza trágica e dolorosa da realidade. Significa

²⁹ WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999, p. 52-55. Ver também LASCH, Christofer. A vida no Estado terapêutico. In: LASCH-Quinn, Elisabeth (Org.). *A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999, p. 189-190.

³⁰ LOYOLA, Maria Andréa. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, Maria Luiza (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999, p. 35.

³¹ COSTA, Jurandir Freire. *Nem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998, p. 19.

enfrentar a crueldade do real, traduzida pelo caráter irremediável e inapelável da ausência de sentido último para o real, uma vez que inexistente a possibilidade de conservá-lo a distância e de atenuar seu rigor.³² Para a mulher, enfrentar a realidade significa se deparar com a ausência de sentido no amor, que, na vida real, pode se traduzir na infidelidade conjugal, situação já conhecida, ou seja, situação da qual ela está *suficientemente informada*, mas sobre a qual não consegue reconhecer como possível para si mesma ou, melhor dito, sobre a qual não consegue exprimir-se mediante a expressão verbal. Implica, portanto, escolher a lógica cruel do real, a qual, cotidianamente, é negada pelos valores morais vigentes, em detrimento de ilusões com a autoridade da natureza.³³ Ou seja, a idéia de que a natureza determinaria, ou seria mesmo a própria origem dos valores e crenças, é uma ilusão que permite que a opressão e a submissão femininas se perpetuem. *Passar do silêncio à fala* significa assentir em participar de um processo de “desconstrução” das verdades instituídas e das crenças que perpetuam a posição de submissão da mulher na vida privada e na sociedade. Significa, a partir de então, em um movimento inverso, iniciar e participar da construção de novos posicionamentos pessoais.

A autoridade da natureza, no entanto, retoma o dimorfismo original da sexualidade embutindo nas relações entre homens e mulheres os viés do poder e da hierarquia. Assim, as questões de gênero estão permanentemente concatenadas às experiências sexuais masculinas e femininas. Tanto as noções de gênero quanto as de sexo estão assentadas em uma “matriz da heterossexualidade” que permitiu a construção de símbolos e representações, imprimindo a idéia de que existe uma sexualidade normal/limpa, em contraposição a uma sexualidade anormal/suja.³⁴ Esse pensamento esteve subjacente a partir do início e durante todo o movimento que permitiu a construção do “dispositivo da sexualidade”. A sexualidade normal/limpa, restrita ao espaço privado da família, delimita e delega aos membros do casal os papéis sociais relacionados com a normalidade, ou melhor, à

³² ROSSET, Clément. *O princípio da crueldade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1989a, p. 15-17.

³³ Rosset, Clément. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Rocco, 1989b, p. 29.

³⁴ Bandeira, Lourdes Maria. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999, p. 185.

moralidade socialmente esperada. Ou seja, é no espaço da casa que a sexualidade se torna legítima, especialmente para a mulher, já que aos homens é, de certa forma, permitido usufruir uma liberdade sexual que foi sistematicamente negada às mulheres.³⁵ Uma situação que demarcou a moralidade referente às posturas que deveriam ser adotadas por homens e mulheres, definindo os papéis masculinos e femininos, que, por sua vez, mantinham forte alinhamento às relações de poder.

Tratava-se de uma moralidade centrada na família como instrumento de reprodução das relações sociais e com o objetivo claro de fornecer indivíduos saudáveis como força de trabalho e para a grandeza da nação, cabendo-lhe, até mesmo, o papel de fornecer soldados, se assim fosse necessário. Ou seja, uma família com disponibilidade para aceitar e satisfazer as normas e os critérios do movimento higienista estabelecido pela medicina e pelo Estado terapêutico, a partir da segunda metade do século XVIII.³⁶ Mais do que isto, a “regulamentação” da família associa a sexualidade feminina à reprodução, designando à “mulher-família” o espaço da casa, o cuidado dos filhos e a manutenção e o suporte para a conduta masculina no espaço público; uma família voltada para si e para o cuidado dos filhos. Ainda assim, esta associação entre sexualidade e reprodução deve ser entendida como uma “... construção social, uma vez que do ponto de vista estritamente biológico, esses processos são separados na espécie humana...”.³⁷ Uma situação clara de submissão sexual e que não acompanha o que Vance apontou como o cerne da sexualidade: o erotismo e a sexualidade não reprodutiva.³⁸ Ressurge assim a condição de complementaridade da mulher em relação ao homem, a dicotomização das características e

³⁵ Embora algumas posições tenham mudado com o passar dos anos, basta comparar os processos de iniciação sexual entre rapazes e moças: enquanto das moças é esperado o recato e se possível a virgindade, no que se refere aos rapazes eles são incentivados a terem o maior número de experiências sexuais antes do casamento, como forma de demonstrar sua masculinidade.

³⁶ COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999, 282 p. Ver também LASCH, Christopher. A vida no Estado terapêutico. In: LASH-Quinn, Elisabeth (Org.). *A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999, p. 177-196.

³⁷ LOYOLA, Maria Andréa. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, Maria Luiza (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999, p. 30.

³⁸ VANCE, Carol S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, 1995, p. 11-12.

atributos sexuais, cabendo à mulher a passividade e afetividade em contraposição à iniciativa e agressividade tipicamente masculinas.

Desta forma, às mulheres é designado tradicionalmente o papel de guardiãs da vida a dois, a responsabilidade pela manutenção e pelo cuidado da saúde da família, cabendo-lhes um *status* privilegiado de “mulher de respeito”, de “mulher do lar”, que se traduz em um completo domínio do espaço doméstico. É neste espaço que a sua sexualidade se torna legítima, uma legitimidade marcada pela posição de dependência e complementaridade em relação ao homem. A associação da mulher ao espaço doméstico permitiu, também, a sedimentação de uma identidade contrastiva destas mulheres em relação às “outras”, as prostitutas, as promíscuas e, mais recentemente, as usuárias de drogas. Essa percepção imiscui a idéia de que se a mulher protegida, ou melhor, iludida, não faz parte desses grupos de pessoas primeiramente associadas à transmissão do HIV/Aids, então ela está protegida pela sua posição, o que lhe permite afastar essa possibilidade do seu universo de preocupações.³⁹ Esse pensamento leva as mulheres a acreditarem que vivem em uma realidade diferenciada, quando na verdade estão, conforme a argumentação de Rosset, em um processo de negação do real que lhes permite viver na ilusão das crenças em vez de enfrentar uma realidade que pode ser extremamente dolorosa.⁴⁰

Embora no que se refira à sexualidade e às relações sexuais as mulheres tendam a demonstrar passividade, vale ressaltar que delas é subliminarmente esperada uma boa parcela de agressividade, uma vez que lhes é atribuído, e na maioria das vezes solitariamente, o controle da natalidade. Um controle que freqüentemente exclui os homens, ao se observar os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres no Brasil: a esterilização feminina (49,8%) e a pílula

³⁹ Não é possível afirmar que as mulheres não se percebam em risco. As informações sobre a Aids fazem parte, hoje, do domínio popular. No entanto, a lacuna existente entre a percepção do risco e a mudança de comportamentos requer questionamentos profundos sobre relações afetivo-sexuais que a mulher, nem sempre, está preparada para enfrentar. É preferível pensar que em uma parceria fixa, poderiam se manter a distância da doença. Ver a argumentação sobre o tema em GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrimo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 40-41.

⁴⁰ ROSSET, Clément. *Lo real y su doble: ensayo sobre la ilusión*. Barcelona: Tusquets Editores SA, 1993, p. 9-20.

anticoncepcional (28,5%).⁴¹ A expressão “isso é coisa de mulher” reflete a dicotomia existente entre as experiências femininas e masculinas e delimita as responsabilidades atribuídas a um e a outro. Entretanto, o atual perfil do HIV/Aids requer obrigatoriamente que essa situação seja questionada.

Como introduzir o preservativo em uma relação estável se o problema mais importante, que é o da reprodução/contracepção, está resolvido e o condom ainda é visto por muitos como sendo um método contraceptivo? Isso cria, efetivamente uma dificuldade adicional relativa ao espaço para a negociação, uma vez que:

...não é hábito entre muitos casais, a discussão aberta entre o sexo e os modos de proteção sexual, já que a contracepção é vivida como uma responsabilidade das mulheres e as DST não costumam ser tematizadas entre os casais ou pelos serviços de saúde – como se houvesse um silêncio cúmplice da perspectiva de que é natural para os homens “dar umas escapadelas”...⁴²

Ou seja, o estado de vulnerabilidade está inscrito em diferentes esferas: uma relacionada às próprias mulheres e outra relacionada ao *ethos* médico-científico, uma vez que a eticidade dos profissionais de saúde reflete os padrões e as estruturas de opressão e subordinação existentes na sociedade. A primeira diz respeito ao silenciamento sobre as questões relacionadas à sexualidade e que guardam estreita ligação com a construção da identidade feminina, “...que tem raízes em um sistema de representações cujo mais alto – senão único – valor é o da família e

⁴¹ Dados provenientes da Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde realizada em 1996. (Fundação do bem-estar familiar no Brasil (Benfam). *Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde*. Relatório de pesquisa. Brasília, 1997, p. 48-69.

⁴² VILLELA, Wilza Vieira. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999, p. 208. Ver também as colocações de Regina Maria Barbosa sobre as questões relativas à negociação sexual (BARBOSA, Regina Maria. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999, p. 73-88).

da casa...".⁴³ As expressões "eu sou casada" ou "eu tenho marido" refletem o quanto as mulheres se sentem protegidas pelo mito do casamento perfeito, mito que se restringe ao espaço da casa.⁴⁴ São expressões que demarcam o lugar de onde a mulher está falando, um lugar que lhe permite estabelecer o contraste seguro em relação àquelas e àqueles que pertencem ao espaço público, ao espaço da rua: o "outro" por excelência.

O espaço do outro é um espaço marcado pelo perigo e pela presença de pessoas perigosas. Um espaço historicamente associado ao homem e à sua condição de trabalhador e provedor do sustento da família. Frequentar a rua, o espaço público, significa estar à mercê de riscos, nem sempre procurados, mas permanentemente à espreita, já que por este espaço circulam os "outros": prostitutas, homossexuais, travestis, promíscuos. Aqueles que poluem, transmitem doenças e têm comportamentos que assinalam o desvio e a transgressão, ou seja a anormalidade. Nas palavras de Mary Douglas, a poluição, a sujeira, estariam vinculadas "...essencialmente a desordem. Não há sujeira absoluta: ela existe aos olhos de quem a vê (...) a sujeira ofende a ordem...".⁴⁵ O perigo está precisamente associado ao contato com a poluição, que introjeta toda uma carga de conteúdos simbólicos construídos socialmente, onde "...o reconhecimento inicial de anomalia conduz à ansiedade e daí ao ato de suprimir ou evitar...".⁴⁶ Ou seja, manter-se a distância das condutas consideradas anômalas, ou mesmo pensar que é possível manter-se distante da contaminação, evidencia a necessidade de perpetuar uma identidade social que permita às mulheres e homens não se identificar com o estereótipo clássico do "aidético".

⁴³ GUIMARÃES, Carmen Dora. Mas eu conheço ele: um método de prevenção do HIV/ Aids. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996, p. 175.

⁴⁴ Roberto DaMatta utiliza as categorias *da casa* e *da rua* para dizer que "...há uma divisão clara entre os dois espaços sociais fundamentais que dividem a vida social brasileira: o mundo da casa e o mundo da rua – onde estão teoricamente, o trabalho, o movimento, a surpresa e a tentação (...) a "rua" é o lugar do movimento, em contraste com a calma e a tranquilidade da "casa", o lar e a morada..." (DAMATTA, Roberto. *A casa, a rua e o trabalho. O que faz o Brasil, Brasil?* 8 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997, p. 21-33. Ver também as colocações de DAMATTA no livro totalmente dedicado à discussão dessas duas categorias: *A casa e a rua*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987, 179 p.

⁴⁵ DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976, p. 12.

⁴⁶ Idem, *ibidem*, p. 16.

A partir do momento que "...a reflexão sobre a sujeira envolve reflexão sobre a relação entre a ordem e a desordem, ser e não ser, forma e não forma, vida e morte...", evoca sentimentos relacionados às normas morais instituídas, estabelecendo a partir de então o que é permitido ou interdito.⁴⁷ O corpo e os fluidos corpóreos, na medida em que podem ser associados aos agentes poluentes e localizados em determinadas pessoas geralmente consideradas marginais, passam a ser o centro das noções de pureza e poluição, definindo normas morais correspondentes:

...a pessoa que polui está sempre errada. Ela desenvolveu algumas atitudes erradas ou simplesmente cruzou uma linha que ela não deveria ter cruzado e este descuido desencadeia perigos para as demais pessoas...⁴⁸

Essas pessoas consideradas erradas são aquelas associadas ao universo proscrito na simbologia popular. São aquelas marcadas pelo comportamento "transgressor", seja porque fogem à normalidade de uma sexualidade polarizada, seja pelos excessos cometidos.

Assim se estabelecem as crenças sobre as pessoas em situação marginal, uma vez que "... ter estado à margem é ter estado em contato com o perigo...".⁴⁹ E todo contato com essas pessoas se mostra arriscado, por isso a atitude de evitá-las. As representações sociais sobre a doença são direcionadas para a possibilidade de se fazer uma clara distinção moral entre o "eu" e os "outros", o que proporciona a segurança, uma falsa segurança é verdade, de que é possível estar moralmente distante.⁵⁰ A idéia de que a Aids tenha "...transposto

⁴⁷ Idem, ibidem. Ver também a argumentação de Paicheler, Geneviève. General population and HIV prevention: from risk to action. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, suplemento 2, 1999, p. 98.

⁴⁸ "...a polluting person is always wrong. He has developed some wrong condition or simply crossed some line wich should not have been crossed and this displacement unleashes danger for someone else..." (Douglas, Mary. *Purity and Danger: an analysis of the concept of pollution and taboo*. Harmondsworth/Middlesex: Penguin Books, 1996, p. 136.

⁴⁹ DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976, p. 120.

⁵⁰ A maioria das mulheres contaminadas pelo vírus HIV está em pleno período reprodutivo e não pode ser imediatamente associada aos "comportamentos de risco", já que na maioria das vezes não são promíscuas, não usam drogas injetáveis e não precisaram de transfusão sanguínea. A contaminação se deu via parceiro

barreiras e armadilhas milenares (...) para revelar que o gênero feminino não era apenas reprodutor e guardião do lar e da família, possuindo uma sexualidade desejante e ameaçadoramente ativa...”, não consegue se sobrepor à percepção da santidade intocável do lar e do casamento que permanecem perigosamente presentes, contribuindo indelevelmente para o *estado permanente de vulnerabilidade* das mulheres iludidas e, em última instância, de todas as mulheres.⁵¹

Enquanto a casa é o lugar da normalidade e da proteção, a rua é o espaço que dá abertura para o encontro com estes “outros”, possibilitando a concretização de uma “natureza masculina” impulsiva e sem controle, uma vez que “homem é tudo igual”.⁵² Nem sempre, é claro, por “vontade própria” masculina. O fato de freqüentar o espaço público submete os homens a perigos e tentações que muitas vezes eles gostariam de evitar. Assim, normalmente as mulheres aceitam com certa passividade as “aventuras” e “escapadelas” masculinas como intrinsecamente associadas a esta natureza própria dos homens. Mas mesmo diante desta realidade as mulheres da casa ainda não conseguem identificar-se com estes “outros” distantes do seu universo simbólico. Daniela Knauth, em estudos realizados com mulheres soropositivas, argumenta que a construção da identidade feminina se dá em contraste com os “outros”: a mulher de respeito (dona de casa, casada/unida, ou filha) em contraposição à outra (prostituta, promíscua); a natureza feminina em contraste com a natureza masculina; o adoecer legítimo *versus* a doença ilegítima. Nesse sentido, no imaginário das mulheres a Aids permanece sendo a “doença estrangeira” e se por acaso elas contraem o vírus isto se dá em decorrência da sua posição social de esposa.⁵³

fixo, estes com determinados “comportamentos de risco” (KNAUTH, Daniela Riva. Maternidade sob o signo da aids: um estudo sobre mulheres infectadas. In: COSTA, Albertina Oliveira (Org.). *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: PRODIR/FC, Editora 34, 1997 b, p. 39-64.). Ver também GUILHEM, Dirce. Concepção em tempos de Aids. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, Ano XII, n. 93, mai. 1998, p. 8-9.

⁵¹ CARMEN Dora. *Descobrendo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 27.

⁵² Não me refiro aqui à real existência de uma “natureza masculina” em contraposição a uma “natureza feminina”. Acredito, sim, que esta situação seja o reflexo da existência de um simbolismo popular decorrente da estruturação dos papéis de gênero na sociedade.

⁵³ KNAUTH, Daniela Riva: 1) Um problema de família: a percepção da aids entre mulheres soropositivas. In: LEAL, Ondina Fachel (Org.). *Corpo e significado*:

Não se quer afirmar aqui que as mulheres sejam vítimas inocentes e sim que o “encontro” com o HIV/Aids “...ameaça os valores de hierarquia, reciprocidade, honra e respeito que estruturam o seu modo de vida...”.⁵⁴ Um “encontro” que implica obrigatoriamente uma “desconstrução” do *modus vivendi*, um encontro para o qual as mulheres não estão preparadas. Por isso, a melhor alternativa revela-se na atitude de adiar este “encontro”. A referência simbólica da Aids como sendo uma “doença estrangeira”, uma “doença do outro”, persiste no imaginário das pessoas, principalmente entre as mulheres. Knauth sugere que existe entre as mulheres, mesmo entre aquelas acometidas pelo HIV/Aids, uma imagem da doença associada ao “outro”, seja ele um “outro social”, tido como geográfica e culturalmente distante, ou um “outro individual”, revelado por um comportamento distinto derivado, exclusivamente, de uma opção individual.⁵⁵ Ou seja, a Aids seria a doença da alteridade, a doença do distante moral por definição. É em nome dessa estrangeiridade da doença que, mesmo quando se descobre infectada, a mulher não se reconhece como uma “aidética”, termo estigmatizante pelo qual o senso comum identifica os portadores do vírus HIV.

Na categoria de “mulher casada”, assegurada pelo reconhecimento social de um relacionamento estável, a mulher demarca seu território moral em face da imoralidade da doença do outro, aí inclusos todos aqueles infectados por comportamentos considerados moralmente como condenáveis.⁵⁶ Nesse sentido, a epidemia do HIV/Aids pode ser comparada à sífilis no início do século, quando a fonte da doença

ensaios de antropologia social. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995, p. 379-390; 2) O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da aids. In: *Estudos Feministas*, nº 2, p. 292-300, 1997a; 3) Maternidade sob o signo da aids: um estudo sobre mulheres infectadas. In: COSTA, Albertina Oliveira (Org.). *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: PRODIR/FCC: Editora 34, 1997 b, p. 39-64; 4) Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ e São Paulo: Editora 34, 1999, p. 121-136).

⁵⁴ GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrimos as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 30.

⁵⁵ KNAUTH, Daniela Riva. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da aids. *Estudos Feministas*, nº 2, 1997a, p. 292.

⁵⁶ Idem, *ibidem*, p. 300.

foi associada às prostitutas e, secundariamente, aos comportamentos instintivos masculinos.⁵⁷ Pelo fato de envolverem questões relacionadas à sexualidade, as representações sociais criadas em torno das duas doenças se mostram muito semelhantes. Uma vez que a doença é entendida como estrangeira, ela é excluída do universo de possibilidades das mulheres, surgindo o pensamento de que é possível mantê-la a distância.

A dicotomia entre a esfera privada e a pública está no centro das representações sociais da Aids, uma vez que ela permite delimitar o lugar de onde se fala. Nas palavras de Hannah Arendt, em *A condição humana*, esta distinção "... equivale à diferença entre o que deve ser exibido e o que deve ser ocultado..." e parece que aquilo "... que precisou ser escondido na privacidade tenha sido sempre a parte corporal da existência humana, tudo o que é ligado à necessidade do próprio processo vital...".⁵⁸ Embora concorde com a colocação da autora de que as noções de privado e público sejam elementos centrais para a organização da vida cotidiana, é preciso salientar que, no contexto da Aids, o corpo como processo vital está presente tanto na esfera privada quanto na pública: na casa, símbolo da normalidade moral socialmente esperada, e na rua, onde lhe é facultado, pela assunção do anonimato, agir de outra forma. Assim, as esferas públicas e privadas se entrelaçam perigosamente, permitindo uma invasão da intimidade e revelando que as duas não estão tão distantes como se supunha. Na verdade, demonstram a existência de uma "... profunda conexão entre o privado e o público...".⁵⁹

Além disso, as concepções sobre o que é permitido e o que é proibido na simbologia popular ultrapassam o discurso médico da tríade heterossexual, homossexual, bissexual. Aliás, como argumenta Carmen Dora Guimarães, este sistema classificatório da sexualidade nem existe dentro do vocabulário utilizado nas classes populares.⁶⁰ Segundo Parker,

⁵⁷ CARRARA, Sérgio. Aids e doenças venéreas no Brasil. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. 1994, p. 73-74.

⁵⁸ ARENDT, Hanna. *A condição humana*. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997, p. 82.

⁵⁹ Idem, ibidem, p. 70.

⁶⁰ GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrimo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 93.

...categorias como homossexualidade e heterossexualidade têm, na verdade, sido menos significativas na estrutura ideológica da cultura sexual brasileira do que poderíamos descrever como noções de “atividade” e “passividade” (...) e embora os papéis sexuais (como parceiros) possam variar, tendem a ser muito mais significativos do que a escolha do objeto sexual na construção da identidade sexual...⁶¹

Assim, nas camadas populares brasileiras a terminologia habitual se refere a “ativo” e “passivo”, demarcando uma hierarquia que reproduz claramente as relações de poder envolvidas. Não importa então se as interações se efetuam entre homens e mulheres ou entre homens e homens. O fato é que a identidade sexual é construída dentro de um jogo de poder no qual o “homem-macho” e a “mulher-de-respeito” sabem muito bem qual é a posição de cada um nas experiências cotidianas.

Dentro dessa lógica, a posição de submissão das mulheres por um lado, e a “...dupla moralidade embutida nas relações sexuais entre os gêneros – permissiva para o homem, restritiva para a mulher...” por outro, demonstram que o *estado de vulnerabilidade* feminina é uma situação muito mais complexa e que requer mais do que simplesmente a oferta do exame anti-HIV no pré-natal e a orientação sobre a prática do sexo seguro.⁶² Segurança, em uma sexualidade centrada na maternidade, significa não engravidar e existem métodos efetivamente mais seguros que o condom. Ademais, se DST implica em vergonha, “corrimentos” fazem parte da vida da mulher. Essa concepção sexista imprime a discriminação e opressão para as mulheres, contribuindo para a manutenção da invisibilidade relativa dos seus problemas.

Assim, como as relações de gênero concorrem para “... estruturar a percepção e organização concreta e simbólica da vida social (...) circunscrevem em seu interior jogos de poder, conflitos e hierarquias...”, que se traduzem em posturas concretas sobre o que é ser mulher na

⁶¹ PARKER, Richard. *A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil*. 1994, p. 33.

⁶² GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrendo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 75.

sociedade brasileira.⁶³ À medida que as mulheres se identificam com as representações tradicionais de “mulher-de-respeito”, onde a sua sexualidade está voltada para a relação conjugal, “... pressuposições e informações que caracterizam a mulher fora dessas representações são ameaçadoras para a sua identidade...”⁶⁴ Dessa forma, nem as abordagens biologizantes, nem aquelas “avançadas” que desconsideram as questões relativas aos padrões morais e socioculturais nos quais as mulheres estão inseridas, poderão alcançar os objetivos desejados: o controle da infecção pelo HIV/Aids entre as mulheres.

Portanto, existe um problema concreto no que se refere às políticas direcionadas especificamente para as mulheres, como também em relação à postura adotada por profissionais e serviços de saúde. Não me refiro aqui àqueles grupos de mulheres que desde o princípio foram foco de atenção, já que faziam parte dos “grupos de risco”: as profissionais do sexo, as promíscuas e, mais recentemente as usuárias de drogas. Refiro-me à grande massa do sexo feminino, nas mais diversas faixas etárias, que passaram de simples coadjuvantes para protagonistas da epidemia; as mulheres invisíveis – as *escravas do risco* – que só passaram a fazer parte das pesquisas sobre Aids dez anos após a detecção do primeiro caso da doença entre esse segmento da população. Obviamente, as pesquisas com mulheres-mães grávidas começaram mais precocemente, mas só no sentido de possibilitar a diminuição da transmissão vertical, o que significa que as mulheres foram vistas pelos cientistas exclusivamente como veículos e vetores de uma gravidez e de um vírus.⁶⁵ Durante dez anos as pesquisas e os tratamentos médicos eram realizados seguindo o modelo sexual único – o *one sex model* –, o que estava bom para os homens poderia ser adaptado para as mulheres. Ou seja, inicialmente o problema não era específico das mulheres: elas eram, quando muito, um adendo no universo da epidemia. As questões principais direcionavam-se, sem dúvida, às crianças, tratando-se, portanto, de um problema pediátrico.

⁶³ COSTA, Regina Célia Pereira. Aids: trajetórias afetivo-sexuais das mulheres. In: BRUSCHINI, Cristina; HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: FCC, Editora 34, 1998, p. 90.

⁶⁴ Idem, ibidem, p. 91.

⁶⁵ FADEN, Ruth; KASS, Nancy; MCGRAW, Deven. Women as vessels and vector: lessons from the HIV epidemic. In: WOLF, Susan M. (Org.). *Feminism & bioethics: Beyond reproduction*. New York: Oxford University Press, 1996, p. 252-281.

Pode até parecer inacreditável, mas nos Estados Unidos, durante dez anos, a relação entre Aids e mulheres ficou praticamente restrita à questão da transmissão vertical, em que o enfoque estava direcionado exclusivamente sobre o feto.⁶⁶ Estudos específicos sobre a transmissão sexual e respostas femininas específicas aos medicamentos começaram a ser realizados mais tardiamente, já na década de 90. As campanhas publicitárias passaram a abordar, preferencialmente, a questão da transmissão vertical, direcionando a atenção para a responsabilidade da mulher (e, às vezes, do casal), com as futuras gerações.⁶⁷ Essa postura reflete o simbolismo da sacralidade da maternidade, da sacralidade de uma nova vida. O interesse sobre as crianças em detrimento do interesse sobre as mulheres é uma injustiça que demarca claramente a situação da opressão feminina legitimada pela sociedade, o que contribui para manter e confirmar a invisibilidade de suas experiências cotidianas. Isso demonstra claramente que a opressão é estrutural e sistêmica e concretiza-se por meio de práticas, atitudes, posturas e comportamentos cotidianos elaborados de acordo com os padrões masculinos e hierárquicos predominantes na sociedade.

No Brasil, esse descompasso também pôde ser sentido. Os dados epidemiológicos de 1991 já demonstravam um aumento da transmissão heterossexual da epidemia. Porém, as primeiras campanhas publicitárias direcionadas às mulheres, elaboradas pelo Ministério da Saúde (e também por Organizações Não Governamentais – ONGs) ocorreram somente a partir do ano de 1994.⁶⁸ E mesmo assim tinham um público específico e delimitado: mulheres jovens e independentes. Por meio do slogan “quem se ama se cuida”, as campanhas enfocavam a utilização do preservativo (masculino) e o processo de negociação que deveria partir das mulheres. Primeiramente, esse processo é extremamente delicado porque exige que a mulher negocie um objeto que é o seu parceiro que vai usar. Está em jogo toda uma carga de simbolismos introjetados na cultura sexual-reprodutiva brasileira de poder, virilidade, fidelidade e romantismo, revelando a marca das assimetrias de gênero. E, além disso, a maioria das mulheres-família,

⁶⁶ Idem, *ibidem*, p. 262.

⁶⁷ GILMAN, Sander L. *Picturing health and illness: images of identity and difference*. London: The Johns Hopkins University Press, 1995, 200 p.

⁶⁸ Pesquisa realizada nos arquivos da Coordenação Nacional de DST/Aids. Ministério da Saúde – Novembro/Dezembro de 1999.

em uma relação conjugal estável ou com parceiro fixo, não se encaixava neste padrão moral veiculado pela mídia. Ora, a ironia desta situação reside precisamente no fato de que mesmo quando se começou a falar de mulheres, falava-se antes da juventude e dos valores de rebeldia e contravenção do que propriamente da “sexualidade feminina”. Falava-se de algo incontestável associado à juventude: o questionamento dos valores morais vigentes.

De forma gradual, porém, as campanhas foram acompanhando as modificações do perfil epidemiológico da doença, abandonando os “grupos de risco”, centrando esforços principalmente na questão da transmissão vertical. Sapatinhos, bebês, barrigas, direitos e deveres foram os novos símbolos e palavras dirigidas às mulheres no sentido de proteger os seus bebês. Ao mesmo tempo, as políticas foram se tornando mais abrangentes, ao menos em teoria, ao incluírem diferentes subgrupos de mulheres. Passaram a ser enfocadas, além das clássicas profissionais do sexo e usuárias de drogas injetáveis, as mulheres vivendo com HIV/Aids, as adolescentes, meninas em situação de abandono e/ou institucionalizadas, as “mulheres comuns”, mulheres que não desejavam engravidar, mulheres em áreas rurais e, o mais importante, as “grávidas”. Ou seja, por tratar-se de políticas de abordagem tão abrangentes, as estratégias esbarraram drasticamente na desarticulação entre os programas de saúde da mulher e as diretrizes para o controle das DST/Aids entre as mulheres. Embora as ações rotineiras de assistência à saúde das “mulheres em geral”, ou seja, das mulheres não-grávidas, estejam ainda engatinhando na incorporação das propostas sobre o HIV/Aids, o mesmo não ocorreu no que se refere ao “oferecimento” do exame anti-HIV às mulheres no pré-natal; neste caso as ações foram imperativas.⁶⁹

A relação entre gravidez e HIV/Aids demonstra que “...a criança que a mulher traz no ventre é, na verdade, patrimônio coletivo...”. Assim, as questões relacionadas ao controle da infecção durante a gestação dizem respeito muito mais à saúde da criança do que à saúde da

⁶⁹ Coloquei oferecimento entre aspas para demonstrar que, na realidade, a tendência é colocar o exame como rotina do pré-natal, pelo entendimento de profissionais de saúde de que este exame é importante para o bebê. Relatórios de campo: entrevistas realizadas com profissionais de saúde de março a junho de 1999.

mulher propriamente dita.⁷⁰ Mas as mulheres iludidas são, também, patrimônio da moralidade e, portanto, da natureza. E é por isso que a mulher é vista na sua dimensão natural reprodutiva, embora a doença extrapole em muito o período da gestação. Reconheço que os benefícios deste tipo de política são inegáveis, já que desde a divulgação do Protocolo ACTG 076, pelo *Centers for disease control and prevention* (CDC), a utilização da zidovudina (AZT) tem contribuído indiscutivelmente para a redução da transmissão vertical.⁷¹ Diante da possibilidade de controvérsia moral, alguns questionamentos precisam ser efetuados: quais os interesses envolvidos na realização da sorologia para o HIV no pré-natal? Para quem é direcionado o benefício da realização do exame? O programa de pré-natal é primeiramente direcionado para quem?⁷² As possibilidades de respostas para estas questões podem apontar para os pressupostos morais do *ethos* científico no entendimento destas mulheres. Além disso, o *estado de vulnerabilidade* das mulheres está tanto relacionado à política, uma vez que tangencia problemas muito mais abrangentes, quanto, também à relação hierárquica e paternalista que se estabelece entre profissionais e gestantes, o que, muitas vezes, impede o descortinamento do problema.

Para entender como se dá esta interação é preciso retomar rapidamente o pensamento do movimento higienista brasileiro que

⁷⁰ BARBOSA, Regina Maria; LAGO, Tania di Giacomo do. Aids e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: PARKER, Richard (Org.). *Políticas, instituições e aids: enfrentando a aids no Brasil*. 1997, p. 163-175.

⁷¹ Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations of the Public Health Service Task Force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. United States, 1994, 43: 1-15. MINKOFF, Howard; WILLOUGHBY, Anne. Pediatric HIV disease, zidovudine in pregnancy, and unblinded heelstick surveys: reframing the debate on prenatal HIV testing. *Journal of the American Medical Association*, v. 274, n. 14, Oct., 1995, p. 1165-1168; MOFENSON, Lynne. Short-course zidovudine for prevention of perinatal infection [Commentary]. In: *The Lancet*, v. 353, p. 766-767, Mar., 1999; The International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type. *The New England Journal of Medicine*, v. 340, n. 13, p. 977-987, April, 1999; VELOSO, Valdíleia; VASCONCELOS, Ana Lúcia; GINSTEJN, Beatriz. *Prevenção da transmissão vertical no Brasil*. Boletim epidemiológico da Aids. Ano XII, n. 3 – semana epidemiológica 22 a 24 – Junho a Agosto de 1999, p. 16-23.

