



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



**Jamille Maria Rodrigues Carvalho**

**Experiências e Perspectivas de Mulheres Vivendo com HIV/Aids sobre  
Direitos Sexuais e Reprodutivos**

**Rio de Janeiro  
2019**

**Jamille Maria Rodrigues Carvalho**

**Experiências e Perspectivas de Mulheres Vivendo com HIV/Aids sobre  
Direitos Sexuais e Reprodutivos**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Souza Monteiro.

**Rio de Janeiro  
2019**

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

C331e Carvalho, Jamille Maria Rodrigues.  
Experiências e perspectivas de mulheres vivendo com HIV/Aids  
sobre direitos sexuais e reprodutivos / Jamille Maria Rodrigues  
Carvalho. -- 2019.  
133 f.

Orientadora: Simone Souza Monteiro.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional  
de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Direitos Sexuais e Reprodutivos. 2. Mulheres. 3. HIV.  
4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 5. Gênero e Saúde.  
I. Título.

CDD – 23.ed. – 614.599392

**Jamille Maria Rodrigues Carvalho**

**Experiências e Perspectivas de Mulheres Vivendo Com HIV/Aids sobre  
Direitos Sexuais e Reprodutivos**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de  
Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, para  
obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 02 de abril de 2019.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Reis Brandão  
IESC/UFRJ

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lucia Marques da Silva  
ENSP/FIOCRUZ

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Monteiro (Orientadora)  
ENSP/FIOCRUZ

**Rio de Janeiro  
2019**

Às minhas amadas avós Ana (*in memoriam*) e Ivone,  
pela doçura com que sempre me incentivaram,  
o carinho que sempre desvelaram e  
pelo imenso orgulho que sempre sentiram de mim.

## AGRADECIMENTOS

Desde o início da minha jornada acadêmica, ainda na graduação, escuto que escrever é um processo penoso e solitário. Posso concordar em parte com essa afirmação, mas solidão nunca foi o sentimento que prevaleceu nessa jornada. Pelo contrário, reconheço e sou profundamente grata a todo suporte que recebi de inúmeras pessoas que foram fundamentais para a concretização desse ciclo tão importante em minha vida.

Abro esta seção agradecendo a oportunidade e toda estrutura de ensino e pesquisa que encontrei na Fundação Oswaldo Cruz, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Por todos os professores e funcionários que cruzaram meu caminho e me auxiliaram de tantas formas diferentes.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, pelo qual também presto meu agradecimento.

Em seguida agradeço a minha orientadora, Simone Monteiro, pela parceria em todo período do mestrado. Mesmo quando enfrentei dificuldades de outra ordem, sua compreensão e disponibilidade estiveram presentes. Agradeço pela riqueza dos ensinamentos e pelas contribuições que só engrandeceram meu trabalho. Sua capacidade de ensinar a fez grande mestra do meu caminho acadêmico e modelo do verdadeiro sentido de ser professora/orientadora. Sou grande admiradora do seu profissionalismo, ética e inteligência. Da mesma forma, agradeço à Lívia Fraga por toda atenção dispensada desde o primeiro momento em que nos conhecemos. Obrigada por compartilhar textos, dados, projetos. Sua generosidade e seu apoio foram fundamentais em diversas fases desse trabalho.

Agradeço às professoras Vera Marques e Elaine Brandão pela participação na banca de defesa, pelas contribuições dadas no processo de qualificação do projeto e/ou em momentos anteriores.

Aos meus pais, João e Francione, por serem as fortalezas nas quais me apoiei ao longo de toda essa jornada e que sempre foram meus maiores incentivadores, não medindo esforços de todas as ordens para que eu pudesse alcançar mais essa conquista. Da mesma forma, agradeço às minhas irmãs Caroline e Beatriz, por formarmos juntos essa família que sempre torce e sente muito orgulho um do outro.

Às amigas Marina Barbosa, Lígia Capistrano, Mariana Amaral, Alana Ricarte, Pamella Melo, Yasmin Zalazan, Pâmela Barbosa, Rutiele Moraes, Sara Auad, Camila Holanda, Denise Cardoso, psicólogas e parceiras por quem tenho profundo amor e admiração. Obrigada por compartilharem a vida comigo e serem meu suporte há tantos anos. Vocês são mulheres fortes que me inspiram. Em especial à Bárbara Xavier por ter contribuído tão afetosamente para o meu trabalho com palavras que me deram incentivo e confiança.

À Jamile Castro e Luna Celedênio por compreenderem minhas ausências, pelo amor e apoio dispensado há anos e por se fazerem presentes e especiais mesmo quando a rotina não permitia. Vocês me inspiram;

Às minhas amigas Bruna Drumond, Iara Veloso e Maria Clara Leal, amigas-irmãs que foram fundamentais nessa trajetória na cidade maravilhosa, que durante esses anos compartilharam amor, carinho e incentivo. Eu não tenho palavras para mensurar como vocês me fortaleceram e como tudo teria sido menos colorido sem o vínculo que formamos aqui. Obrigada por estarem presentes nos desafios e alegrias desse ciclo.

A outros tantos amigos queridos que torceram muito por mim nesta fase em especial, Paula Timbó, Ivna Fontenele, Yuri Albuquerque, Lucas dos Santos, Rafael Almeida, Bruno Costa e os da residência em infectologia.

Aos amigos de mestrado, da linha Saúde e Sociedade, Bianca, Lívia, Rosiane, Artur e Matheus pelo apoio e companheirismo que tornaram os anos de formação mais leves e proveitosos.

Aos meus padrinhos, primas e demais familiares pelos momentos de alegria e incentivo compartilhados e que de alguma forma tornaram possível essa realização.

À equipe de profissionais dos serviços de saúde especializados que me ajudaram a realizar a pesquisa de campo e tornaram o encontro com as participantes possível. E a todas as mulheres que participaram desta pesquisa, pela disponibilidade de contribuírem com meu trabalho, pela entrega e abertura com assuntos tão caros a elas e por deixarem uma grande inspiração em mim. Que eu possa ser, dentro do meu espaço de pesquisadora, voz para outras mulheres e agente de mudança do cenário que vivemos, na busca por mais direitos e igualdade para mulheres. A luta feminina me impulsiona.

me levanto  
sobre o sacrifício  
de um milhão de mulheres que vieram antes  
e penso  
*o que é que eu faço*  
*para tornar essa montanha mais alta*  
*para que as mulheres que vierem depois de mim*  
*possam ver além.*

Legado. Rupi Kaur (2017).



## RESUMO

Existem evidências acerca dos avanços na discussão e implementação de políticas associadas aos direitos sexuais e reprodutivos, a partir de uma análise crítica sobre os padrões tradicionais de gênero. No entanto, ainda há obstáculos para sua efetivação e consolidação. Importa aqui destacar o caso da assistência às mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA). O foco na identificação e assistência as grávidas soropositivas têm tido efeitos importantes na redução da transmissão vertical do HIV. Todavia, tal enfoque carece de uma abordagem das condições de vulnerabilidade social e dos direitos sexuais e reprodutivos das MVHA. Assim, este estudo analisa as visões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de sete MVHA e suas percepções sobre a abordagem desses temas pelos profissionais dos serviços de saúde onde são atendidas. O estudo tem por base: 1) banco de dados com entrevistas individuais, realizadas em 2013, no âmbito da pesquisa “Estigma, reprodução e Aids”, desenvolvida pelo LEAS (IOC/FIOCRUZ) com gestantes atendidas em dois serviços especializados na prevenção da transmissão vertical no estado do Rio de Janeiro; 2) entrevistas semiestruturadas, feitas em 2018, com essas mesmas mulheres que tiveram o propósito de conhecer suas atuais condições de vida, as visões e práticas sobre sexualidade, direitos e reprodução no contexto HIV após a gestação. Os dados foram analisados com base nas contribuições dos estudos socioantropológicos ao campo da saúde. Os principais achados estão relacionados à percepção naturalizada das mulheres acerca do corpo feminino e dos eventos de sua vida sexual e reprodutiva. Ainda que muitos progressos tenham ocorrido em direção à liberdade sexual feminina, à autonomia sobre seus corpos e às escolhas reprodutivas, o alcance dessas transformações na vida das mulheres é mediado pelo contexto socioeconômico, relações de poder e menor acesso a bens simbólicos dos estratos populares da sociedade. Foi possível observar a capacidade delas em remodelar certos padrões sociais, contudo, as normas tradicionais de gênero se mostram fortemente instaladas nas suas dinâmicas familiares. Além disso, existe uma lacuna entre as demandas contraceptivas e reprodutivas das mulheres e o atendimento recebido nas unidades de saúde onde são acompanhadas. A mudança desse cenário é um processo longo, que envolve transformações sociais e culturais no papel da mulher, ações de diversos atores sociais e instituições, inclusive os do setor saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direitos Sexuais e Reprodutivos. Mulheres. HIV. Aids. Gênero e Saúde

## ABSTRACT

There is evidence of advances in the discussion and implementation of policies associated with sexual and reproductive rights, based on a critical analysis of traditional gender patterns. However, there are still obstacles to its effectiveness and consolidation. It is important to highlight the case of assistance to women living with HIV/Aids (MVHA). The focus on identifying and assisting HIV-positive pregnant women has had important effects on reducing vertical HIV transmission. However, such an approach requires an approach to the MVHA's social vulnerability and sexual and reproductive rights. Thus, this study analyzes the views about the sexual and reproductive rights of seven MVHAs and their perceptions about addressing these issues by the health care professionals where they are attended. The study is based on: 1) a database with individual interviews, carried out in 2013, within the of the research "Stigma, Reproduction and Aids", developed by LEAS (IOC / FIOCRUZ) with pregnant women attended by two specialized services in the prevention of vertical transmission in the state of Rio de Janeiro; 2) semi-structured interviews, conducted in 2018, with those same women who had the purpose of knowing their current living conditions, visions and practices about sexuality, rights and reproduction in the HIV context after gestation. The data were analyzed based on the contributions of the socioanthropological studies to the field of health. The main findings are related to the naturalized perception of women about the female body and the events of their sexual and reproductive life. Although much progress has been made toward women's sexual freedom, autonomy over their bodies and reproductive choices, the extent of these transformations in women's lives is mediated by the socioeconomic context, power relations, and less access to symbolic goods of the popular strata of women society. It was possible to observe their capacity to reshape certain social patterns, however, traditional norms of gender are strongly installed in their family dynamics. In addition, there is a gap between the contraceptive and reproductive demands of women and the care received at the health units where they are monitored. The change in this scenario is a long process, involving social and cultural changes in the role of women, actions of various social actors and institutions, including those in the health sector

**KEYWORDS:** Sexual and Reproductive Rights. Women. HIV. AIDS. Gender and Health

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 12 |
| <b>1. JUSTIFICATIVA</b> .....   | 19 |
| 1.1 <b>Cenário e desafios da epidemia de HIV/Aids no Brasil</b> .....               | 19 |
| 1.2 <b>Ser Mulher com HIV/Aids</b> .....  | 23 |
| 1.3 <b>Direitos Sexuais e Reprodutivos: Aspectos Conceituais e Políticos</b> .....  | 27 |
| 1.3.1 <b>Políticas de saúde e o recorte de gênero</b> .....                         | 31 |
| <b>2. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....   | 41 |
| 2.1 <b>Estratégia Metodológica</b> .....  | 42 |
| 2.2 <b>Percurso da Pesquisa</b> .....   | 44 |
| 2.3 <b>Analisando os Dados</b> .....  | 49 |
| <b>3. CONHECENDO O PERFIL E A TRAJETÓRIA DAS MULHERES</b> .....                     | 51 |
| 3.1 <b>Florbela</b> .....   | 51 |
| 3.2 <b>Clarice</b> .....  | 55 |
| 3.3 <b>Carolina</b> .....   | 58 |
| 3.4 <b>Cecília</b> .....  | 60 |
| 3.5 <b>Ângela</b> .....   | 65 |
| 3.6 <b>Jane</b> .....   | 69 |
| 3.7 <b>Virgínia</b> .....   | 73 |
| <b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....   | 78 |
| 4.1 <b>Percepções e Práticas sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos</b> .....        | 78 |
| 4.1.1 <b>Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva das entrevistadas</b> ..... | 79 |
| 4.1.2 <b>A centralidade da maternidade: atualizações e questionamentos</b> .....    | 80 |
| 4.1.3 <b>Divisão sexual do trabalho</b> .....                                       | 85 |
| 4.1.4 <b>Práticas contraceptivas e preventivas antes e após o HIV</b> .....         | 87 |

|  |            |
|--|------------|
| 4.1.5 O caso da laqueadura .....                                       | 90         |
| 4.1.6 Aborto .....   | 96         |
| 4.1.7 Sexualidade e relações de gênero .....                           | 100        |
| 4.1.8 Concepções sobre Feminismo e Machismo .....                      | 103        |
| <b>4.2 Relação com o serviço de saúde e os profissionais</b> .....     | <b>106</b> |
| 4.2.1 Demandas contraceptivas e reprodutivas .....                     | 111        |
| 4.2.2 Desafios da escuta e do acolhimento .....                        | 113        |
| <br>   |            |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                                      | <b>116</b> |
| <br>   |            |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>120</b> |
| <br>   |            |
| <b>APÊNDICE – Roteiro de Entrevista Semiestruturada</b> .....          | <b>128</b> |
| <br>   |            |
| <b>ANEXO – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> ..... | <b>131</b> |

## INTRODUÇÃO

Desde o começo do século XX, movimentos de mulheres e, sobretudo, os grupos feministas lutam contra o controle sob os corpos femininos e a reprodução exercido em várias esferas da vida pública. A partir da década de 1970, a luta em prol do reconhecimento dos direitos reprodutivos se torna mais articulada – agregada ao movimento de democratização do país - e desempenha papel relevante para a inscrição de demandas pela igualdade de gênero no sistema jurídico do Brasil (CARRARA; VIANNA, 2008).

O movimento visa desvincular a abordagem demográfica no controle da natalidade. Nessa direção, tem o propósito de assegurar: o direito de as pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; bem como, de garantir, o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2013). Outros marcos nacionais na consolidação desses direitos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004 e o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia do HIV/Aids e outras DSTs, de 2007; estão embasados no ideário feminista de atenção à mulher em todos os ciclos de vida e numa concepção de mulher autônoma e singular.

Podemos dizer que houve avanços na formulação e implementação de políticas associadas aos direitos sexuais e reprodutivos a partir de uma análise crítica sobre os padrões tradicionais de gênero. No entanto, ainda existem obstáculos para sua efetivação e consolidação. Importa aqui destacar o caso da assistência às mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA).

Na última década, a principal política nacional de controle e prevenção do HIV entre mulheres está centrada na testagem durante o pré-natal e parto, seguida do encaminhamento para tratamento dos casos positivos, visando a não transmissão do HIV para o bebê (BRASIL, 2007). O foco na identificação e assistência a grávidas soropositivas tem tido efeitos importantes na redução da transmissão vertical; todavia, carece de uma abordagem das condições de vulnerabilidade social e dos direitos sexuais e reprodutivos das MVHA. Tal situação ilustra a necessidade de se avançar sobre a garantia desses direitos, haja vista o predomínio da valorização da doença e do suporte diagnóstico laboratorial em detrimento de aspectos subjetivos, socioculturais e institucionais (MONTEIRO et. al., 2016a).

É preciso compreender que a infecção da mulher pelo HIV perpassa por questões mais amplas, além das biológicas, que envolvem seu papel social e seu modo de ser no mundo, muitas vezes marcados por desigualdades sociais e de gênero. O estado de saúde tem profunda relação com diversos aspectos da vida, como a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados ainda pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades do trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. Além disso, as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas, de modo que as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas (BRASIL, 2004).

Faz-se necessário igualmente pensar sobre a sexualidade, as formas de prevenção, de lidar com o corpo, com o desejo do/a parceiro/a e a importância de se incentivar campanhas e programas de saúde capazes de contemplar as especificidades desse grupo. Ou seja, compreendemos que é relevante ter ações que envolvam “temas mais amplos, como a igualdade de gênero e o fortalecimento da cidadania, para que essas [mulheres] possam transformar a história e encarar com dignidade a situação de soropositividade” (SILVA; MOURA; PEREIRA, 2013, p. 336).

O presente estudo objetiva contribuir para esse debate a partir da análise das concepções e práticas acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA), usuárias da rede pública de saúde no Rio de Janeiro. Por meio do depoimento de MVHA, temos a intenção de valorizar aspectos subjetivos, sociais e as questões de gênero ligados à infecção pelo HIV.

Além dos argumentos assinalados, a discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos de mulheres se mostra necessária e pertinente diante do cenário conservador e retrógrado que estamos vivenciando no Brasil, como ilustra o atual Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 181/2015. O texto original dispõe sobre a possibilidade de ampliar o direito à licença-maternidade da mãe caso o bebê nasça prematuro, contando assim com o período de internação da criança. No entanto, numa comissão especial composta por 18 homens e apenas uma mulher, o texto do projeto foi alterado e inseriu-se o conceito de proteção à vida a partir da concepção (CÂMARA, 2017)<sup>1</sup>. Essa modificação afeta outros artigos da Constituição, para além da

---

<sup>1</sup> Baseado na Ficha de Tramitação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC 181/2015) proposta pelo Senador Aécio Neves - PSDB/MG. Situação atual: Pronta para Pauta na Comissão Especial destinada a proferir parecer à

licença-maternidade e dá margem para que o permissivo legal de realização do aborto se torne inconstitucional. Dessa forma, barra o acesso ao aborto legal, inclusive quando a gravidez é resultante de estupro. É preocupante perceber como o corpo feminino é um polo onde se incidem o desejo e o direito do homem. Direito de decidir sobre a dignidade de uma mulher, sobre sua vida e seu futuro, ainda que esta não tenha sido ouvida sobre tal decisão.

Outra discussão atual sobre a temática dos direitos sexuais e reprodutivos diz respeito aos casos de esterilização compulsória, como o ocorrido em junho de 2018 com uma detenta no interior de São Paulo. A realização, após decisão judicial, violou alguns artigos da lei de Planejamento Familiar e gerou um intenso debate social em torno do assunto. Em contraposição ao direito de decidir ter ou não filhos, alguns grupos defendem que o Estado deveria promover a esterilização das camadas mais pobres da população como forma de controle demográfico e da pobreza (UNFPA, 2018). Esse caso aconteceu pouco tempo depois do lançamento da campanha “Ela Decide Seu Presente e Seu Futuro” pelo Fundo de População das Nações Unidas no Brasil (UNFPA), em que se busca fomentar a decisão livre e informada das mulheres sobre suas práticas sexuais e trajetória reprodutiva.

O caso relatado, mesmo sendo pontual, somada a PEC 181/2015, apontam para a importância da reafirmação da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, pois mesmo assegurados em acordos internacionais, ainda existe um longo caminho até sua real concretização. As ameaças ao exercício dessa autonomia tornam esse debate atual e necessário para se alcançar igualdade, desenvolvimento e justiça social.

### *Motivações*

Para além da relevância para o campo da saúde coletiva, o recorte do presente estudo guarda relação com minha experiência profissional. Durante o período de 2014 a 2016, trabalhei como psicóloga-residente no atendimento à Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA) no hospital de Infectologia da cidade de Fortaleza, Ceará. A escolha pela residência multiprofissional em Infectologia se deu pelo desejo de adentrar em um cenário com inúmeras demandas psicológicas e ao mesmo tempo, grande carência desse profissional. Fiquei motivada pela oportunidade de trabalhar com um público diverso, estigmatizado por suas doenças e em

---

Proposta de Emenda à Constituição nº 181-A, de 2015, do Senado Federal, que "altera o inciso XVIII do art. 7º da Constituição Federal para dispor sobre a licença-maternidade em caso de parto prematuro", e apensada (PEC18115). Disponível em: <  
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2075449>>

situação de vulnerabilidade social. Tal contexto permitiria uma atuação para além do *setting* clínico tradicional da Psicologia, com a valorização dos aspectos emocionais e subjetivos, mas capaz de abordar os determinantes sociais da saúde, com vistas à integralidade do cuidado. Exercer a prática psicológica em instituições hospitalares, onde o modelo biomédico está cristalizado, marcado por saberes bem delineados e fortemente verticalizados, é um desafio. Ainda mais quando se trata de demandas psicossociais tão complexas, resultante das interfaces biológicas e sociais da Aids.