⁷² FADEN, Ruth R.; KASS, Nancy E.; POWERS, Madison. Warrants for screening programs: public health, legal, and ethical frameworks. In: Faden, Ruth R.; Geller, Gail; Powers, Madison (Eds). *Aids, women, and the next generation*. New York: Oxford University Press, 1991: 15. Ver também, Faden, Ruth R. et al. Prenatal HIV-antibody testing and the meaning of consent. In: *Aids and Public Policy Journal*, v. 9, p. 151-159, Fall, 1994.

articulou interesses médico-estatais, permitindo a interferência gradativa na vida privada das pessoas. Esse movimento provocou a sucessiva medicalização dos corpos de homens, mulheres e crianças, numa acepção centrada basicamente em um discurso biologizante e especificamente direcionado para as funções orgânicas que implicavam interesses político-ideológicos.⁷³ Assim, "...é o ângulo da reprodução da espécie que direciona o olhar médico sobre os corpos femininos e masculinos, embora com uma conceptualização distinta a respeito da importância e do significado do sexo para cada um...".⁷⁴ É esta também a argumentação de Marilena Villela Corrêa, quando aponta que "... a construção do sexual e da sexualidade nessa nova medicina, será orientada, de forma central, pelo eixo da reprodução e pela organização de possíveis desvios deste eixo...", retomando o padrão dicotômico sobre o que é normal ou anormal, permitido ou interdito.⁷⁵

O enfoque direcionado ao ciclo grávido-puerperal tem destino certo: assegurar o bem-estar do feto/criança. Oferecer o exame anti-HIV no pré-natal para todas as gestantes significa, antes de qualquer coisa, implementar "...mais uma política de saúde da criança do que propriamente de saúde da mulher...".⁷⁶ Existe uma dissociação evidente sobre a percepção que se tem sobre os corpos das mulheres: os acontecimentos biológicos têm supremacia sobre as experiências que propiciam sua inserção social. Desse modo, os serviços e profissionais de saúde, ao desconsiderarem essa dimensão moral das experiências das mulheres, direcionam sua atenção para os processos fisiológicos,

⁷³ COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999, 282 p. Ver também, a argumentação de VIEIRA, Elisabeth Meloni. Medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, Karen; COSTA; Sarah Hawker (Org.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 67-78.

⁷⁴ VILLELA, Wilza Vieira. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. 1999, p. 201.

⁷⁵ CORRÊA, Marilena Villela. Sexo, sexualidade e diferença sexual no discurso médico: algumas reflexões. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 80. Ver também CORRÊA, Marilena Villela. Medicalização e construção da sociedade. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). *Aids e sexualidade; o ponto de vista das ciências humanas*, p. 117-140.

⁷⁶ Relatório de campo. Entrevista realizada com dra. Tânia di Giácomo do Lago, coordenadora do Programa de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Março de 1999.

deixando de discutir questões relacionadas à sexualidade social e às questões consideradas imorais, como, por exemplo, a pluralidade de parceiros sexuais, contribuindo, mediante o silenciamento dos fatores sociais e morais de exposição permanente ao risco, para a perpetuação do *estado de vulnerabilidade* das mulheres.

Existem também outras questões que merecem ser mencionadas. Esse franco processo de medicalização das fases fisiológicas femininas (gravidez, parto e puerpério; climatério e menopausa; menstruação, entre outros exemplos) contribui para que as mulheres se tornem as maiores usuárias dos serviços de saúde, reproduzindo um viés de gênero na própria constituição do saber médico sobre as mulheres.⁷⁷ Bioeticistas feministas têm apontado para a existência desta situação, que se agrava pelo alto grau de dependência que se estabelece por parte das mulheres em relação aos serviços de saúde.⁷⁸ No entanto, isso nem sempre resulta em benefícios, uma vez que os serviços freqüentemente reproduzem as estruturas opressivas existentes na sociedade e tendem a embasar o atendimento às pessoas em uma padronização naturalizante que exclui a importância do contexto sociocultural de gênero nas ações de saúde.

Esse modelo demonstra sua extrema fragilidade na presença concreta do HIV/Aids, já que indicações do tipo: “Você tem de usar camisinha sempre” ou “você tem de conversar com o seu companheiro”, vão de encontro aos padrões culturais aceitos socialmente e que estão associados às relações de poder que permeiam o encontro entre as pessoas, os encontros sexuais e as relações de conjugalidade. Essas expressões exprimem o quanto as orientações e os discursos sobre a doença tendem a ser autoritários, hierarquizando os saberes, o que concorre para estabelecer uma distância, de fato, entre o discurso

⁷⁷ DINIZ, Simone G.; VILLELA, Wilza Vieira. Interfaces entre os programas de DST/ Aids e saúde reprodutiva: o caso brasileiro. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron (Org.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à aids no Brasil*. 1999, p. 145-146.

⁷⁸ Ver as colocações de MORGAN, Katryn Pauly. Contested bodies, contested knowledges: women, health and the politics of medicalization. In: SHERWIN, Susan (coord.). *The politics of women's health: exploring, agency and autonomy*. Philadelphia: Temple University Press, 1998: 85-86. E ainda, WOLF, Susan. Erasing difference: race, ethnicity, and gender in bioethics. In: DONCHIN, Anne; PURDY, Laura M. *Recent embodying feminist bioethics advances*. United States of America: Rowman & Littlefield Publishers, 1999, p. 69-71.

biomédico, repleto de termos técnicos e verdades dissociadas do possível, e o discurso reconhecido pelos usuários dos serviços como aceitável para a sua realidade. As informações transmitidas como verdade incontestável passam por um crivo pessoal para que possam ser reconstruídas dentro de uma lógica própria, possibilitando a sua aplicação às experiências concretas.⁷⁹

Como favorecer a *desilusão* das mulheres se os serviços contribuem para o silenciamento das diferenças? Como fazê-las falar de modo que não emitam somente queixas circulares sobre o problema? Como tornar visíveis as pessoas tornadas invisíveis pelas estruturas de dominação existentes na sociedade e que se perpetuam nas mais diversas esferas da vida cotidiana e nas instituições sociais?⁸⁰ É preciso ter em mente que

...a dominação simbólica é uma dominação que se exerce com a cumplicidade do dominado, ou, mais precisamente, com a cumplicidade das estruturas que o dominado adquiriu na confrontação prolongada com as estruturas de dominação e pela incorporação dessas estruturas, não é suficiente tomar consciência dessas estruturas para mudá-las...⁸¹

Nesse sentido é necessário uma "re-educação" que, nas palavras de Kuhse, seria a coragem do mais fraco para iniciar um contra-movimento de subversão moral, no sentido de questionar as estruturas e saberes opressivos que permitam de fato abalar estas estruturas dominantes.⁸² É preciso adotar, ainda, a postura da personagem *ironista*, desenvolvida por Diniz, de questionar os vocabulários utilizados e muitas vezes impostos, num processo contínuo de recriação que permita redefinir

⁷⁹ BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 70-71.

⁸⁰ Nesta perspectiva, seria interessante salientar que determinados grupos sociais, como as mulheres e doentes, se tornam duplamente vulneráveis já que, fazendo parte de grupos de pessoas tradicionalmente oprimidos, estão, também, submetidos à estrutura de poder que se reproduz nos diferentes serviços de saúde.

⁸¹ LOYOLA, Maria Andréa. Sexo e sexualidade na antropologia. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1998, p. 40.

⁸² KUHSE, Helga. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1997, p. 198-219.

constantemente sua posição no mundo.⁸³ Desta forma, o único caminho possível para a proteção seria a *desilusão*.

Para isso, no entanto, é necessário abandonar a posição subserviente da “moral escrava” ou da “moral do rebanho”, de que falava Nietzsche, desprezando o sentimento de culpa proveniente do processo de dúvida moral sobre os costumes socialmente aceitos.⁸⁴ O movimento de abandonar o conforto das crenças, apesar de doloroso, permite enfrentar a realidade tal qual ela se coloca, uma realidade cruel, mas que permitiria às mulheres *desiludirem-se*. Um movimento que significa a possibilidade da sobrevivência. Entretanto, o grande desafio resume-se exatamente em um ponto: como fazer falar as oprimidas – as mulheres iludidas –, aquelas que personificam as *escravas do risco*?

⁸³ DINIZ, Debora. Da ironista e da poesia. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, p. 123-194.

⁸⁴ NIETZCHE, Friedrich. *Da genealogia da moral*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, 177 p.

Capítulo

4

A etnografia da vulnerabilidade

A etnografia da vulnerabilidade

A construção da trajetória da pesquisa desenvolvida neste trabalho partiu da constatação de que houve uma mudança radical no perfil epidemiológico do HIV/Aids no Brasil. Este novo panorama relacionado à doença tornou visível a crescente feminização da infecção e, conseqüentemente, demonstrou o aumento do número de crianças infectadas por via perinatal. Se por um lado esta situação desnudou a crescente *vulnerabilidade* à qual as mulheres estão expostas, não forneceu elementos para uma análise detalhada sobre os fatores que de fato contribuem para o avanço da epidemia neste grupo. Mais do que isso, a utilização de modelos epidemiológicos tradicionais, que tem o seu enfoque principal nas categorias de risco e nos comportamentos pessoais, obscurece a importância dos determinantes socioculturais, morais e políticos que contribuem significativamente para este panorama atual.

Diante da complexidade dessa situação, uma abordagem centrada nos modelos biologizantes e fragmentários (que reproduzem o modelo do homem universal, os padrões de dominação presentes na sociedade ocidental e que permeiam as diferentes esferas e relações da vida das mulheres) obviamente não permitiria uma análise detalhada sobre a interação HIV/Aids e mulheres. Dessa forma, o trabalho de campo, realizado em dois momentos distintos, buscou fornecer elementos que pudessem contribuir para o reconhecimento de como os padrões culturais, entre eles as relações de gênero, os modelos hierárquicos reproduzidos pelo *ethos* médico e, ainda, pelas políticas públicas direcionadas às mulheres, entre outros, contribuem decisivamente para a manutenção do *estado de vulnerabilidade permanente* das mulheres em geral e mais particularmente entre aquelas que denomino como mulheres iludidas.

Assim, esses dois momentos foram marcados, em primeiro lugar, pela realização de uma pesquisa direcionada às gestantes, com a aplicação de um questionário composto por 47 perguntas fechadas e abertas – que permitiu a coleta de informações sobre características demográficas, sócio-econômicas, comportamentais e epidemiológicas – objetivando levantar informações que permitiram avaliar as características culturais que tornam as mulheres vulneráveis à transmissão do HIV/Aids, bem como possibilitar a discussão de questões éticas, epidemiológicas e socioculturais referentes à aceitação da sorologia para o HIV entre as gestantes. Apesar de as mulheres gestantes representarem um subgrupo dentro do grupo de mulheres, elas foram escolhidas para a pesquisa porque refletem as percepções e comportamentos do grupo de mulheres em geral (uma vez que, antes de serem gestantes, são mulheres). Além disso, a política pública efetivamente implementada é a do oferecimento e realização do exame anti-HIV para as gestantes.

Em segundo lugar, foi realizado um trabalho de campo etnográfico, momento em que foram efetuadas entrevistas com todos os profissionais de saúde que atuavam no Programa de Saúde da Mulher em dois centros de saúde onde foram coletados os dados com as gestantes. As entrevistas foram orientadas pelo “Protocolo de entrevista”, que consistiu de um roteiro previamente elaborado composto por temas selecionados e recorrentes na literatura disponível sobre a epidemia, considerados pertinentes para uma análise detalhada no âmbito do Distrito Federal. Este processo de construção foi permeado pela análise de documentos divulgados pela Coordenação Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde (MS), bem como pela realização de entrevistas informais com técnicos dos Programas de Saúde da Mulher e da Coordenação Nacional de DST/Aids do MS, com o objetivo de obter informações para subsidiar e até mesmo avaliar o andamento da pesquisa.¹

¹ É importante ressaltar que a realização dessa pesquisa seguiu todos os passos propostos pela normatização brasileira relacionada à pesquisa envolvendo seres humanos: o projeto foi submetido para avaliação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS), tendo sido aprovado na íntegra no que se refere aos instrumentos de coleta de dados, formulário de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), manual e processo de pesquisa, treinamento das entrevistadoras, entre outros aspectos.

Essa pesquisa insere-se no do contexto do serviço público de saúde do Distrito Federal, no qual a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) é o órgão executivo da Secretaria de Saúde do DF. Embora a rede pública tenha sido planejada inicialmente para evitar as distorções existentes nos sistemas de saúde do país, esta perspectiva se tornou inviável, primeiro porque a população cresceu além do esperado e, depois, porque a rede é tida como referência tanto para as pessoas que residem na região geoeconômica de Brasília (entorno) quanto para aquelas provenientes de vários estados do Norte e Nordeste.²

O sistema é composto por 15 regionais de saúde, praticamente equivalentes às Regiões Administrativas do DF.³ As regionais são compostas por centros de saúde, postos de saúde e PAMs, mas nem sempre têm o hospital regional como referência. A Regional Sul de Saúde, *locus* da pesquisa realizada, é composta por um hospital regional, o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), que funciona como referência para cinco centros de saúde distribuídos pela Asa Sul, Plano Piloto e Lago Sul. O hospital é, também, referência para duas outras regionais de saúde (Núcleo Bandeirante e São Sebastião), que não possuem hospitais para onde referendar os seus pacientes. Além disso, o HMIB é considerado referência para pacientes com gravidez de alto risco, para tratamento obstétrico de pacientes soropositivas e é credenciado no Ministério da Saúde como um sítio sentinela para a rede nacional de vigilância epidemiológica para o HIV/Aids, além de realizar o Aborto Legal.⁴ O hospital possui um diretor

² Frequentemente prefeitos de outras cidades optam por utilizar os recursos destinados à saúde em seus municípios para transferir os pacientes para o DF, em vez de estruturar o serviço de saúde em suas próprias cidades. Isso acaba criando constrangimentos tanto para a população do DF quanto para as pessoas transferidas, uma vez que muitas pessoas quando procuram os hospitais públicos não podem ser atendidas por falta de vagas.

³ O Distrito Federal, possuía, à época da realização do estudo, 19 Regiões Administrativas e 15 Regionais de Saúde. Isso se deve ao fato de que a Regional Norte de Saúde tem como área de abrangência a Asa Norte, o Lago Norte e o Cruzeiro; a Regional Sul abrange a Asa Sul e o Lago Sul e a Regional do Núcleo Bandeirante compreende o Riacho Fundo e a Candangolândia.

⁴ A partir de 1992, o governo brasileiro adotou o Projeto Sentinela como Método para a vigilância ao HIV por rede sentinela nacional, seguindo uma proposta da OMS já implementada em países industrializados como os Estados Unidos, Inglaterra e Alemanha. O projeto sofreu uma solução de continuidade, ou seja, foi interrompido por problemas técnicos operacionais, sendo retomado de forma contínua apenas em 1997. Seu objetivo é monitorar a prevalência da infecção pelo vírus em três

médico que acumula a função de diretor da regional e os centros de saúde possuem um chefe, que pode ser um profissional de nível superior lotado na unidade. No período em que foi realizada a pesquisa, os dois chefes dos centros de saúde eram médicos.

A seleção dos centros de saúde nos quais foram coletados os dados se deu em função dos mesmos preencherem os seguintes pré-requisitos: 1) número significativo de gestantes filiadas ao programa de pré-natal (mínimo de trinta novas gestantes por mês); 2) oferta da possibilidade de um dia específico da semana para a primeira consulta/reunião com as gestantes; e 3) implementação do aconselhamento para a realização do teste anti-HIV no Programa de Pré-natal. Estes fatores foram considerados importantes pelo fato de propiciarem um período de coleta de dados mais reduzido. De acordo com estes critérios, foram selecionados os Centros de Saúde (CS) nº 1 (508 Sul) e nº 5 (Lago Sul). Entretanto, antes da seleção dos locais de coleta, foram estabelecidos contatos com o diretor da Regional Sul de Saúde e com os chefes dos centros de saúde selecionados. No primeiro momento foi contactado o diretor da Regional, a quem foram encaminhados o projeto de pesquisa e a solicitação para a realização da mesma. Obtida a permissão inicial, o diretor da Regional fez o encaminhamento da proposta às chefias dos centros de saúde para que pudessem ser mantidos os primeiros contatos e fossem tomadas as providências necessárias para o início da coleta de dados. Nas duas unidades, as profissionais responsáveis pela reunião de aconselhamento

grupos específicos e acessíveis da população adulta no Brasil: pacientes portadores de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes de unidades de emergência e gestantes/parturientes. Visa, ainda, suplementar dados obtidos pela notificação dos casos de AIDS. Resumidamente, o Projeto Sentinela utiliza a técnica das alíquotas são os chamados "sítios sentinela", serviços de saúde vinculados ao Ministério da Saúde, havendo representatividade de todos os estados e das principais cidades brasileiras. São realizados dois cortes anuais simultâneos e coletadas amostras dos duzentos primeiros pacientes que chegarem ao serviço e preencherem os critérios de inclusão no projeto (Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Projeto Sentinela: vigilância do HIV por rede sentinela nacional – manual de campo*. Brasília, 1997, p. 1-5. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aids no Brasil: um esforço conjunto, governo e sociedade*. Brasília, 1998, p. 81-83. Ver também GUILHEM, Dirce. Concepção em tempos de Aids. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, Ano XII, n. 93, Mai. 1998, p. 8).

para a realização do exame anti-HIV no pré-natal eram enfermeiras, com as quais estabelecemos a parceria necessária para a concretização da pesquisa, proporcionando-nos toda a infra-estrutura e disponibilizando horários, local e material didático-pedagógico.

De acordo com a hierarquização dos serviços, os centros de saúde são responsáveis pela atenção primária à população de referência da unidade, o que nem sempre reflete a realidade encontrada. Nos serviços em que se realizou a pesquisa, grande parte das grávidas atendidas era trabalhadoras das redondezas que em sua maioria morava fora da área de referência do centro. Oferecem como rotina as especialidades básicas: ginecologia, obstetrícia, pediatria e clínica médica, além dos programas recomendados pelo Ministério da Saúde: 1) na área de saúde da mulher: pré-natal, climatério, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo uterino; 2) na área de saúde da criança: crescimento e desenvolvimento; 3) na área de doenças crônicas: diabetes, hipertensão; 4) prevenção: imunizações e 5) doenças infecciosas: hanseníase, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e Aids (só em centros de saúde de referência). A odontologia oferece atendimento à comunidade, embora não consiga dar cobertura à demanda. Em relação aos outros segmentos da população, as grávidas e crianças têm prioridade para o tratamento dentário.

Embora os dois centros de saúde onde se realizou a pesquisa tenham basicamente os mesmos serviços de atenção à saúde, há uma diferença significativa entre ambos: o Centro de Saúde nº 1 (CS1), localizado na Asa Sul, além de prestar atendimento nas especialidades básicas e programas de saúde, funciona, também, como hospital-dia e é ainda centro de referência para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, aids, hanseníase e tuberculose. Já o Centro de Saúde nº 5 (CS5), no Lago Sul, desenvolve as ações básicas atendendo as características indicadas para este tipo de unidade de saúde. Nos dois casos, o oferecimento do exame anti-HIV havia sido incorporado ao programa de pré-natal e as enfermeiras responsáveis pelo aconselhamento pré-teste haviam sido treinadas recentemente pela Secretaria de Saúde – Programa de Controle de DST/Aids do DF –, para esta atividade.⁵

⁵ O treinamento para o aconselhamento pré-teste é realizado mediante uma parceria entre a Secretaria de Saúde do DF, o Ministério da Saúde e o Núcleo de Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB), de acordo com as diretrizes preconizadas pela Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde.

Nos dois centros de saúde, o aconselhamento para a realização do exame anti-HIV está inserido na primeira reunião do pré-natal, momento no qual a gestante dá entrada no serviço de saúde e passa a se integrar ao programa.⁶ Nessa reunião é feita uma explanação detalhada sobre a rotina do pré-natal, a importância da adesão às consultas mensais (intercaladas entre médico e enfermeira), quais os exames que fazem parte da rotina e só então são introduzidas as questões referentes ao HIV/Aids: modos de transmissão, janela imunológica, transmissão vertical, tratamentos possíveis e importância da realização da sorologia no pré-natal. Posteriormente são preenchidos os pedidos de exame e feito o encaminhamento para a marcação dos exames e para o agendamento da próxima consulta. Não existe uma reunião específica de aconselhamento pós-teste. O resultado é anotado na carteira da gestante e, só é mencionado para ela, durante a consulta subsequente. Durante o período em que foi realizada a pesquisa, e nos dois meses seguintes, não houve nenhum resultado positivo do exame. Durante o período de coleta de dados, tanto os profissionais de saúde quanto as gestantes se mostraram extremamente receptivos à realização da pesquisa, não havendo intercorrências significativas que contribuíssem negativamente para o andamento da mesma.

A coleta de dados ocorreu no período de 22 de julho de 1998 a 14 de janeiro de 1999. Algumas particularidades da rotina dos centros de Saúde precisam ser mencionadas para explicar como se desenvolveu esta fase: 1) a coleta foi iniciada primeiramente no CS nº 5, em 22/7/1998 e transcorreu sem problemas até 7/10/1999, quando foi completado o número de cem gestantes entrevistadas. Foram utilizadas 12 reuniões de aconselhamento do pré-natal para a aplicação dos questionários e entrevistas das gestantes; 2) no CS nº 1, o período de coleta foi de 13/8/1998 a 14/1/1999, tendo sido utilizadas 13 reuniões

⁶ As duas enfermeiras que trabalhavam no pré-natal, ministrando as reuniões de aconselhamento, haviam sido treinadas recentemente. O curso teórico-prático abrangia uma carga horária de sessenta horas, distribuída em quarenta horas teóricas, nas quais eram abordados os temas relativos à doença e a abordagem das gestantes e vinte horas práticas onde eram realizadas reuniões de aconselhamento sob supervisão dos instrutores. A prioridade do curso, porém, estava voltada para as questões relacionadas à doença propriamente dita, em detrimento dos determinantes socioculturais.

de aconselhamento de pré-natal. Uma diferença significativa entre estas duas unidades de saúde se refere ao fato de que no CS nº 5 as reuniões ocorreram em todas as semanas do mês, ao passo que no CS nº 1 as reuniões realizaram-se nas três primeiras semanas do mês, sendo a última semana reservada para uma reunião de preparo das gestantes para o parto. A delimitação da amostra, os critérios de inclusão e exclusão das participantes estão descritos no Anexo I.

Foram incluídas na pesquisa as gestantes que compareceram aos serviços para a primeira consulta do pré-natal, de forma consecutiva e intencional, até completar a amostra estabelecida. Além delas, foram entrevistadas as equipes de saúde que as assistiam, em um total de 18 profissionais, entre médicos (quatro), enfermeiras (quatro), auxiliares de enfermagem (sete) e agentes de saúde (três).⁷ O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serviu como sinal de concordância com a participação na pesquisa.⁸ Este documento foi elaborado em linguagem acessível, direcionado ao grupo estudado, contendo informações relacionadas ao processo da pesquisa, como objetivos e metodologia, ficando também garantida a confidencialidade sobre a origem das informações coletadas.

A sala de reuniões dos centros de saúde foi o local escolhido para a abordagem inicial das gestantes. No início do período (manhã ou tarde), antes da primeira reunião do pré-natal (momento no qual a gestante dá entrada efetivamente no serviço), era feita uma explanação introdutória para as gestantes sobre a realização de uma pesquisa para saber o que elas pensavam sobre alguns assuntos relacionados à sua saúde. Eram mencionadas, também, quais as garantias éticas para aquelas que estivessem dispostas a participar. Nessa fase da abordagem não foi mencionado o exame anti-HIV, para evitar

⁷ Dos 18 profissionais de saúde entrevistados, 17 eram mulheres, com idades entre 38 e 54 anos. O tempo de trabalho no Programa de Saúde da Mulher variava entre duas semanas e dezoito anos.

⁸ De acordo com a Resolução 196/1996, do Ministério da Saúde (1996), que dispõe sobre as *Normas Regulamentadoras Sobre Pesquisas em Seres Humanos*, todas as pessoas que aceitarem participar de pesquisas devem estar devidamente esclarecidas sobre os objetivos, procedimentos e possibilidade de efeitos colaterais relacionados à pesquisa em curso. Além disso, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é imprescindível, como forma de aceite para a inclusão e participação como sujeito na pesquisa. (Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Normas regulamentadoras sobre pesquisa em seres humanos*. Brasília, 1996, 20 p.).

constrangimentos pessoais, o que poderia ocasionar a possibilidade de recusa em participar da pesquisa e realizar o teste. Após esse contato inicial, era realizada uma entrevista particular com as gestantes que aceitavam participar da pesquisa, para o preenchimento do questionário, assinatura do TCLE e uma explicação mais detalhada sobre os objetivos da pesquisa, momento em que era apresentada a oportunidade que o serviço oferecia para a realização do exame anti-HIV. Após esse contato inicial e uma explicação detalhada, perguntava-se à gestante se ela aceitaria fazer ou não a sorologia para o HIV.

Para as gestantes que não aceitavam fazer o teste, era feito, a princípio, um aconselhamento detalhado sobre as vantagens do conhecimento de ser ou não portadora do vírus, abordando-se os benefícios do tratamento e a conseqüente diminuição do risco de transmissão mãe-filho, em termos de porcentagem. Esse aconselhamento é padronizado, conforme as orientações recomendadas pelo Ministério da Saúde.⁹ Durante o período da coleta de dados no CS nº 5, as reuniões de aconselhamento do pré-natal foram realizadas por duas bolsistas do 7º período do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade de Brasília, previamente treinadas e que participavam como auxiliares de pesquisa. No CS nº1, cerca de 40% das reuniões foi realizada pelas estudantes e as demais assumidas pela enfermeira responsável pelo programa. Após o aconselhamento, era perguntado novamente às gestantes se elas gostariam de fazer o teste. Para as respostas positivas era fornecido o período do exame juntamente com os demais exames de rotina do pré-natal, sendo feita a orientação de como viabilizar a coleta do sangue. Quando houve atraso das gestantes no horário da chegada elas foram orientadas separadamente. Todas as gestantes, aceitando ou não fazer o teste anti-HIV, participaram da reunião de aconselhamento.

A intenção desse questionário foi levantar informações referentes ao universo da Rede Sentinela, ou seja, dos sítios sentinela, que são serviços de saúde filiados ao Ministério da Saúde e onde se faz a

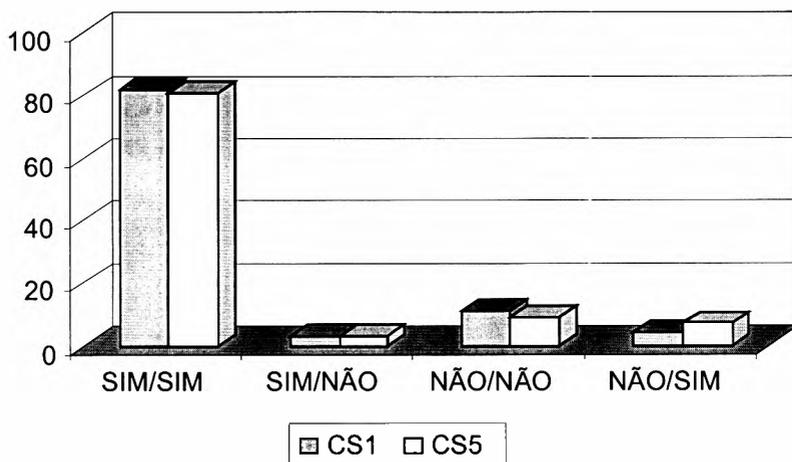
⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/Programa Nacional de DST/Aids. *Aconselhamento em DST e HIV/ AIDS: diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília, 1998.

coleta das alíquotas de sangue utilizadas para a vigilância epidemiológica do HIV/Aids no Brasil. Essas informações, contrastadas àquelas provenientes de outros levantamentos, permitiram a construção de analogias instrumentalmente úteis para a compreensão do comportamento e percepções de um conjunto mais amplo de mulheres. Apesar de esta etapa apresentar diversas restrições do ponto de vista estatístico, a princípio considerou-se que o procedimento permitiria inferências razoáveis para a análise da feminização da epidemia do HIV/Aids.

Gestantes e aceitabilidade do exame Anti-HIV

Os resultados aqui apresentados foram obtidos a partir da pesquisa de campo realizada por meio da aplicação de questionários e entrevistas em um grupo de duzentas gestantes inseridas no Programa de Pré-Natal de dois centros de saúde do Distrito Federal. A apresentação dos resultados foi feita considerando-se a totalidade dos dados coletados e pôde-se perceber uma grande semelhança das respostas obtidas entre as gestantes que responderam ao questionário nos dois centros de saúde. Embora exista uma diferença na clientela que procura esses serviços de saúde, optei por manter e divulgar os resultados em conjunto, pois inexistem discrepâncias relevantes entre os resultados dos dois centros. No CS nº 1, a clientela é mais variada, compondo-se de comerciárias, vendedoras, autônomas e empregadas domésticas das residências da Asa Sul; no CS nº 5 são atendidas basicamente as empregadas domésticas que trabalham nas mansões do Lago Sul, esposas de caseiros e alguns poucos moradores do setor de chácaras e condomínios localizados próximos ao centro. Em um primeiro momento, são apresentados os resultados relativos à aceitabilidade pelas gestantes no que se refere à realização do exame anti-HIV (Figura 1). A seguir, são colocados os dados referentes à caracterização das entrevistadas, ao conhecimento sobre a doença e à percepção de risco para a infecção pelo HIV/Aids. Posteriormente, são apresentadas as correlações existentes entre estas variáveis e a variável efeito que é a aceitabilidade ao teste anti-HIV, mais precisamente quais as variáveis que demonstraram ter importância para a aceitação ou não em relação ao teste.

Figura 1: Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de dois centros de saúde do Distrito Federal, sem aconselhamento prévio e após aconselhamento



Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

Diferentemente do que foi pensado a princípio, quando da elaboração do projeto de pesquisa, pôde-se perceber que as gestantes não têm dificuldade para aceitar a realização do exame anti-HIV no período do pré-natal. Na proposta inicial, considerava-se a hipótese de que somente 50% das gestantes aceitariam fazer o teste sem aconselhamento prévio e que na fase pós-aconselhamento este número subiria para 70%. Como pode ser observado na Figura 1, cerca de 80% das gestantes (82, no CS nº 1 e 81 no CS nº 5) aceitaram fazer o teste a princípio e mantiveram sua posição após a reunião de aconselhamento. Observa-se, também, que seis grávidas (3% em cada CS) que a princípio aceitaram fazer o teste, disseram não após o aconselhamento. Das gestantes que não aceitaram realizar o teste a princípio, grande parte optou por manter a negativa após o aconselhamento: no CS nº 1, das 15 (15%) gestantes que disseram não a princípio, 11 (73%) mantiveram esta posição e apenas quatro (27%) optaram por modificá-la, aceitando a realização do teste após o aconselhamento; no CS nº 5, das 16 mulheres que disseram não a

princípio, 9 (56%) mantiveram a sua posição e 7 (44%) preferiram escolher a realização do teste após a reunião de aconselhamento. Estes números podem ser considerados bastante razoáveis, uma vez que na proposta inicial esperava-se uma mudança de 20% na aceitabilidade entre o período pré e pós-aconselhamento.

Dois possibilidades devem ser consideradas em relação a este panorama: a primeira é que de fato as informações oferecidas durante a reunião de aconselhamento foram importantes para o processo de tomada de decisão da gestante, alcançando, assim, o objetivo proposto. A outra diz respeito ao medo que as gestantes pobres têm de serem excluídas do programa de pré-natal se não aceitarem fazer todos os exames que lhes são propostos. O fato de serem distribuídas quinze senhas por semana (CS nº 1) e de ser necessário, em alguns casos, retornar mais de uma vez para conseguir ser atendida, favorece a percepção de que “tem que ser feito tudo o que mandarem fazer”.

Uma grande questão provocada por esses dados foi a seguinte: por que seis gestantes aceitaram fazer o teste a princípio e se recusaram após a reunião de aconselhamento? Quais os fatores que levam uma mulher a aceitar fazer o exame inicialmente e recusar após o aconselhamento que, teoricamente, lhe daria subsídios para a manutenção da assertiva inicial? Um dos fatores pode ser aquele indicado por Knauth e Guimarães, o de que as mulheres querem manter a distância daquele outro que coloca em xeque a sua identidade social de “mulher direita”.¹⁰ Além disso, é mais fácil silenciar tendo como referência argumentos como “eu sou casada”, eu “tenho marido”, do que questionar a própria posição, o que pode lhe trazer extremo sofrimento e dor moral, ao se deparar com a fragilidade da segurança proposta pelas crenças sobre casamento, amor, romantismo e fidelidade. Nas palavras de Regina Maria Barbosa

¹⁰ KNAUTH, Daniela Riva. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da aids. *Estudos Feministas*, n. 2, p. 292-300, 1997a.; ver também GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrendo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, 263 p. Outros autores têm, também, utilizado a argumentação sobre o outro para a percepção sobre as questões relacionadas à Aids. Ver SANTOS, Naila et al. A aids entre as mulheres no estado de São Paulo. IN PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. 1996, p. 33-59.