A instituição em questão é referência na assistência a doenças infecciosas no estado, atendendo não só demandas da capital, mas também do interior e até mesmo de estados vizinhos, estando integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital possui uma estrutura organizacional que compreende as unidades de internação, ambulatório, pronto atendimento, hospital dia, laboratório e farmácia. Atende demandas relacionadas a doenças infecciosas como HIV/Aids, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Tuberculose, Leishmanioses, Hepatites. Dessa forma, o público atendido pela instituição, em sua maioria, constitui-se de pessoas com doenças estigmatizantes, que guardam relação com aspectos sexuais e socioeconômicos de suas vidas.

Enquanto residente de Psicologia, atuei como membro da equipe de saúde nas unidades de internação, UTI, pronto atendimento e Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), realizando atendimentos diários ou solicitados através de interconsultas. Além disso, o setor de Psicologia também está presente no Ambulatório, onde são feitos atendimentos a pacientes com idades e demandas diversificadas, aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, educação em saúde, grupos operativos, encaminhamentos, etc.

Essa experiência foi muito importante para minha trajetória profissional, pois propiciou a descoberta de uma atuação com a qual desenvolvi grande identificação e satisfação, além de grande crescimento pessoal. Muitos pacientes traziam histórias impactantes de adoecimento e contextos de vida marcados pela desigualdade social, desamparo afetivo, preconceito, vivência nas ruas e envolvimento com álcool e outras drogas. Me possibilitou também um entendimento maior do campo de estudos e políticas públicas voltadas ao HIV/Aids e uma aproximação da realidade enfrentada por essas pessoas.

A partir da observação e dos atendimentos psicológicos, identifiquei aspectos muito singulares da infecção em mulheres, como, por exemplo, o fato de grande número destas descobrir o diagnóstico soropositivo durante a hospitalização do companheiro. Muitas relatavam em atendimento o quão doloroso era lidar com o duplo diagnóstico, que acarretava



ainda questionamentos sobre fidelidade, significado do casamento e perspectivas de futuro. Me chamava atenção que, mesmo diante desse sofrimento psíquico, muitas mantinham uma postura de cuidado e lealdade ao companheiro, afirmando que não os deixariam após a descoberta da sua soropositividade, ainda que a relação conjugal tenha se modificado. Tal situação indica a internalização e permanência do papel tradicional de gênero da mulher como cuidadora, que zela pelos demais. Cabe ressaltar que as mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, *sobretudo*, acompanhando parentes; são cuidadoras não só da família, mas também da comunidade (BRASIL, 2004).

Conforme afirma Tronto (1997), as estruturas presentes nesse cuidado não dizem respeito somente à família ou ao ambiente doméstico privado, mas envolvem a atuação majoritária em profissões e atividades de maternagem social, que proporcionam o cuidado direto do outro. Se propaga a conciliação de tarefas ou dupla jornada, sem desvincular as mulheres das tarefas de cuidado e zelo para com os seus. No entanto, há um comportamento usual da sociedade de invisibilizar todo desgaste emocional e dedicação exigidos nessa atividade. Cuidar é uma tarefa difícil, que implica responsabilidade com o objeto de cuidado. Para a autora, cuidar é “necessariamente relacional”; essa dimensão do cuidado enquanto compromisso está de acordo com o significado original da palavra em inglês: “*care* significava carga; cuidar é assumir uma carga”.

Durante o período como psicóloga-residente, tive a oportunidade de realizar uma pesquisa com mulheres portadoras de HIV, atendidas no ambulatório do referido hospital e acompanhadas pelo setor de Psicologia. A pesquisa fazia parte do trabalho de conclusão de curso da residência para obtenção do título e foi realizada através de grupos focais com o intuito de refletir sobre a condição feminina e como suas vivências são afetadas pelo HIV. Esse estudo possibilitou compreender a vivência das participantes não apenas por uma doença crônica vinculada a estigmas e preconceitos, de forma linear, mas uma teia complexa de demandas e sentimentos que define seu modo de ser no mundo.

Ademais, significou uma aproximação inicial com estudo sobre gênero e sexualidade, numa nova perspectiva para mim, pois meu contato anterior com o tema se deu através de leituras das escolas de pensamento da Psicologia durante a faculdade. Contudo, o interesse em aprofundar esse estudo já era latente desde o trabalho no Hospital da Mulher de Fortaleza (hoje Hospital e Maternidade Zilda Arns), onde atuei antes da residência, no qual demandou grande reflexão e empenho na minha prática como psicóloga. A atuação direta com mulheres e as

questões que perpassam as desigualdades de gênero, fomentou uma reflexão sobre o lugar que ocupamos enquanto mulher, filha, profissional e demais papéis que exercemos na sociedade.

Em suma, desvelar os sentidos dos discursos das mulheres participantes dos grupos focais foi um desafio e, ao mesmo tempo, um grande aprendizado. O estudo estimulou reflexões acerca das implicações das questões de gênero nos estados de saúde/doença das mulheres, especialmente, no que concerne à vivência com HIV/Aids e como esses aspectos se relacionam.

Com o intuito de aprofundar a reflexão sobre o impacto do HIV na vida das mulheres, a presente pesquisa visa indagar: Quais as visões e práticas sobre direitos sexuais e reprodutivos de um grupo de mulheres vivendo com HIV, atendidas na rede pública de saúde de municípios do estado do Rio de Janeiro? Como elas percebem que essa questão é tratada nos serviços de saúde onde são acompanhadas?

Para responder a essas questões, a presente dissertação visa entrevistar MVHA que integraram uma pesquisa anterior, intitulado “Estigma, gênero e trajetórias reprodutivas no contexto da Aids no Rio de Janeiro”, doravante denominado “Estigma, reprodução e Aids”. A pesquisa foi apoiada pela FAPERJ e coordenada por Simone Monteiro (LEAS-IOC/FIOCRUZ). Cabe esclarecer que, em 2013, a equipe desse estudo realizou entrevistas individuais com 29 gestantes vivendo com HIV/Aids (GVHA), em acompanhamento em duas unidades da rede pública especializadas na prevenção da transmissão vertical do HIV, focalizando suas trajetórias de vida. Foram igualmente realizadas entrevistas com seis companheiros das respectivas GVHA e observação etnográfica das salas de espera dos referidos serviços. Os depoimentos foram organizados em um banco de dados.

As análises dos achados indicaram que o acompanhamento recebido no serviço especializado prioriza o acesso e adesão ao tratamento e à prevenção da transmissão vertical do HIV; além de ter um papel relevante na ressignificação da fatalidade da Aids entre as participantes. Todavia, demais aspectos que igualmente impactam no convívio com o HIV, como, por exemplo, as condições de vida das gestantes, o enfrentamento do estigma associado à Aids e os direitos sexuais e reprodutivos das PVHA, em geral, não são abordados pela equipe de profissionais do serviço. A pesquisa foi encerrada e seus resultados publicados (MONTEIRO et al., 2016a; MONTEIRO et al., 2016b)

Com o intuito de complementar e avançar na discussão sobre a trajetória de vida de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids, objetivo entrevistar novamente as mulheres que participaram da pesquisa “Estigma, Reprodução e Aids”, focalizando suas visões e práticas

sobre direitos sexuais e reprodutivos. Tal enfoque apoia-se na premissa que a mulher grávida deve ser orientada e cuidada do ponto de vista da sua saúde sexual e reprodutiva e não apenas enquanto incubadora de outro ser. Das 29 entrevistadas em 2013, após diversas tentativas de contatos, em 2018 foi possível realizar uma nova entrevista com sete MVHA. Vale ressaltar que o acesso ao banco de dados da pesquisa de 2013 e as entrevistas feitas em 2018 possibilitaram trazer a dimensão da temporalidade ao colher informações sobre a trajetória de vida em dois momentos distintos. Ademais, permitiu uma análise sobre a experiência do convívio com o HIV após a gestação e suas implicações nas relações afetivo sexuais, bem com um aprofundamento sobre as visões e práticas associadas aos direitos sexuais e reprodutivos.

A dissertação foi organizada nas seguintes partes. No capítulo 1, referente à justificativa, abordamos o cenário da epidemia de Aids no contexto nacional, seguido de considerações sobre ser mulher vivendo com HIV/Aids e sobre aspectos conceituais e políticos relativos os direitos sexuais e reprodutivos. No capítulo 2, apresentamos as estratégias metodológicas adotadas no desenvolvimento do estudo. No capítulo 3, descrevemos o perfil e a trajetória de vida das sete mulheres entrevistadas em 2013 e 2018. O capítulo seguinte discute os resultados do estudo. Na conclusão recuperamos esses achados e salientamos as principais contribuições e limites da pesquisa para o campo de estudo em questão. No Apêndice foi incluído o roteiro de entrevista semiestruturada e no Anexo o modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) entregue e assinado pelas participantes da pesquisa, após submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## 1. JUSTIFICATIVA

### 1.1 Cenário e desafios da epidemia de HIV/Aids no Brasil

Mesmo com todos os avanços conquistados com vistas a diminuir a infecção e mortalidade pelo HIV, a Aids ainda se configura como um grande problema de saúde pública da atualidade. Foi reconhecida no início dos anos 1980 nos EUA e logo depois no Brasil – oficialmente em 1982. Graças ao notório poder de disseminação do vírus HIV (do inglês *Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana), rapidamente a Aids espalhou-se pelo mundo, assumindo características epidemiológicas distintas ao longo dessas quatro décadas, o que representa um desafio para todos os atores sociais e órgãos envolvidos na prevenção e assistência à saúde (PERUCCHI et al., 2011; BRASIL, 2002).

A resposta do Brasil à epidemia se deu através de políticas de saúde, campanhas e monitoramento da infecção por HIV. Importante destacar as iniciativas por parte da sociedade civil que atuaram a partir da negação estatal que caracterizou o período do surgimento da epidemia. Um número cada vez maior de ONGs surgiu em todo o país, chamando a atenção da mídia para a questão, pressionando os órgãos governamentais para uma resposta mais rápida e efetiva (GALVÃO, 2000). Dentre as relevantes medidas do governo brasileiro, cabe ressaltar o acesso gratuito e universal ao tratamento com antirretrovirais a todos os portadores do HIV ou manifestos da Aids, a partir de 1996. Ao longo dos anos foi possível estruturar um programa de âmbito nacional, o Programa Nacional de DST (Doença Sexualmente Transmissível) e Aids que teve abrangência em 150 municípios de todos os estados brasileiros logo no ano de 2000 (BRASIL, 2002).

Moreschi *et al.* (2012) trazem um resgate histórico da epidemia de Aids embasada em três momentos diferentes. O primeiro, em que prevaleceu o conceito de grupo de risco (1981 - 1984), tendo em vista a incidência de Aids em grupos específicos, como homossexuais masculinos, portadores de hemofilia e usuários de drogas intravenosas. O segundo, com o conceito de comportamento de risco (1985 - 1988), que teve o intuito de eliminar o caráter discriminatório da conceituação anterior, frente ao entendimento de que pessoas fora desses grupos também estavam expostas. A partir de 1989, ante aos limites das abordagens epidemiológicas centradas nos fatores de risco, foi incorporada nas análises sobre a susceptibilidade ao HIV de pessoas e grupos populacionais, a concepção de vulnerabilidade individual, programática e social. Segundo essa perspectiva, no caso das mulheres, a análise das condições de vulnerabilidade ao HIV deve considerar os aspectos biológicos, individuais,

programáticos e sociais, que incluem, por exemplo, conhecimento, acesso e poder de negociação de recursos preventivos e assistenciais relacionados aos contextos socioculturais, econômicos e políticos.

Nos últimos anos, nas diretrizes globais e nacional, vem ganhando relevância o conceito de *populações chave*, que envolve segmentos populacionais considerados mais vulneráveis ao HIV, expresso pela maior prevalência do vírus da Aids, quando comparada a população geral. Tais populações são: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras (es) sexuais. A adoção da nomenclatura população chave tem sido alvo de críticas por remeter, de forma velada, à antiga classificação de grupos de risco.

É necessário ressaltar que as terminologias usadas ao longo das quatro décadas de epidemia não são discursos neutros; elas facilitam o acesso ou criam barreiras para determinados grupos e podem ainda favorecer a associação do estigma. Além disso, ao se definir as prioridades em certas populações, se deixa de considerar a vulnerabilidade de outras, em detrimento do princípio da equidade, que visa assegurar as diferenças e garantir assistência à saúde em conformidade com as necessidades de cada grupo de indivíduos. É preciso analisar as diferenças regionais, sociais, de gênero, como no caso das mulheres, por exemplo, em que sua infecção está relacionada principalmente às desigualdades de gênero, à pobreza e violência.

Cabe salientar que, em função dos avanços dos recursos medicamentosos na redução da carga viral, nos últimos anos as respostas globais e nacional ao HIV têm priorizado o tratamento como prevenção (TcP). Tal estratégia visa a identificação precoce das pessoas infectadas, por meio da ampliação do acesso ao teste do HIV, seguida do seu encaminhamento para o tratamento, com o propósito de reduzir a carga viral e, desse modo, diminuir o vírus circulante na população, rompendo a cadeia de transmissão. Nessa direção, a UNAIDS pactuou com diversos países, inclusive o Brasil, a meta “90-90-90”, que consiste em assegurar que 90% da população com HIV será testada, 90% terão acesso a terapia antirretroviral (TARV) e 90% conseguirão se manter em tratamento e com carga indetectável. A proposta visa que a Aids seja eliminada até 2030 (UNAIDS, 2014).

Em suma, na última década, as políticas globais e nacionais de prevenção e controle da Aids, tem priorizado os avanços nas intervenções biomédicas (PreP, PEP, TcP), a ampliação do acesso ao teste do HIV e ao tratamento, principalmente das denominadas populações-chave. Todavia, não tem havido investimento em ações de enfrentamento das situações de

vulnerabilidade ao HIV e à luta pela garantia dos direitos humanos e civis das PVHA (PARKER, 2016).

Em consonância com as análises críticas sobre a ênfase das atuais políticas de Aids, Monteiro *et. al.* (2017) alertam que o papel da testagem no modelo preventivo do TcP, aponta para a lógica mais tecnocrata das intervenções, centrada nas barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento e na testagem como estímulo a práticas de sexo seguro. Certamente há benefícios significativos na ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV<sup>2</sup> em termos do prolongamento e da qualidade de vida das pessoas infectadas. O problema se centra no fato de que o modelo do TcP não tem ação sob as iniquidades sociais que envolvem o adoecimento. Ao contrário, se difunde em detrimento de investimentos no enfrentamento de problemas estruturais e no combate das condições de vulnerabilidade ao HIV e do estigma.

Para os autores, esse direcionamento compromete a garantia dos direitos humanos, a participação de ativistas e PVHA como produtores autônomos de ações e discursos preventivos e o combate da discriminação e das desigualdades sociais e de gênero. Somado à propagação desse enfoque, temos um cenário nacional de enfraquecimento das políticas sociais e da pauta dos direitos humanos. O que ameaça fortemente as conquistas sociais e direitos civis alcançados através de lutas e mobilização social nessas quatro décadas da epidemia (MONTEIRO *et. al.*, 2017).

Como discute Biehl (2011), as abordagens do tipo “bala mágica” são cada vez mais a regra na saúde global, em detrimento de fatores sociais, políticos e econômicos que estão relacionados aos estados de saúde e doença e de iniciativas “centradas nas pessoas”. Na sua perspectiva, a antropologia no campo da saúde deve abordar “desafios ousados como a pharmaceuticalização da assistência médica e questões cruciais como o que acontece com a cidadania quando a política se reduz à sobrevivência” (BIEHL, 2011, p. 268).

A despeito da importância de ter avanços terapêuticos que proporcionem maior qualidade de vida às PVHA, não se pode deixar de considerar as implicações que a persistência do estigma da Aids acarreta no cotidiano dessas pessoas. A infecção pelo HIV tem sido considerada uma condição crônica e controlável desde a implementação da terapia antirretroviral (TARV) e da possibilidade de monitoramento ambulatorial dos pacientes.

---

<sup>2</sup> No contexto brasileiro, segundo dados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2018), no período de 2014 - 2017, observou-se uma redução de 15,8% na taxa de mortalidade padronizada, passando para 4,8/100.000 habitantes. De acordo com a publicação, possivelmente, em consequência da recomendação do “tratamento para todos” e da ampliação do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV (Brasil, 2018).

Contudo, mesmo com os avanços no tratamento e a redução da mortalidade, a Aids ainda representa uma doença com características multifacetadas e multifatoriais que tem repercussão em diversos níveis (sociais, biológicos e psicológicos) da vida do indivíduo.

O diagnóstico de HIV positivo pode gerar diversos lutos, afinal trata-se de uma patologia cercada de preconceitos, além de não possuir cura até a atualidade. A portabilidade do vírus HIV remete à iminência da morte, seu lugar é por excelência de uma doença do outro, associada a significantes como promiscuidade, transgressão, sujeira e descuido. Essa condição faz ainda com que todas as “imperfeições” do indivíduo sejam associadas à imperfeição original ou, no caso, a portabilidade do HIV/Aids. E todas suas respostas defensivas a essa situação tendem a ser vistas como expressão desse defeito; como por exemplo, a falta de adesão, de autocuidado, a fragilidade, os vícios ou a negação de sua condição (GOFFMAN, 1988).

Muitas vezes, é preciso lidar com crises físicas, sociais e psicológicas, que produzem sentimentos de medo, ansiedade e desorganização interna e externa. A classificação de grupo de risco vinculou ainda a infecção a grupos socialmente marginalizados, trazendo ao portador de HIV o medo da exclusão social (BOTTI et. al., 2009). Isso acontece, pois, os padrões introjetados pelo indivíduo do que é normal, não estão em consonância com os atributos que ele possui; os sentimentos de autodepreciação, vergonha e impureza podem ser centrais e se tornar um obstáculo à vida social. Por isso é comum encontrarmos pessoas isoladas que, pela falta desse intercâmbio social, apresentam-se deprimidas, ansiosas, hostis (GOFFMAN, 1988).

A estigmatização e o preconceito em relação ao HIV/Aids fazem parte de um sistema mais amplo de desigualdade e exclusão social que reforça a discriminação daqueles que se diferenciam dos valores hegemônicos, ou seja, socialmente aceitos e por isso são vistos como transgressores. A representação negativa que as pessoas têm do HIV está enraizada em crenças culturais. Quando isso se soma à questão de gênero, temos um quadro severo de discriminação das mulheres, pois a realidade da maioria ainda é de desvantagem econômica, cultural e social. “Junto com os significados culturais locais e as crenças sobre sexo, sangue e outras causas de doenças, essas percepções fornecem um estímulo poderoso para o processo de estigmatização, através da qual se reproduz uma desigualdade estrutural das mulheres no contexto do HIV” (PARKER, AGGLETON, 2001, p. 28).

Dessa forma, as estratégias de enfrentamento devem abranger não só o tratamento individual, mas também as formas de prevenção, uma rede de atenção com equipes multiprofissionais e todos os segmentos terapêuticos necessários, bem como o combate à homofobia e ao estigma associado a prostituição e uso de drogas. No caso do Brasil, sua própria

realidade socioeconômica, a grande extensão territorial, as diferenças culturais e o perfil epidemiológico diversificado ainda figuram como obstáculos a abrangência e eficácia das diretrizes do Programa Nacional de DST/Aids (BRASIL, 2002).

## 1.2 Ser Mulher com HIV/Aids

Analisando historicamente os dados epidemiológicos da infecção por HIV no Brasil, temos que, de 1980 a junho de 2018, foram notificados 926.742 casos de Aids no país, sendo 65,5% em homens e 34,5% em mulheres. No que se refere às mulheres, percebemos que a década de 1990 é marcada pelo aumento de casos de HIV/Aids nessa população de forma generalizada. A partir de 2000 há uma certa estabilização do crescimento, no entanto, um incremento em algumas faixas de idade indica que houve uma participação maior das mulheres nas categorias etárias mais avançadas: nas de 60 anos e mais foi observado um aumento de 21,2% de 2007 para 2017. Ainda assim, as faixas com maior detecção estão entre as mulheres de 35-39 anos e de 40-44 anos: 21,9 casos/100.000 habitantes em ambas as faixas. (BRASIL, 2018).

Atualmente, as maiores prevalências se concentram entre gays/HSH, travestis, prostitutas, havendo uma invisibilidade sobre a vulnerabilidade das demais mulheres à Aids. Contudo, além das implicações das desigualdades sociais e de gênero para vulnerabilidade feminina ao HIV, a não identificação das mulheres com grupos historicamente associados à Aids (gays, usuários de drogas, prostitutas) reduz a sua percepção de risco e as práticas de proteção, principalmente quando envolvidas em relacionamentos heterossexuais estáveis. Vale salientar que a maioria das mulheres não faz a busca espontânea do teste anti-HIV (VILLELA; BARBOSA, 2017).

Como já citado, a principal política nacional de prevenção do HIV para mulheres refere-se à prevenção da transmissão do vírus da mãe soropositiva para o bebê, durante a gestação ou parto. Através do Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis (BRASIL, 2007), que institui a recomendação do exame sorológico para o HIV no período gestacional, a maioria dos diagnósticos de HIV entre mulheres ocorre no pré-natal ou no parto. Em outras faixas etárias, fora do período reprodutivo, é comum o descobrimento do HIV a partir da manifestação de sintomas clínicos, ou seja, o diagnóstico. Estudos indicam que a descoberta desse diagnóstico na gravidez é recebida com surpresa e desencadeia medo de morrer, de não ser capaz de cuidar da família; de ser discriminada e abandonada pelo parceiro; além do temor



com a saúde do bebê e dos cuidados no intuito de evitar a transmissão vertical. Serviços especializados permitem uma ressignificação da fatalidade da Aids, mas há uma tendência em abandonar tratamento após o nascimento do bebê (MONTEIRO et al, 2016a e b; LOURENÇO; AFONSO, 2009).

Como destacado no clássico estudo de Goffman sobre estigma (1988), ao ser “marcado” por algum atributo depreciativo evidenciado, o sujeito passa a ser menos desejável na vida social e deixa de ser considerado como pessoa total, dotada de subjetividade e passa a ser reduzido a uma característica ou traço que o diminui. No caso de mulheres portadoras do vírus HIV, o estigma encontra base na relação entre o atributo e o estereótipo existente em torno do feminino, ou seja, há uma incongruência entre as identidades social virtual e a identidade social real destas mulheres; entre o papel que a sociedade espera da mulher e o atributo vinculado a ela – vírus HIV, associado a significantes de promiscuidade.

De acordo com o autor, “nem todos os atributos indesejáveis estão em questão, mas somente os que são incongruentes com o estereótipo que criamos para um determinado tipo de indivíduo” (GOFFMAN, 1988, p. 13). Essas mulheres são então reclassificadas em uma categoria que suporte a fraqueza ou defeito que se evidenciou possuir, a partir dos significantes preconcebidos em torno do HIV. Por isso é tão difícil o compartilhamento desse diagnóstico com os demais.

Ainda temos a influência dos padrões culturais que associam bem estar e felicidade com beleza, juventude e boa forma física, tornando-se uma carga emocional a mais para a busca por um padrão exigido e, muitas vezes, inalcançável por algumas mulheres; principalmente quando se somam a isso as mudanças corporais trazidas pelo HIV. Tem-se observado que o diagnóstico de HIV/Aids e o seu tratamento fazem parte de um processo que altera significativamente a percepção da imagem corporal e repercute não somente na questão da identidade, mas na psicodinâmica das mulheres, na autoestima, nos seus relacionamentos e na forma como exercem sua sexualidade (COSTA et. al., 2009).

Após o diagnóstico, existe a insegurança de viver outras experiências afetivas, por medo da rejeição do parceiro. Os estudos referidos, somados aos atendimentos de Psicologia no hospital de referência em Infectologia já citado, atestam que muitas acreditam que o casamento só teve sucesso pelo fato do cônjuge também ser portador do HIV. Esse medo do abandono é experienciado de forma muito forte pelas mulheres, pois julgam que é mais fácil o homem desistir da relação por conta do preconceito e dificuldade de cuidado com a mulher do que o

contrário. Essa percepção, está ancorada nos papéis que homens e mulheres desempenham na sociedade, baseados na diferenciação de gênero.

Segundo os padrões tradicionais de gênero, a mulher é percebida como o sexo frágil, sensível e devotada, enquanto os homens são representados pelo poder, agressividade e atividade. Isso acaba por naturalizar a condição de assujeitamento da mulher nas relações que estabelece com o outro. Os mecanismos de construção de desigualdades de gênero se dão a partir da “manipulação ideológica das características naturais de mulheres e de homens, e dos mecanismos de edificação de uma lógica organizacional que configura a relação entre os sexos como um sistema hierarquizado” (RODRIGUES; PERREAULT, 2013). O lugar da mulher, então, é marcado pela sua capacidade de reprodução e cuidado, o fato de gerar filho e de amamentá-lo, ou seja, de perpetuar a espécie e cuidar da família.

Convém salientar que as mulheres são mais suscetíveis à contaminação pelo HIV, em relações heterossexuais, devido a fatores como: maior área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais; maior quantidade de fluidos que são transferidos do homem para a mulher durante o ato sexual e, conseqüentemente, com uma quantidade maior de vírus presentes nesses fluidos e ainda devido às pequenas fissuras que ocorrem no tecido vaginal ou retal no momento da relação sexual (RODRIGUES; PERREAULT, 2013). No entanto, além de uma maior vulnerabilidade biológica da mulher ao HIV, sua infecção envolve uma notória desigualdade na distribuição de poder entre os gêneros, quando se refere ao percurso histórico de desigualdades sociais, políticos e culturais, como também no que diz respeito às estratégias de prevenção e tratamento das mulheres infectadas (PARKER, 2001).

Nas relações afetivas, existe um ideal de homem e um ideal de mulher com papéis bem delineados pelo que é construído e aceito socialmente em uma relação heterossexual estável. Um dever-ser para homens e mulheres, em que se reflete uma hierarquização e uma dupla moral sexual presente nessas relações (MADUREIRA; TRENTINI, 2008).

Essa visão da sexualidade feminina reprimida e cheia de contornos moralistas é percebida quando, por exemplo, acredita-se que o casamento tem destaque para as mulheres como fator de proteção ao HIV/Aids. O matrimônio representa um pressuposto de que homens e mulheres estariam protegidos do risco de infecção (SILVA *et al.*, 2010). Tal percepção colabora com o hábito dos casais em abandonar a utilização de preservativos após a estabilidade da relação ou após o casamento. As assimetrias nas relações de gênero fomentam diferentes espaços de negociação entre homens e mulheres no que diz respeito ao uso do preservativo nas relações.

Do ponto de vista social, as mulheres ainda hoje carregam um tom de moralidade no que diz respeito aos seus comportamentos. Historicamente, há diferenças entre os papéis desempenhados por homens e mulheres, no seu acesso aos recursos produtivos e na sua autonomia para tomar decisões. Durante séculos, a cultura disseminada na sociedade é de que a mulher tem que viver dentro dos padrões pré-estabelecidos, que ditam as regras dos seus comportamentos dentro e fora das suas relações sociais, tornando-a mais propensa a dependência do seu marido/companheiro em vários aspectos, principalmente em relação ao seu comportamento sexual. As desigualdades de gênero se exacerbam ainda mais nas mulheres das camadas mais pobres, pois, além das disparidades citadas acima, a estrutura social aparece como um fator determinante na constituição e na perpetuação de políticas de prevenção para essas classes (SALDANHA, 2003).

Por todo panorama apresentado acerca da infecção de mulheres pelo HIV e a vivência do estigma que as circundam, percebe-se a condição de desigualdade que a mulher vive nas relações, somada ainda às dificuldades de lidar com as repercussões do HIV. Pelo fato da Aids estar vinculada ao âmbito da sexualidade, ainda recai sobre a mulher toda uma carga de moralismo e julgamento dos seus comportamentos nas relações afetivas, a partir dos padrões pré-estabelecidos e ditados pela sociedade.

Essa condição pode estar relacionada ao comportamento social de preconceito ao HIV, que gera medo e insegurança; às desigualdades de gênero que lhe impõem papéis sociais sexuais; ou mesmo à família e aos filhos, que lhe exigem cuidado e comportamentos dentro do que se considera uma conduta digna de mulher. A influência desse construto social está tão arraigada que é difícil perceber-se como parte desse todo. Muitas vezes essa condição se demonstra de forma velada, não consciente, imbricada nas sutilezas do cotidiano.

Contudo, é necessário apontar que, mesmo num cenário opressor e de relações de poder desiguais entre homens e mulheres, é possível problematizar e questionar a ordem social vigente, criando estratégias de resistência e mudança. Os movimentos organizados de mulheres são uma das várias formas de resistência para alterar paradigmas e têm alcançado grandes feitos na luta feminina por igualdade de direitos e conquistas de avanços nas políticas públicas.

Furlin (2013) traz a discussão de Butler sobre sujeito e agência na perspectiva da teoria social. Na sua visão, podemos pensar a agência não como simples sinônimo de resistência, mas como uma capacidade para a ação, movida pelo desejo, que “se manifesta como a força inovadora e impulsora da mudança, porque é ele que ativa a consciência reflexiva acerca dos limites que o poder impõe ao sujeito, gerando resistência/agência” (FURLIN, 2013, p. 395).

Quer dizer, a mudança se dá dentro da própria dinâmica do poder, que pode reiterar formas de resignificação, produzindo novos efeitos.

Dentro desse eixo de análise, é necessário pensar a saúde de forma mais elástica e não só sob a perspectiva do controle; os sujeitos também como normativos e não só capturados pela malha do poder. As pessoas são partes de vários sistemas – virtuais, públicos, privados – e estão inseridos em teias de relações, laços sociais e desejos, o que propõe graus diferentes de agência e de capacidade de negociação.

Não é que se deva focar exclusivamente na agência, sem considerar relações complexas exteriores. Como Ortner (2007) defende em seu texto, isso pode levar a uma simplificação grosseira dos processos históricos e das forças culturais envolvidas. Nesse sentido, cabe entender que há uma relação dinâmica e, às vezes, transformadora, entre as práticas dos indivíduos e as estruturas sociais e históricas. A agência não é uma coisa em si, mas faz parte do processo de fazer e refazer as formações sociais. Nas palavras da autora: “tanto a dominação como a resistência sempre estão, a meu ver, a serviço de projetos, da autorização ou do empoderamento para perseguir objetivos e fins culturalmente significativos, sejam estes para o bem ou para o mal”. (Ortner, 2007, p. 76)

Como Furlin (2013) destaca, é o poder da agência que se configura como resistência política. Quando há uma descontinuidade entre o poder que constitui o sujeito e o poder que ele assume. Nesse espaço é que o desejo surge e age, “dissolvendo” o sujeito conformado com as convenções sociais. Não se trata de uma libertação total, pois não se transcende o poder por completo, mas sim de uma “subversão crítica”, uma resignificação.

Se tomarmos essa premissa para a questão da desigualdade feminina, temos que, ainda que condicionada a várias limitações, a agência pode, até certo ponto, alterá-las, encontrando formas de resistência a ordem estabelecida. Em linhas claras, isso não significa que seja possível se libertar totalmente dos limites de poder que a constituiu, contudo, o motor da agência é o desejo e por essa força se torna possível passar de um nível de organização para outro (FURLIN, 2013). Por isso, a luta das mulheres se faz contínua e necessária.

### **1.3 Direitos Sexuais e Reprodutivos: Aspectos Conceituais e Políticos**

Como assinalado, os papéis e lugares construídos socialmente e definidos pelo gênero abrem espaço ainda para um exercício de poder na vida conjugal, em que a mulher é considerada o polo sobre o qual incide o desejo do homem; o que gera assimetrias no espaço que os dois

possuem na relação. A mulher acaba, assim, mais vulnerável e exposta à dupla moral sexual que se aceita do homem. Por isso, as questões de gênero se mostram em profunda relação com a feminização da epidemia de HIV, pois revelam desigualdades e os diferentes espaços de negociação que homens e mulheres possuem no que diz respeito ao uso do preservativo nas relações.

Mesmo com a conquista de vários direitos, a igualdade buscada entre os gêneros ainda não é uma realidade, como assinalam Vieira e Amaral (2013, p. 409):

A sobrevivência material, a autonomia financeira e o *status* social conquistado por meio do lugar no mercado de trabalho, não colocou a mulher numa condição de igualdade com o homem, uma vez que não a liberou de nenhum outro encargo feminino, como de dona de casa, mãe encarregada da criação dos filhos, e esposa.

Em seu texto, “Re-criando a (categoria) mulher”, Piscitelli (2001) faz um apanhado de várias vertentes do feminismo sobre as causas da opressão feminina e mostra que mesmo sem um pensamento unificado, algumas ideias revelam-se centrais: a mulher ocupa lugar social de subordinação em relação ao masculino e, apesar desse papel variar conforme época histórica e lugar do mundo, ela é tida como universal, pois pode ocorrer em qualquer parte e em todo período histórico. Essa subordinação é decorrente da forma como a mulher é construída socialmente e, portanto, seria passível de mudança desde que as percepções sobre o papel social feminino sejam alteradas.

Algumas correntes socialistas defendem que essa opressão se deu com a desigualdade causada pela divisão do trabalho baseada no sexo e no surgimento das classes sociais baseadas na propriedade privada. Dentro da vertente socialista, há críticas a esse ponto, pois nos países que adotaram o regime socialista, as hierarquias de gênero persistiram. Assim, seria necessário considerar a associação entre capitalismo e patriarcado, reprodução e produção (PISCITELLI, 2001).

Já o feminismo radical afirma que a subordinação feminina está diretamente relacionada com a reprodução. Os papéis estabelecidos por homens e mulheres no processo reprodutivo tornam possível a dominação masculina, pois as mulheres – únicas capazes de engravidar e amamentar, tornam-se prisioneiras da biologia, da dependência física do bebê e dos homens. Dessa forma, para se alcançar igualdade, o movimento feminista deve lutar pela eliminação da própria distinção sexual, assim, essas diferenças não teriam mais significado cultural. A autora destaca que nessas análises, “as funções reprodutivas femininas aparecem no cerne da produção

da desigualdade sexual”, ou seja, estão amparadas na biologia e na manipulação ideológica das características naturais de mulheres e de homens por uma sociedade machista. “O corpo aparece, assim, como o centro de onde emana e para onde convergem opressão sexual e desigualdade” (PISCITELLI, 2001, p.4).

Essa visão estereotipada da mulher como um ser exclusivamente reprodutor é causadora de um comportamento usual na sociedade, que é deixar de vê-la como ser sexual e independente. Este seria exatamente o cerne da obrigação feminina. Essa imposição é puramente social, posto que uma coisa não se relaciona à outra: sentir prazer é uma finalidade tão válida quanto reproduzir-se. Além disso, resguardar às mulheres a função social de criação, proteção e cuidado fomenta a submissão dessas ao outro e dificulta processos de autonomia e empoderamento, pois coloca à mulher um dilema entre a própria realização e o bem-estar daqueles que lhe são caros. “É um artifício social que pode fazer com que a mulher se mantenha sujeita a uma servidão prática e emocional. Esse papel social da mulher acaba por distorcer sua identidade individual e limitar sua atuação” (VIEIRA; AMARAL, 2013, p. 407).

Contudo, é necessário entender essa perspectiva da maternidade como uma construção cultural, até mesmo nova na história mundial e não de forma naturalizada. Não é que o amor materno não estivesse presente em épocas históricas mais antigas, mas no final do século XVIII se tem a exaltação do amor materno como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. Alguns entendem nele um valor mercantil. Nesse período, quando a sobrevivência das crianças passou a importar por representarem a futura riqueza do Estado, a fase da infância logo após o desmame, tão negligenciada pelos pais e por isso com alta mortalidade, virou alvo de intervenção do Estado.

Moralistas, administradores e médicos impuseram às mulheres, durante quase dois séculos, um discurso sobre a importância de cuidar de suas tarefas maternas. Lhes prometeram direitos e ascensão: "Sede boas mães, e sereis felizes e respeitadas. Tornai-vos indispensáveis na família, e obtereis o direito de cidadania" (BADINTER, 1985, p.146). No discurso está evidente não só a promoção do sentimento, como também a da mulher enquanto mãe, em detrimento do pai, que progressivamente foi sendo retirado dessa obrigação. Muitas mulheres acataram tais ordens de cuidado pois vislumbraram uma oportunidade de conquistar respeito e reconhecimento por sua utilidade à sociedade. Finalmente, uma tarefa necessária e "nobre", que o homem não podia, ou não queria, realizar. Foi o interesse da mulher que ditou o comportamento da mãe (BADINTER, 1985).

O bebê e a criança tornam-se então centros da atenção materna e seus cuidados começam desde que ela engravida, envolvendo preocupação com amamentação, higiene, combate às doenças e depois com a qualidade dos alimentos servidos a eles. A mãe também deve cuidar-se com limpeza e exercício para que seu filho venha ao mundo mais saudável e viva melhor junto dela. A mulher se apaga em favor da boa mãe que terá cada vez mais responsabilidades de cuidado com o passar do tempo (BADINTER, 1985).

Através da noção de cuidado, referida na Introdução, é possível perceber traços mais profundos da diferenciação de gênero. Os homens devem se preocupar com carreira, sucesso, dinheiro e trabalho, e mostram seu valor ao serem os provedores de sua família; às mulheres está resguardado o trabalho direto do cuidado seja com a família, amigos ou vizinhos. Em linhas claras, espera-se dos homens o “cuidado com”, enquanto as mulheres “cuidam de” (TRONTO, 1997).

Beauvoir (1970) discute como essas diferenças são impostas e não naturais, dadas a partir do nascimento. Aos meninos é ensinado que não se deve chorar, demonstrar carência ou ser vaidoso, mas sim que deve ser forte e autônomo. Essa marca da independência e virilidade também assusta os homens, pois torna-se uma sentença ao qual seus comportamentos estão moldados. Para os homens, as expectativas são menos restritivas, com um comportamento sexual mais ativo e agressivo sendo estimulado. Da mesma forma, o acesso a bens materiais e simbólicos favorecem aos homens na medida em que eles tem o domínio do espaço público e da esfera produtiva e funções com maior valor social agregado.

Além de uma questão economicista e de valorização do capital, a invisibilidade do cuidado despendido pela mulher acontece pela naturalização do mesmo. Ele é realizado em prol do outro e não para si mesma, em nome da natureza e do amor materno, como se essa atribuição, exclusiva delas, fosse natural. O peso da divisão sexual do trabalho e das assimetrias de gênero fomentam a construção simbólica do cuidado associado ao feminino e das mulheres exclusivamente ao papel de mães e cuidadoras. Essa divisão sexual do trabalho é moldada histórica e socialmente, em conformação com as relações sociais entre os sexos, no entanto, encontram legitimação na ideologia naturalista, que reduz gênero ao sexo biológico e as práticas sociais a papéis sexuais que remetem ao destino natural da espécie (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Como discute Sorj (2016), essa lógica favoreceu ainda a legitimação da categoria “mãe”: ao associar mulheres ao ato sagrado de gerar uma vida, a maternidade se transformou em elemento de autoridade moral e credibilidade, que, juntamente com competências

específicas do feminino, como paciência, sensibilidade, calma e controle, tornam as mulheres aptas para o desempenho de boas práticas de cuidado.

Até hoje não existe equidade entre os sexos; fato percebido na desigualdade de salários, na dupla jornada característica das mulheres modernas e por estas ainda sofrerem violência sexual e doméstica. Todavia, as mulheres vêm conseguindo ascender socialmente e alcançar feitos. Dentre as principais reivindicações da mulher moderna, podemos ressaltar o lugar que ela assumiu dentro da saúde pública - o campo saúde da mulher. Cabe aqui uma reflexão se essa incorporação está mais associada ao controle dos corpos e natalidade do que uma conquista da luta feminina. Analisaremos como esse processo se deu ao longo do percurso histórico.

### 1.3.1 Políticas de Saúde e o Recorte de Gênero

Existem várias visões que historicamente embasaram o campo saúde da mulher. A medicina, a partir do século XVIII, demonstra grande interesse nesse estudo, sobretudo na delimitação das diferenças entre os sexos. Contudo, é possível perceber a centralidade da função sexual/reprodutiva da mulher nas pesquisas da época, enquanto que sobre os homens há uma ausência dessa problematização. Isso se mostra, por exemplo, na criação da Ginecologia como ramo da medicina especializado na fisiologia da mulher e nas patologias que lhes são próprias (ROHDEN, 2004).