...a discussão da Aids implica necessariamente aproximação com uma realidade desencadeadora de uma série de medos e fantasmas (...) entre outras coisas, esta aproximação implica realizar retrospectiva da vida sexual, amorosa e afetiva nos últimos dez anos. A manutenção do distanciamento alimenta a fantasia de estar imune ao risco...¹¹

Ou seja, implica duvidar, questionar um processo para o qual as mulheres nem sempre estão esclarecidas ou mesmo aptas para realizar.

Tive a oportunidade de entrevistar duas das gestantes que se recusaram a realizar o exame e que posteriormente retornaram ao centro de saúde para a rotina de consultas do pré-natal. Por meio de sua argumentação é possível sugerir que a recusa relacionava-se ao desconforto proveniente da perspectiva de ter de pensar sobre sua posição na relação afetivo-conjugal. Uma delas dizia:

...eu sei que entraria em depressão se soubesse que o resultado do exame deu positivo. Tenho muito medo de saber o resultado, apesar de que eu garanto que não tenho a doença. Isto porque não tenho nenhum problema. Só tive dois companheiros: um há 10 anos e outro que é meu marido atual. Ele é muito caseiro e se eu tivesse a doença seria porque um deles me contaminou. Tenho dois filhos saudáveis...¹²

A resposta da segunda gestante foi bastante parecida:

...eu nunca gostei de fazer este tipo de exame porque este é um exame diferente. Fico com medo de ter um resultado positivo. Além disso, eu sou casada, não tenho preocupação com meu marido. Ele até nem sai quase de casa. Mas só se aconteceu quando ele era rapaz (...) Ai não posso dizer. Agora tenho certeza que não...¹³

¹¹ BARBOSA, Regina Maria. Feminismo e aids. In PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. 1996, p. 162. (153-168).

¹² Entrevista realizada com a gestante n. 1 em março de 1999. Relatório de campo.

¹³ Entrevista realizada com a gestante n. 2 em março de 1999. Relatório de campo.

Ou seja, a manutenção da ilusão sobre a segurança no casamento, permitia, para estas mulheres, a concepção de que existe, de fato, um distanciamento entre elas e qualquer possibilidade de exposição ao risco de contaminarem-se.

É interessante observar que em termos de aceitabilidade total ao teste, cerca de 87% das gestantes (86 no CS nº 1 e 88 no CS nº 5) aceitaram fazer a sorologia para o HIV. Esse percentual é bastante aproximado do encontrado em Amsterdam, capital holandesa, aonde a aceitação ao exame no pré-natal chegou a 91,8% em serviços que haviam implementado aconselhamento pré e pós-teste. Porém, diferentemente do que foi encontrado aqui, as pacientes que quiseram e também as que não quiseram realizar o exame assinaram um documento se responsabilizando pela posição tomada.¹⁴ Isso demonstra a existência de um outro tipo de vínculo entre serviços de saúde/profissionais e pacientes, cuja a relação é mediada pelo exercício da liberdade, sendo oferecida a oportunidade de escolhas autônomas em relação à saúde das pessoas. Em outro estudo realizado em países em desenvolvimento, com o objetivo de verificar a aceitabilidade do exame anti-HIV, observou-se que o percentual de aceitação é bastante variável; o escore mais baixo, de 33%, foi encontrado em Soweto, África do Sul e o mais alto, de 95%, em Durban, também na África do Sul, e em Bangkok, na Tailândia.¹⁵

¹⁴ BINDELS, P. J.; MULDER-Folkerts, D. K.; SCHUTTE, M. F. et al. Results of screening for HIV antibodies in pregnant women in Amsterdam reference stations, 1988-1995. In: *Ned Tijdschr Geneeskde*, v. 140, n. 46, Nov. 1996, p. 2296-2298. Outros estudos demonstraram também que a aceitabilidade ao exame no pré-natal é maior quando existe um programa de aconselhamento, quando é garantida a confidencialidade do resultado e quando são apresentados os benefícios e as possibilidades de tratamento para a mãe e a criança (TEMMERMAN, Marleen; NDINYA-Achola, Jacksoniah; AMBANI, Joan; PIOT, Peter. The right not to know HIV-test results. In: *The Lancet*, v. 345, n. 8955, April, 1995, p. 969-970; IRWIN, K. L.; VALDISSERI R.; HOLMENBERG, S. D. The acceptability of HIV antibody testing in The United States: a decade of lessons learned. In: *AIDS*, v. 10, n. 14, Dec. 1996, p. 1007-1017.

¹⁵ CARTOUX, Michel et al. Acceptability of voluntary HIV testing by pregnant women in developing countries: an international survey. *Aids*, v. 12, n. 18, p. 2489-2493, 1998.

Caracterização das entrevistadas

As características das mulheres que compareceram ao serviço de pré-natal dos centros de saúde onde se realizou a pesquisa, apesar de poderem ser comparadas à grande maioria das mulheres brasileiras que freqüenta tais serviços, apresentam algumas particularidades que as distinguem das demais, o que se tornará mais claro no decorrer desta exposição. No que se refere à faixa etária, o que pode ser observado na Tabela 1, a maioria delas, ou seja, 130 (53%) estavam na faixa compreendida entre vinte e 29 anos. As faixas etárias imediatamente anterior e posterior respondem por cerca de 54 (27%) das gestantes, o que significa que 80% das entrevistadas tinham até 34 anos de idade. Outro aspecto interessante é o fato de que 29 (14,5%) mulheres eram mães adolescentes, um fenômeno que se reproduz em todo o país e que tem crescido significativamente, conforme demonstrado pela *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde*, realizada em 1996, que usou como ponto de partida o número de atendimentos obstétricos realizados pelo SUS a menores de 20 anos e a variação das taxas de fecundidade (com um aumento de 26%) entre as mulheres de 15-19 anos no período compreendido entre 1970-1991.¹⁶

Tabela 1: Distribuição das gestantes de acordo com a faixa etária

Faixa Etária	Freqüência	Porcentagem
15-19 anos	29	14,5
20-24 anos	74	37
25-29 anos	56	28
31-34 anos	25	12,5
35-39 anos	11	5,5
40 ou mais	5	2,5
Total	200	100

Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

¹⁶ BEMFAM. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997. As tabelas provenientes dos dados fornecidos pelo Datasus encontram-se no texto de NUNES, André; PIOLA, Sérgio Francisco. *Interações*

Vale salientar que em Brasília as gestantes procuram cedo o serviço de pré-natal: 162 (81%) entrevistadas tinham até quatro meses de idade gestacional quando iniciaram o acompanhamento pré-natal. Este fato é importante quando se considera que as chances de diminuir a transmissão vertical estão diretamente associadas à precocidade da detecção da infecção durante a gravidez, início da terapêutica apropriada o mais cedo possível, atendimento adequado durante o trabalho de parto e, posteriormente, a indicação de não amamentar. Outra questão pontual é que, entre as mulheres entrevistadas, cerca de cem (50%) já havia tido outros filhos anteriormente e, entre estas, a metade delas havia tido o primeiro filho com idade compreendida entre 14 e 19 anos. Ou seja, novamente encontra-se o fenômeno da gravidez associada à adolescência. Isso pode estar relacionado à constatação de que as adolescentes estão iniciando sua atividade sexual mais precocemente e esta situação pode, entre outras conseqüências, traduzir-se no aumento do número de casos de gravidez na adolescência.¹⁷

No que se refere ao nível educacional (Tabela 2), a distribuição das gestantes nas faixas de escolaridade traz algumas surpresas: somente duas gestantes nunca haviam freqüentado qualquer tipo de escola. A grande maioria delas, 116 (58%), freqüentou ou concluiu o 1º grau e uma grande porcentagem enquadrava-se na formação em nível de 2º grau: 68 (34%). Já o 3º grau ficou restrito a seis mulheres, refletindo a realidade do afunilamento do ensino no Brasil. Compreendidos na categoria "outros" estão os cursos supletivos e de línguas. Do total de mulheres entrevistadas, trinta delas (15%) estavam freqüentando algum tipo de escola. Para aquelas que não estavam estudando, os principais motivos mencionados para o abandono dos estudos foram os seguintes: 1) necessidade de trabalhar (30,5%); 2) gravidez inesperada (12,5%); 3) casamento (10,0%); 4) dificuldade de acesso à escola (6,0%); 4) cuidado dos filhos (5,0%); e, respondendo

hospitalares do SUS: caracterização por sexo e grupos de idade. In: ARILHA, Margareth; CITELI, Maria Tereza (Org.). *Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: Editora 34, Comissão de Cidadania e Reprodução, 1998, p. 111-135. Ver também, SOUZA, Marcelo Medeiros Coelho de. A maternidade nas mulheres de 15-19 anos: um retrato da realidade. *O Mundo da Saúde*, Ano 23, v. 23, n. 2, Mar./Abr. 1999, p. 93-105.

¹⁷ BEMFAM. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997, p. 76-78. Ver também Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. *Dossiê Mulheres e Aids*. Brasil, 1999, p. 12-13.

por porcentagens menores, fatores diversos. É interessante notar que o trabalho e as questões relacionadas à vida reprodutiva e familiar das mulheres foram responsáveis por 58% dos casos de abandono dos estudos. São dados que demonstram que as experiências particulares da vida das mulheres são, muitas vezes, delimitadas pela sua posição de cuidado para com os outros, o que contribui decisivamente para a manutenção de seu lugar de dependência e de maior empobrecimento em relação aos homens em geral. Além disso, está comprovada a correlação existente entre *status* ocupacional e nível educacional.

Tabela 2: Distribuição das gestantes de acordo com o nível de escolaridade

Nível Educacional	Frequência	Porcentagem
Sem escolaridade	2	1
1º grau	116	58
2º grau	68	34
3º grau	6	3
Outros	8	4
Total	200	100

Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

No que se refere à categoria raça, embora alguns estudos venham apontando para a necessidade de se introduzir a categoria como um elemento diferencial importante no *estado de vulnerabilidade* feminina para o HIV/Aids, a auto-alegação de cor tem sido um problema importante na definição da raça. Por isso optei por não utilizá-la na caracterização sócio-demográfica das gestantes entrevistadas. Guimarães, em um estudo etnográfico cuidadoso sobre mulheres de grupos populares, encontrou uma diferença significativa entre a cor definida nos prontuários das pacientes e a cor efetivamente constatada pela pesquisadora: "...há uma tendência marcante de embranquecimento no registro...", o que leva a uma fragilidade extrema do dado.¹⁸

¹⁸ GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrendo as mulheres: uma antropologia da Aids em camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 167.

Outra pesquisa realizada entre mulheres HIV positivas em São Paulo demonstrou não haver associação entre a categoria cor e as demais categorias mensuradas na pesquisa. Nas palavras das autoras:

...a literatura da área de ciências sociais aponta de forma consistente que grande parte dos brasileiros tendem a “embranquecer sua cor”, como as categorias cor e etnia são utilizadas em pesquisas brasileiras (...) nossa análise preliminar indica que a cor da pele não está significativamente associada com nenhuma das variáveis mensuradas nos cuidados de saúde...¹⁹

Conforme demonstrado na Tabela 3, 146 (73%) gestantes que participaram da pesquisa eram casadas ou viviam em união estável, o que, a princípio, traz claras implicações para os serviços de saúde no que se refere à feminização do HIV/Aids. Grande parte destas mulheres reflete o perfil demográfico clássico no qual a epidemia se tem expandido mais rapidamente: faixa etária, padrão conjugal e classe social. É para estas mulheres que deve ser direcionada a maior parcela de ações de saúde, já que dentro de poucos meses elas não serão mais gestantes, mas continuarão perigosamente dentro do perfil assinalado. A atenção deveria estar voltada para além da transmissão vertical, aproveitando-se todos os momentos em que as mulheres estão dentro dos serviços para realizar ações efetivas de educação e prevenção.²⁰ O próprio pré-natal é um momento importante para que as informações sejam fornecidas, já que as mulheres estão efetivamente vinculadas ao serviço durante um período de tempo prolongado. Se, como foi visto, as pacientes chegam cedo ao programa de pré-natal, elas teriam pelo menos cinco a seis consultas/reuniões até o nascimento do bebê. Estas oportunidades precisariam ser

¹⁹ “...social science literature consistently points out that most Brazilians tend to ‘whiten their colour’, as the colour/ethnicity is used in Brazilian surveys (...) our preliminary analyses indicates that skin colour was not significantly associated with any variable measuring health care...” (SANTOS, Naila; VENTURA-Felipe, Elvira; PAIVA, Vera. HIV positive women, reproduction and sexuality São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*, v. 6, n. 12, Nov. 1998, p. 33).

²⁰ BARBOSA, Regina Maria; LAGO, Tania di Giacomo do. Aids e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: PARKER, Richard (Org.). *Políticas, instituições e aids: enfrentando a aids no Brasil*. 1997, p. 163-175.

aproveitadas, caso se quisesse que as questões relacionadas à feminização do HIV/Aids fossem efetivamente contempladas. Certamente, uma das razões para o não aproveitamento destes momentos, se deve à imersão simbólica a que os próprios profissionais de saúde estão submetidos no que se refere às crenças e valores morais dominantes.

Tabela 3: Distribuição das gestantes de acordo com *status* marital

Status Marital	Freqüência	Porcentagem
Casada	65	32,5
Vive em união	81	40,5
Não está em união	53	27
Total	200	100

Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

O grupo de mulheres que não está em união compreende gestantes de outros estados civis: solteiras, viúvas, divorciadas e separadas. Neste grupo, metade delas mantém relacionamento com um parceiro estável e a outra metade com parceiros esporádicos. Ou seja, cerca de 172 (86%) das entrevistadas têm parceiros fixos, o que garante para elas um sentimento, ainda que falso, de segurança e proteção proporcionado pela díade casamento/relação estável, ou seja, o seu *status* conjugal lhes forneceria a garantia de não exposição ao risco. Assim, oferecer o exame anti-HIV no pré-natal, efetivamente não resolve o problema de prevenção para estas mulheres iludidas. Questões tabu relacionadas à saúde reprodutiva e sexual, às assimetrias freqüentemente presentes na vida destas pessoas e aos mitos relacionados à conjugalidade estável, devem obrigatoriamente ser introduzidas nas agendas dos profissionais de saúde que trabalham em programas de saúde da mulher.

Para as gestantes que estão casadas ou unidas, o tempo de convivência com o atual companheiro é bastante variável. Predominam as uniões recentes, que variam entre um ano e quatro anos de convivência/união. É precisamente em períodos equivalentes a estes

que se deve interagir de forma preventiva com as pacientes, já que está comprovado que a utilização de medidas preventivas é inversamente proporcional à confiança que se tem no parceiro; a utilização de tais medidas também diminui quando a afetividade ou os ideais do amor romântico estão presentes na relação. Expressões como “eu confio nele” e “eu conheço ele” são referidas como garantias da não exposição ao risco.

No que se refere ao engajamento no trabalho, os dados da Tabela 4 apontam que 146 (73%) gestantes tinham algum vínculo empregatício e 54 (27%) não estavam trabalhando. Entre aquelas que referiram estar trabalhando, todas mencionaram estar recebendo algum tipo de salário como pagamento pelos seus serviços. Como pode ser visto na tabela 4, 88 (60 %) entrevistadas recebem até R\$ 300,00 (aproximadamente dois salários mínimos), chegando a 160 (80%) o número de mulheres que recebe até R\$ 399,00 (cerca de três salários mínimos).

Tabela 4: Distribuição das gestantes de acordo com a faixa salarial

Faixa salarial em reais	Freqüência	Porcentagem
Até 99,00	3	2,1
100,00 – 199,00	25	17,1
200,00 – 299,00	60	41,1
300,00 – 399,00	30	20,5
400,00 – 499,00	11	7,5
500,00 – 699,00	10	6,8
700,00 – 999,00	5	3,4
1000,00 – 1499,00	2	1,4
	146	100

Fonte: Pesquisa “Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília”, realizada em 1998-1999.

Pôde-se observar, também, que as atividades empregatícias desenvolvidas pelas mulheres estão subdivididas em dois grandes grupos de ocupação. O primeiro deles compreende as atividades relacionadas aos empregos domésticos, estando incluídas aqui a

função de empregada doméstica e as demais funções desenvolvidas na casa de empregador.²¹ Um total de 87 (59,5%) gestantes desenvolviam funções compreendidas neste grupo, havendo predominância da função de empregada doméstica (63 mulheres, ou seja, 72,5% do total deste grupo). O segundo grupo abarca as atividades desenvolvidas no comércio ou no setor de serviços: 34 (37%) gestantes desenvolviam algum tipo de função nesta área.²² Compuseram ainda o grupo, duas professoras e três comerciantes, que não puderam ser encaixadas em nenhum dos dois grupos predominantes.

Em relação à prática religiosa, a grande maioria das entrevistadas admitiu estar vinculada a alguma religião. A religião predominante entre as entrevistadas foi o catolicismo, adotado por 153 (76,9%) gestantes; em segundo lugar aparecem as igrejas evangélicas com 28 (14,1%) respostas. Somente nove entrevistadas (4,5%) referiram não ter nenhum tipo de religião. Vale salientar que 85 (42%) gestantes afirmaram freqüentar as cerimônias religiosas semanalmente, chegando a 134 (68%) o número de mulheres que vai à igreja pelo menos uma vez por mês. Como poderá ser visto ainda neste capítulo, estes resultados são importantes, uma vez que a escolha religiosa da gestante faz diferença no que diz respeito à aceitação do exame anti-HIV.

O fato de o Distrito Federal caracterizar-se como uma terra de migrantes reflete-se no serviço de pré-natal dos centros de saúde pesquisados. Entre as gestantes entrevistadas, 163 (81,5%) eram provenientes de outros estados do Brasil, a grande maioria de estados localizados na região Nordeste. Somente 37 gestantes (18,5%) haviam nascido no DF. Embora as unidades de saúde estejam em áreas da cidade consideradas nobres, o atendimento está preferencialmente direcionado às pessoas de classes sociais menos favorecidas, que trabalham no local, mas moram predominantemente nas cidades satélites do DF e cidades do Entorno, já pertencentes ao estado de Goiás.²³

²¹ Funções compreendidas no grupo de empregos domésticos citados pelas entrevistadas: empregadas domésticas, copeira, cozinheira, arrumadeira, diarista, passadeira, congeladeira, babá e governanta.

²² Funções compreendidas no grupo de empregos do comércio e serviços: auxiliar de escritório, auxiliar administrativo, caixa, secretária, telefonista, copista, estoquista, balconista, vigia e cabeleireira, entre outras, não havendo predominância de nenhuma profissão.

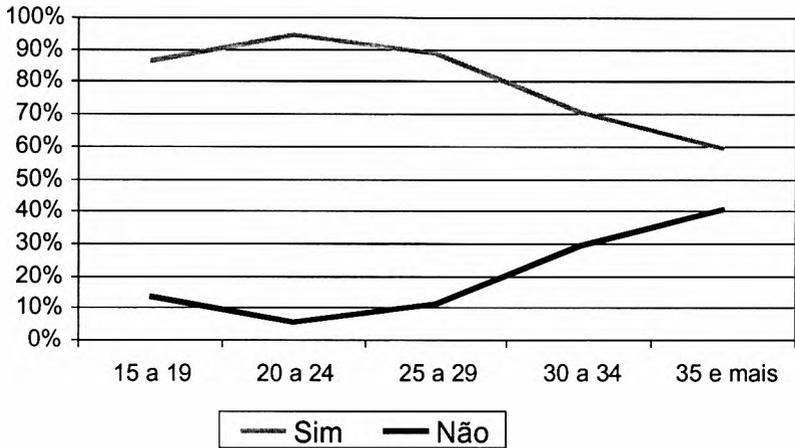
²³ Embora grande parte das cidades satélites do DF tenha vida própria, são conhecidas, juntamente com as cidades do Entorno, como cidades-dormitório.

Os impactos do exame anti-HIV

A relação entre as variáveis demográficas e a pergunta principal sobre a aceitabilidade ao exame anti-HIV durante a gravidez demonstrou alguns resultados particularmente interessantes e que suscitam questionamentos. O fato de esta pesquisa haver sido realizada com gestantes saudáveis, na rotina de um programa de pré-natal, evoca o simbolismo coletivo sobre a doença, sem o viés do sofrimento imposto pela soropositividade. Ainda assim, o oferecimento do exame anti-HIV no pré-natal pode colocar a mulher sob pressão, sendo necessária uma avaliação detalhada sobre as implicações relativas ao teste antes da sua introdução na rotina de exames solicitados à gestante.

Nos resultados apresentados a seguir estão as correlações que demonstraram relevância durante o processo de análise. A primeira delas diz respeito à grande correlação existente entre a idade (faixa etária) e a aceitação/rejeição ao exame oferecido. Como pode ser verificado na Figura 2, a idade revelou-se um fator importante diante da decisão de realizar o exame. O aumento da idade implica uma menor adesão ao teste. Inversamente, as gestantes pertencentes às faixas etárias mais baixas, ou seja, aquelas mais jovens, demonstram ter uma maior facilidade em aceitar a realização da sorologia para o HIV. Algumas explicações para esta situação podem estar associadas ao fato de que as mulheres mais jovens têm acesso a um maior número de informações sobre a doença e, também, por terem iniciado sua vida sexual já sob a cultura da Aids. Além disso, provavelmente ainda não estão acomodadas em um relacionamento conjugal estável, o que, como será visto mais adiante, exerce uma grande influência na aceitação/rejeição ao teste.

Figura 2: Aceitabilidade do exame anti-HIV pelas gestantes de acordo com a faixa etária



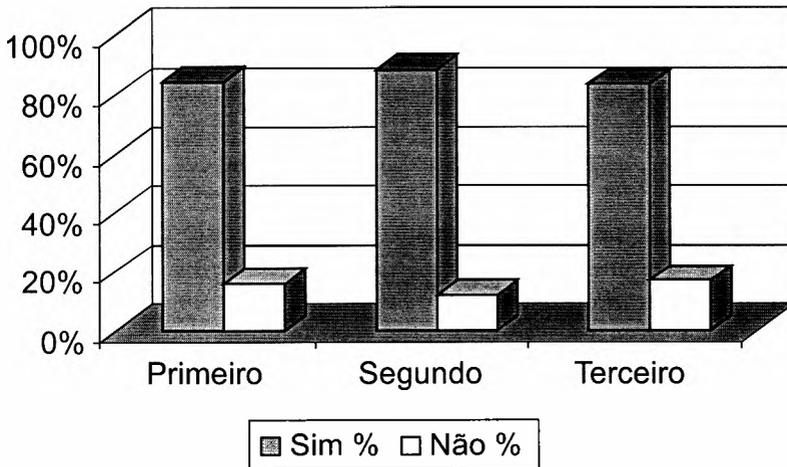
Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

Outro resultado interessante está relacionado ao nível educacional da gestante. Os dados coletados mostraram que não pôde ser encontrada uma correlação importante entre aceitação/rejeição ao teste e o nível educacional. Como pode ser visualizado na Figura 3, as mulheres pertencentes ao 1^o e 3^o graus têm praticamente o mesmo nível de aceitação/rejeição ao teste, sendo que aquelas que estão no 2^o grau têm uma maior disponibilidade (com uma diferença de quatro pontos percentuais) para realizar o exame. Este resultado é, no mínimo, intrigante. Grande parte dos estudos realizados sobre a disseminação da infecção pelo HIV/Aids aponta que a doença vem se expandindo mais rapidamente entre as mulheres com baixa escolaridade e nível socioeconômico reduzido.²⁴ No entanto, o que estes resultados evidenciam é que o nível educacional da mulher não é elemento de garantia, tal qual as políticas sociais nos fazem acreditar, de que ela esteja mais ou menos protegida em relação à infecção. Mais do que a

²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico da Aids*. Ano XII, n. 2 – Semana epidemiológica 9 a 21 – março a maio de 1999.

informação, os padrões culturais que reproduzem as diferenças relacionadas aos papéis de gênero podem, neste caso, estar influenciando o processo de tomada de decisões das mulheres em relação à aceitação/rejeição ao teste e, em outras esferas, no que diz respeito à disseminação da infecção. Isso, entretanto, não encobre o fato de que as mulheres que estavam vinculadas a alguma atividade de aprendizagem/ensino no período das entrevistas, apresentaram uma tendência menor a rejeitar o teste. Somente 6,7 % das mulheres que estavam estudando rejeitaram o exame, contra 17,3% das mulheres que não estavam estudando e que rejeitaram a realização.

Figura 3: Aceitabilidade do exame anti-HIV na gravidez de acordo com o nível educacional da gestante



Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

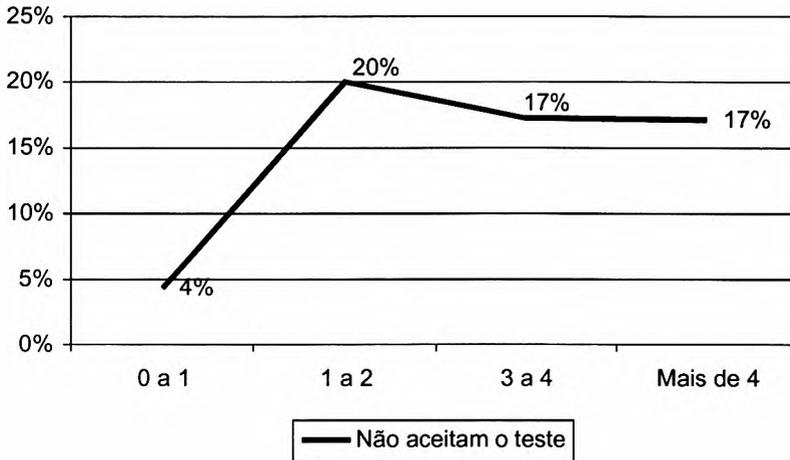
Em relação ao *status* marital surge uma questão importante: as gestantes casadas legalmente tendem a rejeitar mais a realização do teste (21,5 % das mulheres casadas rejeitam sua realização); já aquelas em união estável têm uma maior aceitabilidade em relação ao teste (somente 9,9 % delas rejeitaram a realização do mesmo). Isso demonstra que, no imaginário popular, a mulher casada não faz

parte de qualquer “grupo de risco” relacionado à disseminação da doença. Estudo realizado por Guimarães sinaliza que a escolha preferencial pelo modelo monogâmico tradicional contribui para ressaltar a distância social existente entre o “nós”, que representa a segurança da não exposição ao risco, e os “outros” que seriam aqueles considerados os distantes morais por excelência. Além disso, concepção corrente de que “homem não presta”, é também muito relativa para as mulheres, já que em seu entendimento o homem que não presta não é o seu marido/companheiro, mas sim, o parceiro das outras mulheres.²⁵ Isto, sem dúvida, levanta questionamentos relacionados às estratégias preventivas adotadas, uma vez que pontos importantes da vida conjugal, tradicionalmente considerados tabus, não têm sido sequer tocados pelas campanhas realizadas. É certamente não é apenas o oferecimento do exame anti-HIV no pré-natal que vai contribuir para a mudança de postura entre as mulheres e também para a mudança na percepção que os próprios profissionais de saúde têm sobre as mulheres usuárias dos serviços de saúde.

Entre as gestantes não unidas, o grau de rejeição ao teste ficou em torno de 17% (nove gestantes), bastante alto se considerado em relação ao grupo de mulheres unidas. Outro ponto crucial que os dados revelaram foi a constatação de que, conforme aumentam os anos de casamento ou união, aumenta também a rejeição à realização do teste. Isso se explica pelo fato de a mulher se sentir protegida pelo vínculo conjugal, o que implica diminuição da desconfiança em relação ao parceiro. Dinte disso, não vêem como necessária a utilização de qualquer tipo de proteção para a prevenção da doença. A Figura 4 reflete essa situação ao apontar que nas relações com duração ainda inferior a um ano, as mulheres rejeitam muito pouco a realização do teste (4% das gestantes com essa característica rejeitaram a realização do exame). A partir de um-dois anos de união, a rejeição sobe assustadoramente para cerca de 20% e se mantém praticamente estável com o aumento do tempo da vida conjugal.

²⁵ GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrimdo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 191-195.

Figura 4: Rejeição à aceitação do exame anti-HIV no pré-natal de acordo com os anos de união das gestantes



Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

Em pesquisa etnográfica realizada em uma favela de São Paulo sobre a percepção de risco para o HIV/Aids entre mulheres sadias e em relações conjugais estáveis, ficou comprovado que a fidelidade era um valor defendido e profundamente almejado pelo grupo estudado. A confiança depositada no companheiro associa-se à não utilização de qualquer tipo de prevenção nas relações sexuais, o que as coloca sob uma condição de risco efetiva, já que, para elas, é aceitável maior liberdade para os homens.²⁶ Persiste, portanto, no imaginário feminino, a concepção romântica de que a fidelidade é um pacto e um dever da conjugalidade.²⁷ Além da fidelidade como ideal, existem, para as mulheres de grupos populares, problemas práticos, como a subsistência pessoal e dos filhos, instâncias que podem ficar

²⁶ PRAÇA, Neide de Souza. *A cuidadora e o (ser) cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da aids*. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. Tese de Doutorado. São Paulo, 1998, p. 198-208.

²⁷ GUIMARÃES, Katia. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. 1996, p. 94.

ameaçadas se houver o questionamento dos companheiros sobre sua conduta sexual e a tentativa de introduzir medidas preventivas na relação. Para essa situação existe o antídoto perfeito: conhecer o outro é o método de prevenção mais utilizado contra o risco do HIV, fato que também parece ter importância decisiva na escolha do parceiro e da constituição da aliança conjugal.²⁸ Assim, é preferível o silenciamento ao questionamento, uma vez que problemas muito mais próximos do que um vírus/uma doença, que não faz parte do seu cotidiano no momento, precisam ser solucionados, tais como a exclusão e a sujeição às variações sociais e econômicas de diferentes ordens, conforme citado por Knauth.²⁹

No que se refere à correlação existente entre religião e aceitação/rejeição ao exame, pôde-se observar que as mulheres pertencentes às denominações evangélicas tendem a aceitar menos a realização do teste. Algumas inferências podem ser feitas, já que na literatura praticamente inexistem dados sobre a preferência religiosa das mulheres. A grande maioria do povo brasileiro e, certamente o mesmo ocorre com as mulheres e gestantes, se diz católica, embora isso não signifique que se trate efetivamente de pessoas religiosas praticantes. Embora os dogmas do catolicismo sejam bastante incisivos no que se refere à sexualidade e à vida reprodutiva dos casais, na prática a aceitação a estas orientações passa por um crivo bastante rigoroso das pessoas, de forma a adequá-las à sua realidade concreta. Diferentemente, as gestantes que se dizem evangélicas parecem mais alinhadas às doutrinas de suas respectivas igrejas, o que talvez explique a maior rejeição ao exame, em relação às mulheres que se dizem católicas. Este dado demonstra que em determinados momentos pode haver, e efetivamente há, uma sobreposição da vulnerabilidade para as mulheres, como neste caso específico, onde existe, uma dupla vulnerabilidade vinculada aos aspectos culturais e religiosos. Na Figura 5 são apresentadas as diferenças existentes entre aceitação/rejeição ao teste e sua correlação com a prática relatada nas diversas religiões.

²⁸ GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrendo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 185-189.

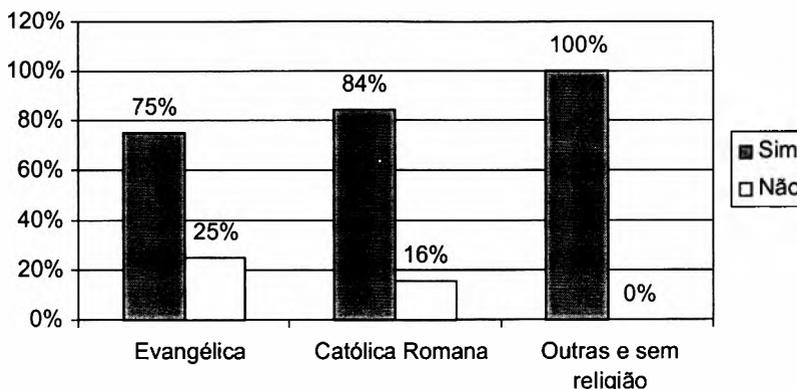
²⁹ KNAUTH, Daniela Riva. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. 1999, p. 121-136.