Fabiola Rohden (2004) discute como essa construção levou a uma “ciência da diferença”, pautada na ideia de que a distinção biológica e predeterminada entre homens e mulheres levaria a diferenças físicas, morais e psicológicas entre ambos, o que justificaria intervenções concretas e distintas pelo sexo na Medicina da época. Eram comuns estudos sobre puberdade, higiene e reprodução, que indicavam como as mulheres deviam se comportar para “não contrariar os esforços da natureza” em sua missão de ser mãe e como o estudo intelectual não se devia aplicar às mulheres, pois a energia necessária aos outros órgãos seria dispendida ao cérebro e isso seria danoso. Essas concepções ancoradas na medicina, contribuíram ainda mais para difundir um conceito de feminilidade ideal para uma mulher se tornar mãe.

As práticas de saúde da mulher se orientam a partir de um entendimento do que é ser mulher e suas necessidades de saúde e das diretrizes de organização do sistema de saúde em cada contexto histórico. Essas orientações, portanto, não são neutras e estáveis, variam conforme a dinâmica dos processos sociais, disputas políticas e ideológicas (VILLELA; MONTEIRO, 2005). Há concepções mais amplas que interagem com dimensões dos direitos



humanos e cidadania das mulheres, e outras mais restritas em que a saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (BRASIL, 2004).

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, com ações de cunho educativo sobre higiene e puericultura, visando o cuidado com as crianças e a redução da mortalidade infantil. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004). Como exemplo, temos o Programa de Saúde Materno Infantil desenvolvido na década de 70, voltado para atenção pré-natal e centrado no binômio mãe-bebê (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Um dos grandes problemas dessas políticas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações, resultando na fragmentação da assistência e no baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Além disso, baseavam-se em uma concepção reducionista da mulher, centrada no cuidado no período gravídico-puerperal. Deixando assim, descobertas aquelas mulheres que não estavam no período reprodutivo e as que não podiam ou não queriam engravidar; obscurecendo também as demandas relacionadas ao trabalho e saúde mental. Esses modelos foram duramente criticados pelo movimento feminista brasileiro, que lutava para garantir às mulheres o reconhecimento do seu lugar como ser sexual e independente; o direito a ter controle sobre sua sexualidade e a decidir a respeito de planejamento familiar, sem se sentirem coagidas ou discriminadas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013).

Na década de 1990 tem-se a emergência do conceito de saúde reprodutiva e a incorporação do ideário de direitos humanos às ações de saúde, buscando corresponder as proposições de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Não significa que houve total ruptura ou superação de conceitos em cada período, observa-se ainda uma superposição ou agregação conceitual e, apesar dos avanços, alguns discursos e práticas ainda não abarcam a mulher como ser sexual (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Os direitos sexuais e reprodutivos são hoje reconhecidos como Direitos Humanos na legislação internacional, contudo sua conceituação foi desenvolvida recentemente e resulta da luta de movimentos sociais pela cidadania e liberdade de controle da própria capacidade reprodutiva. Já era notável no início do século XX, a ação de grupos de mulheres pelo reconhecimento do direito de autonomia do seu corpo e da sua reprodução, no entanto, somente

na I Conferência Mundial de Direitos Humanos de 1968, em Teerã, a liberdade de decidir sobre a reprodução foi considerado um direito de todas as pessoas (TONELI, 2004).

A despeito dessa conquista, as mulheres continuavam a sofrer com a imposição social da maternidade compulsória, sem espaço para se questionar quanto a esse desejo; somados aos inúmeros julgamentos frente à escolha de não ser mãe. Por essa naturalização da maternidade e do papel feminino de cuidado, as políticas de saúde de atenção às mulheres seguiam um viés materno-infantil, com uma legislação que protegia e incentivava a concepção, sendo bem restritiva quanto a autonomia dos corpos femininos (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008).

Sob influência da crise econômica mundial no início da década de 1980, propagava-se em todo mundo políticas de controle da natalidade e crescimento demográfico como forma de conter a pobreza, voltadas principalmente aos países do terceiro mundo e às mulheres pobres e negras. Para isso adotava-se medidas de controle dos corpos, das condutas sexuais e das escolhas reprodutivas, alardeando a utilização de métodos contraceptivos, muitas vezes irreversíveis, na tentativa de deter o aumento das camadas populacionais mais miseráveis. No Brasil, essas medidas dificultaram ainda mais o processo de escolha quanto à própria reprodução: “Tais práticas substituíram o acesso ao planejamento familiar reprodutivo calcado nos direitos, como uma livre opção, consciente e de qualidade, baseada na informação e acesso” (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008, p. 2).

As práticas coercitivas e sedimentadas na questão demográfica e controle populacional, impulsionaram a luta dos movimentos feministas pela liberdade de decisão das mulheres e pela inclusão da discussão dos direitos sexuais e reprodutivos no âmbito dos direitos humanos (TONELI, 2004). O movimento internacional de mulheres se mostrava organizado e com um discurso bem definido sobre as relações entre desenvolvimento socioeconômico e população, defendendo os interesses individuais e apontando que “as causas explicativas da produção da pobreza estão nos modelos de desenvolvimento excludentes que não podem ser corrigidos pela simples redução da população pobre” (BARSTED; HERMAN, 1999, p. 101).

Dentre os marcos referenciais internacionais que foram de grande relevância no processo de consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, podemos destacar as conferências da década de 1990: a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD – Cairo, 1994) e a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995. A CIPD foi importante por concretizar anos de debates e lutas dos movimentos feministas para o reconhecimento dos direitos reprodutivos como direitos humanos. O documento da conferência é o primeiro de caráter universal a adotar oficialmente

o termo “direitos reprodutivos”. Isso simbolizou o abandono da ênfase de crescimento populacional e uma “concepção de saúde reprodutiva como um direito humano e a ideia de que a reprodução não pode ser tratada isoladamente e sim deve ser abordada dentro de um contexto de políticas de desenvolvimento” (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008, p. 3). Segundo o documento da CIPD, os direitos reprodutivos são definidos a partir do

Reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (NACIONES UNIDAS, 1995, cap. VII, 7.3).

A IV Conferência Mundial Sobre a Mulher que ocorreu em Beijing/1995 reafirmou os acordos pactuados em Cairo e avançou na consolidação desses direitos na medida em que apontou a violação dos direitos reprodutivos das mulheres como uma iniquidade. Desse modo, limita seu acesso aos bens simbólicos, a educação e o exercício pleno dos demais direitos; estabelecendo assim, a relação efetiva entre direitos das mulheres, cidadania e políticas de desenvolvimento (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008).

O movimento brasileiro igualmente lutou por uma noção ampliada de saúde enquanto direito básico que inclui a sexualidade e a reprodução. Para isso, a assistência à saúde da mulher precisava incorporar um planejamento familiar consciente, com espaço para autonomia feminina e respeito à vivência da sexualidade desvinculada da obrigatoriedade da maternidade. Costa (2009, p. 1076) nos sinaliza bem essas mudanças:

As brasileiras vinham processando a ruptura com o papel social que lhes era atribuído, introduzindo-se no mercado de trabalho e ampliando suas aspirações de cidadania. Controlar a fecundidade e praticar a anticoncepção passa a ser aspiração das mulheres. A sexualidade plena e os novos padrões de comportamento sexual desvinculam a maternidade do desejo e da vida sexual. Essa conjuntura implicou a necessidade de políticas de acesso aos métodos contraceptivos.

As reivindicações do movimento feminista se integram às conquistas da Reforma Sanitária brasileira em curso na década de 1980 e possibilita o desenvolvimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde em 1984. O programa reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a mortalidade por causas evitáveis, com a tarefa de mudar a dinâmica e a organização do sistema: “prevalece a

análise da complexidade das questões de saúde das mulheres orientando a integralidade da política e ressaltando a autonomia destas sobre questões reprodutivas." (Costa, 2009, p. 1076).

O PAISM é um marco histórico no desenvolvimento dos direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres brasileiras, pois busca romper com as concepções demográficas e controladoras, principalmente por difundir a proposta de saúde integral da mulher, em todas as fases de seu ciclo vital, apoiada no ideário feminista. Contudo, permanece como norteador das ações no nível teórico, dado que na prática enfrentou dificuldades políticas, financeiras e operacionais para sua implementação (BRASIL, 2013).

Nesse período tem destaque grandes conquistas políticas, econômicas e sociais, ao mesmo tempo com medidas de ajuste estrutural e retração do Estado. Esse cenário coloca limitações para a concretização de direitos sociais e isso se reflete na implementação do SUS e do PAISM, incorporado de modo descontínuo e heterogêneo. Assim, não resistiu à fragmentação e às condições em que foram criados muitos programas (AQUINO, 2005).

Além do PAISM, houve outros marcos da saúde integral e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no âmbito nacional. O período de luta pela redemocratização do país após o golpe militar de 1964, potencializou as reivindicações por direitos reprodutivos das mulheres e de diferentes minorias sexuais ao aliar a agenda de direitos humanos com a defesa dos direitos políticos que estava em fervor em vários países da América Latina. A participação de novos atores políticos lutando por questões antes consideradas do âmbito privado foi fundamental para a introdução do princípio de igualdade entre homens e mulheres na elaboração da constituição federal (CARRARA; VIANNA, 2008).

Dessa forma, a "Constituição Cidadã" é considerada como marco fundamental para a sexualidade e a reprodução se instituírem como campo de direitos. Além disso, trouxe transformações expressivas na defesa do planejamento familiar ao apontar no artigo 226 sobre o dever do Estado de informar e assegurar a prestação dos serviços necessários para a garantia desses direitos e do planejamento familiar livre de coerção (BRASIL, 1988). Anos mais tarde, a Lei de Planejamento Familiar n. 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o artigo 226 da Constituição, estabeleceu um conjunto de ações de regulação da fecundidade, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, a partir do acesso igualitário a informações e técnicas disponíveis (BRASIL, 2013). Algumas reflexões quanto a essa lei se fazem necessárias, principalmente no que diz respeito a liberdade descrita no artigo 226. Retomaremos essa discussão na análise dos resultados.

Após a I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, realizada em 2004, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A proposta era retomar as proposições do PAISM, atualizando-a e adaptando-a às novas demandas femininas no contexto do SUS, vinte anos depois. A PNAISM não tem um caráter mandatário ou programático, ela direciona ações de conexão entre Ministério da Saúde e outros órgãos através de pactuação (VILLELA; MONTEIRO, 2005). Apesar dos desafios impostos a sua eficácia, prevê atendimento à mulher a partir de uma “percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas” (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008, p. 5).

Somam-se ainda outros marcos como as Normas Técnicas de violência sexual e aborto; Lei Maria da Penha/2006; Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal/2004; Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos/MS/2005 e o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia do HIV/Aids e outras DSTs /2007. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008).

Mesmo com as conquistas inscritas nesses marcos, o aborto ainda é um ponto nebuloso no processo de consolidação de tais direitos. Entre a década de 1970 e a constituinte, vários projetos de lei, visando a sua descriminalização, foram rejeitados no Congresso Nacional e a prática do aborto segue considerada criminosa com exceção dos permissivos legais. A garantia da livre opção da mulher pela maternidade seja na assistência do pré-natal, parto, pós-parto ou na interrupção da gravidez ainda é uma luta necessária diante de projetos de lei propondo a suspensão de qualquer permissão para o aborto e pelo reconhecimento da vida do feto (CARRARA; VIANNA, 2008).

Além de aspectos religiosos e de concepções pró-vida, o aborto no Brasil envolve também um recorte de classe e desigualdade social. Para as mulheres que podem pagar caro por um procedimento clandestino, mas estável, essa experiência se resguarda ao âmbito da vida privada. Já para a maioria das mulheres de camadas mais populares o que resta são procedimentos bem mais inseguros e desestruturados que, não raro, resulta na morte destas ou em diversas complicações. Um duplo registro moral sustentado pela injustiça social. Após se submeterem a um procedimento inseguro de aborto, muitas mulheres adentram as unidades de saúde bastante fragilizadas e é comum o relato de punições ou denúncias por parte dos profissionais de saúde para a polícia sobre seus abortos. Tais situações evidenciam como a legalização do aborto em nosso país envolve um trabalho político mais amplo, para além do

plano legislativo, haja vista as dimensões simbólicas e culturais sobre maternidade, gênero e moralidade (CARRARA; VIANNA, 2008).

Outro ponto de discussão envolvendo direitos sexuais e reprodutivos diz respeito à reprodução assistida (RA). No Brasil, existem diversos projetos tramitando pelo Congresso Nacional há anos, mas ainda não temos uma legislação específica sobre RA (CFM, 2017). A Lei 9.263/96 do Planejamento familiar, já citada e a Portaria Nº 426/GM - 2005<sup>3</sup> que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, não apresentam regras detalhadas sobre os procedimentos de RA e nem suas consequências jurídicas. Apenas a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>4</sup> dispõe sobre as técnicas desses procedimentos.

Uma série de críticas recaem nessas regulamentações: o viés heterossexual, centrando a reprodução na figura do “casal” em relacionamento estável e no uso do consentimento do parceiro, o que pode se configurar como um obstáculo ao pleno direito de escolha das mulheres; além da centralidade na dimensão biológica da reprodução, na medida em que a infertilidade é o recurso mais embasado para justificar o uso de tais tecnologias (CARRARA; VIANNA, 2008).

Em 2017, o CFM atualizou as normas de RA através da resolução nº 2.168 de novembro de 2017, que modificou regras sobre gestação compartilhada e sobre a inclusão de questões sociais na avaliação médica para utilização de RA. Segundo o órgão, essas medidas são resultado das transformações sociais e das demandas que o CFM recebeu ao longo de três anos. Na nova resolução, não apenas a infertilidade humana é justificativa para o procedimento, mas também a possibilidade de planejamento reprodutivo; dado que as mulheres estão postergando o momento da maternidade e o reconhecimento da união estável homoafetiva como entidade familiar. Dessa forma, é permitido agora o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, assim como a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade (CFM, 2017).

As mudanças ocorridas na regulamentação são avanços importantes no sentido de ampliar as possibilidades de escolha e planejamento reprodutivo por parte das mulheres, principalmente aquelas em relacionamento homoafetivo. No entanto, as mudanças são recentes

---

<sup>3</sup> Portaria Nº 426/GM Em 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria\\_426\\_ac.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm)>.

<sup>4</sup> Até então era a Resolução CFM nº 2.121, publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2015, Seção I, p. 117 (CFM, 2017).

e ainda é preciso avaliar a real concretude desses avanços, visto que é assegurado também “o direito a objeção de consciência por parte do médico” (CFM, 2017, p. 4), o que pode desencadear lacunas a almejada autonomia reprodutiva. Além disso, a escassez de normas e a necessária produção de uma legislação específica também se constituem como entraves. A igualdade de gênero prevista na Constituição ainda precisa avançar na clarificação de quais seriam os sujeitos/alvos das políticas (CARRARA; VIANNA, 2008).

Apesar dos progressos nacionais e internacionais, dos esforços dos movimentos de mulheres e das conquistas que tivemos no Brasil com a elaboração de políticas e programas, a realidade das mulheres brasileiras ainda é um cenário preocupante. Prevalece a desigualdade em relação aos homens e a violação de direitos. As conexões entre vulnerabilidade, violência e gênero ainda impactam nas condições de saúde das mulheres, principalmente na saúde sexual e reprodutiva como é o caso da infecção de HIV/Aids, demandando novos olhares das políticas públicas.

No caso da assistência às mulheres com HIV/Aids, em 2007 foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs, representando a consolidação de uma política para enfrentamento da epidemia da Aids e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre as mulheres. Embora seja uma resposta para a redução da vulnerabilidade que deixa as mulheres mais suscetíveis à infecção pelo vírus HIV e outras ISTs, atuando no campo dos direitos das mulheres, da promoção da saúde e da prevenção (BRASIL, 2007), apresenta limitações na implementação de suas ações.

Outro marco refere-se à formulação do Protocolo de Prevenção da Transmissão Vertical no país, decorrente dos estudos sobre o impacto do tratamento antirretroviral na redução da transmissão do HIV antes e durante o parto (BRASIL, 2007). Como referido, a implementação da política de testagem do HIV no pré-natal e parto e o acesso ao tratamento têm contribuído para redução da transmissão vertical (TV), no contexto nacional e global. A taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos tem sido utilizada como indicador *proxy* para o monitoramento da transmissão vertical do HIV. Observa-se tendência de 42% de queda nessa taxa nos últimos dez anos, passando de 3,5 casos/100.000 habitantes em 2007 para 2,0 casos/100.000 habitantes em 2017 (BRASIL, 2018).

Todavia, faltam ações de prevenção para mulheres em diferentes fases da vida. Estudos apontam que as trajetórias de vida dessas mulheres antes do diagnóstico do HIV são marcadas por processos de exclusão social e desigualdades de gênero. Tais fatores, somados ao menor envolvimento político das mulheres no enfrentamento da epidemia e a persistência do estigma,

dificultam a convivência com a infecção e a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos. Ademais, questão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vivendo com HIV e Aids não tem sido contemplada na agenda governamental. Esse debate tem ficado tradicionalmente encoberto pelas discussões ligadas à prevenção da transmissão vertical (MONTEIRO et. al., 2016a e b; VILLELA; BARBOSA, 2017). Até mesmo no que se refere à militância do movimento HIV/Aids, percebe-se que houve pouco contraponto com a pauta feminista: as questões de vivência com HIV se sobressaem em detrimento de discussões da vulnerabilidade feminina (BARBOSA, 1996; CAJADO; MONTEIRO, 2018).

Depreende-se que, mesmo com todos os avanços na luta pela igualdade de gênero e pela quebra de tabus relacionados ao HIV/Aids, essas mulheres ainda sofrem uma condição de assujeitamento, tanto pelas hierarquias sociais e de gênero, quanto pelo estigma da Aids. A maioria envolve situações de resignação e imobilidade perante esse Outro Social, representado nas figuras de seus companheiros, filhos, parentes, vizinhos e sociedade em geral.

Ainda são visíveis práticas em que se sobrepõe abordagens biologicistas, com foco no tratamento medicamentoso e suporte laboratorial, em detrimento de avaliações de questões sociais e psicológicas que envolvem a infecção pelo HIV. Como aponta Botti et. al. (2009, p. 80), “[os conflitos] estão vinculados à condição de ser portadora do vírus numa perspectiva além da existência do vírus no sangue, ou seja, a situação sorológica ultrapassa as questões biofisiológicas, transcendem o corpo, envolvem a psique”. Além disso, o cuidado prestado, que deve ser compreendido como respeito às diferenças e vulnerabilidades, está imbuído de preconceito, moralismo e culpabilização da mulher, ou seja, um cuidado descontextualizado das questões psicológicas, da dinâmica social e das relações de gênero a que essas mulheres estão expostas e que perpassam seu adoecimento.

Fontoura e Mayer (2006) consideram a integralidade como constituinte na prática do cuidado, tendo em vista um sistema de saúde centrado no usuário, buscando uma visão de totalidade do sujeito:

O cuidado pode ser definido como um fenômeno que se relaciona com a assistência, o apoio relacionado com a necessidade de melhorar uma condição humana ou forma de vida. Os conceitos de acolhimento, humanização, integralidade e cuidado estão interligados no cotidiano dos serviços de saúde. Como prestar um atendimento integral se o usuário não for acolhido e atendido de uma maneira humanizada? Não é possível exercer práticas integrais sem pensar no atendimento humanizado, no cuidado e no acolhimento, valorizando a subjetividade e a cidadania. (FONTOURA e MAYER, 2006, p. 543).



Os principais desafios à efetivação da saúde integral e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil estão relacionados a elevadas taxas de gestações não planejadas e interrompidas; aborto clandestino, realizado em condições inseguras; a dificuldade no acesso do direito à saúde e à violência de gênero (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008). Essas questões têm relação direta com a promoção de igualdade entre homens e mulheres; com práticas de saúde que incentivem a autonomia feminina e não a naturalização do arcabouço biológico como uma imposição para a maternidade; e com atenção às desigualdades vinculadas aos determinantes sociais da saúde, visando assegurar a equidade na assistência a esse público.