Algumas outras correlações se mostraram importantes: uma delas é o fato de que as gestantes que não têm uma atividade remunerada fora de casa, pertencendo basicamente ao grupo das donas de casa, tendem a ter uma maior rejeição ao exame, (19%) em relação às gestantes que exercem atividades remuneradas (14%).³⁰ Talvez não seja a situação empregatícia o principal determinante da aceitação/rejeição ao teste, mas sim a própria condição de “mulher do lar” que exerça um maior peso nesta decisão. Como apontam alguns autores, a manutenção das alianças (seja um casamento ou união) é de extrema importância para as mulheres de grupos populares. Em uma relação estável, estão fortemente impregnados os valores relacionados à fidelidade, confiança e ao romantismo.³¹ Assim, aceitar a realização de um exame cujo resultado pode suscitar questionamentos sobre a real situação do relacionamento, significa aceitar também uma carga psíquica adicional, já que os padrões morais reconhecidos como certos pelas mulheres iludidas, bem como as crenças que lhes proporcionam segurança no mundo, terão de ser obrigatoriamente questionados. Ante a possibilidade de sofrimento moral, muitas vezes é preferível optar pelo conforto que proporciona a ilusão de ser amada e respeitada.

³⁰ É interessante notar que das 54 gestantes entrevistadas que não trabalhavam, somente nove delas mencionaram que eram “mulheres do lar”, embora grande parte delas estivesse em uma relação conjugal estável. Parece que este título, ao mesmo tempo em que demarca sua identidade, rotula as mulheres como alguém, de certa forma, excluído do grupo que “vai à luta”.

³¹ PRAÇA, Neide de Souza. *A cuidadora e o (ser) cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da aids*. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. Tese de Doutorado. São Paulo, 1998, p. 151-154. Ver também KNAUTH, Daniela Riva. Um problema de família: a percepção da aids entre mulheres soropositivas. In: LEAL, Ondina Fachel (Org.). *Corpo e significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995, p. 379-390; KNAUTH, Daniela Riva. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da aids. *Estudos Feministas*, nº 2, p. 292-300, 1997a.

Figura 5: Aceitação/rejeição ao exame anti-HIV pelas gestantes de acordo com a denominação religiosa



Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

Outro resultado interessante é o fato de que as gestantes provenientes de outros estados da federação tendem a rejeitar mais a realização do exame (17%), em relação às gestantes que nasceram no DF (10%). Esta situação pode estar relacionada a duas questões principais: a primeira diz respeito ao fato de que a maioria das gestantes que migrou para o DF era proveniente de estados do Nordeste, onde existe uma clara demarcação dos papéis femininos e masculinos, refletindo-se em uma hierarquização das relações e em uma postura mais submissa das mulheres. A segunda é relativa à questão da faixa etária. Como ficou demonstrado anteriormente, a idade é um dos fatores que tem influência decisiva na aceitação/rejeição ao exame. As pacientes naturais do DF, até mesmo pelo tempo de fundação da cidade, tendem a ser mais novas do que aquelas provenientes de outras regiões do país, daí a diferença de adesão à realização da sorologia do HIV entre as diferentes faixas etárias.

Conhecimentos sobre a infecção pelo HIV/Aids

Os resultados encontrados demonstram que a esmagadora maioria das mulheres tem conhecimentos, ainda que básicos, sobre a infecção

pelo HIV/Aids (Tabela 5). Entre as gestantes entrevistadas, somente duas (1%) nunca haviam ouvido falar sobre a Aids. Estas duas pacientes foram as mesmas que referiram não possuir nenhuma escolaridade, o que denota a importância do nível educacional na aquisição de conhecimentos formais em saúde. Fica claro que existe uma ampla divulgação sobre a doença, que já passou até mesmo a fazer parte do imaginário popular. É interessante notar também que as informações de que as gestantes dispunham eram provenientes em grande parte de veículos de divulgação com ampla penetração social, do contato com colegas e professores na escola, da relação com parentes e amigos e ainda de sua condição de usuárias dos serviços de saúde.

Tabela 5: Fontes de informação sobre o HIV/Aids mencionadas pelas gestantes

Fonte de informação	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Total
Rádio	6	19	15	4	2		46
TV	121	35	9	3			168
Jornais e revistas	10	21	12	8	4		55
Folhetos e cartazes	2	8	13	4	2		29
Agentes de saúde	1	3	1			1	6
Igrejas	1	2	1	1			5
Escolas e professores	34	18	8	2	2		64
Reuniões comunitárias		2			1		3
Amigos e familiares	6	30	15	6	1		58
Trabalho	2	9	6	1			18
Unidade de saúde	12	21	15	6	1	1	56
Outros	5	11	7	2	1	1	27
Total	200	179	102	37	14	3	

Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

Como cada uma das gestantes podia mencionar mais de um item sobre onde havia conseguido as informações sobre o HIV/Aids, pode-se traçar um quadro dos veículos/locais privilegiados como fontes de informação. A televisão é de longe o veículo mais citado: 168 vezes no total e 121 vezes na primeira opção. Em segundo lugar ficaram as

escolas e professores: 64 citações; em terceiro, amigos e familiares: 58; em quarto, unidades de saúde: 56 menções; em quinto lugar, jornais e revistas: com 51 menções; e, em sexto, o rádio: mencionado 46 vezes. Porém, nem a quantidade nem o tipo de fonte de informação foram suficientes para determinar uma correlação importante para a decisão de realizar ou não o exame anti-HIV entre as entrevistadas.

É interessante notar que este resultado é idêntico ao encontrado em uma pesquisa realizada com moradores da favela Rocinha, no Rio de Janeiro, onde as maiores fontes de informação foram a televisão, em primeiro lugar, a escola em segundo lugar e a comunidade em terceiro lugar.³² Neide Praça também encontrou entre as mulheres de uma favela paulista a televisão como a principal e talvez uma das únicas fontes de informação sobre o HIV/Aids.³³ Esta situação não é exclusiva de moradores de grupos populares. Outra pesquisa realizada com estudantes universitários da Universidade de Campinas indicou que eles também tinham como principais fontes de informação a televisão, os jornais e os amigos.³⁴ Diante desta constatação, pode-se perceber a importância que a televisão assume como veículo de divulgação das questões relacionadas ao HIV/Aids e muito provavelmente de outros temas em saúde.

Esta situação pode trazer consigo um ônus, que é o fato de as pessoas adquirirem informações mais superficiais sobre a doença, uma vez que é impossível aprofundar conhecimentos específicos em campanhas veiculadas no intervalo comercial da TV. Como poderá ser comprovado mais à frente, é precisamente este o caso das gestantes entrevistadas, a superficialidade das informações é também o resultado comprovado das escolhas relativas às políticas sociais adotadas. Além disso, deve haver um cuidado redobrado para que as informações divulgadas estejam isentas de preconceitos, já que o HIV/Aids passou efetivamente a fazer parte do cotidiano das pessoas. As escolas e

³² FERNANDES, João Claudio de Lara. Evolução de conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/Aids em uma população de favela do Rio de Janeiro. *CADERNOS de Saúde Pública*, v. 14, n. 3, Setembro de 1998, p. 576

³³ PRAÇA, Neide de Souza. *A cuidadora e o (ser) cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da aids*. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. Tese de Doutorado. São Paulo, 1998, p. 170.

³⁴ DÍAZ, Margarita et al. O risco de contaminação com o vírus da aids e percepção deste risco entre estudantes da Unicamp. *Reprodução*, v. 6, n. 5/6, 1991, p. 241.

serviços de saúde e ainda amigos e familiares, como fontes de informação sobre a doença, foram citados por cerca de 30% das entrevistadas. O fato de que as informações provenientes de escolas e serviços de saúde resultem em noções superficiais sobre a doença, demonstra que estas instituições ainda deixam a desejar como instrumentos de promoção da saúde das pessoas e como fonte para a aquisição de um conhecimento detalhado no que se refere ao HIV/Aids. De acordo com os dados, as igrejas não são identificadas como locais onde se trata de questões relacionadas à doença, embora, como pôde ser visto nas questões relacionadas à religiosidade, as gestantes evangélicas tendam a recusar mais o exame, havendo, assim, a necessidade de uma abordagem sobre a temática em todos os locais que forem possíveis. O local de trabalho também foi muito pouco citado, provavelmente devido ao tipo de atividade que estas mulheres exercem, em empregos domésticos e em pequenas firmas, onde não são abordados temas desta natureza, mas aonde seria possível um contato mais estreito entre empregador(a) e empregadas, o que permitiria a discussão direta sobre este assunto.

As informações que as gestantes têm sobre a doença lhes permitem conhecer e mencionar várias maneiras pelas quais o HIV/Aids pode ser transmitido (Tabela 6). Como no caso da questão anterior, poderiam ser mencionados mais de um modo de transmissão conhecido. Um número bastante alto (171 ou 85%) dessas mulheres foi capaz de mencionar pelo menos dois modos de transmissão cientificamente comprovados. Os mais referidos estiveram relacionados aos modos de transmissão sexual e sangüínea, sendo as relações sexuais mencionadas por 191 pessoas, as transfusões sangüíneas 120 vezes e a transmissão por meio de seringas e agulhas não descartáveis 84 vezes. Porém, como pôde ser comprovado, ainda existe uma parcela considerável de pessoas que refere modos de transmissão que, comprovadamente, não podem disseminar a infecção, como a doação de sangue e o beijo na boca, com trinta citações (15%) e, em menor número, picadas de mosquitos e o uso de utensílios e vasos sanitários. Na categoria "outros" foram agrupadas as respostas que não constavam da listagem inicialmente elaborada, as mais variadas possíveis. Alicates de unha, tratamento dentário, alimentos, saliva, feridas (mucosas, órgãos sexuais) e drogas injetáveis foram as mais freqüentemente citadas. Ainda persistem entre as entrevistadas certos vieses de

conhecimento no que se refere às possibilidades de transmissão da doença, situação bastante similar à encontrada na pesquisa realizada na favela da Rocinha.³⁵

Tabela 6: Modos de transmissão do HIV/Aids mencionados pelas gestantes

Modos de transmissão	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Total
Beijo na boca	4	5	5	3			17
Relações sexuais	130	53	8				191
Transfusão de sangue	40	68	12				120
Doação de sangue		3	9	1			13
Agulhas e seringas não descartáveis	15	31	33	5			84
Mordida de mosquito		1	1				2
Vaso sanitário			2				2
Gravidez			2	3	1	1	7
Amamentação			1	3	3		7
Utensílios domésticos			1	1			2
Objetos cortantes	1	4	7	2	1		15
Outros	10	6	8	4	1		29
Total	200	171	89	22	6	1	

Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

Chama a atenção ainda o fato de as gestantes não mencionarem espontaneamente a possibilidade de transmissão vertical: somente sete delas referiram que era possível ocorrer a contaminação do bebê durante a gestação; também sete mencionaram a amamentação como fonte de infecção. Porém, quando foram questionadas especificamente se o HIV/Aids poderia ser transmitido da mãe para o bebê, 185 das entrevistadas (92,5 %) mencionaram que isto era possível. A partir

³⁵ FERNANDES, João Claudio de Lara. Evolução de conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/Aids em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 3, Set. 1998, p. 580.

destes dados não é possível afirmar, no entanto, que estas mulheres não se preocupam com esta possibilidade. Sua preocupação estaria mais direcionada às questões momentâneas, "...em função das condições de existência (...) e da impossibilidade concreta de controlar o futuro...", adotando "...o presente como tempo privilegiado...", de acordo com a argumentação de Knauth.³⁶

No que diz respeito às possíveis maneiras de evitar a infecção, os modos de prevenção mais verbalizados referem-se, basicamente, às questões relacionadas à transmissão sangüínea e sexual, numa clara alusão ao conhecimento que as gestantes possuem sobre a doença (Tabela 7). Ficou absolutamente claro que a utilização do condom (camisinha, como estava na pergunta) é o método mais conhecido de prevenção contra o HIV/Aids, já que todas as duzentas entrevistadas mencionaram essa possibilidade em uma das opções de resposta. Entre elas, 187 indicaram diretamente o condom e 13 referiram o sexo seguro. O condom apareceu como a primeira opção de prevenção de 153 das gestantes. É inquestionável o fato de que a conexão entre prevenção—preservativo masculino está presente no discurso das entrevistadas. Isso não indica, no entanto, que esse conhecimento esteja incorporado à prática sexual cotidiana dessas mulheres, já que apenas 18 (9%) delas referiram ter feito uso do condom na última relação sexual.

É interessante, porém, o fato de este resultado não diferir em muito do encontrado na favela da Rocinha, onde a porcentagem de utilização do preservativo masculino não passou de 16% entre homens e mulheres.³⁷ Essa situação pode ser de certa forma explicada pela própria concepção que se tem sobre o preservativo masculino como método contraceptivo, concepção enfatizada, inclusive, pelos programas de planejamento familiar. Para estas mulheres, então, grávidas, independente de estarem casadas ou não, qual a necessidade de utilizar qualquer método contraceptivo? Sobretudo o condom, que exige uma negociação permanente com o parceiro. Outras formas de prevenção relacionadas à transmissão sexual e mencionadas pelas

³⁶ KNAUTH, Daniela Riva. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. 1999, p. 126-127.

³⁷ FERNANDES, João Claudio de Lara. Evolução de conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/Aids em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 3, Set. 1998, p. 577.

entrevistadas foram a escolha de um parceiro único, referida 30 (15%) vezes e a diminuição do número de parceiros, 15 (7,5%) vezes. Isso quer dizer que a monogamia é vista como uma forma de prevenção do HIV/Aids. Carmen Guimarães já havia enfatizado que o modelo de união preferido pelas pessoas de classe popular é, sem dúvida, o modelo monogâmico, independentemente da nupcialidade legal. São precisamente as mulheres casadas ou solteiras que podem nomear o parceiro de "marido" – ou seja, as *escravas do risco* –, que estão mais susceptíveis à infecção pelo HIV/Aids.³⁸

Tabela 7: Modos de prevenção do HIV/Aids mencionados pelas gestantes

Modos de prevenção	1ª	2ª	3ª	4ª	Total
Sexo seguro	4	7	2		13
Abstenção Sexual	1		2		3
Uso da camisinha	153	32	1	1	187
Parceiro único	15	13	2		30
Diminuir parceiros	3	7	5		15
Transfusão de sangue	3	14	17	2	36
Não doar sangue		1	2		3
Uso de descartáveis	9	60	16	3	88
Não beijar na boca		1			1
Não conviver com infectado	3		1	1	5
Ir ao médico		1			1
Outros	8	8	6	1	23
Total	200	144	57	8	

Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

No que se refere à prevenção da infecção por via sangüínea, as gestantes mencionaram a utilização de agulhas e seringas descartáveis em primeiro lugar, 88 vezes, e cuidados com transfusão

³⁸ GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrimo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 156.

de sangue, 36 vezes. Este, no entanto, não parece ser um problema eminente para a vida dessas mulheres, mas sim as questões relacionadas ao exercício da sexualidade e aos direitos reprodutivos, já que se pode afirmar que a compreensão sobre segurança sexual implica obrigatoriamente estar livre da gravidez, uma vez que a união estável representada pela fidelidade e romantismo, as protege das doenças. Esse simbolismo é tão presente e dominante que das 23 mulheres que deram respostas agrupadas na categoria “outros”, 12 afirmaram que a confiança ou o conhecimento nos parceiros é uma condição indispensável para a prevenção do HIV/Aids. Guimarães e Praça já haviam apontado que fidelidade e confiança são elementos essenciais para a manutenção do casamento na vida das mulheres de grupos populares e que a quebra desse “pacto” pode, até mesmo, comprometer o relacionamento, contribuindo para a dissolução da aliança.³⁹ Desta forma, a introdução do preservativo durante o período da gravidez pode suscitar entre o casal questionamentos sobre a fidelidade de ambos.

É possível afirmar por meio das respostas obtidas que todas as gestantes entrevistadas têm excelente noção sobre as diferentes formas de transmissão, reconhecendo as principais formas de prevenção do HIV/Aids. Para elas, as relações sexuais são fonte importante para a disseminação da doença. Entretanto, instrumentalizar mudanças em um relacionamento constituído a partir dos modelos de gênero, caracterizado pela presença de assimetrias e relações de poder é, certamente, uma outra questão. Informação não significa necessariamente mudança de comportamento, uma vez que, na maioria das vezes, as mulheres estão em situação de submissão e opressão, o que, definitivamente, contribui para o seu *estado de vulnerabilidade permanente*, ou seja, para a exposição ao risco de contágio.

Vale salientar ainda que medidas preventivas relacionadas à transmissão vertical não foram mencionadas pelas entrevistadas, demonstrando claramente uma maior preocupação com suas próprias

³⁹ GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrendo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 185-190; PRAÇA, Neide de Souza. *A cuidadora e o (ser) cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da aids*. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. Tese de Doutorado. São Paulo, 1998, p. 203-208.

experiências pessoais cotidianas. Chama atenção, no entanto, o fato de que 185 gestantes tenham respondido que é possível haver a transmissão da mãe para o bebê e apenas 15 delas mencionaram que isto não era possível, ou mesmo que não sabiam. Porém, quando questionadas sobre as maneiras disponíveis para evitar, ou pelo menos minimizar este tipo de transmissão, 184 responderam que não sabiam se haveria alternativas possíveis e somente nove mulheres referiram a utilização de medicamentos durante a gestação; outras quatro relataram que a substituição do leite materno pelo leite artificial poderia contribuir para diminuir a transmissão da mãe para o filho. Esses dados se aproximam muito daqueles encontrados por Praça, em que as mulheres entrevistadas tinham conhecimento sobre dois momentos de transmissão vertical: durante a gravidez e pela amamentação, embora desconhecessem os mecanismos associados a esses modos de transmissão.⁴⁰

Embora a porcentagem de gestantes que tenha aceitado fazer o exame anti-HIV no pré-natal seja significativa, girando em torno de 87% das entrevistadas, não é possível afirmar que esta disponibilidade esteja relacionada ao conhecimento que as mulheres têm sobre a doença. Na verdade, esse fato pode influenciar na decisão, embora outros fatores devam ser mencionados. O primeiro deles diz respeito à postura dos profissionais que atendem às gestantes quando elas procuram o serviço, já que dentre os 19 profissionais entrevistados apenas um deles disse ser contrário à obrigatoriedade do exame no pré-natal. Todos os outros concordaram com o ponto de vista de que o exame deve ser obrigatório. Diante dessa atitude, as mulheres podem se sentir intimidadas e assim, “optar” pela realização do exame. Essa postura, no entanto, não é exclusiva de profissionais brasileiros, já que em estudo realizado por A. I. Segal na Califórnia, em 1996, constatou-se que 2/3 dos médicos se posicionavam a favor da obrigatoriedade do exame anti-HIV no pré-natal.⁴¹ Esta é uma atitude que tem sido duramente questionada por bioeticistas como Ruth Faden,

⁴⁰ PRAÇA, Neide de Souza. *A cuidadora e o (ser) cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da aids*. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. Tese de Doutorado. São Paulo, 1998, p. 181-183.

⁴¹ SEGAL, A. I. Physicians attitudes toward human immunodeficiency virus test in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 174, n. 6, June, 1996, p. 1750-1755.

Gail Geller, Madison Powers e James Childress, entre outros, pelo fato de perpetuar na relação profissional-paciente o autoritarismo médico e uma atitude paternalista por parte dos profissionais.⁴² Torna-se imprescindível uma revisão crítica do poder que a equipe de saúde exerce sobre o paciente. Além disso, essa situação pode caracterizar uma dupla opressão para as gestantes: emocional e estrutural.

Uma segunda questão está relacionada à oportunidade de acesso aos serviços de saúde para as pessoas de grupos populares. Quando a única possibilidade de tratamento e acompanhamento médico está localizada no serviço público de saúde, a "única" alternativa encontrada é exatamente fazer tudo o que é "solicitado", sem questionar. O medo de ficar sem o tratamento pode atuar sobre a gestante de forma coercitiva de modo que ela "aceite" realizar o exame. Um terceiro fator pode estar relacionado à maneira como é oferecido o aconselhamento pré-teste, mediante a priorização da doença como fenômeno biológico, deixando de resgatar as questões socioculturais inerentes à doença. No entanto, o aconselhamento pode ser de fato um aspecto positivo para a decisão das mulheres, uma vez que a temática da Aids pode contribuir para que a mulher faça "... um balanço de sua relação conjugal, isto é, reflita sobre suas vantagens e desvantagens e avalie seus riscos e conseqüências...".⁴³ Se o aconselhamento contribui para o questionamento das crenças sobre o relacionamento conjugal, das assimetrias e da opressão, ele coopera para o estabelecimento do exercício da dúvida, que é fundamental para que as mulheres possam *desiludir-se*. Por outro lado, a maneira como ele é dirigido às gestantes, de forma unilateral, enfocando os aspectos biológicos da doença e os comportamentos de risco, pode ocasionar a negativa à realização e o fechamento das mesmas a qualquer tipo de questionamento que possa ocasionar confronto com as suas crenças.

De qualquer forma, os dados demonstraram que o conhecimento que as gestantes possuem sobre a doença tem sido relevante para a

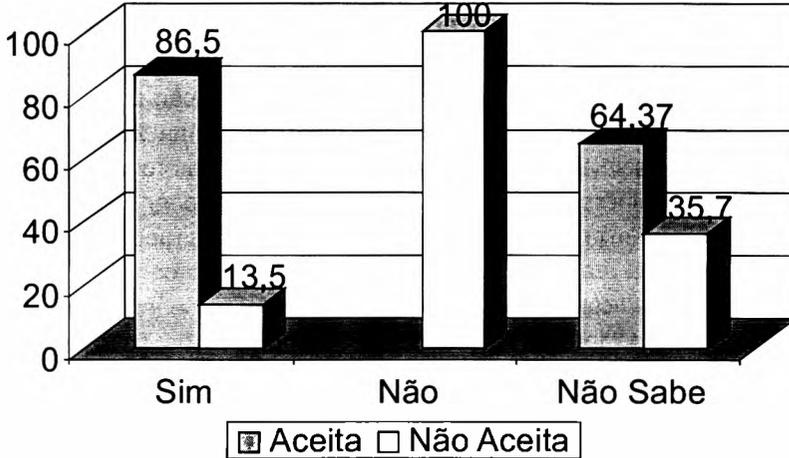
⁴² CHILDRESS, James F. Mandatory HIV screening and testing. In: CHILDRESS, James F. *Practical reasoning in bioethics*. Indianapolis: Indiana University Press, 1997, p. 95-118; FADEN, Ruth R.; GELLER, Gail; POWERS, Madison (Ed.). *Aids, women, and the next generation*. New York: Oxford University Press, 1991, p. 374.

⁴³ KNAUTH, Daniela Riva. Morte masculina: homens portadores do vírus da aids sob a perspectiva feminina. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. 1998, p. 188.

aceitabilidade do exame anti-HIV no período pré-natal. Tanto é assim que 174 (87%) mulheres responderam afirmativamente quando o teste lhes foi oferecido. No entanto, está absolutamente claro que a fase relacionada à divulgação da doença pode ser considerada uma fase efetivamente ultrapassada. As pessoas conhecem e sabem quais os principais mecanismos de transmissão e prevenção da doença, embora ainda persistam alguns equívocos nesse sentido. Se as formas sexual e sanguínea de disseminação do HIV/Aids são amplamente conhecidas, o mesmo não se dá em relação à transmissão vertical: as gestantes mencionam que isto é possível, mas não conseguem relacionar os possíveis mecanismos de contaminação. O que se percebe é que a assistência médica durante a gestação é o momento de propiciar um aprofundamento sobre minúcias da doença e, por que não dizer, introduzir no cenário os diferentes aspectos culturais e sociais que estão intimamente relacionados à disseminação e ao controle da doença. Os conhecimentos adquiridos precisam ser necessariamente expandidos, para terem utilidade prática nas experiências concretas das pessoas.

Como pode ser verificado na Figura 6, o conhecimento que as gestantes têm sobre a possibilidade de transmissão vertical influenciou positivamente na aceitação do exame anti-HIV. A diferença em relação à rejeição ao teste é gritante entre os dois grupos. Entre as 185 mulheres que responderam que sabiam que a Aids poderia ser transmitida da mãe para o bebê, somente 20 (11%) delas rejeitaram o teste, com uma aceitação por parte de 165 gestantes (89%). Porém, das 14 entrevistadas que afirmaram não saber se a Aids poderia ser transmitida da mãe para o bebê, a rejeição ao teste foi manifestada por cinco (36%) grávidas e a aceitação se deu por nove (64%). Isto indica que no segundo grupo a porcentagem de rejeição ao exame foi praticamente três vezes maior que a encontrada no primeiro grupo. Somente duas mulheres disseram que a Aids não poderia ser transmitida da mãe para o feto e estas não aceitaram realizar o exame. Verifica-se claramente a importância que o conhecimento sobre a transmissão da infecção do HIV/Aids da mãe para o feto tem sobre a aceitabilidade das gestantes em relação ao teste anti-HIV. Assim, é extremamente pertinente enfatizar a necessidade da divulgação de novos conhecimentos sobre a doença para que as pessoas possam ampliar o leque de opções em relação ao controle e à disseminação da infecção.

Figura 6: Aceitabilidade do exame anti-HIV de acordo com o conhecimento que as gestantes têm a respeito da transmissão vertical



Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

Crenças sobre o risco

A sexualidade feminina está diretamente vinculada à imagem do simbolismo relacionado ao "ideal conjugal". Desta forma,

...se a rejeição da camisinha pelo parceiro na relação sexual tem o sentido de marcar sua virilidade e fidelidade, a rejeição dela pela mulher é um sinal de que "confia no outro", de que existe um "comprometimento" e uma aura imbuída de romantismo que transforma e eleva o ato sexual ao patamar do sublime...

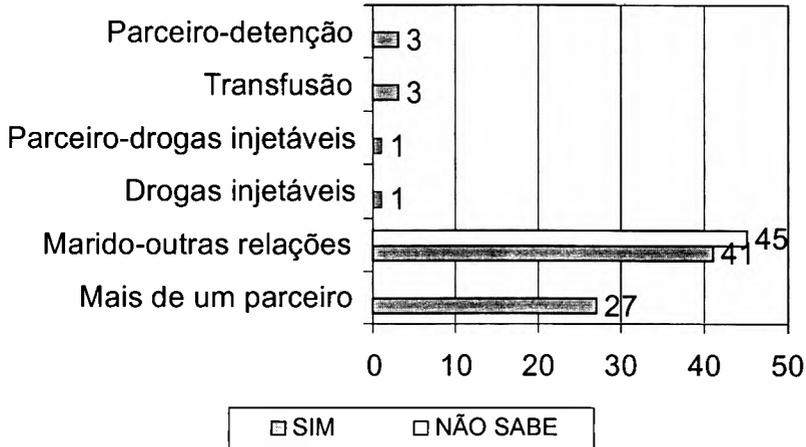
o que impede que as mulheres questionem suas atitudes, seus relacionamentos e suas crenças morais.⁴⁴ Não é possível afirmar, no

⁴⁴ GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrimo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 188.

entanto, que a consciência do risco esteja ausente da vida nas mulheres. O que é muito mais provável é que esta consciência fique embotada por uma série de outras necessidades cotidianas mais urgentes. Além disso, para as mulheres, trazer para o consciente a noção de risco, implica obrigatoriamente necessidade de repensar o relacionamento conjugal, o que pode ser fonte de insegurança e angústia, já que está fora do seu alcance a modificação de situações que as colocam em tal circunstância. Outro problema adicional diz respeito às assimetrias freqüentemente presentes nas relações entre homens e mulheres e que se refletem na falta de poder destas para desencadear um processo de negociação eficaz com os seus parceiros, tendo em vista a adoção de comportamentos protetores.

No caso particular das entrevistadas é possível perceber que grande parte delas, 121 (60,5%), esteve sob condições de risco efetivo relacionadas a comportamentos pessoais ou dos parceiros, durante os últimos 12 meses que antecederam a pesquisa. Como pode ser observado na Figura 7, 27 (13,5%) gestantes mencionaram ter tido mais de um parceiro; 41 (20,5%) delas responderam afirmativamente que os maridos/companheiros haviam tido outros relacionamentos, e 45 (22,5%) responderam que não sabiam se os parceiros possuíam outras ligações afetivo-sexuais; 114 (57%) acreditavam na fidelidade incondicional dos maridos/companheiros. Além disso, uma gestante mencionou ter sido usuária de drogas injetáveis nos últimos 12 meses e uma referiu que o seu companheiro é usuário de drogas. Três entrevistadas relataram ter feito transfusão de sangue e mais três referiram que seus maridos/companheiros estiveram presos; o período de detenção variou de uma noite a alguns meses.

Figura 7: Situações de exposição a comportamentos de risco mencionadas pelas gestantes



Fonte: Pesquisa "Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília", realizada em 1998-1999.

No entanto, como pôde ser verificado, as situações de exposição a comportamentos de risco próprias das entrevistadas são três vezes menores do que aquelas relacionadas aos seus parceiros, o que traz implicações inequívocas para a abordagem das questões relacionadas ao HIV/Aids. A falta de conhecimento sobre o "mundo masculino", decorrente da concepção fortemente arraigada de que aos homens são permitidos todos os privilégios – em função da existência de uma "natureza masculina" que lhes permite realizar todas as fantasias, desde que não reveladas dentro do contexto familiar –, contribui, seguramente, para a manutenção, por parte das mulheres, da condição de exposição permanente ao risco de contrair a infecção.

É interessante salientar que as gestantes que estavam seguras sobre a fidelidade dos maridos/companheiros rejeitaram mais a realização do exame anti-HIV do que aquelas que mencionaram que seus parceiros haviam tido outras relações ou do que aquelas que não tinham conhecimento de outros relacionamentos por parte deles. Isso aponta para o estado de vulnerabilidade permanente em que se

encontra este grupo de mulheres, em nome do mantra tranqüilizador do casamento. Na verdade, como argumenta Luiza Klein-Alonso, nas conclusões de uma pesquisa realizada em São Paulo e que tinha como objetivo conhecer a representação social das mulheres sobre sexualidade e Aids,

...as mulheres brasileiras fazem uma ligação muito forte entre o intercuro sexual e amor e ternura, acreditando que uma vez que você esteja amando alguém, como num passe de mágica, você estará vacinada contra as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a Aids...⁴⁵

Diante desta constatação, se colocam as barreiras emocionais que impedem que as mulheres possam adotar comportamentos e atitudes preventivas, isto é, moralmente distantes das práticas aceitas como verdadeiras. Vale ressaltar, ainda, que embora a diferença seja pequena, houve uma maior rejeição ao exame entre as gestantes que mencionaram ter tido outros parceiros do que entre aquelas que referiram que seus maridos/companheiros tiveram outros relacionamentos. Porém, entre aquelas que tiveram algum envolvimento com drogas, detenção e transfusão de sangue, todas aceitaram se submeter ao exame anti-HIV.

No que se refere à utilização de preservativos, apenas uma pequena parcela das entrevistadas, 18 (9%), mencionou ter feito uso do condom na última relação sexual, enquanto a maioria delas, 182 (91%) referiu não tê-lo utilizado, percentual bastante aproximado daquele divulgado pela última *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde*, onde 11% das mulheres mencionaram a utilização do preservativo na última relação sexual.⁴⁶ A ideologia fortemente arraigada, de que o preservativo na vida do casal é considerado como método contraceptivo, fica claramente

⁴⁵ "...Brazilian women strongly link sexual intercourse to love and tenderness, believing that once you are in love, by magic, you are vaccinated against sexually transmissible diseases, including Aids...". Klein-Alonso, Luiza. Women's social representation of sex, sexuality, and aids in Brazil. In: Long, Lynellyn D.; Ankras, E. Maxine (Orgs.). *Women's experiences with HIV/Aids: an international perspective*. New York: Columbia University Press, 1996, p. 155.

⁴⁶ Fundação Nacional do Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM). *Anticoncepção. Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Relatório de pesquisa*. Brasília, 1997, p. 48-69.

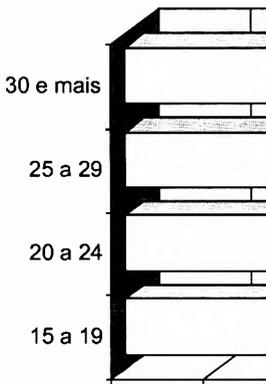
demonstrada, principalmente se forem observados os motivos mencionados para sua não utilização. O principal motivo mencionado foi o fato de que a entrevistada possuía parceiro fixo e, portanto, não haveria necessidade da utilização (76 gestantes, 42%, não utilizaram o condom). Outros motivos referidos foram: 2) não tinha: 17 (9,4 %); 3) usa outro método: 17 (9,4 %); 4) não gosta: 15 (8,2 %); 5) parceiro não gosta: 14 (7,7 %); e outros motivos diversos: 39 (21,4 %). A percepção do condom como método contraceptivo aparece claramente nos outros motivos mencionados: 1) queria engravidar: 11 (28,5%); e 2) estava grávida: 7 (18%), para só então serem referidos motivos como “não pensei”, não quis, confiança mútua e alergia ao preservativo. Porém, em uma análise global, aparece novamente o fato de a pessoa possuir um único parceiro no momento como fator importante para deixar de utilizar medidas preventivas, ou seja, trazendo para a análise, novamente, as questões relacionadas à fidelidade, confiança, ao ideal conjugal e, por que não dizer também, aos papéis de gênero, fortemente arraigados na sociedade brasileira. Essas questões se traduzem, obviamente, no aumento da *susceptibilidade* feminina em um momento em que a epidemia se expande rapidamente entre esse segmento da população.