Todavia, a diretriz de descentralização do SUS, que implica responsabilizar os municípios pela aplicação, não encontra a infraestrutura e gestão de recursos humanos sensibilizados para as questões de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Assim, verifica-se o enfraquecimento do pouco que havia sido conquistado com PAISM a nível local, somado também à inexperiência das mulheres feministas para atuação no controle social (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Faz-se necessária uma prática de valorização da escuta dessas mulheres, não somente no que diz respeito ao adoecimento, mas que leve em consideração sua subjetividade, sentimentos e o contexto de suas vivências, pois essas têm profunda relação com seus estados de saúde e doença. Além de compreender a importância da criação de vínculo entre o profissional e as mulheres como forma de alcançar maiores benefícios no seu autocuidado.

Em suma, a política de atenção à saúde da mulher deve abranger não só as questões ligadas às doenças e/ou ao período gravídico-puerperal, mas sim toda a complexidade de demandas relacionadas à sua saúde. Deve contemplar seus direitos, sua cidadania e autonomia sobre questões reprodutivas e desenvolver ações específicas para públicos mais carentes de cuidado do Estado, como é o caso das mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

A proposta do estudo é de natureza qualitativa, por se adequar aos objetivos da pesquisa, ligados à análise das percepções e das práticas sobre direitos sexuais e reprodutivos de mulheres vivendo com HIV. A abordagem qualitativa ajusta-se uma vez que se busca investigar questões subjetivas do indivíduo e por permitir uma maior preocupação com o aprofundamento e a abrangência da compreensão das ações e relações humanas, dando espaço para a interpretação e valorização da experiência. Conforme afirma González Rey, “sem implicação subjetiva do sujeito pesquisado, a informação produzida no curso do estudo perde significação e, portanto, objetividade, no sentido mais amplo da palavra” (GONZALÉZ REY, 2005, p.29).

A pesquisa é vista como ato subjetivo de construção, a descoberta e a construção de teorias são objetos de estudo desta abordagem e o fato de trabalhar com interpretação de textos. Abordar qualitativamente um tema é partir de uma concepção crítica da realidade e da premissa de que esta só é compreendida por meio da contemplação de sentimentos, emoções, representações, vivência dos nela envolvidos e o sentido que estes atribuem ao seu viver e a todos os aspectos que o permeiam. Ao se constituir como “um mosaico que descreve fenômenos complexos” (GÜNTHER, 2006, p. 204), esse tipo de pesquisa está aberta à novas ideias, perguntas e dados.

Assim, a vigor da pesquisa qualitativa busca considerar a experiência dos pesquisados, reconhecendo na fala e nas atitudes desses, oportunidade de se obter conhecimento. (GÜNTHER, 2006). Esta abordagem, portanto, favorece a descoberta do objetivo central, pois a ênfase dada aos aspectos qualitativos, de modo singular pelos sujeitos envolvidos, dá à linguagem verbal e não verbal um lugar muito significativo na pesquisa.

A abordagem de análise de dados também se fundamenta nas contribuições dos estudos socioantropológicos ao campo da saúde, a partir da sua compreensão ampliada de que os fatores que a afetam estão para além de uma relação causal, em que a assistência tem apenas um viés curativo. Os estados de saúde e doença tem profunda relação com contexto sócio histórico, relações de poder, gênero, estilos de vida, violência e um quadro de vulnerabilidades sociais. Assim, as ciências sociais vão se debruçar sobre o estudo dessas relações, trazendo um teor reflexivo para a compreensão da infecção pelo HIV em toda sua complexidade e multifatorialidade, entendendo que a estigmatização e o preconceito atrelado a ela fazem parte de um sistema mais amplo de desigualdade e exclusão social.

A partir da perspectiva socioantropológica é possível problematizar tais relações numa abordagem científica dos problemas sociais ou como sugere Heilborn (2006) desconstruir o problema, relativizando-o para desvelar as condições sociais e históricas do seu processo de construção e associação com o ilegítimo.

De forma similar, Lenoir (1996) afirma que os problemas sociais se encarnam em populações que previamente apresentam “problemas a serem solucionados pela sociedade”, tais como mulheres, velhos e jovens. A análise do sociólogo deve então começar pelo estudo do processo de elaboração de tais categorias, para entender a historicidade de sua construção, pois essa varia de acordo com região e contexto sócio-histórico. “Para o sociólogo, o que constitui o objeto de pesquisa não é tomar partido nas lutas simbólicas, mas analisar os agentes que as travam, as armas utilizadas e as estratégias postas em prática” (LENOIR, 1996, p. 68).

## 2.1 Estratégia metodológica

A entrevista qualitativa é uma metodologia de coleta de dados amplamente empregada na pesquisa social. Para Minayo (1994), o que a torna um instrumento privilegiado para as ciências sociais é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos. Além disso, é construída por meio de uma relação de interação entre os envolvidos. O pesquisado é como o pesquisador, produz conhecimento, tem experiências, uma vivência específica, por isso é preciso compreender suas percepções. A relação entre investigador-investigado tem que ser intensa, “viva”, tornando a pesquisa um resultado coletivo, em que o sujeito analisado teve participação ativa (GÜNTHER, 2006). Por isso, o desejo de colocar as mulheres aqui em foco, como protagonistas, entendendo, a partir de suas percepções, como os debates e construções sociais em torno dos direitos sexuais e reprodutivos as alcançam e em que medida.

A relação mais próxima entre pesquisador e participante é uma das grandes características da pesquisa social. Para Demo (2001, p. 30) “a informação qualitativa é resultado da comunicação discutida, na qual o sujeito pode questionar o que se diz, e o sujeito-objeto também.” A informação qualitativa deve ser ostensivamente trabalhada até que satisfaça bem as expectativas tanto do entrevistador – “ter confiança de que obteve o que procurava”, quanto do entrevistado – “ter confiança de que se expressou como queria”. Visando estabelecer essa troca e uma comunicação aberta e flexível, a entrevista semiestruturada foi escolhida como a melhor estratégia para alcançá-la.

As entrevistas semiestruturadas consistem em uma conversação orientada por “tópicos guia” que contém temas centrais relacionados ao problema de pesquisa (GASKELL, 2008). Foram realizadas perguntas com base nesses temas centrais, mas deixando espaço para o aprofundamento de outros temas significativos que porventura surgissem em seus relatos. Acrescentamos, ainda, que a entrevista não se limita a “coletar” informações, pois o intuito é tentar apreender a compreensão da entrevistada a partir da situação de interação com a pesquisadora. Ainda que o pesquisador não deva incluir seus pontos de vista pessoais acerca do tema em questão, há uma inegável diretividade presente na escolha e apresentação dos temas, contudo, a entrevista semiestruturada permite que o participante da pesquisa discorra de forma mais livre sobre o tema, tendo maior flexibilidade em suas respostas e trazendo à tona maior variedade de aspectos.

Dessa forma, após o contato com as entrevistadas na pesquisa anterior – processo descrito de forma detalhada no próximo tópico – foi possível realizar a entrevista com sete mulheres, número que satisfaz nossa estimativa que seria entre cinco e dez participantes. No início de cada encontro, procurou-se estabelecer o *rapport*, ou seja, oportunizar um momento de acolhimento e “quebra-gelo” para as participantes sentirem-se mais confortáveis e seguras para se expressar. Bem como, propiciar uma breve introdução para explicar a estruturação da pesquisa, sanar qualquer dúvida em relação a sua participação e afirmar o sigilo.

Foi realizada a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – em ANEXO) e àquelas que consentiram participar após a explicação detalhada do estudo, foi solicitado a assinatura do termo em duas vias, para manter o compromisso de autonomia delas, a autorização de gravação e utilização de suas falas nesta pesquisa e em produções científicas oriundas dessa, estando cientes dos objetivos do estudo e da garantia do anonimato. Para viabilizar o registro dos depoimentos colhidos e, posteriormente, transcrevê-los, foi utilizado, com autorização das mulheres entrevistadas, um gravador digital. Tiveram duração entre 1 hora e 1:30 e nenhuma participante desistiu após o início da conversa.

As entrevistas foram realizadas tendo um roteiro como base (APÊNDICE) para nortear a discussão. A estrutura do roteiro de entrevista desta pesquisa reproduz em parte o roteiro do projeto “Estigma, Reprodução e Aids” citado anteriormente, por ser um desdobramento deste e porque permite também identificar se houve mudanças em algumas respostas e nas condições de saúde das participantes ao longo desses anos; contudo, outros aspectos tiveram destaque nessa produção. Assim, o roteiro se divide em alguns temas centrais como: Cotidiano e condições de vida / Maternidade e reprodução / Prevenção IST/Aids / Interações afetivo-sexuais

Como forma de viabilizar o trabalho de campo, o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, referente ao Edital Interno de Apoio Financeiro a Projetos de discentes do Programa de Mestrado em Saúde Pública, conforme previsto na Portaria n.º 34, de 30 de maio de 2006. Dessa forma, foi possível a contratação de um serviço terceirizado para transcrição na íntegra das entrevistas realizadas, mediante revisão e aprovação da pesquisadora e com garantia do anonimato das participantes.

Em consideração aos aspectos éticos, ressalta-se que esta pesquisa está de acordo com os princípios estabelecidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado após qualificação para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) para avaliação. Aprovado sem pendências sob CAAE 88316218.8.0000.5240, com Número de Parecer 2.661.655 em 18/05/2018.

## **2.2 Percurso da Pesquisa**

Como citado na Introdução, esta pesquisa surge como um desdobramento do projeto “Estigma, Reprodução e Aids” realizado em 2013 pelo LEAS-IOC/FIOCRUZ. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (CAAE 07820512.0.0000.5248) e pelo CEP dos serviços onde o estudo foi desenvolvido. O trabalho de campo envolveu observações semanais durante três meses em duas unidades hospitalares de referência para Aids do estado do Rio de Janeiro, bem como entrevistas com 29 gestantes em acompanhamento e seis parceiros destas. Seus resultados foram publicados em relatórios e revistas científicas e originaram um banco de dados com vasto material sobre estigma, reprodução e HIV.

Através do uso do programa MaxQDA 11.0®, a equipe do projeto organizou e categorizou os depoimentos, que foram armazenados no banco, ainda com possibilidade de ser explorado, o que poderia enriquecer a discussão aqui proposta. Contudo, após busca nesse arquivo, percebeu-se que não seria possível inferir do material que foi coletado as percepções pretendidas no objetivo desta pesquisa. Assim, o banco foi utilizado principalmente para caracterização do perfil das participantes, através de suas histórias de vida e trajetórias reprodutivas registradas nas entrevistas anteriores.

O estudo foi pensado com o objetivo de retomar e avançar no debate sobre reprodução e HIV, dessa vez centralizando na discussão dos direitos sexuais e reprodutivos, tendo como foco a vivência das mulheres que participaram anteriormente. Cabe esclarecer que o projeto do LEAS tinha uma previsão de retomar o contato com as mulheres após seis meses, dessa forma, já existia uma pergunta que nos apoiava nesse retorno. Todavia, essa etapa não foi realizada. Dessa forma, as participantes foram contatadas novamente, através de contato direto por telefone com aquelas que concordaram com essa possibilidade, visando identificar se elas tinham disponibilidade para uma nova entrevista.

O percurso da pesquisa de campo teve início no final de maio, após parecer de aprovação no CEP da ENSP/Fiocruz, com a reestruturação do roteiro de entrevistas e teste piloto realizado com duas mulheres para entender a viabilidade do roteiro e a necessidade de possíveis mudanças, o que de fato aconteceu. A partir de junho se deu o processo de recrutamento das participantes através dos números de telefones registrados nos arquivos do estudo anterior. Nesse momento, pude contar com a ajuda de uma das pesquisadoras que realizou as entrevistas anteriormente, como forma de mediar o contato inicial com as mulheres, visto que elas poderiam ter mais familiaridade com uma pessoa para qual já concederam entrevista. Das 29 participantes, estava autorizado e registrado o contato de 24, mas, após inúmeras tentativas em dias e horários diferentes ao longo de duas semanas, apenas um número ainda estava sendo usado pela participante da pesquisa.

Diante da impossibilidade de realizar esse contato, adotamos a estratégia de busca do perfil pessoal delas em uma rede social através dos nomes completos que estavam registrados. A ideia era apenas sinalizar a proposta e atualizar o número telefônico, caso fosse do seu interesse, para que o contato fosse realizado e a pesquisa explicada com mais propriedade. No entanto, essa estratégia se mostrou inviável, pois além de muito tempo despendido, só foi possível encontrar um número muito baixo de mulheres usando apenas nome e sobrenome, visto que a busca se deu em um site com mais 127 milhões de usuários no Brasil<sup>5</sup>. As participantes que foram encontradas receberam uma mensagem privada, mas outro fator que obstaculizou esse contato diz respeito ao funcionamento da própria rede social, pois se não existe um vínculo de amizade entre as pessoas no site, a mensagem enviada fica retida em uma pasta e não é notificada, dependendo da busca do usuário em seus arquivos para serem lidas.

---

<sup>5</sup> As informações são da própria empresa via Agência Brasil, Brasília. Disponível em: <<http://agenciabrasil.abc.com.br/economia/noticia/2018-07/facebook-chega-127-milhoes-de-usuarios-no-brasil>>.

Dessa forma, depois de esperar alguns dias por essa visualização e/ou resposta, que não veio, decidimos buscar outra estratégia de recrutamento.

É preciso salientar que nesse período já existia uma grande preocupação com a possibilidade de não as encontrar e conseqüentemente, ter que realizar grandes mudanças na concepção do estudo, inclusive com nova passagem pelo Comitê de Ética. Como estava explicitado no projeto de qualificação, caso não fosse possível contatar ao menos cinco mulheres, a pesquisa seria feita em outra unidade de saúde que atendesse MVHA, tendo como critério de inclusão: ser mulher, maior de 18 anos, usuária do serviço de saúde e ter sido diagnosticada como HIV positiva a pelo menos um ano. A medida que o tempo passava, mais a ansiedade predominava, pois também existia grande interesse no reencontro com essas mulheres.

A nova estratégia adotada então, foi buscar os respectivos serviços onde elas eram acompanhadas em 2013, para atualizar seus telefones caso isso ainda fosse possível. As unidades de saúde em questão são dois hospitais de nível terciário com oferta de serviços em diversas clínicas, dentre eles, o acompanhamento especializado para Infectologia, sendo referências no atendimento às gestantes portadoras de HIV com vistas à prevenção da transmissão vertical do HIV e acesso à TARV. Ambos contam com uma equipe multidisciplinar e desenvolvem pesquisas vinculadas a diversos programas de pós-graduação nacionais e internacionais, além da participação em estudos multicêntricos de pesquisas clínicas avançadas. Um serviço está localizado na região central da cidade do Rio de Janeiro e o outro na região da Baixada Fluminense; atendem as gestantes encaminhadas por profissionais de outras unidades da rede pública de saúde e pelo processo de Regulação do Acesso à Assistência do SUS.

Mesmo sendo centros de ensino e de formação de recursos humanos na área da saúde e por isso, existir uma abertura maior ao desenvolvimento de pesquisas, foi preciso contar com uma mediação interna nas instituições, visto que, além de não ter uma inserção profissional nesses centros, eles não eram cenários da pesquisa atual. Ambos os estudos – de 2013 e este estudo de 2018 - contavam com a aprovação no Comitê de Ética, sendo que o projeto anterior indicou os dois hospitais como instituições coparticipantes da pesquisa, de modo que seus próprios CEPs também aprovaram a realização do estudo em suas dependências. Assim, com o respaldo das avaliações e munida de toda documentação necessária, iniciamos uma troca de e-mails com profissionais dos referidos serviços que pudessem nos ajudar nesse processo de recrutamento.

Uma rede de contato foi feita nos dois centros até que fosse possível marcar uma reunião com os respectivos coordenadores dos Departamento de Doenças Infecto Parasitárias - (DIP) e de DST/Aids. Essa busca também levou algumas semanas até conseguir apresentar o estudo e firmar uma cooperação para que o contato das mulheres fosse atualizado. Destacamos aqui a grande disponibilidade que encontramos nos dois serviços, em que vários profissionais foram mobilizados no intuito de viabilizar o andamento desta pesquisa, tanto para busca do contato das participantes, bem como cedendo o espaço para realização das entrevistas nos dias em que elas tivessem consultas agendadas nos referidos locais.

É necessário salientar que os dois hospitais atuam de forma distintas na rede de saúde. No serviço localizado no centro do Rio de Janeiro, as pacientes são oriundas de outros equipamentos e encaminhadas para realizar o acompanhamento durante a gestação. Dessa forma, após o período de parto e puerpério, geralmente as mulheres são reencaminhadas para seus serviços de origem, o que dificultou nosso acesso a elas, pois das 14 entrevistadas desse hospital em 2013, só foi possível encontrar o prontuário atualizado de duas, pelo fato de ainda estarem acompanhadas no serviço. Outra participante desse núcleo pôde ser contatada porque seu número telefônico ainda era o mesmo. E nesse cenário, apenas com ela foi possível conversar por telefone e realizar a entrevista presencial.

O serviço da Baixada Fluminense, ao contrário, tem uma absorção maior das mulheres após o parto e quase a totalidade das 15 entrevistadas de 2013 continuam sendo acompanhadas na instituição. Depois de buscas no sistema eletrônico e arquivos de prontuários, foi possível identificar nove mulheres nesse centro. Somando os dois grupos, pudemos atualizar os dados de 12 mulheres.

Após esse processo que se estendeu até agosto de 2018, demos início ao recrutamento das participantes através de contato telefônico, em que elas eram informadas sobre os objetivos do estudo e convidadas a participar novamente em dias acordados. Três mulheres não foram encontradas nos números informados e após diversas tentativas de contato ao longo de alguns meses, seus dados foram, por fim, descartados. Uma de imediato se recusou a participar e outra concordou em conceder a entrevista, mas depois de algumas remarcações da sua parte, preferiu não participar mais, retirando sua autorização de contato. Dessa forma, sete mulheres participaram da entrevista.

Para manter o compromisso de assegurar o sigilo das participantes, foi adotada uma nomenclatura com nomes fictícios para cada uma delas; além do cuidado em não apresentar falas ou situações de vida que pudessem conter questões mais peculiares e permitir a



identificação destas. Dessa forma, temos os sujeitos Florbela, Virgínia, Cecília, Clarice, Jane, Carolina e Ângela. A Tabela 1 contém informações sobre o perfil das entrevistadas.

Tabela 1 - Caracterização dos Sujeitos.

| <b>Participante</b> | <b>Idade</b> | <b>Estado civil</b> | <b>Filhos</b> | <b>Escolaridade</b>        | <b>Ocupação</b>         |
|---------------------|--------------|---------------------|---------------|----------------------------|-------------------------|
| Florbela            | 25           | Solteira            | 1             | Ensino Médio Completo      | Desempregada            |
| Clarice             | 40           | União Estável       | 4             | Ensino Médio Incompleto    | Comerciante             |
| Carolina            | 44           | Casada              | 7             | Ensino Médio Completo      | Do Lar                  |
| Cecília             | 44           | União Estável       | 1             | Ensino Superior Incompleto | Estoquista              |
| Ângela              | 29           | União Estável       | 1             | Ensino Médio Completo      | Aux. de Serviços Gerais |
| Jane                | 44           | Casada              | 5             | Ensino Médio Incompleto    | Cuidadora de Idosos     |
| Virgínia            | 31           | União Estável       | 1             | Ensino Médio Completo      | Podóloga                |

Fonte: Pesquisadora.

As entrevistas ocorreram entre agosto e novembro de 2018 em dia e local combinado conforme a disponibilidade e preferência das participantes. A estratégia utilizada para viabilizar o encontro dentro da rotina conturbada que todas sinalizaram como um possível obstáculo, foi priorizar as datas em que elas tinham ida agendada aos hospitais de acompanhamento; seja por consultas de rotina, exames ou para dispensação de TARV. Assim, mediante autorização prévia da coordenação do serviço, cinco entrevistas ocorreram nesse cenário. Uma ocorreu em um shopping da região metropolitana, por sugestão da própria participante, tendo em vista que ela só poderia me conceder a entrevista durante o final de semana. E por fim, outra participante me encontrou em um dia de consulta em um serviço ambulatorial no centro do Rio de Janeiro, onde é acompanhada.