A noção de que a contracepção é um atributo feminino, impede que exista entre os parceiros uma interlocução efetiva relacionada à regulação da fertilidade, principalmente se os métodos anticoncepcionais envolverem a participação masculina, como é o caso do condom. Na gravidez, esta negociação se torna ainda mais delicada, uma vez que coloca em dúvida a fidelidade e cumplicidade do casal, já que não havendo a necessidade de controle da concepção, o condom seria visto exclusivamente como preventivo para as DST e Aids. Mas não é só durante a gravidez que esta negociação é delicada: o que dizer, por exemplo, das mulheres jovens laqueadas e que se encontram em relações estáveis? No que se refere, porém, à relação entre a utilização de preservativos e a aceitação ao exame anti-HIV, constatou-se que as gestantes que relataram ter feito uso do condom na última relação sexual rejeitaram em maior número a realização do teste 22,2%, contra 14,8% que não haviam feito uso do preservativo na última relação mas aceitaram o teste. No entanto, os motivos pelos quais as mulheres deixaram de utilizar os preservativos não apresentaram nenhuma correlação importante com a afirmativa ou negativa em realizar a sorologia para o HIV.

Se a utilização da dupla proteção entre as mulheres para a prevenção da gravidez e das DST/Aids demonstra ser uma situação delicada fora da gravidez, isto se torna ainda mais evidente durante o período gestacional. Para que introduzir uma situação que pode levar ao conflito, se a mulher não tem poder na relação para resolvê-la? É preferível o silenciamento por parte das mulheres, diante da possibilidade de sofrimento. Entre as poucas entrevistadas que referiram ter utilizado o preservativo na última relação sexual, ficou claramente demonstrado que as mais jovens (na faixa etária entre 15 e 19 anos) o usam mais do que as mulheres das faixas etárias subseqüentes, havendo uma diminuição gradual na utilização que estaciona após os 25 anos de idade. Como já foi mencionado anteriormente, a idade tem demonstrado ser um fator importante para as atitudes em relação ao HIV/Aids entre as mulheres, seja porque já nasceram sob a cultura da Aids, seja porque ainda não estão confortadas em relacionamentos duradouros.

No que se refere às situações de risco relacionadas ao fato de haver contraído alguma doença sexualmente transmissível, 12 gestantes relataram que isto havia ocorrido durante os últimos 12 meses, sendo assim distribuídas: gonorréia: dois; linfogranuloma: três; condiloma: três; herpes: um; e tricomoníase: três. Outras dez entrevistadas mencionaram ter tido algum tipo de sintoma sugestivo de DST, que, entretanto, elas não souberam associar a algum específico: ferida na vagina: cinco; verrugas na vulva: cinco. Ou seja, 22 (11%) estiveram expostas a este risco, associado à possibilidade de transmissão do HIV/Aids. Diferentemente, porém, das mulheres que se sentem mais seguras e protegidas por uma relação mais estável, pela presença efetiva de um parceiro fixo ou daquelas que simplesmente procuram afastar o pensamento de uma aproximação pessoal às situações de risco, todas estas mulheres que tiveram uma DST ou alguns dos sintomas sugestivos de DST, aceitaram se submeter ao exame anti-HIV. Não é possível afirmar, entretanto, que as mesmas conseguem fazer uma associação entre a presença de DST e a susceptibilidade à infecção pelo HIV.

Figura 8: Porcentagem de utilização do condom de acordo com a faixa etária das gestantes



Fonte: Pesquisa “Aceitabilidade do exame anti-HIV por gestantes de serviços de saúde vinculados à rede sentinela de vigilância epidemiológica: um estudo em dois centros de saúde de Brasília”, realizada em 1998-1999.

Não é este, porém, o caso das entrevistadas que mencionaram haver tido corrimentos “inespecíficos” durante os últimos 12 meses que antecederam a pesquisa. Cerca de cem (50%) gestantes referiram algum tipo de corrimento e 43 (21,5%) havia sentido dor ou ardência ao urinar. Estas mulheres tiveram uma predisposição ligeiramente menor para aceitar a realização do exame anti-HIV: entre o total das entrevistadas, a rejeição ao teste foi de 13%; neste grupo, porém, a rejeição ficou em torno de 19%. Ou seja, as mulheres que não têm uma comprovação de fato de exposição ao risco tendem a aceitar menos a realização do teste no pré-natal. Seja por que elas têm uma menor percepção do risco, seja porque elas reproduzem os padrões culturais de segurança conjugal.

Se por um lado as DST são consideradas como uma vergonha na vida das mulheres de grupos populares, são também aceitas como uma certa resignação à fatalidade de contrair “doença de homem” – já que, no papel de esposa/parceira isto é perfeitamente possível; os corrimentos são entendidos pelas mulheres como uma característica

“normal” de sua vida sexual feminina.⁴⁷ Por serem mais freqüentes durante o período gestacional (mas também muito presentes fora dele), são encarados como “normais” pelos próprios profissionais de saúde que fazem o atendimento das mulheres. Desta forma, esta “normalidade” pode mascarar a percepção ao risco a que estão expostas, contribuindo assim para aumentar a sua *susceptibilidade* ao HIV/Aids. Juntamente com a representação social da Aids como a doença dos “outros”, as mulheres acabam por não se perceber em risco, da mesma forma que não são percebidas em risco quando procuram os serviços de saúde. Isto traz como conseqüências “... um diagnóstico médico tardio para as mulheres consideradas como de “baixo risco”, assim como a prevenção e o tratamento são pouco adequados à especificidade biológica e social feminina...”.⁴⁸ Isto caracteriza uma situação de franca negligência às mulheres comuns: casadas, monogâmicas, mães de família e agora, mais precisamente, pobres e com pouco acesso a serviços e informações. Além disso, a abordagem dessas mulheres é feita tendo como referência o modelo biomédico, priorizando principalmente o período grávido-puerperal, “... sendo vistas pelo sistema de saúde como assexuadas ou como tendo sua sexualidade associada à reprodução...”.⁴⁹ Reproduzem-se assim, todos os componentes da *vulnerabilidade feminina*: individual, social, programática e cultural, o que demarca de forma inequívoca sua condição de *escravas do risco*, estando, portanto, fadadas à morte.

Por fim, o número de gestantes que verbalizaram a possibilidade de trazer o parceiro para realizar exame anti-HIV foi bastante significativo. Entre as entrevistadas, 145 (72,5%) disseram que trariam

⁴⁷ GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrimdo as mulheres*: uma antropologia da aids nas camadas populares. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 34-39. Ver também VERMELHO, Leticia Legay; BARBOSA, Regina Helena Simões; NOGUEIRA, Susie Andries. Mulheres com aids: desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 369-379, Abr./Jun. 1999. Sobre a legitimidade da contaminação, ver a argumentação de Daniela KNAUTH em KNAUTH, Daniela Riva. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da aids. *Estudos Feministas*, n. 2, p. 292-300, 1997a.

⁴⁸ GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrimdo as mulheres*: uma antropologia da aids nas camadas populares. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 29.

⁴⁹ VERMELHO, Leticia Legay; BARBOSA, Regina Helena Simões; NOGUEIRA, Susie Andries. Mulheres com aids: desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, Abr./Jun. 1999, p. 370.

seus parceiros para fazer o teste; 37 (18,5%) mencionaram que não trariam; e 18 (9%) não saberiam dizer se trariam os parceiros ou não. Grande parte das gestantes pertencentes ao segundo e terceiro grupos referiu como motivos para não trazer os maridos/companheiros o fato de não haver diálogo entre o casal que permitisse sequer tocar neste assunto e, em segundo lugar, a impossibilidade de contactar os parceiros, uma vez que estavam irremediavelmente separados. Ainda assim, estão presentes as assimetrias de gênero nos relacionamentos, impedindo o diálogo entre o casal sobre as questões relativas à sexualidade.

Gestantes: o dilema do exame

Foram muitos os motivos mencionados pelas gestantes e que contribuíram de forma definitiva sobre a opção de aceitar ou rejeitar a realização do exame anti-HIV. As entrevistadas podiam mencionar quantos motivos quisessem para justificar a escolha que estavam fazendo. Essas respostas foram analisadas primeiramente de forma global, para se ter uma idéia geral do pensamento que subsidiava as escolhas perante o oferecimento do exame anti-HIV. A seguir foram agrupadas em categorias abrangentes, definidas a partir da análise inicial, mas de forma que pudessem refletir a essência das respostas verbalizadas pelas mulheres. Houve a necessidade de subdividir os resultados em quatro grupos, de acordo com a posição adotada: 1) gestantes que disseram sim antes e após o aconselhamento; 2) gestantes que disseram não antes e sim após o aconselhamento; 3) gestantes que disseram não antes e após o aconselhamento; e 4) gestantes que disseram sim antes e não após o aconselhamento. Em alguns momentos ficou demonstrada a necessidade de subdividir cada um dos grupos entre casadas e solteiras, por causa das diferenças importantes entre suas respostas, como será demonstrado adiante.

A confiança do sim

As gestantes que disseram “sim” a princípio e mantiveram a sua posição após o aconselhamento representam, como já foi visto, a

grande maioria das entrevistadas, ou seja, 163 mulheres. Entre elas, 123 eram casadas ou unidas e quarenta solteiras. Basicamente, os motivos alegados para a aceitação ao exame anti-HIV são bastante similares entre os dois grupos, como será visto a seguir. Por isso, serão apresentados e analisados em conjunto.

A primeira grande categoria de análise é o motivo "saber se tem o vírus ou não", mencionado por 74 (60,2%) mulheres casadas/unidas e 23 (57,5%) solteiras. As repostas mais mencionadas foram: "ter certeza que não tenho a doença/vírus"; "curiosidade para saber se tenho ou não a doença"; "é importante saber se tenho ou não o vírus"; "para saber se tenho a doença/vírus"; "curiosidade"; além de várias outras respostas correlatas, mas que apareceram um número menor de vezes. Quando questionadas sobre o porquê da importância deste conhecimento para elas, geralmente a resposta era "para prevenir", expressão que pode exprimir várias significações seja no sentido de prevenir a sua própria contaminação, até prevenir de transmitir a doença para os outros. Na verdade, saber se tem o vírus ou não, expressa, para a maioria das mulheres deste grupo, a simples curiosidade quanto ao resultado. Como já foi colocado, o presente é o tempo privilegiado, não havendo uma preocupação a longo prazo em função de outras preocupações cotidianas mais urgentes.⁵⁰ Este momento expressa o "agora", a oportunidade que lhes é dada para conhecer o seu estatuto sorológico, mesmo compartilhando a idéia de que a Aids é uma doença dos outros. O "depois", representado pela presença do vírus no organismo ou pela própria doença, se for o caso, será experimentado no seu próprio tempo, se ele chegar.

Uma segunda categoria fortemente presente nas respostas das entrevistadas diz respeito à "segurança no casamento/relacionamento – ausência do medo", referida por 40 (32,5%) casadas/unidas e por 11 (27,5%) solteiras, num sentido que reflete a moralidade do casamento/união/relacionamento monogâmico, como o ideal conjugal socialmente aceito. No entanto, as respostas fornecidas por estas *mulheres seguras* podem ser subdivididas em dois grupos distintos: o primeiro diz respeito às mulheres que remetem para si mesmas a

⁵⁰ KNAUTH, Daniela Riva. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso*: direitos, identidades e poder. 1999, p. 126-127.

impossibilidade de estarem contaminadas ou mesmo a possibilidade de vir a contrair o vírus. Sua posição é clara: “Não vou pegar a doença”; “sei que não tenho a doença”; “tenho uma vida regrada”; “não tenho medo”. O segundo grupo de respostas refere-se àquelas mulheres que fazem algum tipo de análise da relação afetivo-sexual existente na sua situação conjugal: “Não tenho dúvida a respeito do meu marido”, “tenho a consciência limpa e meu marido também”; “confiança mútua entre o casal”; “tenho marido”. Ou seja, ainda que as questões relacionadas à importância da fidelidade e confiança entre o casal estejam presentes nos dois grupos, as gestantes do segundo grupo, pelo fato de introduzirem seus parceiros nas respostas, poderiam se permitir uma reflexão sobre seus relacionamentos, em um movimento de questionamento e dúvida que poderia desencadear mudanças efetivas nas atitudes diante da doença. Para o primeiro grupo, no entanto, esta é uma situação muito mais remota, na medida em que colocam única e exclusivamente sobre si mesmas a responsabilidade sobre a prevenção do HIV/Aids. Essa categoria coloca claramente a questão de que a ausência ou o distanciamento do medo de contágio reflete a *ilusão* a que as *mulheres seguras* estão submetidas, pois só a proximidade com o medo poderia levá-las a um processo de *desilusão*.

Aparece em terceiro lugar a categoria denominada “desconfiança total ou relativa no marido/companheiro”, citada por 22 (18%) gestantes casadas ou unidas e nove (22,5%) solteiras. As falas remetem invariavelmente para o comportamento dos maridos/companheiros: “Por mais que confie no meu marido, não existe garantia”; “não posso confiar no meu companheiro”; “não sei se o meu marido teve relações sexuais com outras mulheres e se ele usa camisinha”; “não confio no pai da criança”. Esse resultado demonstra que cerca de 20% dessas mulheres conseguem ter noção exata da cadeia de risco a que estão submetidas, fazendo uma relação precisa entre a Aids, o marido/companheiro e, conseqüentemente, a sua exposição ao risco, elaborando uma linha de raciocínio que lhes permite vencer a falsa idéia de proteção proporcionada pelo casamento/união formal. Mas essa noção ainda não lhes forneceu os subsídios de que precisam para associar definitivamente o casamento à necessidade de proteção contra as DST/Aids, uma vez que, como foi comprovado, essas mulheres ainda não se protegem por meio da utilização do condom. Na verdade, não

é possível afirmar se elas não fazem mesmo esta associação ou se, por causa do pouco poder de barganha que têm em seus relacionamentos afetivo-sexuais, não conseguem negociar a adoção de medidas efetivamente preventivas.

Em quarto lugar, está a categoria “possibilidade de tratamento: pessoal, marido/companheiro e bebê”, mencionada por 18 (14,6%) casadas/unidas e 16 (40%) solteiras. Embora os motivos mencionados sejam bastante similares, nesse caso existe uma diferença significativa no peso atribuído a essa categoria. A grande maioria das respostas diz respeito à possibilidade de tratamento para as próprias gestantes e para o bebê: “Se eu for positiva, quero me tratar e prevenir a doença para mim e para meu filho”; “achei que fazendo o teste poderia oferecer uma chance ao bebê de não ter a doença”; “pensei em mim e no bebê”; “não passar a doença para o bebê”; “se tiver a doença quero me tratar”. De acordo com essas respostas, fica evidente que a maior preocupação mencionada pelas gestantes solteiras em relação ao tratamento tem como fundamento a sua responsabilidade sobre a criança, quase sempre solitária, e as possíveis conseqüências de uma doença letal para elas e para seus filhos. Um problema adicional recairia sobre a necessidade de justificativa sobre o comportamento relativo ao exercício de sua sexualidade: tal comportamento poderia vir a ser questionado.

Em quinto lugar aparece a categoria “para prevenir”, mencionada por 11 (8,9%) gestantes casadas/unidas e por sete (17,5%) solteiras. Frases como: “Tenho que me prevenir”; “nunca é tarde para prevenir”; “a gente tem de se cuidar, prevenir”; ou ainda, “se não tiver a doença quero me cuidar”; refletem o pensamento de que fazer um exame, ou mesmo de que o resultado de um exame proporcionaria a possibilidade de prevenção ou de mudança de atitudes e comportamentos. Na verdade, essa categoria, poderia representar, também, o que as entrevistadas pensam que é esperado delas como resposta, ou seja, o que o entrevistador gostaria de ouvir. Para que as mulheres estejam prevenidas, não adianta ter um resultado negativo para o HIV/Aids se não houver o questionamento de seu lugar no mundo, de sua posição no relacionamento, qualquer que seja ele, e das crenças relativas ao casamento/união. O fato de uma porcentagem maior de gestantes solteiras ter mencionado esta categoria pode também ser explicado pelo que já foi mencionado: a sociedade requer a parceria idealizada

de acordo com o padrão conjugal para a legitimidade da sexualidade feminina, o que pode representar uma sobrecarga moral para as mulheres solteiras, que teriam de explicar suas escolhas fora do padrão estabelecido.

Outra categoria para análise é a de "comportamento de risco", referida por 10 (8,2%) gestantes casadas e por três (7,5%) solteiras, que se traduz em frases como: "Ele não foi o único parceiro que tive"; "tive práticas inseguras na adolescência"; "tive outros relacionamentos antes do atual casamento"; "às vezes a gente pensa que não tem nenhum risco e tem"; ou ainda, "às vezes a gente não sabe que tem a doença". Esta, juntamente com a categoria desconfiança total ou relativa no marido/companheiro, eleva o patamar das mulheres que se percebem em situação de risco para praticamente 30% das entrevistadas. Diferentemente de outras pesquisas, em que a maioria das entrevistadas não percebia seu grau de exposição ao risco, aqui é possível notar claramente que 1/3 destas mulheres (e isto pode ser considerado um número bastante relevante), percebem sua exposição ao risco, seja em relação aos seus próprios comportamentos, seja em relação aos comportamentos de seus companheiros.⁵¹ Mas embora essa percepção esteja sendo cada vez mais introjetada pelas mulheres, esta noção não tem contribuído para diminuir o crescimento da epidemia entre este grupo da população. Seguramente, outros fatores estão influenciando para este crescimento vertiginoso do número de mulheres contaminadas e para a manutenção da condição de *vulnerabilidade feminina*, entre eles, o estereótipo que se criou em torno da doença como algo que atinge o distante moral e social, a perpetuação de padrões opressivos na sociedade e a conseqüente submissão das mulheres, as assimetrias presentes nas relações conjugais, as questões relacionadas ao gênero e, também, a falta de políticas e posturas profissionais que

⁵¹ Sobre a percepção das mulheres em relação à exposição ao risco, ver VERMELHO, Letícia Legay; BARBOSA, Regina Helena Simões; NOGUEIRA, Susie Andries. Mulheres com aids: desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 369-379, Abr./Jun., 1999; GUIMARÃES, Katia. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. 1996, p. 89-113; e ainda, GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrendo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, 262 p.

identifiquem as verdadeiras causas da disseminação do HIV/Aids entre as mulheres iludidas: o sexo inseguro.

Uma outra categoria adotada é a idéia de “o exame anti-HIV visto como rotineiro”, mencionada por 14 (11,5%) gestantes casadas/unidas e por dois (5%) solteiras. Frases como “É bom fazer todos os exames”; “todas as pessoas deveriam fazer o exame anti-HIV”; “o exame anti-HIV deve fazer parte da rotina do pré-natal”; e “nunca fiz o teste antes, não custa fazer”; remetem para uma generalidade extremamente confortável para as entrevistadas, já que não implica no questionamento da sua situação afetivo-sexual, permitindo a noção de que “já que é rotina, tem de fazer”. Ou seja, isto não direciona o teste especificamente para ninguém, não coloca dúvidas nas pessoas, mas inclui todo mundo, afastando do consciente, pelo menos momentaneamente, as possíveis fontes de sofrimento moral. Na verdade, dentro da atual estrutura sanitária, não existe uma opção diferente para essa situação. O fato de a percentagem relativa às mulheres casadas/unidas ser equivalente a mais do que o dobro das mulheres solteiras nessa categoria demonstra que o silenciamento ainda é aparentemente o “melhor” remédio para as situações amplamente conhecidas.⁵²

A categoria denominada de “outros” reúne respostas que não puderam ser encaixadas nas categorias anteriores, sendo mencionadas por nove (7,5%) gestantes casadas/unidas e por cinco (12,5%) solteiras. São frases como: “Fiz transfusão há mais ou menos um ano”; “tenho dúvida sobre as seringas que já utilizei”; “doei sangue”; “nunca fiz o exame”; “minha amiga me incentivou”; enfim, motivos gerais que refletem as crenças das entrevistadas sobre a doença. De um modo geral, porém, para as mulheres que aceitaram fazer o exame anti-HIV, este procedimento não trouxe efetivamente nenhuma mudança em relação à sua *susceptibilidade* à infecção pelo HIV/Aids, uma vez que, embora o exame esteja inserido no programa de pré-natal, ele tem como objetivo cristalino diminuir a transmissão vertical. Deixa de lado, portanto, as questões que efetivamente contribuem para a manutenção da *vulnerabilidade* das *mulheres seguras* que poderiam servir de subsídio para o exercício da dúvida nas experiências cotidianas dessas mulheres, evidenciando a existência de uma lacuna enorme nas políticas de prevenção e educação para o controle da epidemia.

⁵² ROSSET, Clément. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro, Rocco, 1989 b, p. 29.

A Passagem do Não para o Sim

O segundo grupo de entrevistadas foi composto por 11 gestantes (sendo seis delas casadas ou unidas e cinco solteiras), que inicialmente disseram “não” e após a reunião de aconselhamento mudaram de opinião e disseram “sim”. No período anterior ao aconselhamento formal, foram identificadas basicamente duas categorias de análise na fala destas mulheres: a primeira delas estava relacionada ao “medo de um resultado positivo”, mencionado por uma mulher casada/unida e pelas cinco solteiras. De acordo com as suas palavras: “Tenho medo que o resultado possa ser positivo”; “tenho medo do que as pessoas possam pensar”; “tenho medo do que a família e os amigos possam pensar”; refletindo claramente o estigma e preconceito que ainda impregnam o imaginário popular no que diz respeito à doença. Essas gestantes estavam receosas em realizar o exame e, na hipótese de terem um resultado positivo, temiam ser rotuladas como promíscuas pelas pessoas mais próximas de seu convívio social, o que equivaleria, simbolicamente, à própria morte associada à infecção pelo HIV/Aids. Infectadas, essas mulheres transporiam a porta da casa para a rua, passando de mulheres seguras para mulheres imorais.

A outra categoria de análise é a “segurança no casamento/relacionamento”, marcadamente presente no discurso de cinco (83%) mulheres casadas ou unidas e de cinco (100%) solteiras, como pode ser percebido pelas seguintes frases: “Não preciso, acredito que meu marido não contraiu, nem eu”; “confio em mim e no meu companheiro”; “no meu caso não tem necessidade”; “sempre faço exame e não dá nada”. A certeza da segurança e proteção proporcionada pelo casamento/relacionamento lhes permitia supor que estavam acima de qualquer perigo relativo à esfera da sexualidade, incluindo aqui o HIV e as DST. Felizmente, a reunião de aconselhamento permitiu que essas mulheres pudessem fazer um movimento de questionamento sobre suas vidas afetivo-sexuais, suas crenças e seus padrões morais, ocasionando uma mudança diante da oportunidade de realizar o exame anti-HIV.

A motivação para esta mudança foi parcialmente diferente entre as gestantes casadas/unidas e as solteiras. Após a reunião de aconselhamento os motivos mencionados foram agrupados nas seguintes categorias de análise: 1) “saber se tem ou não o vírus/doença”: 5 (83%) mulheres casadas/unidas e dois (40%) solteiras,

repetindo praticamente o mesmo discurso das mulheres que disseram sim ao exame: “Só por curiosidade”; “para ter certeza que não tenho a doença”; “a gente deve prevenir porque não dá para confiar no homem”. Essas respostas se encaixam nos comentários já feitos anteriormente. 2) “possibilidade de tratamento”: duas (33,5%) casadas/unidas e cinco (100%) solteiras, refletindo a mesma concepção referida pelas mulheres que disseram sim. Aparece aqui, também, por parte das solteiras, uma maior preocupação com a possibilidade de tratamento para a gestante e o bebê, possivelmente porque há uma maior cobrança social sobre esse grupo no que se refere à prática sexual não legitimada por um casamento ou união formal. 3) “medo de um resultado positivo”, mencionada por uma gestante solteira, e ainda 4) “outras”, mencionadas somente por três grávidas solteiras. É interessante notar que, após o aconselhamento, as preocupações deste grupo foram semelhantes às das mulheres que disseram sim, podendo ser extensivas a elas as observações relativas ao outro grupo.

A Ilusão do Não

Este terceiro grupo de gestantes, formado por aquelas que disseram “não” inicialmente e mantiveram sua posição após a reunião de aconselhamento. Foi composto por 16 mulheres casadas ou unidas e quatro solteiras. Sobre essas mulheres pode-se afirmar que estão mais intensamente imersas na moralidade do casamento/relacionamento monogâmico. Isto lhes permite adotar o conforto proporcionado pela “moral escrava” e pelo silêncio em torno das crenças e modelos opressivos historicamente perpetuados. A ilusão sobre uma proteção proporcionada pelo casamento, pela fidelidade, pela confiança e pelo romantismo lhes emudece de um modo que já não é possível nem ao menos balbuciar a dúvida. Esse grupo é o que mais intensamente aponta para a condição feminina de exposição ao risco.

No período relacionado ao pré-aconselhamento foi possível identificar basicamente três categorias de análise: 1) “medo de um resultado positivo”: mencionado por 11 (69%) mulheres casadas/unidas e por quatro (100%) solteiras. Frases como “eu morreria antes da hora”; “não gosto nem de ouvir a palavra Aids”; ou “não tenho coragem”, refletem a associação entre a doença e a morte, trazendo ao imaginário

a questão da finitude humana. Não apenas isso, mas especificamente o fato de remeter à finitude indigna, altamente dolorosa para as pessoas. Além disso, o medo reafirma o estigma vinculado àqueles já infectados e recoloca a possibilidade da traição, amplamente negada, mas que ronda como um fantasma a vida das mulheres. Em nome do medo nega-se a possibilidade de sofrimento e angústia moral. 2) “Segurança no casamento/relacionamento”: citada por 12 (75%) gestantes casadas/unidas e por duas (50%) solteiras, reafirmada pelas seguintes frases: “Sou casada”; “não preciso”; “só tive meu companheiro como parceiro”; “não preciso, porque o primeiro homem que tive estou com ele até hoje”; “no meu caso não é necessário”; “o meu companheiro não tem outras parceiras”. Frases que revelam o apego à ilusão como forma de encobrir a crueldade das experiências cotidianas, mantendo-as afastadas, impedindo, assim, que tomem de assalto a realidade; silêncio que perpetua as mais variadas formas de opressão, uma vez que não é possível falar. 3) “Outras”: mencionadas somente por seis (37,5%) gestantes casadas/unidas: “Não uso drogas”; “já fiz o teste há três anos e deu negativo; “por causa do preconceito”. Ou seja, o afastamento pessoal das possíveis causas de contaminação remete para o estrangeiro, para o distante moral, para aquele que está longe, a fonte de qualquer possibilidade de contrair o HIV/Aids. Dizer não à realização do exame anti-HIV esconde a verdadeira causa desta negativa: “... mulheres e homens querem-se distantes da Aids...” (grifos no original).⁵³

Para esse grupo de gestantes, a reunião de aconselhamento não surtiu o efeito necessário: não desencadeou o exercício da dúvida. Essas mulheres mantiveram sua negativa perante o oferecimento do exame anti-HIV mesmo após o aconselhamento. Suas respostas foram agrupadas nas mesmas três categorias referidas anteriormente, com algumas pequenas modificações percentuais: 1) “medo de um resultado positivo”: 10 (63%) gestantes casadas/unidas e duas (50%) solteiras; 2) “segurança no casamento/relacionamento”: seis (38%) casadas/unidas e duas (50%) solteiras; e 3) “outras”: cinco (32%) casadas/unidas. Os motivos referidos foram praticamente os mesmos,

⁵³ GUIMARÃES, Carmen Dora. *Descobrendo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1998, p. 41.

sendo que após o aconselhamento as mulheres foram mais taxativas a respeito do seu posicionamento, ou seja, demarcaram o lugar de onde se julgavam seguras: o lugar do conforto moral e do respeito às crenças instituídas.

A Passagem do Sim para o Não

Seis gestantes fazem parte deste pequeno grupo de entrevistadas, sendo quatro delas casadas ou unidas e duas solteiras. Diferentemente do posicionamento adotado pelas outras mulheres, estas disseram sim inicialmente à realização do exame anti-HIV, mas mudaram radicalmente de opinião após a reunião de aconselhamento, optando por não aceitar fazer a sorologia para o HIV. É interessante observar que elas efetuaram um movimento inverso não previsto a princípio: da abertura, ou seja, da possibilidade de desiludir-se, para o fechamento incondicional representado pelo apego à ilusão da segurança no casamento. Na verdade, porém, como elas demonstraram por meio das suas respostas, sempre estiveram ancoradas na certeza de suas crenças morais, afastando de si mesmas qualquer possibilidade de aproximação com o “outro” contagioso. Talvez o fato de dizer sim a princípio tenha ocorrido por mero acaso, por não saberem exatamente do que se tratava este exame ou, ainda, para não correrem o perigo de não serem aceitas no programa se houvesse a recusa de alguma solicitação. A reunião de aconselhamento lhes concedeu, no entanto, os subsídios de que precisavam para dizer não e afastar qualquer indício que pudesse colocar em dúvida sua postura moral e, também, para manter em lugar privilegiado a ilusão sobre a certeza da fidelidade, respeito e confiança no casamento. Isto ficou absolutamente claro em relação às mulheres casadas ou unidas, cujas motivações são completamente diferentes das motivações das solteiras, o que requer olhares diferenciados para as duas situações.

No período pré-aconselhamento, quando então as entrevistadas disseram sim, suas repostas puderam ser agrupadas em três categorias distintas: 1) “segurança no casamento”: duas (50%) gestantes, cujas posições se refletem nas falas: “Não corro o risco de pegar a doença, então vou fazer o exame só para confirmar”; ou “pra que saber se tenho ou não a doença? Mas tá bom, vou fazer”; 2) “insegurança no

casamento”: uma (25%) grávida: “Talvez possa ter e não saiba, por isso vou fazer”; 3) “saber se tem ou não o vírus/doença”: uma (25%) entrevistada: “Tenho curiosidade para saber se tenho ou não a doença”. Embora fosse possível fornecer mais de um motivo relacionado com a decisão de fazer ou não o exame, essas pessoas foram bastante sucintas em suas respostas, referindo apenas um motivo. Mesmo quando verbalizaram alguma dúvida em relação ao casamento, isto não justificaria a atitude de procurar tomar conhecimento sobre uma possível doença: “Pra que saber?”. Esta resposta reflete o quanto é difícil introduzir na vida cotidiana o exercício da dúvida. Saber implica na necessidade de avaliar o passado, um amplo espectro das experiências afetivo-sexuais, a vida conjugal, os próprios valores morais atribuídos ao casamento e, obrigatoriamente, questioná-los. Silenciar talvez seja mais confortável momentaneamente, porém certamente é mais doloroso a longo prazo. Obviamente, nem todas as mulheres terão de se defrontar com uma realidade cruel em algum momento de suas vidas, mas se isto ocorrer, este enfrentamento reproduzirá tudo aquilo que um dia se aprendeu e desejou esconder. Porém, dúvida e aceitação, falar e silenciar, também fazem parte da mesma moeda, quando a possibilidade de efetuar mudanças está fora do alcance das pessoas envolvidas.

Durante a reunião de aconselhamento, estas gestantes tiveram contato com as informações que aparentemente deveriam fornecer os subsídios necessários para confirmar sua posição em realizar o exame. Contraditoriamente, a posse dos conhecimentos sobre a doença influenciou sua decisão pela recusa perante o oferecimento do teste. Não estar a par do resultado afasta, pelo menos, temporariamente, o confronto com a inelutabilidade do real. As mulheres foram enérgicas em suas respostas, justificando sua negativa com a certeza da segurança no casamento. As categorias encontradas após o aconselhamento são diferentes daquelas encontradas anteriormente. Acrescento que há, também, uma mudança na ênfase adotada: 1) “segurança no casamento”: citada por quatro (100%), sustentada pelos seguintes argumentos: “Moro há seis anos com meu marido e não tenho dúvida a respeito da fidelidade dele”; “tenho certeza que não tenho a doença”; “o que foi falado sobre a doença é somente suposição”; uma das entrevistadas manteve sua posição anterior: “Pra que saber se tenho ou não a doença?”. Ou seja, todas as gestantes

casadas ou unidas alegaram a segurança do casamento para não realizar o exame. Preferiram demarcar a divisão precisa entre elas – as que não precisam, por não estarem expostas à doença – e as “outras”, as estrangeiras, aquelas que não compartilham de suas certezas morais, de sua privilegiada segurança e que personificam, assim, as fontes potenciais de riscos.

A segunda categoria que apareceu neste período foi “outras”, utilizada por duas (50%) gestantes, cujas respostas tinham como objetivo demarcar a sua posição: “Vou preferir não fazer o teste”; e “porque não...”; quando questionada sobre o motivo da negativa, a entrevistada continuou afirmando unicamente “porque não...”. Sua resposta anterior justificava o seu não: “Tenho confiança na fidelidade do meu marido”. Assim, torna-se visível como é importante para as mulheres apegar-se a todas as alternativas que não interfiram ou que não coloquem em risco a moralidade de seu casamento, já que sua ruptura significa a própria morte simbólica e social. Em nome desta vida simbólica e da tranquilidade proporcionada pelo casamento, essas mulheres permanecem, desta forma, submissas à *escravidão do risco*.

Para as duas gestantes solteiras, aparentemente não havia tantas certezas a serem defendidas. No período do pré-aconselhamento, as suas respostas estavam compreendidas na categoria “saber se tem o vírus ou não”: “Para saber se tenho ou não o HIV” e “para saber como está a minha saúde”. Aparece aqui a curiosidade momentânea como motivação para realizar o exame, independente das conseqüências posteriores. Após o aconselhamento, as respostas foram encaixadas na categoria “outras”: “Não vou fazer o exame porque não é obrigatório” e “não vou fazer o exame”, não revelando o motivo mesmo após haver sido questionada. E embora essas mulheres não façam parte do grupo que prioritariamente demonstra sua segurança incondicional ao casamento, elas refletem a moralidade dominante que lhes recoloca na posição incômoda de submissão e exposição ao risco, característica de todas as mulheres socializadas, às quais é praticamente proibido o processo da desilusão.

A análise sobre os motivos mencionados pelas entrevistadas para sua aceitação ou rejeição ao exame anti-HIV é um indicativo das posturas femininas que podem ser utilizadas como referência para as mulheres que não se encontram em um período grávido-puerperal. Na verdade, o que fica claramente demonstrado é que os verdadeiros

fatores, aqueles que realmente influem para tornar as mulheres *fontes inesgotáveis de vulnerabilidade*, têm sido apenas ligeiramente contemplados nas pesquisas realizadas e políticas elaboradas. Não desconsidero a importância dos resultados encontrados, mas posso afirmar que enquanto a verdadeira origem relacionada ao avanço da epidemia não for nomeada, as mulheres vão continuar a morrer e se expor ao risco. O conforto proporcionado pelas crenças e valores morais instituídos que perpetuam a submissão e a opressão das mulheres – nas diferentes esferas de sua vida em sociedade – e que não lhes permite o exercício da dúvida e da fala, pode ser indicado, como a origem da disseminação implacável da epidemia entre as mulheres.

Ethos científico: a confirmação da ilusão

As crenças e os simbolismos presentes nos discursos das mulheres entrevistadas estão diretamente relacionados às suas experiências cotidianas e, no que se refere ao HIV/Aids, permitem a configuração de um quadro dramático diante da atual situação da epidemia na população feminina. Uma vez que se torna difícil para as mulheres verbalizarem suas concepções e valores, seu gaguejar, praticamente inaudível, alcança ouvidos indiferentes entre os profissionais de saúde, que teoricamente poderiam fornecer alguns dos elementos necessários para favorecer o exercício da dúvida entre as mulheres, permitindo, deste modo, o questionamento das marcas cegas assentadas nos valores morais vigentes e favorecendo, assim, uma mudança efetiva de atitudes. Um dos grandes problemas recorrentes nos serviços de saúde é o fato de seu quadro de profissionais tender a reproduzir as relações hierárquicas, o de poder e símbolos morais presentes na sociedade.

Além disso, o processo de medicalização da saúde e a crescente expansão do domínio médico, no caso das funções fisiológicas femininas, contribuíram para que as mulheres fossem gradativamente sendo destituídas dos saberes relacionados ao seu próprio corpo. Obviamente, este processo só se tornou possível porque, juntamente com a adoção do modelo biomédico, foi também introduzida a noção de que o conhecimento médico, por meio de seu discurso, assume perante a sociedade o *status* de autoridade moral sobre as questões

relacionadas à saúde e doença. Neste sentido, conhecimento técnico e decisões morais estão fortemente ligados, permitindo que médicos genéricos tratem de pacientes genéricos e se posicionem a respeito do que é certo e errado, proibido e permitido, definindo os padrões possíveis de normalidade. A questão das diferenças, sejam elas sociais, raciais ou de gênero, são desconsideradas e até mesmo desconhecidas.

Desta forma, serviços e profissionais detêm o poder de argumentação que pode se traduzir em formas da opressão e controle, uma vez que a falta de conhecimento, por parte das mulheres, sobre seu próprio corpo, sobre processos reprodutivos e sobre a própria sexualidade as colocam em situação de vulnerabilidade perante os serviços. De acordo com a argumentação de Tong, a organização androcêntrica das instituições de saúde e da profissão médica perpetua a ideologia sobre a "essência" das diferenças de gênero existentes entre homens e mulheres, contribuindo para a manutenção de normas institucionais opressivas.⁵⁴ O controle do ciclo grávido-puerperal, por exemplo, perpetua a subordinação feminina, já que os conhecimentos são construídos e constituídos para justificar o controle médico sobre as mulheres e seus corpos.⁵⁵ Isto pode ser extremamente pernicioso, já que reforça a posição de submissão feminina.

Essa situação pode ser facilmente transposta para as questões relativas a feminização da epidemia do HIV/Aids. Embora o perfil epidemiológico aponte para as mulheres jovens, casadas e obviamente em idade reprodutiva, isso não significa necessariamente que essas mulheres estejam grávidas. Entretanto, o atendimento destinado ao segmento feminino prioriza claramente o ciclo grávido-puerperal. A equipe de saúde detém o conhecimento sobre a doença, suas formas de transmissão, prevenção e controle e dos processos diagnósticos e terapêuticos. Embora haja este domínio técnico, as informações fornecidas para as pessoas são efetuadas de forma descontextualizada, ignorando mesmo as representações sociais e os simbolismos associados à doença, culturalmente determinados.

⁵⁴ TONG, Rosemarie. *Feminist approaches to bioethics: theoretical, reflections and practical applications*. United States: Westview Press, 1997, p. 86-89.

⁵⁵ ROBERTS, Dorothy E. Reconstructing the patient: starting with women of color. In: WOLF, Susan M. (Org). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996, p. 133-134.

Muitas vezes, então, ocorre uma rejeição ao discurso médico, já que essas informações não preenchem as necessidades pessoais, precisando ser re-elaboradas para facilitar a apreensão por parte dos interlocutores. Para as mulheres monogâmicas, com parceiro fixo e que acreditam no modelo conjugal, dizer: "...daqui para frente você vai usar camisinha para se proteger da Aids. Eu vou te dar a receita...", terá como resposta a não utilização do preservativo. É uma situação óbvia: sob o ponto de vista da mulher, ela não precisa usar a camisinha. Ela está protegida. Ela não é a "outra" ou o "outro". O profissional, em vez de verificar o porque desta atitude, questionar o seu papel como educador, assume uma postura crítica, dizendo: "...não adianta falar, elas não usam a camisinha...", ou ainda "...parece que elas esquecem tudo o que a gente falou na reunião de aconselhamento; camisinha nem pensar...".

Na verdade, dentro dessa visão biologizante e fragmentária que serve como modelo de atenção à saúde, a própria equipe de profissionais reproduz os padrões opressivos, o que impede sua contribuição para o exercício da dúvida sobre as crenças morais que perpetuam as assimetrias nos relacionamentos entre homens e mulheres e que precisam ser desmanteladas se o objetivo é impedir a disseminação do HIV/Aids entre as mulheres. O condom é o exemplo clássico: a orientação é "use camisinha", "você têm de conversar com seu parceiro". Afirmações enfáticas, até mesmo impositivas. Como entrar em um processo de negociação com os parceiros, na vida sexual cotidiana dessas mulheres, para a utilização do condom? Essas informações não são fornecidas exatamente porque a equipe de saúde tem como parâmetro uma sexualidade naturalizada, presente no dimorfismo sexual biológico e que desconsidera o artefato cultural que se sobrepõe ao corpo biológico. Então não é possível afirmar que "ela esqueceu tudo", "ela não usa camisinha". Fazendo uso do jargão popular "o que não tem remédio, remediado está"; simplesmente as mulheres não incorporam ao seu discurso e às suas práticas a utilização do condom, por dois motivos: primeiro estão "comprometidas" com a preservação dos padrões e valores morais que subsidiam as suas crenças sobre o casamento; em segundo lugar, não possuem o poder efetivo para modificar o ordenamento do comportamento no relacionamento. Da mesma forma, os profissionais de saúde que as atendem são incapazes de romper esta cadeia de exposição ao risco.

Assim, a percepção que a equipe de profissionais de saúde tem das mulheres que atende e a postura autoritária que adota contribuem de forma inequívoca para a manutenção do *estado de vulnerabilidade permanente* deste grupo. Pode parecer um paradoxo, mas não é: a equipe de saúde que busca diminuir a *vulnerabilidade feminina* por meio de atendimento e educação em saúde contribui, na maioria das vezes, para perpetuar esta mesma *vulnerabilidade*. Alguns fragmentos de seus discursos podem elucidar esta questão: "...ultimamente temos atendido muitas empregadas domésticas, que são pessoas menos favorecidas e quase não têm orientação, a maioria é a primeira vez e são adolescentes..." (agente de saúde); "...as mulheres são pobres..." (auxiliar de enfermagem); e ainda:

...como fazer a mulher assumir a sua parte de responsabilidade? Pela localização deste centro de saúde, 90% das pacientes são domésticas. Eu já me estressei muito tentando "abrir a cabeça" das pacientes e dando informações relativas à vida sexual, prevenção do câncer, contracepção. Mas sabe o que eu vejo? "A vida sexual para estas pessoas é instintiva", não se preocupam com a gravidez e muito menos com a Aids. Não fazem o retorno depois do parto e quando voltam, três ou quatro meses depois, já estão grávidas novamente. Hoje, não me estresso mais. Faço o meu trabalho, dou as informações, se elas quiserem seguir bem, se não, não posso fazer nada...

(médico). Quando este profissional se refere à vida sexual instintiva, ela está correlacionando a sexualidade das mulheres que atende a uma animalidade primordial. Mas o que significaria exatamente a palavra "instintiva" em sua fala? Provavelmente se refere ao instinto moral que impede as pessoas, e que também as torna incapazes, de desiludir-se, ou seja, de questionar o conforto das crenças.

Diante da impossibilidade de um confronto que desencadeie mudanças, graças a uma impossibilidade de duvidar de mulheres e profissionais de saúde, é preferível demonstrar sua autoridade, legitimando-a mediante o conhecimento que detém: "Dou as informações", "tento abrir a cabeça". Assume seu lugar de poder na relação hierárquica entre médico-paciente, escolhendo quais as informações que, sob sua ótica, são importantes para as pacientes

"instintivas". Informações de cima para baixo, sem a participação dessas mulheres para as quais ela sabe o que é melhor. Emitem juízos de valor sobre as experiências morais das pessoas: "Têm vida sexual instintiva", "não se preocupam"; em outras palavras, são displicentes, descuidadas. O par sujeito técnico/sujeito ético, presente na prática cotidiana da atenção à saúde, delimita o que é certo e o que é errado. No entanto, como foi visto pelas respostas fornecidas pelas entrevistadas, não é possível generalizar: 1/3 delas têm essa preocupação claramente definida e as outras estão convictas de suas crenças, crenças estas que são deixadas intocadas pela equipe.

Um exemplo claro dessa postura dos profissionais diz respeito ao oferecimento do exame anti-HIV para as gestantes. Dos 18 profissionais de saúde entrevistados, 17 foram favoráveis à obrigatoriedade do exame no pré-natal:

...precisa da obrigatoriedade (...) o meu ponto de vista é contrário daquele do Ministério da Saúde que propõe oferecer o exame e ver se a paciente aceita ou não. "Rotina", rotina do pré-natal, dos exames já definidos, por que não também o anti-HIV? Então, não sei por que não. (...) Além disso, o meu ponto de vista amplo é o seguinte: não só na rede pública, mas toda a paciente gestante e em pré-natal deveria ser rotina o teste de anti-HIV. Não é aquela história, se quer fazer por esta ou aquela coisa. Como ponto de vista pessoal, acho que deveria ser rotina na gestante, principalmente, o teste anti-HIV. Por que não?...

(médico). E ainda: "...o exame para a Aids deveria ser feito independente da vontade da paciente. Agora o tratamento, usar ou não os medicamentos é problema dela, você não pode obrigá-la (...) é um exame que deveria fazer parte da rotina do pré-natal..." (médico). É interessante que nestas falas estabeleça-se um posicionamento segundo o qual uma parte do procedimento deveria ser imposta, como é o caso do exame, e outra, relativa ao tratamento, opcional, em que a paciente poderia de forma autônoma escolher realizar ou não. Isto é possível? Como desnudar a intimidade de uma pessoa sem sua permissão, colocá-la diante do inominável e pensar que depois é possível deixá-la "escolher" o que deve fazer e para quê?

Este paradoxo encontra eco na opinião de outros membros da equipe de saúde:

...eu acho que o exame anti-HIV deveria ser obrigatório para todas as gestantes. É porque elas não entendem muito bem sobre o assunto. Elas não estão nem aí para fazer o teste ou não, elas não estão preocupadas. Estão "alheias"... (enfermeira).

E ainda:

...eu acho que deveria ser obrigatório o exame anti-HIV no pré-natal, por causa do bebê. Já existe medicação que pode diminuir a transmissão da doença para o filho. Eu acho que pelo bem-estar do filho a gestante não deveria se negar a realizar o teste, não deveria se negar a salvá-lo. O exame tem de virar rotina para todas... (auxiliar de enfermagem).

Na verdade, é preciso antes de qualquer coisa, definir quem são as pessoas que estão alheias: as mulheres ou os profissionais de saúde? Torna-se evidente que estes dois grupos de pessoas estão alheios, uma vez que ambos estão imersos na moralidade dominante e não se permitem o exercício da dúvida e da desilusão. As mulheres, de um lado, porque acreditam na segurança proporcionada pelo casamento, e os profissionais, por outro, quando julgam que as pessoas sejam incapazes de decidir sobre as questões que envolvem sua própria saúde e ditam normas, elaborando as rotinas dentro das quais as pacientes devem obrigatoriamente se encaixar, independentemente de suas concepções morais.

No entanto, um depoimento solitário chama atenção pela sua lucidez:

...eu não concordo com a obrigatoriedade absoluta da realização do exame anti-HIV para as gestantes. Mais uma vez a responsabilidade é colocada toda na mulher. Ela tem que ser responsável, na maioria das vezes sozinha, pela contracepção e agora, também, é responsabilizada pela transmissão do vírus para o bebê quando ela é, apenas, co-

responsável, juntamente com o homem, pela concepção. Além disso, grande parte das mulheres em idade fértil está casada e foi contaminada pelos seus maridos. Eu sou favorável à recomendação do Ministério da Saúde que é a de "oferecer o teste após aconselhamento, respeitando a vontade da mulher", embora eu ache que está se olhando muito mais para o feto do que para a mulher. Por que não oferecer o teste, então, para todas as mulheres que freqüentam o serviço?... (enfermeira).

Aqui é possível verificar que a enfermeira teve a oportunidade de avaliar a real situação das mulheres na sociedade e em relação à epidemia, sua posição de subordinação no relacionamento afetivo-sexual e no serviço de saúde e suas responsabilidades diante da maternidade, demonstrando assim uma certa cumplicidade que permitiria estabelecer a oportunidade de escolha por parte das gestantes. A idéia de que deve ser dada prioridade ao feto na diretriz preconizada pelo Ministério da Saúde e adotada pelo serviço é fundamental para um profissional que pretende redirecionar a atenção efetivamente para a saúde das mulheres e não unicamente para a saúde da gestante (ou do feto, no caso do exame anti-HIV).

A prioridade dada ao feto/bebê na implementação do exame anti-HIV nos serviços de pré-natal investigados é a concepção corrente entre a maioria dos profissionais entrevistados. A gestante é quase sempre desconsiderada em suas necessidades: "...a grande vantagem da realização do exame anti-HIV no pré-natal, está claro, é para o recém-nascido. Porque existe terapia medicamentosa que diminui muito a transmissão vertical..." (médico). Mas a terapia medicamentosa é uma vantagem também para a mulher, já que contribui para a melhoria de sua qualidade de vida, aumentando significativamente sua possibilidade de sobrevivência. No entanto, isto parece ter menor importância perante a "...obrigação da gestante de proteger a nova vida que está gerando..." (enfermeira), pois afinal "...ela já está contaminada mesmo e se o bebê também estiver será mais um contaminado..." (enfermeira). A percepção que se tem da gestante é única e exclusivamente como vetor de um bebê, e obviamente do vírus, traduzindo a noção de que a criança que está chegando é um patrimônio da comunidade e, portanto, precisa ser protegida.

Mesmo quando o profissional afirma que o exame é importante também para a mãe, a preocupação final ainda é a criança, a possibilidade de o bebê nascer sem o vírus:

...eu acredito que o exame é importante por dois motivos: prevenir a criança, que tem grande chance de nascer negativa, de acordo com a idade gestacional e utilização correta dos medicamentos. O outro fator, que é o mais importante, é evitar a contaminação entre si (parceiros) e os demais profissionais que "manipulam" a paciente (...) é como já te falei, que a criança pode ser negativa se usar adequadamente os medicamentos... (médico).

O mais impressionante é que as mulheres são consideradas e tratadas como uma coisa manipulável, ou seja, a pessoa única, concreta, com suas especificidades, inexistente frente ao serviço; ela é vista como mais uma, como uma mulher abstrata, genérica, o que contribui definitivamente para a manutenção de sua invisibilidade e de sua vulnerabilidade.

Afora isto, as mulheres que precisam do serviço público de saúde, têm medo: não é um medo do vírus distante que pode ou não se manifestar como doença e que ela procura afastar do seu imaginário, mas o medo momentâneo, no tempo presente, do encontro com a equipe que detém o conhecimento mas não consegue se fazer entender, medo de perder a oportunidade de inserção no programa, medo de ter desnudada sua condição de vida. Na verdade, a aceitação ao exame anti-HIV não parece ser realmente um problema para estas gestantes, embora desencadeie sentimentos de ansiedade: "...elas chegam tensas, nervosas, preocupadas, chegam logo perguntando: "positivo ou negativo"? Doutor, fiz o teste, senhor vê o resultado pois eu não consegui dormir..." (médico). Mas estes sentimentos não as impedem de aceitar realizar o exame:

...eu acho que as gestantes estão aceitando mais fazer o teste anti-HIV. Não sei se é por medo de perder a oportunidade de fazer o acompanhamento pré-natal aqui ou porque estão mais conscientes sobre o assunto (...) não sei se é pela consciência da coisa ou se fazem isto porque elas aceitam tudo que

mandam elas fazerem para que possam permanecer no programa de pré-natal... (enfermeira).

As negativas em relação ao exame "...ficam sempre por conta das mulheres que dizem que seus maridos são fiéis, "comportados" e que elas não têm necessidade de fazer o exame..." (enfermeira).

Mas essa mesma equipe de saúde que defende a realização do exame anti-HIV para todas as gestantes tem uma opinião bastante distinta sobre as outras mulheres que freqüentam o serviço: para os médicos e os auxiliares de enfermagem, não existe a necessidade de solicitar o exame para todas as pacientes que vêm para rotina ginecológica: "...o exame anti-HIV não deve ser pedido de rotina, nem para as mulheres que têm algum sintoma indicativo de DST. Só solicitamos quando elas querem. De modo geral não. É um exame caro que você não pode massificar..." (médico). Esta não é, porém a opinião dos outros médicos: "...não recomendaria a realização do exame anti-HIV para todas as mulheres que comparecem aos exames de rotina na ginecologia. "Só para aquelas que você vê que é de alto risco". Eu ainda acho que o ideal é ser fiel..." (médico). Surge então a pergunta: mas quem são as pacientes de alto risco? Quais são os critérios utilizados pelo profissional para realizar esta avaliação? Se a resposta for relativa às prostitutas e usuárias de drogas injetáveis, fica evidente que o critério diz respeito antes a valores morais das mulheres do que propriamente a parâmetros clínicos. Aquelas, no entanto, já deixaram há muito de ser as únicas atingidas pelo HIV/Aids no segmento feminino. A susceptibilidade da "mulher família", as verdadeiras *escravas do risco*, esta sendo, assim, desconsiderada. Além disso, a associação inequívoca entre DST e Aids justifica a realização do exame anti-HIV, uma vez que essas mulheres têm aumentada sua vulnerabilidade à infecção pela presença da DST.

Entre os profissionais entrevistados, as enfermeiras assumem uma posição distinta no momento atual da epidemia, uma vez que, de acordo com sua percepção, o exame deveria ser oferecido como rotina a todas as mulheres que freqüentam os serviços: "...o exame anti-HIV deveria ser não só para as gestantes, como para todas as mulheres, casadas ou solteiras, que procuram o Centro de Saúde..." (enfermeira). Em outro depoimento:

...eu fiz o treinamento para o aconselhamento para oferecer o teste anti-HIV para as gestantes e isto propiciou que eu notasse a importância de trabalhar este tema relacionado às DST/Aids também com os outros grupos. Claro que ainda não é o ideal, mas vamos chegar lá...” (enfermeira).

Ou seja, não existe, entre os membros da equipe, uma unidade de pensamento ético que possibilite, de fato, o enfrentamento desta nova realidade epidemiológica.

A equipe de saúde tem uma noção absolutamente clara sobre as crenças das mulheres relacionadas ao casamento, à fidelidade e sobre o mito da segurança proporcionada pelo vínculo conjugal. Algumas passagens são particularmente elucidativas:

...elas ainda querem acreditar na fidelidade do casamento (...) têm a dúvida, mas elas querem ter a certeza. É muito doloroso admitir que se tem uma doença sexualmente transmissível, seja ela qual for, pelo fato de ser muito doloroso já que teria que admitir a traição dela ou dele. (...) As mulheres casadas ainda estão presas à falsa idéia de uma fidelidade incondicional no casamento... (médico);

“...quando as mulheres têm companheiro fixo, elas acabam acreditando na fidelidade deles. É uma coisa lógica: ela é fiel, conseqüentemente, o companheiro também é...” (médica); “...as mulheres que dizem que seus maridos são fiéis, “comportados” (...) ainda existe aquele pensamento sobre fidelidade, amor, que a gente sabe que não é bem assim...” (enfermeira). O discurso demonstra que as mulheres, quando procuram os serviços e a equipe de saúde, não deixam para trás suas crenças e os seus valores, de forma que se as informações que recebem forem frontalmente contra as suas concepções, elas serão re-elaboradas para a se adequarem à sua realidade ou serão fatalmente desprezadas. Além disso, a diferença entre o léxico utilizado pela equipe e pelas mulheres pode ser uma fonte importante de barreiras para sua comunicação.

O mito relacionado à segurança e a proteção proporcionadas pelo casamento ainda é uma idéia fortemente arraigada entre as mulheres, até como uma forma de legitimar sua posição e demarcar sua identidade

perante a sociedade. Essa noção representa a possibilidade de afastamento dos "outros", aqueles que não compartilham de suas crenças morais. É um mito tão presente no cotidiano que é apreendido pela equipe, como pode ser percebido em algumas entrevistas: "...esta percepção do casamento e do mito da fidelidade está muito arraigada entre as mulheres e é muito difícil qualquer questionamento sobre isso..." (médico); "...não só as gestantes, mas todas as mulheres querem acreditar que estão seguras. As que são casadas ou têm um parceiro estável acham que o parceiro jamais vai ter Aids..." (médico);

...as mulheres ainda continuam com a concepção de que o casamento é uma proteção contra as DST/Aids. Acham e sempre referem que têm só um parceiro e que por isso estão protegidas (...) as mulheres ainda pensam estar protegidas pelo casamento, enquanto a gente vê a Aids crescendo cada vez mais entre as mulheres (...) no climatério, por exemplo, o fato de virem de um casamento antigo, as mulheres se julgam absolutamente seguras... (enfermeira);

...eu sei que o casamento não fornece garantia de proteção contra as doenças, mas, pela ansiedade das mulheres na hora de receber o exame, elas ainda pensam assim. Acho que as mulheres estão mais atentas sobre o assunto. O mito do casamento ainda persiste, mas está havendo uma mudança. Sempre tem essa idéia de segurança... (agente de saúde).

É esta segurança mítica que está cada vez mais intensamente sendo colocada em xeque pelo avanço da epidemia entre o segmento feminino. Na verdade, é em nome desta segurança que as mulheres submetem-se às assimetrias conjugais tradicionalmente presentes nas relações entre homens e mulheres, perpetuando os padrões de opressão e submissão feminina

É em nome desta segurança que estas mulheres transformam-se em *escravas do risco*, uma vez que o estabelecimento de um diálogo com o marido/parceiro sobre as questões relacionadas à sexualidade do casal e que possa resultar na adoção de comportamentos preventivos é extremamente difícil. Mas não é possível falar apenas em um diálogo com seus parceiros. Torna-se necessário, em uma etapa anterior, que

as mulheres dialoguem com elas mesmas, permitindo-se assim, o exercício da dúvida e da desilusão. É interessante o fato de existir divergências entre a percepção da equipe sobre o que acontece com as mulheres e as orientações fornecidas: "...há uma grande resistência por parte dos homens em utilizar a camisinha..." (médico);

...uma coisa é elas quererem utilizar a camisinha junto com outro método contraceptivo, outra coisa é conseguir negociar com os parceiros a utilização efetiva. Até porque os companheiros alegam que se elas evitam de outra maneira, para que usar camisinha? (...) Diante da posição do marido de não aceitar a utilização da camisinha, ai 'a gente se arrisca como sendo fiel' (...) as mulheres ainda pensam estar protegidas pelo casamento, enquanto a gente vê a Aids crescendo cada vez mais entre as mulheres... (enfermeira);

"...existe um problema nos relacionamentos. O diálogo é muito difícil de acontecer e quem acaba ficando em desvantagem são as mulheres..." (auxiliar de enfermagem).

A percepção dos profissionais sobre esta situação de desvantagem na qual as mulheres estão historicamente situadas – e que as impede de negociar alternativas tanto para as suas necessidades mais simples como para aquelas mais complexas, envolvendo preconceitos e tabus, como é o caso da sexualidade –, deveria subsidiar a equipe na busca de alternativas que pudessem favorecer o questionamento e a dúvida por parte das mulheres. A partir de então, elas próprias, por meio da subversão da ordem estabelecida, passariam a abandonar o conforto da ilusão em que se encontram e assumiriam a postura de crítica diante de suas crenças, de forma que pudessem recriar sua trajetória de vida. Na verdade, a percepção sem ação resulta na inércia e na manutenção do estado de vulnerabilidade permanente das mulheres. Assim, não adianta somente explicar: "o corrimento pode ser transmitido sexualmente", "se você só têm um parceiro, você precisa conversar com ele", "precisa prevenir a gravidez e as DST e a Aids". Essas explicações não surtem efeito porque entram em confronto com algo que é muito mais forte: o mito do casamento perfeito. E isto serve perfeitamente para as pacientes tanto quanto para os profissionais de saúde.

É precisamente o mito do casamento perfeito, monogâmico, com respeito, fidelidade, confiança e romantismo, entre tantos outros atributos, que demarca a identidade social da mulher, permitindo a contraposição entre o “eu” e o “outro”, o “limpo” e o “sujo”, o permitido e o “interdito”, a “casa” e a “rua”. Para estas mulheres, a Aids é uma doença que está longe, já que elas não se identificam com este “outro”, distante moral por excelência. E a equipe de saúde reflete esta percepção pela sua fala:

...as doenças sexualmente transmissíveis e Aids são vistas como um coisa que está longe de quem tem parceiro fixo (...) o casamento forneceria uma “imunidade” a estas doenças, sendo que a própria Aids é vista como doença dos outros...”
(enfermeira);

“...a questão da transmissão de doenças pelo marido está além das suas preocupações...” (enfermeira); “...quem tem parceiro fixo ou está casada acha que isto é uma doença de quem tem muitos parceiros. Na cabeça delas é uma doença que está muito longe delas porque são casadas e confiam nos parceiros...” (auxiliar de enfermagem); e ainda, “...estar casada significa estar longe das doenças transmitidas sexualmente e aí entra a Aids também (...) as DST/Aids são coisas que estão muito longe do mundo delas. Elas acham que nunca vão pegar. Que esta é uma doença que só dá nos outros...” (médico). A grande questão aqui diz respeito exatamente a como encontrar uma brecha que possa alcançar estas mulheres, já que

...a partir do momento que elas não conseguem ver em que medida estão expostas ao risco, não vêem necessidade de mudar os comportamentos que adotam. O perigo que eu vejo é desconsiderar a proteção que a camisinha dá e acreditar que a Aids é uma doença que só dá nos outros (...) para que usar camisinha em uma relação estável?... (médico).

Pode ser traçado, também, um paralelo entre a concepção da Aids como doença do outro e as relações entre profissionais de saúde e pacientes. Os primeiros vêem nas pacientes a própria personificação dos “outros”, completamente distantes deles próprios. Tanto é que se

referem às mulheres como sendo “elas”, em uma franca aceção da distância moral existente entre ambos.

Mas será que as mulheres não conseguem mesmo se perceber em situação de risco ou será que é preferível afastar esta possibilidade do seu universo real, uma vez que há questões mais urgentes a serem resolvidas? Certamente uma delas é a própria manutenção do vínculo conjugal:

...a questão da transmissão de doenças pelo marido está além das suas preocupações. Aham melhor estarem casadas do que não estar, por causa dos filhos, da subsistência. O casamento ainda é, para elas, uma segurança em todos os sentidos: financeiro e de prevenção de doenças... (enfermeira)

“...as mulheres são pobres, não têm emprego, têm filhos pequenos e preferem não questionar a situação em que está o casamento com o marido/companheiro...” (auxiliar de enfermagem). A proteção que o casamento/união fornece seria, assim, muito mais abrangente: vai além das doenças, significando até mesmo a satisfação de necessidades pessoais e familiares mais básicas como alimentação e moradia. Talvez por isso, o tempo para as pessoas pobres seja o tempo presente; viver um dia de cada vez. E, se o vírus vier, ele terá que ser enfrentado, mas a seu tempo.

Outra questão premente na vida das mulheres e que traz conseqüências inequívocas, diz respeito à contraceção: “...seu pensamento está voltado muito mais para evitar a gravidez do que para qualquer outra coisa...” (enfermeira). E esta, por ser uma questão delegada quase que exclusivamente à responsabilidade feminina, tem de ser resolvida também solitariamente. Desta forma, evita-se o confronto com o marido/parceiro e busca-se uma solução efetiva sem a participação masculina. Ora, esta concepção é reforçada pelos serviços de saúde: “...sem sombra de dúvida, o método hormonal é o método contraceptivo mais solicitado. E se as mulheres solicitam eu dou logo a receita...” (médico); e “...o método hormonal é, sem dúvida nenhuma, o método preferido das mulheres. É mais confortável, porque elas têm domínio sobre sua utilização. E é bastante confiável também...” (médico). Mesmo que a mulher opte por utilizar o método

hormonal, ela precisa estar orientada sobre as outras possibilidades que estão ao seu alcance. Porém, é mais fácil dar a receita do que “perder tempo” com alguém que “não entende” o que se fala. É melhor dar logo a receita, porque assim não vai haver “problema de gravidez”.

Este é um problema significativo, já que não existe uma integração entre as ações de saúde da mulher e a prevenção do HIV/Aids, a não ser no caso da prevenção da transmissão vertical e da abordagem sindrômica das DST, embora esta fique praticamente restrita às clínicas de referência de DST. O programa de planejamento familiar praticamente ignora as questões relacionadas à feminização da epidemia, por isso considero importante transpor na íntegra o seguinte discurso de um profissional de saúde:

...as mulheres que procuram o programa de planejamento familiar, estão entre 16 e 25 anos de idade. São jovens que querem iniciar uma vida sexual, ou na maioria, mulheres que têm parceiros fixos, puérperas (procedentes do Hospital Materno-Infantil de Brasília e do Hospital Universitário de Brasília), trabalhadoras. A maioria é composta por mulheres, mas existem alguns homens também. As mulheres também justificam que seus maridos não podem vir por causa do trabalho (...) nós já temos cadastradas no programa 2.466 mulheres, sendo que destas, 1.784 utilizam o método hormonal (pílula anticoncepcional); DIU, 87; diafragma, 62; condom, 926 e o método natural é muito raramente utilizado. O método hormonal também é estimulado pelos profissionais por ser mais fácil, dá menos trabalho (...) na reunião eu abordo todos os métodos contraceptivos (hormonal, de barreira, químicos e o DIU), as vantagens e desvantagens de cada um, o funcionamento deles no organismo e, também, os efeitos colaterais. Explico que os métodos contraceptivos têm dupla função: evitar filhos e preservar a saúde. “Nós não incentivamos a utilização do duplo método”. O programa de planejamento familiar está voltado para a prevenção da gravidez e não para a prevenção de doenças. Então, nós observamos a eficácia do método utilizado. “Fica muito oneroso para o serviço orientar a utilização do duplo método”. A nossa coordenação regional também não incentiva a utilização do duplo método. Para

aquelas mulheres que pedem os dois métodos, nós dizemos que o centro de saúde fornece um e que o outro ela deve providenciar na farmácia... (enfermeira).