Buscou-se nesses locais, ainda que com grande fluxo de pessoas e interferência de barulho, um espaço adequado, previamente observado, para que a entrevista fosse realizada de modo a garantir o sigilo e conforto das participantes.

As principais dificuldades encontradas no percurso da pesquisa de campo foram para realização das entrevistas. Alguns encontros tiveram que ser remarcados várias vezes por dificuldade no contato instantâneo com algumas participantes – como no caso em que os telefones celulares pertenciam aos companheiros ou outros familiares e diante de alguma

mudança, elas não conseguiam me avisar em tempo hábil para evitar meu deslocamento até o local; por remarcações de consultas e imprevistos. Outras questões foram observadas também em suas negativas: falta de uma pessoa para cuidar dos filhos naquele dia; adoecimento ou motivos de trabalho. Em todos os casos de desmarcações com as sete mulheres foi possível reagendar o encontro e a disponibilidade delas para participar se manteve. No entanto, o intervalo de tempo entre o dia combinado anteriormente e a nova data era longo, chegando até a dois meses de espera, pois estavam vinculados às suas idas ao hospital. Uma delas sinalizou no primeiro contato no mês de agosto, que só estaria disponível para a conversa em novembro.

Além dos imprevistos a que estamos sujeitos no trabalho de campo por fatores que escapam ao nosso controle, outro obstáculo que se colocou nesse período foi de mobilidade da pesquisadora. Pelo fato de seis entrevistas estarem agendadas na região da Baixada Fluminense, somadas às idas em que os encontros não aconteceram, o deslocamento até lá por meio de transporte público era demorado e dispendioso, tendo como ponto de partida a cidade do Rio de Janeiro. Visando tornar mais ágil esse processo, algumas vezes foi possível agendar o serviço de transporte para trabalho de campo ofertado pela Fiocruz, através da Instituição Oswaldo Cruz, onde o LEAS está inserido. Quando esse agendamento não pôde ocorrer, as idas a campo se deram por meios da própria pesquisadora.

A ida a campo é uma experiência única, principalmente pela riqueza das trocas realizadas como forma de produzir conhecimento com base na interação e na experiência de pesquisador. Cada encontro com essas mulheres me deixava uma marca diferente. Voltava para casa refletindo sobre como é ter a vida delas, como é passar por cada questão que me contaram. Suas vidas não se cruzaram, mas carregam em comum a condição de serem mulheres soropositivas, vivenciando esse diagnóstico de forma muito particular e ao mesmo tempo enfrentando questões tão semelhantes, em que pesam as relações de gênero, as realidades socioeconômicas e as condições de vulnerabilidade social.

### **2.3 Analisando os dados**

A análise de dados compreende um estudo aprofundado dos dados coletados, no qual optamos por utilizar como referencial a análise de conteúdo. O método da análise de conteúdo consiste em uma via à compreensão que os sujeitos pesquisados constroem acerca de um significado. As vivências cotidianas do indivíduo são permeadas por processos de significação referentes às diversas esferas de sua realidade. Estes processos são interpretativos, denotam uma representação subjetiva – que envolve processos individuais e coletivos – dos significados.

A análise de conteúdo tem como seu objeto, portanto, a visão interpretativa que os sujeitos apresentam da realidade pesquisada (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005).

Para a operacionalização do método algumas etapas foram seguidas. Iniciando com a organização propriamente dita do material coletado, revisão das transcrições e fase de pré-análise, retomando os objetivos da pesquisa. Foi realizada uma leitura flutuante (MINAYO, 1998), para estabelecer contato com o material, analisar e conhecer o texto, deixando-nos invadir por impressões de forma livre, sem direcionamentos. Atentando-se a aspectos como a representatividade, a homogeneidade e a pertinência nas falas das entrevistadas.

Em seguida, após uma vasta exploração do material e apoiado no roteiro utilizado, demos início ao processo de classificação e agregação dos dados, com distribuição de frases e fragmentos pelo esquema de classificação proposto, buscando os núcleos de sentido manifestos do que emergia de mais significativo nas falas das mulheres. Essa fase é um constante ir e vir ao material, exigindo novas buscas, novos reagrupamentos até a identificação de eixos temáticos, que vão orientar nossa análise. Uma pequena síntese interpretativa de cada categoria também foi realizada para nortear a discussão e relacionar os achados com a teoria e resultados de outros estudos.

Todo esse processo resultou na reunião de categorias dotadas de conteúdos mais significantes que perpassavam a trajetória de vida das participantes, tais como: rotina e rede de apoio; a vivência da maternidade; uso de métodos contraceptivos; assistência em saúde; educação sexual; convivendo com HIV/Aids; feminismo; interações afetivo-sexuais. Conduzindo assim, na elaboração de dois eixos temáticos de análise – Percepções e Práticas sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos e Relações com os serviços de saúde.

### 3. CONHECENDO O PERFIL E A TRAJETÓRIA DAS MULHERES

Os discursos não são meios neutros de expressão, são marcados por uma relação que envolve linguagem, sujeito e cultura. Conhecer as condições de produção de um discurso é essencial para compreendê-lo (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005). Nessa direção, por meio dos dados coletados no banco de dados e das entrevistas realizadas, optamos por descrever alguns aspectos das trajetórias de vida das sete mulheres entrevistadas em 2013 e 2018, com o propósito de fornecer dados capazes de contextualizar suas narrativas. Esclarecemos que os nomes são fictícios afim de guardar o sigilo da identidade das depoentes

Assim, em complemento aos dados da Tabela 1 (Caracterização dos Sujeitos) do capítulo anterior, apresentamos um resumo da biografia de cada uma das sete mulheres entrevistadas. Privilegiamos aspectos como: trajetória escolar e profissional, rotina na vida cotidiana atual, composição familiar atual, breve histórico das relações afetivo-sexuais, gestação e maternidade e convívio com HIV. A interpretação dos achados será feita no capítulo seguinte.

#### 3.1 Florbela

Florbela tem 25 anos, se declara parda e possui ensino médio completo. Queria ter iniciado a faculdade logo após terminar a escola, mas a gestação e as dificuldades financeiras foram obstáculos a concretização desse plano. Precisava trabalhar, como faz desde os 16 anos, ainda mais com a responsabilidade de sustentar um filho: *“Mas eu não desisti não, eu ainda vou conseguir [sobre a faculdade]”*. Seu primeiro emprego foi em um shopping: *“era num parquinho, como estagiária. Aí fiquei dois anos. Saí com dezoito, porque era estágio e não era compensador, porque a gente fazia bastante coisa pra pouco dinheiro”*. Depois de um período desempregada iniciou o trabalho como panfletista, mas não ficou muito tempo: *“por causa da gravidez que eu descobri, e eu estava no período de experiência, eles me demitiram. E eu também não estava muito a fim, então resolvi aceitar a demissão e ficar em casa mesmo”*. Recentemente trabalhou no Detran alguns meses.

Na ocasião da entrevista, Florbela não estava trabalhando em nenhum local, então sua rotina ainda estava incerta, se readaptando ao novo cotidiano:

A maioria da parte do dia eu fico em casa, minhas primas moram tudo lá perto mesmo, quando eu não tô em casa, eu estou nas minhas primas, quando não

estou nas minhas primas, eu estou em casa, fico com o meu filho, estou dando mais atenção à ele porque quando tava trabalhando lá eu saía 4hs e voltava as 19:30/20hs.

Morando com os pais, ela afirma que as tarefas domésticas acabam ficando na responsabilidade dela e da mãe, pois seus irmãos mais novos não costumam se envolver nos afazeres de casa. Florbela acredita que a criação dos seus pais foi mais rígida com ela do que com os irmãos, não sabe bem porque, só que existia um sentimento de pressão e julgamento a todo instante.

Os pais vivem um casamento tumultuado, repleto de traições, agressões e humilhações por parte do pai. Às vezes ele abandona o lar e volta depois de um tempo tentando ser mais gentil, por um período que não ultrapassa um mês, segundo ela. O uso da bebida alcoólica potencializa as atitudes agressivas. Mesmo numa relação conturbada, considera que sua rede de apoio é sua família e suas primas, a quem pode contar em qualquer situação, no entanto, deixa claro como a ausência do pai de seu filho nessa rede traz prejuízos a ela:

Seria bom se o pai dele estivesse presente, não pra gente voltar e ter um relacionamento de novo não, mas por ele. Se desse pensão direitinho, pegasse ele... porque mesmo a gente sendo separado, ele sabe que ele tem um filho comigo e filho é filho. Não existe ex-filho, existe ex-mulher. Isso seria um apoio que faria total diferença na minha vida e principalmente pra ele. Mas infelizmente, eu não posso ir lá e dizer “você tem que fazer!”, não vou fazer isso, isso tem que vim do coração dele, espontaneidade dele. [Ele hoje contribui financeiramente na criação do P.?] Não... Saiu da casa dele, acabou, ele não se responsabiliza mais.

Quando nos encontramos Florbela tinha acabado de perder o emprego e se separar, novamente, do pai do seu filho. Fato inclusive que fez com que ela não comparecesse a entrevista no dia marcado anteriormente. Estava visivelmente abalada e refletindo sobre os próximos passos que daria em sua vida. Não é a primeira vez que se separam, a relação sempre foi conturbada pelo fato do ex-companheiro não assumir verdadeiramente o relacionamento com ela, nem a paternidade da criança. Depois de muita insistência e pelo afeto que sente por ele, voltaram. Dessa vez a separação foi mais difícil, pois pela primeira vez eles foram morar juntos, ela construiu uma casa, achou que ia viver seu sonho de casar e construir uma família como sempre desejou. Foi difícil aceitar que isso não iria se concretizar da forma como esperou e ter que dar o primeiro passo para fechar esse ciclo foi especialmente doloroso.

Não teve muitos namorados ao longo da vida e diz que o pai do seu filho foi quem amou de verdade. Eles não estavam mais juntos quando descobriu a gravidez: *“nessa de ficar junto e separar, ficar junto e separar, a gente saiu, eu não usei preservativo e engravidei”*. Florbela deixou de tomar o anticoncepcional após o rompimento, pois relacionamentos não estavam nos seus planos naquele momento. Ao saber da gestação, o pai da criança negou que fosse dele, pois dizia ter realizado uma cirurgia para não ter mais filhos. Florbela, pelo contrário, tinha certeza, pois não esteve com mais ninguém. Ela pediu para ver os documentos que comprovassem sua cirurgia, ele nunca mostrou. *“Era muito estranho, porque quando a gente transava sem camisinha e eu não estava tomando o remédio, ele me dava a pílula do dia seguinte”*. Ele não queria aceitar, dizia não ter condições para criar um filho. Queria que Florbela abortasse, mas ela se negou.

Florbela assumiu a gravidez sozinha, descobriu depois que o então namorado esteve durante todo o relacionamento envolvido com a mulher que ela acreditava ser sua ex-companheira. Quando sua mãe soube que esperava um filho a expulsou de casa e disse para morar com ele, mas ele não quis. Florbela buscou abrigo na casa de uma prima, pois não tinha mais para onde ir. Grávida e na rua. *“Ele me renegou. Nós ficamos dois meses sem nos falar, ele sumiu totalmente. Porque quando eu conheci ele, ele me fez ver a vida de uma maneira diferente, ele fez eu me sentir uma pessoa especial. Eu pensei que com ele eu ia ficar junto, construir uma família, ele me passou isso”*.

Além da frustração com o então companheiro, enfrentou inúmeras dificuldades dentro de casa, pois a gravidez não foi bem recebida pela família. O pai a chamou de piranha: *“grávida e doente de doença dos teus machos, ele disse”*, referindo-se ao diagnóstico de HIV. Florbela equipara a dor dessas palavras com um sentimento de morte simbólica: *“Nossa, aquilo pra mim me arrasou, acabou comigo. Eu sou magoada até hoje com ele por causa disso. Tipo, ele falou alto, as pessoas da rua escutando, eu me sinto mal até hoje com isso. E eu não posso falar que perdoei, porque quando a gente perdoa é de coração, e eu ainda não consigo perdoar ele”*. Depois de ser expulsa de casa, voltou após um tempo a pedido da mãe, mas a situação com o pai não teve melhora, até que em uma discussão houve uma agressão e ela saiu de casa novamente. Foi morar em uma cidade vizinha na casa de uma amiga.

Toda sua gestação foi permeada por muita angústia, tanto pelas questões familiares, as mudanças de lar, como pela indiferença do pai da criança com tudo que dizia respeito a ela e ao filho. Mas mesmo com essas dificuldades, Florbela considera sua gravidez algo bom, pois foi através dela que pôde descobrir a infecção por HIV: *“Se não fosse isso, sabe-se lá quando*

*saberia e se não morreria antes*”. Ao ser interrogada sobre quem são as pessoas mais importantes da sua vida, ela responde sem titubear: “*meu filho*”. É por ele que ela vai às consultas, toma medicação e encontra forças para viver.

O período de descoberta da gravidez, juntamente com o diagnóstico de HIV positivo, foi permeado de situações difíceis para Florbela: preconceito, humilhações em decorrência da sua condição sorológica, agressões físicas e verbais do seu pai, abandono do companheiro durante a gestação e negligência dele com o filho. Além da falta de apoio por parte de pessoas queridas, como sua mãe, sogra e amigos, nas quais ela esperava encontrar amparo. Por tudo que já precisou enfrentar ao longo dos seus 25 anos, se considera uma mulher de muita garra e força interior.

Relata que sofreu muito para aceitar o diagnóstico positivo. Fez oito testes anti-HIV em diferentes locais na esperança e com crença em Deus que algum sairia negativo. Não acreditava, fazia novamente e esbravejava que era mentira. Chorava todo dia e principalmente porque nunca teria a experiência de amamentar um filho. Não sabia muito sobre a infecção quando descobriu seu diagnóstico e sua primeira reação foi: “*Eu pensei ‘acabou pra mim’. Eu não sabia como era, o que era, quais os procedimentos... Achava que ia morrer*”.

Confiou seu diagnóstico a algumas pessoas próximas e se mostrou decepcionada com a confiança que depositou nelas, pois todas contaram sobre sua condição sorológica a terceiros sem o seu consentimento; o que gerou constrangimento e situações de discriminação. Quando contou ao companheiro sobre os resultados dos testes, afirma ter percebido nele um sentimento de culpa, de remorso pela sua infecção. Foi quando os dois voltaram a se envolver após uma separação anterior. O rapaz também realizou o teste e quando seu resultado saiu negativo, o tratamento com Florbela mudou. Ele culpou-a pelo acontecido e passou a ter medo de encostar nela para não contrair o vírus. “*Eu fui e falei: ‘Ah, então me beija se você não está com medo de pegar’. E ele não me beijou*”. Depois que foram morar juntos, numa nova tentativa de fazer o relacionamento dar certo, ele demonstrava uma melhor aceitação.

Florbela agora está reaprendendo a morar com a família, depois que precisou voltar para a casa dos pais após a separação e depender financeiramente deles. Ao ser interrogada sobre o que considera que mais mudou em sua vida entre a época da primeira entrevista em 2013 e a atual, avalia que o período anterior foi um dos mais difíceis da sua vida, por todas as mudanças e dificuldades que precisou enfrentar: “*estava sendo tudo novo pra mim, era uma mistura de confusão, eu estava tentando me achar naquela situação em que eu estava vivendo... E... Eu acho que fui fraca naquele momento, mas também ao mesmo tempo eu fui forte porque eu*

*descobri que estava grávida e eu descobri que eu era soropositiva*". Hoje considera que o momento também é de mudanças e recomeço de uma nova fase em sua vida após a separação e completa que deseja para o seu futuro *“estar trabalhando de enfermeira, meu filho bem estruturado, eu bem estruturada também, com uma família estruturada, uma casa boa”*.

### 3.2 Clarice

Clarice tem 40 anos e se considera morena. Conta que antes de atingir a maioridade já era mãe, tomava as rédeas da própria vida e os pais não interferiam muito em suas decisões. Estudou até o primeiro ano do segundo grau, mas precisou parar porque engravidou. Depois, as circunstâncias da vida não permitiram que ela voltasse. Afirma que não se esforçou o suficiente, pois aos 18 anos já precisava se dedicar ao companheiro e a filha. Começou a trabalhar fora nessa idade para sustenta-la após se separar do pai da criança. Trabalhou em escritório e como vendedora em uma loja de roupa. Teve mais uma filha de outro relacionamento, hoje com 14 anos e adotou um garoto, que hoje tem 17 anos.

Depois que conheceu seu atual marido não trabalhou mais em outro local e hoje divide com ele as tarefas da peixaria que possuem. Clarice afirma que não era proibida de trabalhar, mas o esposo não estimulava nem apoiava muito: *“Ele acha que a obrigação de sustentar a família é do homem”*. Mesmo assumindo os cuidados domésticos e dos filhos, o que não é visto por ele como trabalho, a rotina na peixaria também é exaustiva e consome boa parte do seu tempo e energia, pois envolve o atendimento às pessoas, organização do local e idas ao CEASA no começo da madrugada: *“Eu acho que quem trabalha mais sou eu, por que eu trabalho em casa e trabalho lá! (risos) acaba que as duas funções sou eu quem faço [...] ele diz que já trabalha demais. E que o serviço em casa é molezinha”*.

Seu marido tem quatro filhos de outro relacionamento que antes viviam junto com eles. Hoje o casal mora só com o filho que eles têm juntos e o filho mais velho dele. Dos três filhos de Clarice, a mais velha de 21 já é casada e a de 14 e o rapaz de 17 anos moram com o pai. Quando todos moravam juntos, época em que concedeu a entrevista em 2013, contava que nesse arranjo, as tarefas domésticas eram divididas entre as mulheres da casa: ela, sua filha caçula e as três filhas dele: *“Cada uma faz uma coisa, geralmente eu fico com a cozinha. Tem muita mulher né? (risos)”*. Atualmente toda a rotina de casa e cuidado com os filhos é centralizada nela.



Outras mulheres também têm papel importante na vida de Clarice: sua mãe e uma grande amiga, que conhece sua condição sorológica e com quem compartilha algumas de suas questões. Mas a mulher que mais significou para Clarice foi sua avó, já falecida: *“Aquela ali era meu porto seguro. A gente se falava todo dia. Sete horas da manhã meu telefone tocava era ela: ‘bom dia, Jesus te ama e eu também’. Foi uma perda muito grande pra mim. Quando a minha mãe se separou do meu pai, quem me criou foi ela. Ela que ficou comigo. Ela foi mais mãe que a minha mãe. A minha mãe hoje é uma pessoa maravilhosa pra mim, mas quando eu era pequena ela fez muita falta”*.

Sua trajetória de relacionamentos afetivos inicia quando ela morou no Rio Grande do Norte bem jovem, com um namorado. Decidiram ter um filho e ela parou com a pílula para engravidar. Antes do nascimento da criança eles se separam e ela voltou ao Rio de Janeiro grávida. Conheceu um rapaz por quem se apaixonou e prometeu assumir sua filha. Registrou-a e até hoje é a figura paterna que a moça tem como referência.

Com o segundo marido, Clarice passou 10 anos. Ele lhe proporcionava uma boa condição financeira e uma casa que lhe agradava bastante, mas esses fatores não foram suficientes para manter a relação porque ele não era parceiro, amigo. E isso fazia falta: *“cada um foi seguindo pro seu lado na vida. Nisso a vida foi desgastando... ele não era meu parceiro. Então as coisas que ele me dava, as contas que ele pagava não supria o companheirismo”*. Lembra que quando jovem, era atraída por outros aspectos numa relação – desejava ter uma vida confortável, poder fazer compras e viver numa casa boa. Ao longo dos anos e dos relacionamentos, afirma que essa visão mudou: *“Eu falo pra minha irmã, pra minha filha, que na idade, a gente vai pegando experiência... hoje o que importa pra mim é companheirismo, amizade, atenção, vale muito mais...”*.

Mesmo priorizando essa relação de amizade e companheirismo, Clarice se sentiu traída pelo atual esposo, pelo fato dele não contar para ela que era soropositivo há 10 anos e nunca ter proposto o uso de preservativo. Quando Clarice desconfiava que pudesse estar grávida e partilhou dessa dúvida, ele a levou até o serviço de saúde onde realizava o tratamento e revelou o seu diagnóstico junto com o médico que sempre o acompanhou. Clarice compartilhou na entrevista anterior que o sentimento por ele prevaleceu mesmo com o impacto da notícia: *“Igual eu falei pra ele, como eu gosto muito dele, se ele tivesse me contado a gente teria ficado junto do mesmo jeito, mas eu estaria ciente do que está acontecendo. Mas depois passou...”*. Em nosso encontro recente, no entanto, ela avalia essa decisão como errônea: *“Na época, eu levei*

*até de boa, porque eu estava apaixonada, e quando a gente está apaixonada, a gente faz muita besteira né? Então, na época eu levei de boa, mas eu tinha que ter pulado fora”.*

Clarice diz que já foi uma mulher de personalidade forte, muito decidida e que gostava que tudo fosse feito do seu jeito. Hoje avalia que precisou fazer muitas concessões em prol do casamento: *Eu deixo de fazer muita coisa na vida para não me aborrecer. Porque se eu fizer, eu vou ter problemas, eu vou ser obrigada a ouvir coisas que eu não quero ouvir, eu evito. Eu deixo minhas vontades para lá”.*

Quando engravidou de seu atual companheiro, momento em que ficou sabendo do seu diagnóstico de HIV, Clarice realizou o teste anti-HIV e o resultado foi negativo, contudo, sofreu aborto espontâneo e perdeu o bebê. Mesmo diante da notícia, continuou tentando engravidar, pois desejava muito poder ter um filho do esposo: *“eu perdi o outro neném em agosto, aí em dezembro eu engravidei do L. Não tava acompanhada por que não tinha dado nada. Tinha dado negativo. Mas aí como eu estava querendo engravidar, não tinha como eu não ser contaminada”.* Depois veio a confirmação da infecção no exame dela.

A princípio considera que foi um baque, pois sabia quase nada sobre HIV/Aids: *“quando falavam de Aids, imaginava que era uma doença que matava (risos), que não tem cura, né? ”.* Refere que recebeu algumas informações na escola e que outras teve acesso através da televisão, principalmente sobre as formas de transmissão e que tomando a medicação aumenta a probabilidade de uma melhor qualidade de vida para o soropositivo. Nesse período, ressalta a importância que o médico teve em seu processo de aceitação. Graças ao acolhimento recebido, ela ficou mais tranquila e aberta para entender como era viver com HIV. Acredita que a cura para a Aids ainda virá e que com isso haverá aumento da sua expectativa de vida: *“Ah eu creio! (risos) igual falo pro meu esposo, ‘ah você acha que vai ter cura’, aí eu falei ‘ah eu acho, o câncer não tinha e agora tem’. É ter mais tempo de vida, né? Ver os filhos criados, netos...”.*

Ao ser interrogada sobre o que considera que mais mudou em sua vida entre a época da primeira entrevista em 2013 e a atual, Clarice aponta que seu relacionamento piorou muito entre separações, traições e voltas e que isso vem interferindo cada vez mais na dinâmica familiar e no seu bem-estar. Por um grande desejo de ter mais autonomia e independência financeira, está entre seus planos do futuro voltar a estudar e obter uma fonte de renda própria: *“Eu quero terminar o segundo grau e fazer uma faculdade. Não tenho muita coisa assim... Eu tenho vontade de fazer assistência social, alguma coisa assim... e também eu tinha muita vontade de*

*montar um negócio para mim. Alguma coisa com artesanato, eu gosto muito de mexer com essas coisas.”* E complementa: *“Daqui a cinco, dez anos? Eu espero estar viva e mais feliz”*.

### 3.3 Carolina

A entrevista com Carolina quase não acontece por inúmeras dificuldades em nosso contato e alguns desencontros. Depois de várias tentativas, desde agosto de 2018, finalmente conseguimos conversar em outubro, após uma consulta sua no hospital em que é acompanhada.

Carolina se declara negra e tem 44 anos. Concluiu o segundo grau na escola, mas não conseguiu continuar com o estudo formal. Fez cursos de costura e técnico de enfermagem, mas não finalizou. Começou a trabalhar fora com 30 anos como operadora de caixa e balconista, pois até então dedicava-se aos cuidados da casa e dos filhos. Decidiu trabalhar para ter uma atividade diferente, capaz de garantir uma renda extra para seus gastos específicos. Hoje não tem uma ocupação formalizada, mas relata o grande desejo de voltar a trabalhar e diz que sempre teve alguma atividade laboral além das atividades domésticas, como venda de acessórios femininos e lingerie para amigas e vizinhas. Acha monótono ficar em casa e todo dia ter a mesma rotina; há alguns anos seu cotidiano envolve cuidar da casa e de criança pequena, já que suas últimas três gestações foram próximas e não planejadas, o que alega ter impedido seu retorno ao mercado de trabalho: *“Quando eu tava me preparando para voltar, eu descubro que tô grávida... aí lá vai começar tudo de novo”*.

A rotina de Carolina envolve principalmente os cuidados de casa e dos filhos, mas refere também idas a igreja e atividades de venda: *“eu acordo, tomo café, ponho as crianças para escola, costumo fazer alguma coisa assim, vender maquiagem assim, para as minhas colegas. Procuro ir na igreja, almoçar fora... só isso. Final de semana, eu procuro ficar mais em casa”*. A demanda doméstica é alta e ela se sente sobrecarregada com as atividades de cuidado com os filhos e uma casa grande. Na entrevista de 2013, Carolina contava que a mais nova das meninas ajudava nas tarefas de casa, mas ela não gostava de pedir esse apoio, pois não queria interferir nos estudos da filha. Hoje essa filha não mora mais com ela. Quanto à participação do marido, alega que não gosta que o companheiro faça ‘seu serviço de casa’ e prefere que ele ajude nos cuidados com o bebê: *“É muito tranquilo, qualquer coisa o neném está chorando é ele quem olha, deixa eu dormir, troca. Ele fica com ele de dia, quando eu descanso de tarde, ele fica à noite chatinho para dormir. Aí ele fica com ele e eu durmo tranquilo”*.

Carolina tem sete filhos, o mais novo com três meses. As três filhas mais velhas são fruto do primeiro relacionamento; uma delas mora com o pai e as duas mais velhas são casadas e moram com suas respectivas famílias em outros lugares. Os outros quatro são do atual marido com quem está há 20 anos. Além da família nuclear, aponta sua irmã como a pessoa com quem ela mais conversa e se sente à vontade, sendo sua principal fonte de apoio, “*Além de Deus*” (...) “*Porque eu só tenho a minha irmã... vou pra casa dela, bate papo, vamo pra Igreja, almoça fora*”. Ela me tranquilizou, mandou eu me cuidar. Que eu não era a primeira, nem a última. E só. E me apoia em tudo”. Apesar de não ser assídua em uma igreja específica, Carolina frequenta igrejas evangélicas desde nova com a família e atualmente vai na companhia da irmã. Para ela a religião representa “*fé, esperança...*”.

Segundo Carolina, desde muito jovem ela tinha o sonho de casar e formar a própria família, o que aconteceu com o primeiro relacionamento: “*queria formar a minha família. Senti segurança, ele era trabalhador...*”. Ela só estudava nessa época e depois que começou a trabalhar fora ele se mostrou muito ciumento e controlador. Carolina não concordava com a postura sufocante do marido e decidiu se separar. Voltou para a casa do pai e um tempo depois conheceu seu atual esposo. Ele é policial aposentado e se conheceram quando ele estava um dia de plantão e ela trabalhava numa loja. Trocaram telefones, conversaram e depois começaram a namorar. Morar junto foi um passo que só veio depois, seguido do casamento no cartório.

Quando se conheceram ele não tinha filhos, decidiram juntos sobre o primeiro filho e ela tirou o DIU para engravidar. A infecção por HIV veio dele: “*ele tem um passado com várias mulheres*”, mas isso não a incomoda, pois ela também teve um outro (e único) envolvimento e entende que todo mundo tem seu passado e seus relacionamentos. Segundo ela, o HIV não é uma questão de conflito entre o casal e os dois procuram levar da forma mais tranquila possível. “*Não mudou nada não depois que ficamos sabendo*”. Conta empolgada que o marido é muito comunicativo, inteligente e que lê muito, fato que admira.

Sua recente gravidez não foi planejada e conta que ouviu muitos comentários de amigos e familiares quando anunciou que estava grávida, pelo número de filhos que já tem: “*ficam falando pra eu parar de ter filho. Aí então nessa gravidez eles ficaram desesperados. Aí fala pra eu ligar*”. Devido a esse fato, somado ao desejo de voltar a trabalhar no mercado de trabalho, Carolina considerou a possibilidade de realizar um aborto e afirma que chegou a tomar um chá bem no início da gestação para tentar interrompe-la:

Eu vou ser sincera. Eu estava usando camisinha e aí nesse dia, a gente foi usar o coito interrompido. Eu estava no período fértil e aí aconteceu. Aí foi aquela

coisa, logo agora que eu estava querendo trabalhar... vai começar tudo de novo... hospital, fralda, vacina, consulta... aquele cuidado que a gente tem que ter com o bebê, né? [...] eu até tomei um chazinho [...] só nesta mesmo, que eu queria trabalhar, que eu queria espalhar a mente, nas outras, não. Nunca pensei. Só nessa que eu fiquei desesperada: 'aí eu não acredito, quatro anos, quando eu pensei em fazer curso', entendeu? Aí aconteceu, mas tudo bem.

Descobriu sua condição sorológica durante o pré-natal do quinto filho. Diz que ficou triste, chateada por descobrir uma doença, mas que não se abalou. Sabem do seu diagnóstico HIV positivo, sua irmã, os filhos e o esposo. Aponta que a principal mudança em sua vida após o HIV foi a rotina de cuidados, consultas e medicação todos os dias; além disso, passou a entender melhor da infecção, pois antes acreditava que era “*coisa ruim, horrível. Ah que morria feio, que era coisa de homossexual... coisa de prostituta*”. Hoje explica que qualquer pessoa está sujeita a essa condição. Acredita na cura para HIV/Aids e tem esperança nisso, pois para ela, uma pessoa ter saúde é a melhor coisa: “*Só não ter que tomar o remédio eu já ia ficar feliz da vida*”. Para Carolina, cura significa não detectar mais o vírus no sangue “*eu já ouvi que algumas pessoas foram curadas. Logo, logo no começo do tratamento*”.

Ao ser interrogada sobre o que considera que mais mudou em sua vida entre a época da primeira entrevista em 2013 e a atual, ela afirma que a última gravidez foi um baque, pois já contava com seis filhos e não desejava mais engravidar, mas ela e o marido decidiram manter a gestação e hoje está feliz com a formação de sua família. Conta também que a medicação utilizada na TARV diminuiu e que isso lhe proporcionou mais qualidade de vida: “*a tendência é melhorar*”. Entre seus planos para o futuro, espera que essa diminuição seja cada vez mais rápida ou que não precise mais tomar remédio algum: “*Daqui uns cinco anos... chegar aqui e falar: 'Ana Paula, olha só, você não precisa tomar mais o remédio, tá. ou então diminuir...' quanto mais não tomar remédio para mim é melhor. Porque é muito desgastante*”. Além disso, espera poder oferecer uma melhor condição de vida aos filhos e que dessa forma, eles possam se formar em uma faculdade.

### 3.4 Cecília

Cecília se declara negra, tem 44 anos e nível superior incompleto. É a participante com maior nível de escolaridade do grupo. Desde o primeiro contato, afirmou já ter participado diversas vezes de pesquisas e entrevistas nas unidades de saúde em que é acompanhada e talvez por isso se mostrou muito solícita e disponível para nosso encontro.

Sua trajetória profissional tem início bem cedo, pois começou a trabalhar com 12 anos como empacotadora de um mercadinho próximo a sua casa. Depois trabalhou em uma fábrica, em lanchonetes, até chegar, há seis anos, no supermercado onde está hoje em que atua como estoquista. Cursou faculdade de administração numa instituição particular em que a empresa que trabalhava bancava 50% dos custos. Quando foi demitida e perdeu o benefício, teve que abandonar o ensino superior, pois não tinha mais como pagar. Sempre teve desejo de passar em um concurso público pelo salário e estabilidade. Frequentou cursinhos preparatórios e tentava ter uma rotina de estudos, mesmo trabalhando o dia inteiro. Quando estava grávida, essa carga horária se estendia de 8hs as 22hs, mas considerava importante completar o curso técnico que estava cursando.

A rotina de Cecília hoje continua bem extenuante e envolve principalmente a carga horária de seu emprego, que é noturno e as atividades de cuidado com a casa e a filha única de cinco anos:

Geralmente, chego em casa, quando não tem nenhum imprevisto, chego em casa 8 horas da manhã, aí durmo com ela e ela geralmente acorda 11, 10h30... quando eu não tenho que fazer comida. Quando eu tenho que fazer, eu chego e vou direto fazer logo. Arrumo ela, mando ela para o colégio e vou deitar. Aí durmo até 7 horas, 8 horas da noite. Essa é geralmente a minha rotina. Quando tem que fazer comida, eu chego, tem que fazer comida... Aí meu marido leva ela pro colégio. Eu lavo as louças, arrumo a cozinha e vou... dormir. Você entendeu?

Mesmo aos finais de semana, a jornada de atividades domésticas não diminui:

Eu aproveito para lavar roupa, porque durante a semana, dá para fazer somente isso: fazer comida mesmo, arrumar cozinha... não dá para fazer muita coisa. E dormir, né? Senão, senão, não aguenta né? Mas, final de semana, não. Final de semana, arrumo a casa, dou uma faxina melhor na casa, vejo um filme, dificilmente eu saio.

Segundo Cecília, seu companheiro ajuda bastante nessa rotina de tarefas, principalmente nas atividades relacionadas à filha do casal, como levar e buscar na escola, levar ao médico em caso de adoecimento. Trabalhando como autônomo, ele consegue organizar sua carga horária de forma mais flexível do que ela e isso permite que ele possa ficar mais tempo com a filha enquanto Cecília trabalha: *“Quer dizer me ajuda pra caramba, por que é como eu te falei, senão eu teria que pagar alguém para tomar conta dela.”*

A família nuclear é composta pelo casal e a filha e moram os três em uma casa própria, fato que Cecília considera uma conquista, pois até o nascimento de sua filha, época da primeira entrevista em 2013, eles moravam com sua mãe. A rede de apoio de Cecília é pequena e diz

contar basicamente com ajuda da mãe e da irmã caso precise de algum suporte com a filha, mas geralmente prefere não pedir e dividir suas demandas apenas com o esposo, até mesmo pela rotina cansativa que sua mãe está submetida:

Se eu precisar, minha mãe. assim... ela não tem tempo também. Porque ela trabalha ainda, tem problema de saúde, porque a pessoa vai ficando de uma certa idade, vive em médico e ainda ta tomando conta do meu pai. A minha irmã mais nova ajuda, minha irmã nem está trabalhando por causa disso. Ela nem está trabalhando, ela até saiu do emprego para ajudar a minha mãe e o meu pai. Que dá maior trabalhadeira.

Cecília define um bom relacionamento a dois como algo leve, sem discussão e com muito diálogo e companheirismo. Exatamente o oposto do que ela sempre viu no relacionamento dos pais: *“o casamento dos meus pais... horrível, brigavam, um batia no outro, chamava a polícia, vizinhos... não tenho lembranças muito boas não. Nem de presenciar, eu sempre falei isso pra minha mãe, ‘o dia que eu casar, Deus me livre! Viver assim... nesse conflito, melhor não casar!’”*. O modo como o pai tratava sua mãe durante o casamento interferiu também na relação dos dois enquanto pai e filha. Não existe um vínculo ou afetividade: *“trato ele normal, mas não tenho intimidade”*.

Conheceu seu marido em aulas de preparação que ele ofertava como professor de matemática. Cecília demonstra muito afeto ao falar do companheiro. Estão juntos há 10 anos. Diz que ele é esforçado, trabalhador, ajuda nas tarefas domésticas e divide a criação e responsabilidades com filha do casal. Ele tem outros dois filhos de relacionamento anterior que não mora com eles, mas segundo ela, é um pai bem presente.

Por muito tempo pensou que não se casaria, pois não identificava nos namorados as características que ela considerava importantes para ter um bom casamento, sempre tendo como parâmetro o que não queria na relação dos pais. Acredita que por isso foi na contramão do que acontece com muitas mulheres, pois esperou e planejou o melhor momento para dar certos passos em sua vida, como a iniciação sexual aos 21 anos e a primeira gravidez aos 38:

Acho que a gente quando é jovem fica pensando no que a gente quer pra nossa vida, eu determinei isso... tanto que antes eu fazia uma visão do casamento totalmente diferente. Tanto que eu falava ‘eu quero ter filho, mas casar eu não quero não’. Mas nem todo mundo é igual ne? Eu vejo pelo meu marido, é uma pessoa maravilhosa, carinhoso e compreensivo.

A paixão pelo atual companheiro não veio de imediato. Cansada de ter envolvimento rasos e sair frustrada por pessoas que não a tratavam bem, Cecília decidiu tentar ser menos emotiva, conta. Marcos precisou conquistar seu espaço aos poucos, demonstrando cuidado e

atenção. Quando se sentiu segura, contou do diagnóstico para ele e sua aceitação foi baseada em uma revelação divina: *“eu já tava preparado pra isso. Deus tinha me avisado. De um homem que tinha um relacionamento com uma mulher com o vírus HIV”*. *Você é a mulher que Deus me mandou mesmo” – ele disse*. Considera que o marido lhe deu uma grande prova de amor ao aceitar seu diagnóstico assim, mesmo não tendo: *“ele não é HIV positivo... aceitar as diferenças... hoje em dia é muito difícil”*. Hoje afirma que possui muito amor e admiração pelo companheiro e que o relacionamento dos dois tem muita parceria, qualidade que ela considera fundamental em um homem.

Como dito antes, a primeira gestação ocorreu aos 38 anos e foi bem planejada por Cecília. Ser mãe não era um desejo antigo pois, segundo ela, achava assustadora a responsabilidade de dar à luz e educar uma criança, contudo, aos 27 anos a vontade de engravidar começou a se manifestar de forma mais intensa. Cecília aguardava o momento ideal para isso, que seria quando encontrasse um parceiro que a fizesse sentir segura para ter filhos, mediante um relacionamento estável. Diante das dificuldades encontradas nas suas relações afetivas, pensou em ser mãe solteira para realizar seu sonho, hoje considera que não teria conseguido, pois julga importante uma criança ser criada pelos pais: *“Para você ser mãe solteira, antigamente, eu achava que era fácil. Hoje, quando você tem um filho e você está vivendo isso, é bem complicado, é bem diferente. Do que aquilo que você pensa. Graças à Deus, eu encontrei uma pessoa”*.

O marido não desejava ter mais filhos além dos dois que já possui, mas Cecília afirma que a negociação para engravidar foi tranquila, pois o companheiro deixa ela comandar as decisões do casal no que concerne aos métodos contraceptivos e o fato de alegar idade avançada para engravidar também influenciou na decisão.

Geralmente, ele me deixa comandar as coisas, entendeu? Eu falei que eu queria, tava na hora já... que já estava ficando muito tarde, eu falo que estava tarde, para mulher. Por que eu já estava com o que? Com 37 né? Com 37, 38 anos quando a minha filha nasceu. É diferente do homem. Você corre um certo risco que a criança nasça com problema. Então, eu achava que não dava para esperar mais não. A gente sempre está esperando que a situação melhore [...] Eu falei: “eu quero uma filha mulher, por que ela é mais companheira, mais presente, mais carinhosa [...] minha filha foi programada, a gente falou: “eu quero, está na hora, eu estou ficando velha”, então não foi um acidente. A gente se programou para ter ela. Você entendeu?

É perceptível que Cecília possui uma grande preocupação em oferecer a melhor estrutura possível para a filha, principalmente um ambiente acolhedor e que propicie seu desenvolvimento, diferente do que ela julga que teve na sua criação.



Sobre o diagnóstico de HIV, considera o momento em que recebeu o exame positivo como o que mais se sentiu desamparada e sozinha na vida. Não conseguiu dividir com mais ninguém, a não ser com o primeiro namorado na época, por quem foi infectada: *“sozinha não pelas pessoas, mas porque eu não podia contar. Era um segredo, ficou entre ele e eu”*. Até hoje também não encontra segurança para conversar sobre isso com outras pessoas, além do marido.