Este depoimento é contundente, pois demonstra a fragilidade do serviço de saúde no sentido de instrumentalizar ações de saúde que possam realmente contemplar as pessoas inseridas em seu contexto sociocultural, bem como privilegiar o perfil epidemiológico atual de doenças como a Aids e sua importância para as mulheres. O serviço de saúde, como *locus* privilegiado de atenção à saúde, deveria aproveitar "todas" as oportunidades em que as pessoas estão presentes para divulgar orientações visando a promoção da saúde e prevenção das doenças. Ao agir de forma diferente, os profissionais de saúde fatalmente serão cúmplices da manutenção do estado de vulnerabilidade permanente das mulheres diante da epidemia.

Ainda no que se refere à utilização do duplo método pelas mulheres, a percepção dos profissionais é a de que esta estratégia "parece ser uma utopia", já que a grande preocupação das mulheres é a gravidez e, neste sentido, elas estão protegidas por métodos contraceptivos de mais eficácia que o condom. Além disso, "...falar em dupla proteção para estas mulheres que ficam à mercê da vontade do marido no que se refere à sua sexualidade é praticamente impossível. Por mais que eu reforce esta necessidade eu vejo que o comportamento não muda..." (enfermeira). Ou seja, retorna-se aqui à antiga questão das assimetrias no relacionamento, as relações de poder, a submissão feminina, o que impede realmente qualquer mudança efetiva de comportamento. As mulheres casadas, com parceiro fixo, preferem afastar de seu pensamento qualquer possibilidade de aproximação com as DST e a Aids, já que não têm como introduzir a negociação em torno da utilização do condom. Assim, as mulheres casadas, unidas, grávidas, laqueadas, no climatério, raramente o utilizam. Uma pequena exceção fica para o período do puerpério, quando elas não querem engravidar, mas querem (e muitas vezes precisam) amamentar. Neste caso, conseguem negociar com o parceiro, nos sessenta dias subseqüentes ao parto, a utilização do preservativo. Neste período, os maridos, sempre tão resistentes, aceitam a introdução deste "papel" nas relações sexuais. A idéia do preservativo como método contraceptivo perdura no

imaginário popular, dificultando sua associação efetiva com a prevenção das DST/Aids, principalmente em uma relação conjugal estável. A evolução dramática da epidemia tornou visível uma situação que sempre existiu para as mulheres: a condição de *escravas do risco*.

Já em relação às mulheres solteiras, sem um parceiro fixo nomeado, os profissionais são unânimes em afirmar que elas tendem a aceitar melhor a utilização do condom:

...já a mulher solteira, que tem uma prática sexual, se preocupa mais do que a mulher casada no que se refere à utilização da camisinha. Como ela pode ter maior número de parceiros e, muitas vezes, não sabe com quem vai se relacionar, tem de se preocupar com estas doenças, que aí sim podem chegar até ela. Daí sua maior aceitação à utilização do condom... (enfermeira);

“...as mulheres solteiras, que não estão em um relacionamento conjugal, têm uma preocupação maior em relação à utilização da camisinha, mas não muito grande...”(enfermeira). É que a representação social da doença sempre vinculou múltiplos parceiros ao risco de contrair a infecção. Talvez este fato tenha influência na postura adotada pelas mulheres solteiras.

A rotina ginecológica, outra atividade do Programa de Saúde da Mulher, se atém mais às questões relacionadas à prevenção do câncer ginecológico, ao HPV e ao tratamento das queixas apresentadas pelas pacientes. Os próprios profissionais revelam que “...as mulheres praticamente não solicitam a utilização de um duplo método para evitar a gravidez e as DST. Só o utilizam no período que estão fazendo algum tratamento, referem que não querem usar sempre, dizem que é por causa do parceiro, empurram a responsabilidade para o parceiro, tirando-a de si...” (médico). Além disso, parece haver alguns melindres em abordar questões relacionadas à sexualidade e as DST: “...no caso das DST, eu não gosto muito de falar que é DST. Eu trato. Agora, se for de repetição eu chamo e converso: “olha você tem que falar com seu marido porque isso é DST, ou então “vê com quem você está andando, se não, não vai ficar boa”; “o melhor mesmo seria a fidelidade...” (médico);

...outro dia, chegou uma senhora dos seus 45 anos, dizendo-se bem-casada, que veio porque estava com corrimento e achava que o marido tinha arrumado outra mulher e só veio para o ginecologista porque achava que ele tinha passado a doença para ela. Resultado: fiz o exame nela e deu gonococo. Falei para ela que ela estava com a doença, agora não vai ser eu a dizer que foi o marido que a contaminou..." (médico).

O conhecimento técnico permite ao médico, por exemplo, fornecer informações seguras sobre o corpo biológico, o natural, mas quando entra em questão a habilidade moral para trabalhar determinadas situações o diálogo torna-se mais complexo, exatamente porque é complexo para si próprio. De certa forma, o resultado é uma abordagem superficial ou indireta do problema, o que, em nenhum momento, traz benefícios para as mulheres.

Porém, nada que se diga a respeito do condom justificaria esta "resistência" enfática à sua utilização. Não é a representação social que o vincula à falta de prazer sexual. Na verdade, sua utilização evoca todos os sentimentos contraditórios com os quais as mulheres se recusam a se deparar: o ideal conjugal não existe, a traição é possível, o amor é ilusório. Sentimentos que não condizem com as suas crenças e seus valores morais sobre o casamento. Então, torna-se necessário recorrer a subterfúgios, tais como: "meu marido não quer usar a camisinha"; "é como chupar bala com papel"; "dá coceira no marido"; "sou alérgica"; "perco a sensibilidade", para justificar sua posição perante a equipe. Porém, a razão real é que as mulheres não conseguem *desiludir-se*, questionando as situações iníquas que as mantêm *escravas do risco*. Perante a possibilidade de abandonar o conforto das certezas morais e ter de enfrentar o sofrimento que a assunção da crueldade do real impõe, a opção pelo silêncio demarca o limite do possível: a submissão às verdades instituídas sobre o exercício da sexualidade.

Conclusão

**Uma epifania do poder
feminino de decisão**

Uma epifania do poder feminino de decisão

A bordar a temática da feminização do HIV/Aids suscita diversas inquietações, uma vez que esta questão ultrapassa as fronteiras apontadas pelo modelo de *vulnerabilidade*, modelo que tem sido indicado como a fórmula mágica para o enfrentamento da epidemia e freqüentemente utilizado em pesquisas e propostas de intervenção. O grande problema reside no fato de que o referido modelo direciona sua ênfase para os valores individuais de liberdade, recolocando a responsabilidade sobre o controle da infecção quase que exclusivamente na mão da pessoa. Porém, não lhe proporciona de fato a aquisição de poder necessário para o desenvolvimento de capacidade de decisão visando uma mudança efetiva de comportamento. Uma análise detalhada da proposta elaborada por Mann, Tarantola e Netter deixa transparecer que a utilização do conceito de *vulnerabilidade* se traduziria em um projeto simplista de apreensão da realidade. No entanto, o processo de *empowerment* – objetivo final a ser alcançado para que as pessoas possam adotar comportamentos seguros e assim protegerem-se da doença –, não pode ser determinado apenas pela posse de informações relacionadas ao HIV/Aids. Trata-se de um procedimento que passa também irremediavelmente pela observação de que fatores culturais precisam ser levados em conta na avaliação dos índices de *vulnerabilidade*, seja na esfera da *susceptibilidade individual* ou da *vulnerabilidade nacional*.¹ A idéia de que seja possível uma abordagem pessoal desvinculada das teias relacionais, desconsiderando o poder e o fascínio que as crenças exercem sobre as pessoas, seria, no

¹ MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. (Org.). *Aids in the world*. Cambridge: Harvard University Press, 1992, 1037 p.

mínimo, uma demonstração de cegueira diante da complexidade que a atual configuração da epidemia apresenta.

A situação específica das mulheres exemplifica claramente a fragilidade do modelo de *vulnerabilidade* tal como ele vem sendo utilizado. A mudança radical do perfil da epidemia e o avanço da feminização da doença tornaram claro o processo de submissão e opressão ao qual as mulheres são submetidas historicamente e deu visibilidade às experiências cotidianas iníquas que fazem parte de suas vidas. Para as mulheres casadas, monogâmicas ou com parceiros fixos, ou seja, o grupo que tem em comum a submissão ao risco – as *escravas do risco*, condição que, seguramente, aplica-se a todas as mulheres iludidas e seguras –, a questão da prevenção do HIV/Aids ultrapassa em muito a fórmula seqüencial que parte da aquisição da informação, passando pelo sexo seguro e que tem a proteção como resultante final. Para além da *vulnerabilidade* está a submissão ao conforto das verdades instituídas, que se traduz pela ilusão do apego aos padrões morais, o porto seguro que direciona, segundo argumenta Diniz, todas as ações que as pessoas realizam.

É ainda em nome destas inserções morais que as pessoas “...negam o real e o fazem em nome de sua insuficiência de sentido, encontrando nas ilusões morais a forma de sobrevivência privada e coletiva...”.² Esta negação se dá exatamente porque, como argumentam Rosset e Diniz, o confronto com o real expõe sua crueldade, ou seja “...a crueldade intrinsecamente dolorosa e trágica da realidade, isto é, a ausência de sentido e efemeridade das crenças...”.³ Neste sentido, é preciso, antes de tudo, localizar a verdadeira origem do problema que ocasiona a disseminação da infecção entre as mulheres e a conseqüente *vulnerabilidade* incontrolada a que elas estão submetidas, o que é possível pelo mapeamento e identificação de suas crenças e valores morais. Viver a/na moralidade requer devoção completa aos seus princípios e “...mesmo em situações de intensa dúvida moral, a

² DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, p. 63, 71.

³ ROSSET, Clément. *O princípio da crueldade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1989, p. 16. Ver também DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, p. 72.

dependência e a fidelidade à ilusão impedem a mudança de crença...".⁴ Esta subserviência, por sua vez, pode ser considerada a determinante final das concepções, ações e posturas femininas quando confrontadas com a doença.

Porém, diferentemente do que tem sido apregoado desde o surgimento da epidemia, quando a personificação dos "culpados" foi se dando em função das categorias epidemiológicas utilizadas para o enfrentamento da mesma – primeiramente voltada para as pessoas pertencentes aos grupos de risco e depois redirecionando a atenção para aquelas que adotavam os chamados comportamentos de risco –, e que foram apontados como foco de origem e disseminação da infecção, considero que esta aceção retira a atenção sobre as verdadeiras causas do crescimento do HIV/Aids entre as mulheres. Embora o conceito de *grupos de risco* tenha desencadeado respostas preconceituosas e estigmatizantes em relação às pessoas acometidas pela doença e não tenha conseguido conter o avanço da epidemia, acredito que este conceito não deva ser abandonado de todo. Existem, inegavelmente ainda grupos mais expostos ao risco do que outros, como revelam, por exemplo, as recentes pesquisas que apontam o crescimento da epidemia em grupos específicos, entre eles os padres católicos. Não quero com isso dizer que pessoas e comportamentos não estejam vinculados à doença. Isto está matematicamente comprovado pela prática epidemiológica e clínica. Quero, no entanto, fugir da idéia de que possa existir uma equação lógica para a cadeia de transmissão e de medidas preventivas em relação ao HIV/Aids entre as mulheres. Refiro-me ao movimento explícito de negação da realidade, uma realidade cruel e que pode desencadear extremo sofrimento moral. O sofrimento, embora seja um sentimento constitutivo na vida humana moralizada, necessita ser afastado a todo o momento para permitir a possibilidade de sobrevivência cotidiana. Portanto, no caso das mulheres, predomina a necessidade de afastar a idéia avassaladora de que a qualquer instante elas poderiam ser invadidas por uma realidade que tentam negar: a possibilidade do encontro com o inimigo, o HIV/Aids.

⁴ DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, p. 86.

Em um cenário marcado tradicionalmente por relações de poder, hierarquias e assimetrias de diferentes ordens e intensidades – que reduzem as experiências femininas para torná-las invisíveis diante da generalidade do homem universal –, as mulheres têm sido sistematicamente silenciadas, quer pelos padrões e crenças morais aceitos como verdadeiros, quer pelo próprio processo de socialização a elas imposto. A introdução de conceitos que contradigam suas crenças será, assim, categoricamente rejeitada, uma vez que desnuda a natureza intrinsecamente dolorosa e trágica da realidade. A negação da realidade para as mulheres caracteriza-se pela adoção da “...idéia de *exterioridade*...”, onde “...o trágico, o doloroso, mantém-se no exterior, assegurando, por sua exterioridade, o caráter não trágico de um ser que não pode, se não *acidentalmente* ser atingido pelo trágico...” (grifos no original).⁵ É por esta razão que as mulheres localizam o HIV/Aids fora do seu universo palpável, ou seja, é no “outro”, no espaço da “rua”, no “impuro”, no “transgressor” que a doença se encontra. Naqueles que estão distantes delas, portanto; uma concepção que afasta de si mesmas a preocupação de serem atingidas, já que a sua identidade social de “mulher resguardada pela família” lhes assegura a convicção de que o inimigo está em outro lugar.

O grande problema, entretanto, é que o inimigo não está fisicamente distante como se imagina. Ao contrário, ele pode intrometer-se a qualquer momento e ultrapassar o limite absolutamente tênue entre a *exterioridade* e a *interioridade*: o inimigo pode se localizar, a qualquer momento, no “eu”, na “casa”, na “pureza”, no “inocente”.⁶ O que as separa do outro é, na realidade, apenas uma distância espiritual. Uma distância inscrita na alma moral das mulheres e traduzida pela sua submissão e *escravidão ao risco*. Todavia, diferentemente do que se poderia pensar, a submissão à regra não é uma condição específica das mulheres, mas uma característica de todos os seres moralizados, sejam as mulheres iludidas ou os homens que as oprimem.

⁵ ROSSET, Clément. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989 b, p. 67.

⁶ As categorias o “eu” e o “outro” são utilizadas nos trabalhos de Daniela Kanuth; os conceitos de a “casa” e a “rua” seguem a argumentação de Roberto DaMatta e as noções de “pureza” e “impureza”, foram propostos por Mary Douglas. Para uma análise detalhada sobre estes conceitos ver o Capítulo Terceiro desta tese: Mulheres e Vulnerabilidade.

O confronto com a realidade deve ser postergado a todo custo, de forma que seja possível manter a *invisibilidade do risco* e a segurança proporcionada pelo casamento – impregnado pelos valores de fidelidade, confiança, romantismo e felicidade conjugal – permitindo às mulheres conceberem paralelamente a noção de *exterioridade*, fazendo-as acreditar que não existe qualquer possibilidade de uma *proximidade* com o inimigo, personificado, neste caso, pelo HIV/Aids.⁷ O perigo inerente a esta concepção é que a ambigüidade entre os conceitos de *exterioridade* e *proximidade* pode desnudar a qualquer momento, e muitas vezes demasiadamente tarde, aquilo que sempre esteve presente e próximo, mas que nunca se quis enfrentar ou que sempre esteve fora das possibilidades de enxergar; aquilo sobre o qual não se permitiu falar. Enxergar de súbito, portanto, significa encontrar-se não somente com a doença, mas com o inimigo por excelência: a desilusão nas crenças que a princípio traduziam a possibilidade de não se deparar com a angústia e o sofrimento moral. A soropositividade representa para as *escravas do risco* a experiência do encontro com o sabor amargo da tragédia, o enfrentamento da crueldade do real, um evento que para elas estava até então esvaziado de sentido.

O temor deste enfrentamento faz com que as mulheres adotem o silenciamento como um dos mecanismos de defesa contra a dor. Tradicionalmente silenciadas em suas experiências cotidianas, estas mulheres vêem representado em suas relações familiares o seu “pequeno segredo”, pois como argumenta Rosset, é “...no seio da familiaridade que existe a soma de pequenos silêncios reunidos, que toda a fala teria por efeito criticar e destruir...”⁸ É neste sentido que não se fala, por exemplo, da submissão da sexualidade feminina ao controle masculino, da responsabilidade solitária da contracepção, de uma “natureza masculina” que precisa ser satisfeita. A aceitação social a estes comportamentos masculinos abre, sem dúvida, uma brecha para a maior exposição dos homens aos riscos. Mais do que isto, este silêncio perpetua a impossibilidade de um diálogo entre os parceiros, afastando completamente do cenário familiar – embora apenas simbolicamente – as doenças sexualmente transmissíveis e a Aids. Como pensar então que é possível introduzir a negociação em

⁷ ROSSET, Clément. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989 b, p. 69.

⁸ Idem, *ibidem*, p. 71.

torno da prática do sexo seguro ou de preservativos masculinos e femininos para a proteção contra o HIV/Aids, sem um questionamento mais abrangente não só das relações de gênero, mas das estruturas de opressão moral instituídas nas mais diferentes esferas da sociedade? As mulheres não são *vulneráveis* apenas porque são pobres ou excluídas socialmente. São *vulneráveis* exatamente porque em nosso contexto social de dominação é vedado a elas o poder que a dúvida lhes proporcionaria.

Por isso, para Rosset, estar em silêncio, isto é,

...calar-se, não significa de modo algum que não se sabe (...) com efeito, a consciência humana é, de uma maneira geral, suficientemente informada; o que falta aos homens – e cuja falta lhes vale um acréscimo evitável de dor – é sobretudo a fala (...) ou será que a morte e o caráter vão do amor não são já conhecidos?... (grifos no original).⁹

Na verdade, a idéia de sofrimento vinculado ao amor está impregnada no imaginário popular e perpassa o cotidiano das mulheres, que acabam, assim, aceitando como “natural” o sofrimento físico e mental em seus relacionamentos, desde que a sua identidade social não seja questionada. Fugindo da idéia de um fatalismo irrefletido, existe mesmo uma resignação feminina que, segundo a argumentação de Diniz, representa uma “...docilidade física e moral à regra...”.¹⁰ No caso específico das *escravas do risco*, a docilidade moral, mais do que a física, determina o seu *estado de vulnerabilidade permanente*, pois esta é “...o resultado de um cálculo de forças onde elas se reconhecem como a parte mais fraca da relação social, cabendo-lhes como único mecanismo de sobrevivência física o estado de silêncio...”.¹¹ O silêncio possibilita a manutenção da ilusão nas crenças, permitindo desviar-se do encontro com a dor. Pode-se afirmar que a *diáde silêncio/falta de poder*, em contraposição ao seu oposto, *fala/aquisição de poder*, são os dois lados da mesma moeda. Portanto, se o objetivo é

⁹ ROSSET, Clément. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989 b, p. 29.

¹⁰ DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, p. 198.

¹¹ Idem, *ibidem*, p. 198-199.

enfrentar de fato o problema da disseminação do HIV/Aids entre as *escravas do risco*, é necessário fazer a opressão e a submissão femininas passarem *do silêncio à fala*.¹²

Para as *escravas do risco*, o exercício da dúvida implicaria reconhecer como possível para si mesmas situações sobre as quais já se tem conhecimento – o caráter vão do amor, a infidelidade, a ilusão do ideal conjugal e, conseqüentemente, o HIV/Aids como uma possibilidade cada vez mais freqüente em suas vidas – mas diante das quais não conseguem expressão verbal. Na verdade, a *desilusão* implicaria abandonar o repouso nas crenças morais e nas idéias tão caras ao senso comum. Demandaria também renunciar aos costumes e à tradição, assumindo como prerrogativa de vida a curiosidade da personagem ironista, proposta por Rorty e trabalhada no contexto das moralidades por Diniz. Ultrapassar "...a fronteira que separa a ilusão da certeza...", possibilitaria a estas pessoas "...aperfeiçoar sua sensibilidade para uma mudança moral...".¹³ Uma mudança que só se tornaria possível pelo exercício constante da dúvida e do questionamento às verdades instituídas, aproximando para o âmbito do real as experiências que para as mulheres podem estar esvaziadas de sentido. Significaria antes abandonar a idéia de *exterioridade*, substituindo-a pela noção de *proximidade*, o que tornaria imprescindível o encontro com a ilusão, esta sim, representante inequívoca do processo de duplicação da realidade. Como o encontro com a realidade é doloroso, pois desnuda a crueldade do real à medida que demonstra a falta de sentido nas crenças, as pessoas procuram afastá-lo de si, duplicando esta realidade de forma que se torne possível adequar as experiências de vida à sua vontade de proteção e conforto, proporcionados pelas moralidades.¹⁴ A "cegueira voluntária" como artefato básico da ilusão seria gradualmente substituída pela curiosidade presente no *olhar* e no *falar*, trazendo assim a dúvida para o cenário do possível.

¹² ROSSET, Clément. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989 b, p. 19, 29.

¹³ DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, p. 128. Ver também Richard Rorty. *Ironia privada e esperança liberal. Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Presença, 1994. p. 103-128.

¹⁴ ROSSET, Clément. *Lo real y su doble: ensayo sobre la ilusión*. Barcelona: Tusquets Editores S.A. 1993.

Passar do silêncio à fala é extremamente importante porque este é o movimento que permitiria, como afirma Rosset, a utilização da noção de *disponibilidade*, uma vez que esta representa a possibilidade de "...tornar o homem capaz de servir-se daquilo que ele já sabe...", ou seja, de transformar o saber adquirido em um saber utilizável, já que "...ser não é nada, para um saber, se ele é inutilizável...".¹⁵ *Falar*, como consequência da desilusão nesta concepção, constitui-se em um processo de redescrição pessoal constante, permitindo assim a possibilidade de que as informações e conhecimentos adquiridos possam servir como subsídios para a mudança de comportamentos previamente analisados, considerados, a partir de então, inapropriados. Este seria o "verdadeiro" processo de *empowerment* e não apenas uma falácia estéril representada pelos projetos de cunho universalista e generalizante. Desta forma, não adianta a equipe de saúde dizer algo como: "nós damos as informações"; "estou cansada de tentar abrir a cabeça destas mulheres"; "parece que elas esquecem tudo que a gente ensinou". O que é fundamental não é oferecido: a possibilidade de *desiludir-se*. Não importa a quantidade de informações sobre o HIV/Aids oferecidas às mulheres, muito menos o acesso aos preservativos masculinos e femininos, se o que elas emitem são apenas ruídos inaudíveis que não encontram correspondência nos vocabulários utilizados pelos formuladores de políticas públicas e de seus representantes nominados: os serviços públicos e os profissionais de saúde. Certamente existe uma diferença entre os vocabulários utilizados pelas mulheres e os da equipe de saúde, perpetuando a inexistência da "voz dos oprimidos" ou de uma "linguagem das vítimas". Será impossível ensiná-las a *falar* se não lhes for dada a oportunidade do encontro com a desilusão. É exatamente deste estímulo que elas precisam para começar a articular as palavras.

É preciso que os oprimidos possam aos poucos abandonar a inércia em que se encontram e passem a proferir as suas próprias palavras, ou quem sabe até mesmo possam criar um vocabulário mediante o qual seja possível traduzir a *desilusão* necessária, pois "...se depois de tudo eles não mudaram, é que não lhes foi ensinado nada: tudo o que lhes foi dito eles *já sabiam*. Era preciso ensiná-los a *falar*..."

¹⁵ ROSSET, Clément. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989 b, p. 31-32.

(grifos no original).¹⁶ *Desiludir-se, falar*, "...redescrever a si mesmo implica sofrimento, abandono de certezas, renúncia de marcas cegas que se tornaram, visíveis e, o mais importante, em mortes e renascimentos sucessivos...".¹⁷ É exatamente por isso que este processo conduz à cura da alma moralizada, doente pela submissão à regra, exposta à *escravidão do risco*. A desilusão introduz, deste modo, uma possibilidade viável, primeiramente de questionamento das crenças e, posteriormente, de abandono ou adequação dos/aos padrões e valores morais que contribuem para a *submissão ao risco*. A metamorfose tem de ser voluntária e privada, ou então não ocorrerá. Ou a pessoa *fala* ou será irrevogavelmente *silenciada*.

Certamente haverá sempre aqueles que argumentarão que se as mulheres não têm ou não tinham os conhecimentos que lhes foram transmitidos sobre o HIV/Aids, como, então, elas poderiam já estar sabendo tudo? Esta *desilusão* à qual Diniz se refere acontece em outra esfera.¹⁸ Representa o saber que as pessoas possuem sobre o seu lugar no mundo. Certamente as mulheres já sabiam, anteriormente às informações que receberam sobre a doença, qual era este lugar: o lugar da submissão física, moral, histórica, categórica. E é deste lugar inconveniente que as mulheres precisam ser estimuladas a *desiludir-se* e, conseqüentemente, a *falar*. No contexto atual da epidemia não existe outra possibilidade para as *escravas do risco* que não seja a *desilusão*, ou mesmo o encontro incomensurável com a crueldade do real.

Fica evidente que as propostas até então elaboradas para a prevenção e controle da disseminação do HIV/Aids entre as mulheres não encontram correspondência na prática, o que é perfeitamente comprovado pelo avanço da feminização da infecção. A resistência das mulheres à adoção de comportamentos protetores tem um objetivo claro: demarcar o seu lugar, o seu estar no mundo, impedindo que a dor, que o inimigo, ultrapasse os limites entre a *exterioridade* e a *proximidade*. Em seu apego ao fascínio proporcionado pelas crenças, elas resistem com todas as suas forças contra a possibilidade de

¹⁶ Idem, *ibidem*, p. 37.

¹⁷ DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, p. 134.

¹⁸ Idem, *ibidem*, p. 227.

desiludir-se, submetendo-se voluntária e submissamente ao risco, aproximando-se desta forma da tragédia da contaminação da qual tanto gostariam de se manter afastadas.

As informações oferecidas pelos profissionais de saúde estão descontextualizadas. Ao pretenderem mostrar a possibilidade da *proximidade* do inimigo acabam por questionar os valores que estruturam a vida dessas mulheres em sua dimensão mais íntima, ocasionando um efeito inverso ao inicialmente desejado. Com o intuito de se protegerem elas acabam por "...reforçar o seu *locus* na moralidade...", tentando inutilmente sustentar a *invisibilidade da ameaça*.¹⁹ Por isso, ao se depararem com a soropositividade, as mulheres vivenciam, de fato, o horror trágico: aquilo que sempre esteve visível – a proximidade do risco –, mas que lhes foi sistematicamente tornado invisível pela segurança ilusória do apego às crenças, em um processo de duplicação da realidade, pode agora ser visto de súbito, embora demasiadamente tarde. Assim como

...o horror trágico é a condição irrevogável para a mudança nas crenças com status de verdade (...) o desnudamento do real provoca um estremecimento moral tão severo que em vez de os conduzir à mudança esperada, pode vir a reforçar ainda mais a intransigência, produzindo o reforço à crença original...²⁰

Para algumas mulheres, a possibilidade de realizar o exame anti-HIV, por exemplo, pode significar o confronto com o horror da doença e com as suas ilusões nas crenças. Este momento, que poderia ser o fator desencadeador do processo de dúvida moral, da *desilusão*, da *fala*, termina por reforçar o padrão socialmente aceito, reforço aqui simbolizado pela recusa do exame, contribuindo para perpetuar a exposição permanente ao risco.

¹⁹ DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, p. 78. ROSSET, Clément. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989 b, p. 69.

²⁰ DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Tese de Doutorado. Brasília, 1999, p. 88.

Tomando ainda o caso do exame anti-HIV no pré-natal, é possível verificar que o reforço das crenças é uma característica de todos os seres moralizados e não somente das mulheres submissas – mais precisamente mulheres seguras, iludidas. Esta diretriz reflete, na realidade, a concepção de toda a sociedade de que é preciso proteger os inocentes, neste caso específico de que é preciso proteger os bebês da possibilidade da transmissão vertical. As crianças, como patrimônio da comunidade, precisariam ser defendidas. Na verdade, a contaminação dos bebês pelo HIV/Aids, é uma situação socialmente intolerável, necessitando, assim, de uma intervenção imediata. Desta forma, o oferecimento do exame aplaca o incômodo causado por esta situação, mas, equivocadamente, não consegue alcançar as pessoas que são realmente o grupo atualmente mais afetado pela epidemia, o grupo das *escravas do risco*. Existe efetivamente um viés nessa diretriz que é a proteção do feto em detrimento da mulher. Não afirmo com isso que as crianças não sejam importantes; me refiro ao fato de que às mulheres fica reservado o papel de vetores, sendo perfeitamente tolerado por todos na sociedade sua contaminação e morte. Será que isto remete para o estigma e preconceito do início da epidemia, quando houve uma associação da contaminação aos comportamentos de risco adotados? Sob esta ótica, quem tem a doença é porque de alguma forma a “procurou”. Ou será que à medida que a epidemia foi “empobrecendo” foi também se tornando mais uma epidemia dos indiferenciados, daqueles que efetivamente não têm o poder político, ideológico e social? Ou seja, uma epidemia dos que não possuem o *empowerment* tão necessário para a prevenção; uma epidemia dos invisíveis perante as políticas sociais e de saúde.

Retomo assim à pergunta norteadora desta pesquisa: *Por que, diante da feminização da infecção (epidemia) pelo HIV/Aids, as políticas públicas para controle da doença elaboradas pelo Ministério da Saúde privilegiam as mulheres grávidas? Será que existe neste fato a concepção de que ao priorizar as mulheres grávidas estaria se alcançando as escravas do risco? Ou será que isto de fato não representa uma preocupação fundamental? Na verdade, a prioridade da implantação de uma política de prevenção e controle do HIV/Aids no período gestacional funciona como um narcótico para a sociedade que, silenciosamente, convive com pessoas e situações toleráveis – neste contexto, a contaminação das escravas do risco.*

Mas, obviamente, esta mesma sociedade não pode conceber o intolerável: a transmissão vertical da infecção de uma mulher grávida para o seu feto. Esta questão, portanto, precisa ser imediatamente resolvida; ou melhor, eliminada. Com isso atingiu-se um objetivo até a pouco impensável: a integração incondicional das ações do Programa de Saúde da Mulher e da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde, por meio da implantação do oferecimento do exame anti-HIV, após o aconselhamento, nas unidades básicas de saúde do SUS. Torna-se importante questionar, neste momento, o que poderá ser feito então para alcançar as mulheres não grávidas, este grupo que continua imerso no risco de contrair a infecção. Qual o limite de tolerância desta situação? Em que etapa ela se tornará intolerável? Diante da contaminação, da morte ou da opressão?

É preciso enfatizar que “todas” as mulheres moralizadas que se apegam à segurança proporcionada pelas crenças que impedem um processo amplo de desilusão moral, podem ser consideradas *escravas do risco*. E por mais que possa parecer paradoxal, estão incluídas aqui as prostitutas, as mães, as gestantes, as meninas, as adolescentes, as idosas, ou seja, todas aquelas que depositam na relação afetiva a certeza da proteção. As prostitutas/profissionais do sexo, por exemplo, podem estar “protegidas” durante o trabalho, já que grande parte delas utiliza preservativos, mas quando estão em uma relação de conjugalidade se transformam temerariamente em *escravas do risco*. Entretanto, talvez o exemplo mais irônico seja o das próprias gestantes, porque elas têm impresso em seus corpos a prova da exposição ao risco: o fato de estarem grávidas revela que certamente não fizeram sexo seguro, o que as torna duplamente *escravas do risco*; primeiro porque são mulheres e depois porque estão grávidas. A liberdade, a proteção em relação ao risco, se torna uma prerrogativa de pouquíssimas mulheres, exatamente aquelas que ousaram desiludir-se, colocando-se acima das certezas das verdades instituídas. Em um movimento intenso de dúvida moral puderam articular as palavras das quais necessitavam para *passar do silêncio à fala*. Alguns podem argumentar que esta proposta, tal qual foi apresentada, possa se traduzir em uma utopia. Acredito, no entanto, que esta seja a única alternativa possível para “todas” as mulheres que ambicionam abandonar a posição de submissão que as transforma inelutavelmente em *escravas do risco*.

Neste sentido, a proposta de uma bioética crítica de inspiração feminista traz uma contribuição importante para a análise do atual contexto do HIV/Aids, uma vez que aponta para as lacunas nos projetos éticos e bioéticos tradicionais. Ao localizar o problema daqueles tradicionalmente oprimidos, o silenciamento a que estão submetidos pelas estruturas de dominação presentes na sociedade, a bioética crítica adota a concepção de Diniz de que é preciso que as mulheres passem por um processo de *desilusão* – ou seja, é necessário dar voz aos oprimidos –, uma vez que somente entre aqueles que *falam* é possível estabelecer o exercício da dúvida para a intermediação das partes conflitantes. É a *desilusão* que permite o estabelecimento do respeito pela diferença e da adoção do pluralismo moral pacífico como elementos legitimadores do exercício da liberdade, neste caso específico, da proteção em relação ao HIV/Aids. Mais do que isto, longe de ser uma proposta sexista, a bioética crítica contribui para que as pessoas possam questionar as estruturas e as crenças às quais elas se submetem, permitindo assim a sua redescritção como forma efetiva para a *aquisição de poder*. Somente por meio perspectiva de que as mulheres – as *escravas do risco* – podem tornar-se livres para duvidar, para *desiludir-se*, para disponibilizar os conhecimentos que possuem e, finalmente, para *falar*, é possível encontrar mecanismos e práticas de prevenção viáveis que permitam o enfrentamento ético da feminização do HIV/Aids.

Ou seja, na esfera das políticas públicas de saúde, é fundamental lançar mão de astúcias que permitam a instalação da dúvida no universo da mulher oprimida, pois somente o exercício consciente da insegurança e da vulnerabilidade poderá protegê-la da epidemia. Nesse sentido, os serviços e profissionais de saúde têm papel fundamental no sentido de proporcionar às mulheres os instrumentos e o vocabulário que elas necessitam para articularem o seu próprio discurso. E certo que “...já percorremos um longo caminho, mas, ele não foi longe o suficiente...”.²¹ Cabe, portanto, a cada um dos atores envolvidos contribuir para que esse caminho possa ser trilhado até o seu final.

²¹ KOFI Annan, 2003.

Referências bibliográficas

Referências bibliográficas

ALTMAN, Dennis. *Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à aids*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1995. 220 p. (Coleção História Social da Aids, n. 5).

ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993.

ARENDT, Hanna. *A condição humana*. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997. 352 p.

AUGÉ, Marc. *O sentido dos outros*. Petrópolis: Vozes, 1999, 172 p.

AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e Aids entre crianças e adolescentes. SÃO PAULO. Governo do Estado. *Idéias: o papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/Aids*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1998, p. 15-24.

AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita, FRANÇA Júnior, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira. Aids, vulnerabilidade e prevenção. SEMINÁRIO DE SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUALIDADE, 2. 1997, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ABIA-IMS/UERJ, 1997, p. 20-37.

AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, São Paulo: 34, 1999, p. 49-72.

BHABHA, Homi K. The locations of culture. London: Routledge, 1994, 288 p.

_____. O local da cultura. Belo Horizonte: UFMG, 1998, 400 p.

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

BARBOSA, Regina Maria. Feminismo e aids. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996, p. 153-168.

_____. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria, PARKER, Richard (Orgs.). *Sexualidades pelo: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, São Paulo: 34, 1999, p. 73-88.

BARBOSA, Regina Maria; LAGO, Tania di Giacomo do. Aids e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: PARKER, Richard (Org.). *Políticas, instituições e aids: enfrentando a aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997, p. 163-175.

BATLIWALA, Srilatha. The meaning of women's empowerment: new concepts from action. In: SEN, Gita; GERMAIN, Adrienne; CHEN, Lincoln C. (Ed.). *Population policies reconsidered: health, empowerment and rights*. Cambridge: Harvard University, 1994, p. 127-138.

BEAUCHAMP, Tom L. The principles approach. *Hastings Center Reports*, v. 23, n. 6, Special Supplement, p. S9, Nov./Dec., 1993.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James, F. *Principles of biomedical ethics*. 1. ed. New York: Oxford University Press, 1979, 314 p.

_____. *Principles of biomedical ethics*. 4. ed. New York: Oxford University Press, 1994, 546 p.

BEECHER, Henry K. Ethics and clinical research. *The New England Journal of Medicine*, v. 274, n. 24, p. 1354-1360, June, 1996.

BINDELS, P. J., MULDER-FOLKERTS, D. K., SCHUTTE, M. F. et al. Results of screening for HIV antibodies in pregnant women in Amsterdam reference stations, 1988-1995. *Ned. Tijdschr Geneesk*, v. 140, n. 46, p. 2296-2298, Nov., 1996.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DA AIDS *Semana epidemiológica 22 a 34 – Junho a Agosto de 1998*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, ano 11, n. 3, 1998.

_____. *Semana epidemiológica 48/1998 a 08/1999 – Dezembro/98 a Fevereiro/99*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, ano 12, n. 1, 1999.

_____. *Semana epidemiológica 09 a 21 – março a maio de 1999*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, ano 12, n. 2, 1999.

_____. *Semana epidemiológica 22 a 34 – junho a agosto de 1999*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, ano 12, n. 3, 1999.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984, 191 p. Tradução: Regina A. Machado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Normas regulamentadoras sobre pesquisa em seres humanos*. Brasília, 1996, 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Projeto Sentinela: vigilância do HIV por rede sentinela nacional – manual de campo*. Brasília, 1997, 11 p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Aids: recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV*. Brasília, 1999, 16 p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aids no Brasil: um esforço conjunto, governo e sociedade*. Brasília, 1998, 106 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aids II: desafios e propostas: documento preliminar para a discussão do projeto Aids II, 2ª versão*. Brasília, 1998, 169 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Conversando sobre doenças sexualmente transmissíveis e aids: sugestões para o trabalho com professores e agentes indígenas de saúde*. Brasília, 1999, 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Educação em saúde escolar para prevenir DST/AIDS e drogas*. Brasília, 1997, 170 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *A resposta brasileira ao HIV/ Aids: experiências exemplares*. Brasília, 1999, 180 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Sexualidade, prevenção das DST/Aids e uso indevido de drogas: diretrizes para o trabalho com adolescentes*. Brasília, 1999, 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Aconselhamento em DST e HIV/ Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília, 1998, 25 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente. *Cadernos de juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília, 1999, 300 p.

_____. Ministério da Saúde. *Campanha publicitária: proteger o seu bebê contra a aids é mais que um dever, é um direito*. Brasília, 1999.

CAMARGO JR., Kenneth Rochael de. *As ciências da aids e a aids das ciências: o discurso médico e a construção da aids*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1994, 207 p. (Coleção História Social da Aids, n. 4).

_____. A construção da Aids. In: CZERESNIA, Dina et al (Org.) *Aids, ética, medicina e biotecnologia*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1995, p. 27-50.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982, 267 p.

CARRARA, Sérgio. Aids e doenças venéreas no Brasil. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UERJ, 1994, p. 73-108.

_____. A luta antivenérea no Brasil e seus modelos. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina Maria (Org.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996, p. 17-37.

_____. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, 327 p.

CARSE, Alisa L.; NELSON, Hilde Lindemann. Rehabilitating care. In: DONCHIN, Anne; PURDY, Laura M. (Ed.). *Recent embodying feminist bioethics advances*. Boston: Rowman & Littlefield, 1999, p. 17-32.

CARTOUX, Michel et al. Acceptability of voluntary HIV testing by pregnant women in developing countries: an international survey. *Aids*, v. 12, n. 18, p. 2489-2493, 1998.

CASTRO, Leonardo. Transporting values by technology transfer. *Bioethics*, v. 11, n. 3/4, p. 193-205, 1997.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (USA). *Recommmendations of the Public Health Service Task Force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus*. v. 43, p. 1-15, 1994.

CHILDRESS, James F. Mandatory HIV screening and testing. In: *Practical reasoning in bioethics*. Indianapolis: Indiana University, 1997, p. 95-118.

CLOUSER, K. Danner; GERT, Bernard. A critique of principlism. *The Journal of Medicine and Philosophy*, n. 15, 1990, p. 219-236.

_____. Morality vs principlism. In: GILLON, Raanan, LLOYD, Ann (Ed.). *Principles of health care ethics*. New York: John Wiley, 1994, p. 251-266.

CORRÊA, Marilena Villela. Medicalização e construção da sociedade. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UERJ, 1994, p. 117-140.

_____. Sexo, sexualidade e diferença sexual no discurso médico: algumas reflexões. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998, p. 69-91

COSTA, Jurandir Freire. *Nem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998, 221 p.

_____. *Ordem médica e norma familiar*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999, 282 p.

_____. O referente da identidade homossexual. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina Maria (Org.). *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996, p. 63-89.

COSTA, Regina Célia Pereira. Aids: trajetórias afetivo-sexuais das mulheres. In: BRUSCHINI, Cristina; HOLLANDA, Heloísa Buarque de (Org.). *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: FCC, Editora 34, 1998, p. 85-109.

COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira. Ética e pesquisa clínica segundo Henry Beecher. *O Mundo da Saúde*, v. 23, n. 5, p. 336-341, Set./Out. 1999.

CZERESNIA, Dina. Aids, contágio e transmissão: relações entre epidemia, cultura e ciência. In: CZERESNIA, Dina et al (Org.) *Aids, ética, medicina e biotecnologia*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 51-76.

DaMATTA, Roberto. *A casa e a rua*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987, 179 p.

_____. *O que faz o Brasil, Brasil?* 8. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997, 126 p.

DÍAZ, Margarita et al. O risco de contaminação com o vírus da aids e percepção deste risco entre estudantes da Unicamp. *Reprodução*, v. 6, n. 5/6, 1991, p. 239-243.

DINIZ, Debora. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Brasília, 1999, p. 226. Tese (Doutorado em Antropologia) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1999.

_____. Henry Beecher e a gênese da bioética. *O Mundo da Saúde*. v. 23, n. 5, p. 336-341, Set./Out., 1999.

_____. A vulnerabilidade da bioética. [s.l.: s.n.], 1999, p. 7. Paper apresentado no encerramento das atividades do Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz.

_____. *Bioética, direitos sexuais e reprodutivos: uma inserção do tema no Congresso Nacional Brasileiro*. Projeto de Pesquisa. Brasília, 2000.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. *O que é bioética?* Rio de Janeiro: Brasiliense, 2002. (Coleção Primeiros Passos).

DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina Gonzales. Bioética feminista: a emergência da diferença. *Estudos Feministas*, ano 6, n. 2, p. 255-263, 2. sem., 1998.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce; GARRAFA, Volnei. *The bioethics in Brazil and the principlist theory*. In: International Congress of Bioethics, 4., 1^o – 4 Nov. 1998, Tokyo. Tema livre.

_____. Bioethics in Brazil. *Bioethics*, v. 13, n. 3/4, p. 244-248, July, 1999.

DINIZ, Simone G.; VILLELA, Wilza Vieira. Interfaces entre os programas de DST/Aids e saúde reprodutiva: o caso brasileiro. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron (Org.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: 34, 1999, p. 123-176.

DONCHIN, Anne; PURDY, Laura M. (Ed.). *Recent embodying feminist bioethics advances*. Boston: Rowman & Littlefield, : Rowman & Littlefield, 1999, 286 p.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976, 232 p.

_____. *Purity and danger: an analysis of the concept of pollution and taboo*. Harmondsworth/Middlesex: Penguin Books, 1996.

DUARTE, Luiz Fernando. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Brasília: CNPq, 1986, 290 p.

FADEN, Ruth R.; GELLER, Gail; POWERS, Madison (Ed.). *Aids, women, and the next generation*. New York: Oxford University, 1991, 374 p.

FADEN, Ruth R.; KASS, Nancy; MCGRAW Deven. Women as vessels and vector: lessons from the HIV epidemic. In: WOLF, Susan M. (Org.). *Feminism and bioethic : beyond reproduction*. New York: Oxford University, 1996, p. 252-281.

FADEN, Ruth R.; KASS, Nancy.; POWERS, Madison. Warrants for screening programs: public health, legal, and ethical frameworks. In: FADEN, Ruth R.; GELLER, Gail; POWERS, Madison (Eds.). *Aids, women, and the next generation*. New York: Oxford University, 1991, p. 3-26.

FADEN, Ruth R. et al. Prenatal HIV-antibody testing and the meaning of consent. *Aids and Public Policy Journal*, v. 9, p. 151-159, Fall, 1994.

FERNANDES, João Claudio de Lara. Evolução de conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/Aids em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 3, p. 575-581, Setembro, 1998.

FEYERABEND, Paul. *Por que no Platon?* Madrid: Tecnos, 1993, 188 p.

FOUCAULT, Michel *História da sexualidade*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997. v. 1, p. 152. Tradução: Maria Thereza da Costa Alburquerque e José Augusto Guilhon Albuquerque.

_____. _____. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998, v. 2, 232 p. Tradução: Maria Thereza da Costa Alburquerque e José Augusto Guilhon Albuquerque.

_____. _____. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985, v. 3, 246 p. Tradução: Maria Thereza da Costa Alburquerque e José Augusto Guilhon Albuquerque.

_____. *Microfísica do poder*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996, p. 295. Tradução: Roberto Machado.

_____. *Vigiar e punir*. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 1999, 262 p. Tradução: Raquel Ramallete.

FOX, Renée C. The entry of U.S. bioethics into the 1990s. In: DuBOSE, Edwin R.; HAMEL, Ron; O'CONNELL, Lawrence J. (Org.). *A matter of principles? Ferment in U.S. bioethics*. United States: Trinity, 1994, p. 21-71.

FUNDAÇÃO DO BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BENFAM (Brasil). *Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde*. Brasília, 1997, 178 p. Relatório de pesquisa.

GALVÃO, Jane. Aids e ativismo: o surgimento e a construção de novas formas de solidariedade. In: PARKER, Richard et. al. (Org.). *A aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1994, p. 341-350.

_____. A epidemia do HIV/Aids no Brasil: mudanças de paradigmas e elaboração de respostas governamentais e não-governamentais. In: ARILHA, Margareth; CITELI, Maria Teresa (Org.). *Políticas, mercado e ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: 34, Comissão de Cidadania e Reprodução, 1998, p. 43-68.

_____. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia do HIV/Aids. In: PAKER, Richard. *Políticas, instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, ABIA, 1997, p. 69-108.

GARRAFA, Volnei; DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. Bioethics, its dialectos and idiolets. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, supl. 1, p. 35-42, 1999.

GIFFIN, Karen. Corpo e conhecimento na saúde sexual: uma visão sociológica. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 79-91.

GILLIGAN, Carol. *A different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard, 1982, 184 p.

GILMAN, Sander L. *Picturing health and illness: images of identity and difference*. London: The Johns Hopkins University, 1995, 200 p.

GLUCKMAN, Jean Claude. Aids virus history. *Science*, v. 259, n. 5103, p. 1809, Mar. 1993. [letters].

GOLD, Julian; DWYER, John. A short history of Aids. *The Medical Journal of Australia*, v. 160, n. 5, p. 251-252, Mar. 1994.

GOROVITZ, Samuel; JAMETON, Andrew L., MACKLIN, Ruth et al. *Moral problems in medicine*. New Jersey: Prentice-Hall, 1976, 552 p.

GOTTLIEB, Michel S. Discovering Aids. *Epidemiology*, v. 9, n. 4, p. 365-368, July, 1998. [editorials]

GRACIA, Diego. The intellectual basis of bioethics in southern european countries. *Bioethics*, v. 7, n. 2/3, 1993, p. 97-107.

_____. Hard times, hard choices: founding bioethics today. *Bioethics*, v. 9, n. 3/4, p. 192-206, 1995 a.

_____. Medical ethics: history of Europe – southern Europe. In: REICH, Thomas Warren. *Encyclopedia of bioethics*. New York: Mac Millan, 1995 b, v. 3, p. 1556-1563.

_____. The historical setting of Latin American bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, v. 21, 1996, p. 593-609.

GUILHEM, Dirce. Concepção em tempos de Aids. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, ano 12, n. 93, p. 8-9, mai. 1998.

GUILHEM, Dirce; DINIZ, Debora. Bioética e enfermagem *Revista Bioética e Gênero*, v. 1, n. 1, p. iv, out. 1999.

GUIMARÃES, Carmen Dora. Mas eu conheço ele: um método de prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996, p. 169-179.

_____. *Descobrimo as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares*. Rio de Janeiro, 1998, p. 263. Tese (Doutorado) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

GUIMARÃES, Katia. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996, p. 89-113.

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero e hierarquia: a costela de Adão revisitada. *Estudos Feministas*, v. 1, n. 1, p. 51-82, 1993.

HEILBORN, Maria Luiza; BRANDÃO, Elaine Reis. Introdução. In: HEILBORN, Maria Luiza (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, p. 7-17.

HOSHINO, Kazamusa. Bioethics in the light of japanese sentiments. In: _____ (Ed.). *Japanese and western bioethics: studies in moral diversity*. Netherlands: Kluver Academic, 1997, p. 13-23.

_____. (Ed.). *Japanese and western bioethics: studies in moral diversity*. Netherlands: Kluver Academic, 1997, 243 p.

HULLEY, Stephen, B.; CUMMINGGS, Steven, R. *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988, 247 p.

INTERNATIONAL PERINATAL HIV GROUP, The (USA). The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. *The New England Journal of Medicine*, v. 340, n. 13, p. 977-987, Apr. 1999.

IRWIN, K. L.; VALDISSERI, R.; HOLMENBERG, S. D. The acceptability of HIV antibody testing in the United States: a decade of lessons learned. *AIDS*, v. 10, n. 14, p. 1007-1017, Dec. 1996.

JONSEN, Albert R. The birth of bioethics. *Hastings Center Reports*, v. 23, n. 6, Special Supplement, p. S1-S4, Nov./Dec. 1993.

KLEIN-ALONSO, Luiza. Women's social representation of sex, sexuality, and aids in Brazil. In: LONG, Lynellyn D., ANKRAH, E. Maxine (Orgs.). *Women's experiences with HIV/Aids: an international perspective*. New York: Columbia University, 1996, p. 150-159.

KLEINMAN, Arthur. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California, 1984, 427 p.

_____. *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California, 1995, 314 p.

_____. *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*. United States of America: Basic Books, 1998, 284 p.

_____. Um problema de família: a percepção da aids entre mulheres soropositivas. In: LEAL, Ondina Fachel (Org.). *Corpo e significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: UFRGS, 1995, p. 379-390.

_____. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da aids. *Estudos Feministas*, ano 5, n. 2, 1997 a, p. 292-300.

KNAUTH, Daniela Riva. Maternidade sob o signo da aids: um estudo sobre mulheres infectadas. In: COSTA, Albertina Oliveira (Org.). *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: PRODIR/FCC, 1997 b, p. 39-64.

_____. Morte masculina: homens portadores do vírus da aids sob a perspectiva feminina. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998, p. 183-198.

_____. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, São Paulo: 34, 1999, p. 121-136.

KUHSE, Helga. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell, 1997, 296 p.

LASCH, Christofer. A ilha de Gilligam. In: LASCH-QUINN, Elisabeth. (Org.). *A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999, p. 139-153.

_____. A vida no Estado terapêutico. In: LASCH-QUINN, Elisabeth (Org.). *A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999, p. 177-196.

LASCH-QUINN, Elisabeth. Introdução. In: LASCH-QUINN, Elisabeth. (Org.). *A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999, p. 9-24.

LEAL, Ondina Fachel. *Corpo e significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: UFRGS, 1995, 472 p.

LEENHARDT, Maurice. *Do kamo: la persona y el mito em el mundo melanésio*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1997, 191 p. Tradução: M. I. Marmora e S. Saavedra.

LEPARGNEUR, Hubert. *Bioética, novo conceito: a caminho do consenso*. São Paulo: CEDAS/Loyola, 1996, 108 p.

_____. A força e a fraqueza dos princípios da bioética. *Bioética*, v. 4, n. 2, 1996, p. 131-143.

LIMA, Ana Lúcia Munhoz de et al. *Perguntas e respostas sobre HIV/AIDS*. São Paulo: Atheneu, 1996, 351 p.

LO, Bernard. AIDS. In: REICH, Warren. Thomas (Org.) *Encyclopedia of bioethics*. New York: Mac Millan, 1995, p. 108-120.

LOYOLA, Maria Andréa. Sexo e sexualidade na antropologia. In: _____. (Org.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998, p. 17-47.

_____. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, Maria Luiza (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, p. 31-39.

MAHOWALD, Mary B. On treatment of myopia: feminist standpoint theory and bioethics. In: WOLF, Susan M. (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. New York: Oxford University, 1996, p. 95-115.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel (Ed.). *Aids in the world II*. New York: Oxford University, 1996, 616 p.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. (Org.). *Aids in the world*. Cambridge : Harvard University, 1992, 1037 p.

_____. *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS, UERJ, 1993, 321 p. (Coleção História Social da Aids, n. 1).

MATOS, Dirce Guilhem. *Os novos vulneráveis: mulheres e gestantes – um olhar bioético frente a feminização do HIV/Aids*. Brasília: UnB, 1999, 76 p. Projeto de Tese.

MCINTYRE, James et al. AZT trials to reduce perinatal HIV transmission: a debate about science, ethics and resources. *Reproductive Health Matters*, v. 6, n. 11, p. 129-144, May, 1999.

MERQUIOR, José Guilherme. *Michel Foucault ou o niilismo de cátedra*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, 277 p. Tradução: Donaldson M. Garschagen.

MINKOFF, Howard; WILLOUGHBY, Anne. Pediatric HIV disease, zidovudine in pregnancy, and unblinded heelstick surveys: reframing the debate on prenatal HIV testing. *Journal of the American Medical Association*, v. 274, n. 14, p. 1165-1168, Oct., 1995.

MOFENSON, Lynne. Short-course zidovudine for prevention of perinatal infection. *The Lancet*, v. 353, p. 766-767, Mar., 1999. [Commentary].

MOREIRA, Antonia Silva Paredes. *A epilepsia e a aids na concepção do conhecimento cotidiano*. Ribeirão Preto, 1998, 213 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

MORGAN, Katryn Pauly. Contested bodies, contested knowledges: women, health and the politics of medicalization. In: SHERWIN, Susan (Coord.). *The politics of women's health: exploring, agency and autonomy*. Philadelphia: Temple University, 1998, p. 83-121.

MURPHY, Timothy F. Aids. In: CHADWICK, Ruth (Ed.). *Encyclopedia of Applied Ethics*. San Diego: Academic, 1994, p. 111-122.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. A face visível da aids. *História Ciências da Saúde*, v. 4, n. 1, p. 169-184, Jun. 1997.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. (USA). The Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of the human subjects of research. In: REICH, Warren Thomas (Org.). *Encyclopedia of bioethics*. New York: Mac Millan, 1995, p. 2767-2773.

NICHOLAS, Barbara. Strategies for effective transformation. In: DONCHIN, Anne; PURDY, Laura M. (Ed.). *Recent embodying feminist bioethics advances*. Boston: Rowman & Littlefield, 1999, p. 239-252.

NIETZCHE, Friedrich. *Da genealogia da moral*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, 177 p.

NUNES, André; PIOLA, Sérgio Francisco. Internações hospitalares do SUS: caracterização por sexo e grupos de idade. In: ARILHA, Margareth; CITELI, Maria Tereza (Org.). *Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: 34, Comissão de Cidadania e Reprodução, 1998, p. 111-135.

OLIVEIRA, Fátima. *Opressão de gênero, feminismo e bioética: algumas considerações para o debate*. Página da Rede de Divulgação em Bioética. Disponível em: <<http://culturabrasil.art.br/RIB/DPBartigo1.htm>> 21 jan. 2000, 13 p.

PAICHELER, Geneviève. General population and HIV prevention: from risk to action. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, Suplemento 2, 1999, p. 93-105.

PAPPAS, Peter G. Syphilis 100 years ago: parallels with the aids pandemic. *International Journal of Dermatology*, v. 32, n. 10, 1993, p. 708-709. [comments].

PARKER, Richard. *A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1994, 141 p. (Coleção História social da Aids, n. 3).

_____. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999, p. 125-150.

PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996, 206 p. (Coleção História social da Aids, n. 7).

PESSINI, Léo. Os princípios da bioética: breve nota histórica. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul (Org.). *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus, 1996, p. 51-55.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. Bioética: do principalismo à busca de uma perspectiva latino-americana. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Org.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 81-98.

PINTO, Paulo Gabriel Hilu da Rocha. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, 1995, p. 131-144.

PRAÇA, Neide de Souza. *A cuidadora e o (ser) cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da aids*. São Paulo, 1998, 262 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1998.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Dossiê Mulheres e Aids*. Brasil, 1999.

ROBERTS, Dorothy E. Reconstructing the patient : starting with women of color. In: Wolf, Susan M. (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: University, 1996, p. 116-143.

RODRIGUES, José Carlos. *O tabu do corpo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1993, 173 p.

RORTY, Richard. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Presença, 1994, 253 p. Tradução: Nuno Ferreira da Fonseca.

ROSALDO, Michele Zimbalist; LAMPHERE, Louise. Introdução. In: _____. *Mulher, cultura e sociedade*. São Paulo: Paz e Terra, 1979, p. 17-32.

ROSSET, Clément. *O princípio da crueldade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1989a. 80 p. Tradução: José Thomaz Brum.

_____. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989 b, p. 198. Tradução: Fernando J. Fagundes Ribeiro e Ivana Bentes.

_____. *Lo real y su doble: ensayo sobre la iluición*. Barcelona: Tusquets, SA, 1993, 120 p.

ROTHMAN, David J. Ethics and human experimentation: Henry Beecher revisited. *New England Journal of Medicine*, v. 317, n. 19, p. 1195-1199, Nov., 1987.

_____. *Strangers at the bedside: a history how law and bioethics transformed medical decision making*. United States: Basic Books, 1991, 303 p.

_____. Three views of history: view the first. *Hastings Center Reports*, v. 23, n. 6, Special Supplement, p. S11-S12, Nov./Dec. 1993.

SANTOS, Naila; VENTURA-FELIPE, Elvira; PAIVA, Vera. HIV positive women, reproduction and sexuality in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*, v. 6, n. 12, p. 31-40, Nov., 1998.

SCHÜKLENK, Udo. Aids: individual and 'public' interests. In: KUHSE, Helga; SINGER, Peter (Ed.). *A companion to bioethics*. Oxford: Blackwell, 1998, p. 343-354.

SCHÜKLENK, Udo et al. Aids: ethical issues in the developing world. In: KUHSE, Helga; SINGER, Peter (Eds.). *A companion to bioethics*. Oxford: Blackwell, 1998, p. 335-365.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, v. 16, n. 2, p. 5-22, Jul./Dez., 1990.

_____. Prefácio a gender and politics of history: *Cadernos Pagu*, v. 3, 1994, p. 11-27.

SEGAL, A. I. Physicians attitudes toward human immunodeficiency virus test in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 174, n. 6, p. 1750-1755, June, 1996.

SHERWIN, Susan. Feminism and bioethics. In: WOLF, Susan (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: University, 1996, p. 47-66.

_____. *No longer patient: feminist ethics & health care*. Philadelphia: Temple University, 1992, 286 p.

_____. (Coord.) *The politics of women's health: exploring agency and autonomy*. Philadelphia: Temple University, 1998, 320 p.

SONTAG, Susan. *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, 111 p. Tradução: Paulo Henriques Brito.

_____. *Illness as metaphor and aids and its metaphors*. New York: Anchor Books, 1990, 183 p.

SOUZA, Marcelo Medeiros Coelho de. A maternidade nas mulheres de 15-19 anos: um retrato da realidade. *O Mundo da Saúde*, v. 23, n. 2, p. 93-105, Mar./Abr., 1999.

TEMMERMAN, Marleen; NDINYA-ACHOLA, Jackoniah; AMBARI, Joan; PIOT, Peter. The right not to know HIV-test results. *The Lancet*, v. 345, n. 8955, p. 969-970, April, 1995.

TONG, Rosemarie. *Feminine and feminist ethics*. Belmont: Wadworth, 1993, 239 p.

_____. *Feminist approaches to bioethics: theoretical, reflections and practical applications*. United States: Westview, 1997, 280 p.

_____. *Feminist approaches to bioethics*. In: WOLF, Susan M. (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. New York: Oxford University, 1996, p. 67-94.

UNITED NATIONS. Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemics*. June, 1998. Relatório. Disponível na Internet. <http://www.unaids.org/hivaidsinfo/faq/index/html>. 20 jan. 1999.

VANCE, Carol S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, 1995, p. 7-31.

VELOSO, Valdiléia G.; VASCONCELOS, Ana Lúcia; GRINSTEJN, Beatriz. Prevenção da transmissão vertical no Brasil. *Boletim epidemiológico da Aids*. ano 12, n. 3. Semana epidemiológica 22 a 24 – Junho a Agosto de 1999, p. 16-23.

VERMELHO, Letícia Legay; BARBOSA, Regina Helena Simões; NOGUEIRA, Susie Andries. Mulheres com aids: desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 369-379, Abr./Jun. 1999.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, Karen, COSTA, Sarah Hawker (Org.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999, p. 67-78.

VILLELA, Wilza Vieira. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, São Paulo: 34, 1999, p. 199-213.

WALZER, Michael. *Da tolerância*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, 145 p.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999, p. 35-82.

WOLF, Susan. Two levels of pluralism. *Ethics*, n. 102, p. 785-798, July, 1992.

_____. Introduction. In: WOLF, Susan (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: University, 1996, p. 3-46.

_____. Erasing difference; race, ethnicity, and gender in bioethics. In: DONCHIN, Anne, PURDY, Laura M. (Eds.). *Recent embodying feminist bioethics advances*. Boston: Rowman & Littlefield, 1999, p. 65-81.

_____. (Org.). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: University, 1996, 398 p.

Anexo

Sobre a amostra

Sobre a amostra

Delimitação da amostra

Para o cálculo da amostra foi utilizado o seguinte raciocínio:

P1: porcentagem de gestantes que aceitaram fazer o teste a princípio = 50%

P2: porcentagem final das gestantes que aceitaram fazer o teste = 70%, com uma diferença de 20% após a intervenção α : 0.05

β : 0.20

Utilizando-se, então, a tabela do Appendix 13.B, chegamos ao número de 93 gestantes.¹ Acrescentou-se 10% a este valor inicial encontrado para prevenir possíveis perdas e obteve-se o número final de 102 gestantes como amostra. Optou-se, entretanto, por manter o número de 100 gestantes como amostra para a aplicação dos questionários.

Sujeitos

Participaram da pesquisa gestantes pertencentes à faixa etária compreendida entre 13 e 49 anos e que freqüentaram o serviço público de pré-natal nos dois centros de Saúde selecionados durante o período de coleta de dados.² Foram incluídas na pesquisa as gestantes que

¹ HULLEY, Stephen, B.; Cummings, Steven, R. *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988, p. 216.

² Optei por incluir as gestantes pertencentes à faixa etária entre 13 e 49 anos, seguindo a proposta do Projeto Sentinela.

compareceram aos serviços para a primeira consulta do pré-natal, de forma consecutiva e intencional, até completar a amostra estabelecida.

Critérios de inclusão

Mulheres grávidas, na primeira consulta do pré-natal, com condições de apreender informações e tomar decisões relacionadas ao seu problema de saúde.

Critérios de exclusão

Mulheres com deficiência mental e com diagnóstico confirmado de infecção por HIV.



Este livro propõe uma explicação moral para o crescimento da epidemia do HIV/Aids entre mulheres. A afirmação central do livro é que a subordinação de gênero, ao cercear a autonomia feminina, impõe uma desigualdade estrutural às mulheres que as impede de negociar métodos de proteção para as doenças sexualmente transmissíveis. *Escravas do risco* é um título provocativo e incômodo, que, contudo, toca no cerne da vulnerabilidade feminina à epidemia.

As mulheres são vulneráveis à Aids não apenas por uma fragilidade do corpo feminino à doença, mas principalmente pelos padrões de socialização de gênero dominantes em diferentes sociedades. É na subordinação das mulheres aos homens, traduzida, no campo da reprodução e da sexualidade, em uma dificuldade moral de negociar o duplo método, que se encontra a principal explicação para a feminização da epidemia, segundo Dirce Guilhem.

Reconhecer a vulnerabilidade feminina à epidemia e, provocativamente, descrever as mulheres como escravas de um risco imposto pela socialização é um dos desafios argumentativos deste livro. Certamente não são todas as mulheres escravas da subordinação de gênero, mas a intenção do livro não é descrever a capacidade de negociação de cada mulher. O livro é mais ambicioso: a proposta é enfrentar os discursos morais dominantes, os valores que facilitam a feminização da epidemia.

Debora Diniz
Antropóloga, professora da UnB

Esta obra é resultado do Programa de Fomento – Edital 03 – da Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos – FINATEC, que tem por objetivo o apoio à publicação de livros desenvolvidos por professores da Universidade de Brasília – UnB.

A FINATEC, instituída em 13 de março de 1992, é uma fundação privada, sem fins lucrativos, de apoio à Universidade de Brasília, que tem por finalidade institucional promover e apoiar o desenvolvimento científico e tecnológico, a transferência de tecnologia, a pós-graduação e a pesquisa.



CÓD. EDU: 385689

ISBN 85-230-0875-6



Editora Universidade de Brasília

ISBN 85-85862-13-0



Finatec