Acredita que o primeiro namorado contraiu o vírus realizando serviços de dentista a preços populares. Estudava odontologia e sua mãe lhe comprou cadeira e material para fazer os atendimentos e ganhar dinheiro: *“ele atendendo em casa essas pessoas. Ele nem era formado, mas já atendia para ganhar um dinheirinho. Usava até luva, mas era tão fininha sabe? Eu acho que podia furar com aqueles aparelhos tão fininhos... ele vivia com a mão machucada. Toda vez que eu conto essa história pros profissionais de saúde, eles duvidam. Mas eu tenho essa visão porque eu conhecia a pessoa que tava comigo, eu sei quem ele era”*.

O relacionamento já não ia bem há um tempo, para Cecília os dois viraram amigos e em função de sentimento de compaixão que ela tinha por ele, não conseguia terminar. Ela tinha medo de terminar o envolvimento e ele não reagir bem. Manteve por meses essa postura, até que veio a descoberta do diagnóstico dos dois: *“Foi a minha liberdade, porque eu tive coragem de terminar com ele. Nós tínhamos apenas um segredo e um acordo de manter esse segredo. Não tinha mais como a gente ficar junto”*.

Sobre essa tolerância e vivência com HIV, Cecília conta que já recebeu atendimento diferente em serviço de saúde por ser encaminhada do Departamento de Doenças Infecto-parasitárias (DIP):

Eu fui tirar sangue, e o rapaz ficou me deixando por último, porque viu que eu era encaminhada do DIP. Ele tirou sangue do meu braço de qualquer jeito, ficou um hematoma. Quando eu fui no outro lugar pra tirar sangue e ver meu tipo sanguíneo, a menina disse pra mim ‘caramba, fizeram um hematoma no teu braço’, a pessoa totalmente diferente, super cuidadosa. Colocou compressa pra tirar o inchaço. Quer dizer, tem discriminação, até mesmo no meio da saúde.

Por receio de viver outras situações assim, mantém seu diagnóstico oculto e apenas seu marido sabe de sua sorologia: *“Rejeição, né? Eu cheguei uma vez a contar para um namorado meu. Ele ficou totalmente revoltado. Me abandonou”*. Contudo avalia que hoje possui uma relação tranquila com sua condição e que a aceitação veio com o tempo. *Hoje eu acho a Aids melhor que o câncer. Eu acho que o câncer mais assustador do que quem tem HIV. Por eu ter o vírus não me afeta em nada.*

Ao ser interrogada sobre o que considera que mais mudou em sua vida entre a época da primeira entrevista em 2013 e a atual, Cecília indica que a experiência da maternidade sem dúvidas foi o que de mais marcante aconteceu e que se descobriu apaixonada pelo papel de mãe. Entre seus planos para o futuro estão se aposentar e poder se dedicar de forma integral à filha, investindo bastante em sua educação:

eu quero dar atenção à minha filha, colocar ela em diversos cursos e poder acompanhar ela, entendeu? Como eu vou aposentar cedo, eu acho que vai dar para fazer isso [...] Eu quero que ela faça um curso de teatro, que ela faça um curso de inglês... eu acho que a Força Miliar é serviço garantido, então quer dizer, eu espero que ela se torne independente bem cedo. Por que assim, a gente vai ficar aliviado. Pelo fato da gente ter tido ela muito tarde. Eu espero que pelos 25 anos, ela já tenha a profissão dela, a faculdade dela, é o que eu penso para ela. Tomara que ela esteja de acordo. [No futuro você se vê assim?] É, Vivendo pra ela.

### 3.5 Ângela

Ângela possui 29 anos, se declara parda e possui ensino médio completo. Em nosso encontro demonstrou ser mais reservada para alguns assuntos, o que pensei que pudesse ser um empecilho a nossa conversa, mas mesmo afirmando que não gosta de ouvir nem de conversar sobre sexualidade com ninguém, foi bem disponível durante toda entrevista.

Completo dois cursos técnicos após terminar o segundo grau, um de formação e beleza pelo SENAC, outro que fez no Rio Grande do Sul, de carga e descarga de contêiner, no entanto nunca trabalhou exercendo funções ligadas a eles. Seu percurso no mercado de trabalho tem início aos 18 anos quando começou a trabalhar em uma creche e ficou até o nascimento de sua primeira e única filha. Diz que é muito realizada em trabalhar fora e achou um tédio ficar em casa durante todo o período de licença maternidade, ainda que o trabalho doméstico fosse intenso. Diz que cuida de crianças por prazer, sempre cuidou dos sobrinhos, então trabalhar em uma creche era um emprego que lhe trazia realização, apesar de muito cansativo. Após passar um período se dedicando aos cuidados da casa e da filha, retornou ao mercado de trabalho como auxiliar de serviços gerais em uma escola. Seu sonho era ser pediatra, mas como alega ter dificuldade para lidar com sangue e criança machucada lhe causa muito sofrimento, trabalhar em escola é a forma que encontra de estar sempre inserida no universo infantil.

Além da jornada de trabalho na escola, Ângela também assume os cuidados da casa e da filha. Mesmo alegando que o companheiro “*está sempre me ajudando na rotina de casa, quando ele pode.*”, percebe-se que a função está quase inteiramente encarregada a ela:

Minha rotina é meio complicada... eu acordo 4:20 da manhã para ir para o trabalho, saio do trabalho às 3 horas da tarde, pego a minha filha na escola às 4, venho para casa, arrumo casa, faço comida, ensino o dever, brinco um pouco e coloco para dormir, por que no outro dia, acordar de madrugada de novo, para seguir a sua rotina [...] Quando ele chega à noite, a casa já está arrumada. Então, o que ele acaba fazendo? Quando ele chega ele coloca roupa na máquina, ele estende, quando tem... ele arruma a cama, por que eu não tenho tempo de arrumar... ele lava o prato dele, o prato dela antes dele ir para o trabalho, então, fica diferenciado.

O companheiro trabalha em uma peixaria e apesar de não assumir muitas tarefas em casa, Ângela avalia sua atuação de pai como maravilhosa, pois está sempre presente na vida da filha e participando das atividades que a envolvem.

Antes Ângela vivia com tia, irmã, primas e sobrinhas até o nascimento da filha. *“A casa das nove mulheres”* – fala sorrindo. A presença de mulheres é representativa em sua vida. Na infância morava com a mãe e mais duas irmãs, o pai não era presente, até que sua mãe faleceu de câncer de mama, então a irmã mais velha assumiu o cuidado das demais. Ela tinha 5 anos. Passou a viver com outras mulheres da família, que igualmente não tinham vínculos estabelecidos com nenhuma figura masculina. Depois que a filha nasceu, mudou-se e foi morar com o pai dela.

Quando concedeu entrevista em 2013, Ângela e o pai de sua filha não estavam juntos formalmente. Segundo ela, a gravidez aconteceu de forma inesperada no primeiro encontro que tiveram, ainda sem vínculo, sem afeto, sem conhecer quase nada um do outro. Dessa forma, preferiram seguir morando separados e sem um relacionamento firmado, até que pudessem se envolver mais e decidirem se era realmente isso que queriam. Mantinham um bom convívio e ele participou ativamente de toda a gestação, acompanhando-a nas consultas, exames e na tomada de decisões sobre o bebê. Para Ângela era difícil optar por morarem juntos na época, pois para que isso acontecesse, ela teria que se mudar para a região em que ele morava, próximo ao trabalho dele. Ela tinha receio de sair de perto de sua família, abandonar seu emprego e toda a rotina com a qual já estava habituada há anos. Ela dizia: *“A gente vai tentar, mas ele quer que eu vá pra lá. E pra mim ir pra lá, eu tenho que largar tudo aqui. Vou ter que largar meu emprego, vou ter que largar minha garantia e eu não quero abrir mão de nada disso [...] Porque eu já aprendi a gostar da minha liberdade. Eu já aprendi ter meu dinheiro, então é diferente. E a igreja aqui é onde muitos me ajudam”*.

Em nosso encontro contou que, logo depois do nascimento da filha, aceitou a proposta do rapaz e foram morar em um “puxadinho” (sic) oferecido pela mãe do seu companheiro enquanto eles se organizam financeiramente para comprar a própria casa. Diz que tomar essa decisão não foi fácil, mas decidiu tentar pela filha, para que fosse criada pelos dois.

Porque eu acho que filho, na verdade, ele tem que ser criado do lado dos pais, ele tem que ter uma base da família. Eu acho que é porque eu cresci sem minha mãe, sem meu pai do meu lado, então eu achava que minha filha não podia, que ela não pode crescer sem o pai e sem a mãe do lado dela, não pode deixar de ter essa orientação, entendeu?

Avalia que hoje o casal possui um bom relacionamento, pautado principalmente pela parceria e ela conseguiu reestabelecer uma rotina de vida como gostaria, que envolve os cuidados com a casa e filha, mas também seu emprego e independência.

Percebe-se que Ângela é muito organizada. Gosta de ter controle sobre o que está acontecendo, mesmo que isso acarrete uma grande frustração quando seus planos de vida não acontecem da forma como imaginou. Demonstra isso ao contar sobre a descoberta da gravidez: *“eu sempre fui planejada, sempre falei isso ‘eu só vou ter filho depois que eu casar, eu só vou ter filho depois que eu formar a minha família’”*. Quando o inesperado acontece através da gravidez e da descoberta do HIV o sentimento de frustração, de perda do controle é inevitável:

Quando eu descobri que eu tava grávida não foi fácil, eu achei que a minha família ia me matar [...] Porque nos planos da minha família eu ia fazer faculdade. Então, ao mesmo tempo pagar faculdade e cuidar de filho não dá, porque faculdade é muito caro. Eu ia fazer de professora mesmo, de formação de professora. Então, eu achei que todo mundo ia querer me matar. E primeiramente todo mundo falava: “ah, Ângela, ou ela vai morrer solteira, sem filho, vai ficar pra titia, ou ela só vai ter filho quando casar”.

A experiência da gestação e da maternidade, apesar de ter gerado grande surpresa e necessidade de mudar seus planos de vida até ali, é considerada por ela como muito positiva e como motivo de engrandecimento, pois lhe fez uma pessoa mais responsável: *“Tudo é bom de ser mãe. Porque ela é uma ótima criança. Ela não me dá trabalho. Ela só tem resposta para tudo. Mas ela é muito calma mesmo. Ela é uma criança muito fácil de lidar, eu não tenho o que reclamar dela.”* A gravidez não era planejada, mas depois Ângela quis muito e repete veementemente: *“Se ela tá aqui, é milagre de Deus. Eu tomei o remédio, eu tomava anticoncepcional. Se ela veio então, é porque Deus quis, entendeu? ”*.

Quando descobriu o diagnóstico positivo para HIV, Ângela compartilhou apenas com suas duas primas e o namorado. Tinha receio de contar para as irmãs e demais parentes por julgar que todos são muito preconceituosos e poderiam rejeitar o pai de sua filha. No primeiro momento, responsabilizou o companheiro pela sua infecção apesar do exame dele ter dado negativo, pois segundo ela, seu único outro parceiro sexual foi seu primeiro namorado, que por ser lutador de jiu-jitsu, estava sempre fazendo exames para monitorar a saúde. Hoje diz que conviver com a dúvida é uma das maiores dificuldades de viver com HIV, pois fica procurando respostas de quando isso aconteceu, quem a infectou, se existe a possibilidade de ter nascido com o vírus. Além disso, o sentimento de culpa esteve muito presente: *“A minha maior raiva foi porque eu não me cuidei, entendeu? Então, isso aí eu ficava indignada. No momento que eu ia poder ter uma gravidez tranquila, eu não tive. Eu tava chorando de raiva”*.

Outra grande lástima é o fato de não ter podido amamentar a filha. Ao falar sobre isso, Ângela se mostra muito emocionada e chora, se penalizando pelos efeitos colaterais que a criança tinha ao tomar leite artificial e pelo fato de que nunca vai poder viver a experiência da amamentação.

A vivência inicial com o vírus não foi fácil:

“Eu não queria mais trabalhar, eu achava que eu ia contaminar todo mundo, entendeu? Eu não queria comer dentro de casa, porque eu falava que eu ia contaminar todo mundo... eu mesma acabei tendo um pouco de preconceito. Eu não queria levantar da cama, eu só queria ficar deitada... Eu não queria ir trabalhar mais... Eu ficava com medo de dar banho nas crianças da creche, qualquer machucadinho eu já queria botar band-aid...”

Para ela, o que ajudou a reverter esse estado foi sua fé, o apoio que recebeu das primas e as orientações que buscou com médicos, sites e livros. Informação foi fundamental para entender os riscos que podia produzir ou estar exposta: *“eu comecei a tentar entender as coisas, como é que foi, pra eu tentar tirar a raiva do pai dela, porque... Não adiantava, porque, querendo ou não, a gente ia ter que ter contato por causa dela [...] E eu sabia que se eu não deixasse ele passar, ele ver, se ela não tivesse contato com ele, aí mesmo que ia vir a suspeita: ‘por que não deixa? O que aconteceu?’”*.

Da mesma forma que atribui a saúde da sua filha a Deus, a cura para HIV/Aids também está ligada diretamente a graça divina e por sua fé ela vai conseguir: *“Eu tenho fé que um dia eu vou parar de tomar esses remédios, eu tenho fé que todo mundo vai perguntar o porquê que eu não tenho mais, como isso sumiu do meu sangue. Mas só eu vou saber explicar o porquê. Porque eu tenho Deus. E eu sei que o Deus que eu sirvo vai fazer isso na minha vida”*.

Ao ser interrogada sobre o que considera que mais mudou em sua vida entre a época da primeira entrevista em 2013 e a atual, ela aponta o fato de ter engendrado um relacionamento oficial com o pai de sua filha, quando poderia ter acontecido de cada um seguir caminhos independentes na vida. Afirma que isso a deixou muito feliz, pois considera a decisão mais acertada que tomaram em prol da família: *“Estamos cinco anos juntos, a idade da nossa filha. Mudou muito a minha vida, por que pra quem ia ser uma mãe solteira e não ser mais, muda um pouco, o quadro da história. Faz um pouco de diferença na vida de todo mundo”*. Quanto aos planos para o futuro, ressalta que *“não paro muito para pensar sobre isso não, eu só penso em comprar a minha casa, para que, Deus me livre, caso algo me ocorra, minha filha ter a casa, o canto dela. Mas, pensar no amanhã? Eu não paro para pensar não. Eu tento viver um dia após o outro”*.

### 3.6 Jane

Jane possui 44 anos, se autodeclara como parda e possui ensino médio incompleto, tendo estudado até o primeiro ano do segundo grau. Concedeu a entrevista em novembro, quando ela tinha consulta de acompanhamento com ginecologista, depois de ter acontecido uma desmarcação anterior, em que um imprevisto no dia acordado impossibilitou nossa conversa. No início, realmente estava mais retraída, talvez com certo estranhamento por conversar sobre questões pessoais com alguém que não conhecia. Sua linguagem corporal demonstrava um pouco de incômodo, como o fato de olhar para o relógio algumas vezes seguidas, mesmo após eu me apresentar e tentar formas de quebrar o gelo, como me aconselha a literatura. Aos poucos foi se sentindo à vontade com as perguntas e ao final, disse que tinha gostado muito da experiência, pois não tem pessoas em seu círculo social para falar sobre tais questões.

Conta que foi mãe aos 17 anos, quando ainda estava na escola. Na época precisou abandonar os estudos e não conseguiu mais voltar: *“eu tinha que trabalhar né, com duas gêmeas, ele [o pai das crianças] era assalariado, eu tinha que trabalhar pra ajudar ele. Desde então, eu nunca mais voltei a estudar. E sei lá, melhor trabalhar mesmo. Eu gosto mais de trabalhar mesmo... Cada um tem um dom, sei lá”*. Com o tempo mudou de ideia, resolveu fazer um curso de capacitação para cuidadora de idoso e hoje tem dois empregos nessa área em que fica 48hs de plantão e 24hs de folga. Dessa forma, a dinâmica familiar precisou ser remodelada de acordo com sua ausência: quando não está, marido e filhos mais velhos assumem as tarefas domésticas e os cuidados com o mais novo:

Lá em casa o pequenininho que recebe atenção especial, ele tem prioridade. A de 15 e o de 18 não precisa. O de 18 trabalha, ele está no terceiro ano, é o último ano pra ele. Lá cada um se vira, vai lá põe o arroz no fogo. Meu esposo faz comida, ele leva marmita e hoje que eu estou indo pra casa, vou olhar no que eu posso ajudar também. É assim lá em casa, cada um se vira nos 30.

Afirma que sempre estimulou que seus filhos ajudassem em casa de acordo com o que podiam fazer pela idade, mesmo os meninos. Gostaria que seu marido participasse mais ativamente da vida do filho do casal, mas entende que ele não tem experiência com crianças, *“ele não criou as duas filhas, quando ele separou da primeira mulher as meninas estavam pequenas, uma com 2 e outra com 3, então ele não teve convivência com as filhas.”* Dessa forma, prefere ser mais responsável pela criação do filho mais novo, mas avalia que o marido ajuda bastante nas tarefas domésticas, até pelo fato de estar mais em casa do que Jane: *“Ele faz comida, ele cuida da casa, passa pano, lava banheiro, estando em casa ele faz. Ele fica em casa sábado e domingo. Os outros também têm tarefas, ajudam a cuidar da casa, ele vai na rua e compra as coisas, porque tipo assim, eu fico mais ausente do que presente em casa”*.

A família mora em uma casa própria, grande, motivo de orgulho para ela. Com exceção das gêmeas, que já estão casadas e vivem com suas respectivas famílias, são cinco pessoas morando na casa. Jane teve outros dois filhos de um segundo companheiro e o mais novo do companheiro atual com quem está há nove anos. São cinco filhos ao todo. O marido possui duas filhas adultas já casadas, fruto do seu primeiro casamento.

Em seu primeiro relacionamento, conta que não era apaixonada por seu companheiro, mas queria sair de casa, ter uma condição financeira melhor, viver a experiência de ter um lar e independência, como vários adolescentes, segundo ela. Só não contava engravidar da forma como aconteceu. Vieram as gêmeas e ela precisou se dedicar a casa e às filhas enquanto o companheiro de 20 anos trabalhava como montador de móveis para dar o sustento da família. Seus pais não apoiaram no primeiro momento, pois eram contra o abandono da escola, mas depois se fizeram presentes quando as netas nasceram. Segundo Jane, foi uma paixão de adolescente, algo intenso, mas fugaz. Depois de um tempo o sentimento acabou e os dois não viam mais sentido em estarem juntos. Construiu uma casa para si em um terreno doado pelo pai para dividir com sua irmã e foi morar lá com suas filhas. Algum tempo depois conheceu seu segundo companheiro em uma festa de pagode que os dois adoravam frequentar. Viraram parceiros de samba e de vida. A segunda gravidez veio um ano e meio depois e na terceira, a descoberta do diagnóstico soropositivo.

Quando concedeu entrevista em 2013, estava gestante e vivendo a angústia de não ter contado sobre o diagnóstico para o companheiro, com quem estava há quatro anos na época, por sentir medo da rejeição dele. Tinha tentado iniciar uma conversa sobre o assunto algumas vezes, chamando-o para realizar o teste anti-HIV, mas ele sempre se recusava e afirmava que não precisava fazer, pois sabia que não tinha. “*O doutor falava: ‘Ângela, fala com ele, você vai ter que falar com ele’*”. Se sentia em um dilema. Em nosso encontro recente, conta que conseguiu resolver a questão com ajuda da equipe de saúde do hospital que mediou a conversa com o marido. A solução encontrada para minimizar o risco de rejeição pelo diagnóstico e pela omissão por alguns anos, foi contar que havia descoberto no pré-natal daquela gestação. O companheiro precisou de um tempo para assimilar a notícia e, por um período, ficou mais distante dela e parou com a atividade sexual do casal, mas hoje afirma que a relação está muito bem e que ele não tem problemas com sua condição sorológica.

Jane fala bastante sobre seus relacionamentos e é enfática ao dizer que procura numa relação afetiva a parceria. Com seu companheiro atual a troca se dá, além de afeto, porque ele ajuda financeiramente e ela ajuda cuidando dele, da organização do lar e dos filhos: “*o que me atrai num homem primeiro é ser trabalhador, e depois é dar atenção pra família*”.

Sua trajetória reprodutiva ao longo dos seus 44 anos começa com a gravidez de gêmeas aos 17 anos, seguidas de mais duas gestações dos filhos que hoje possuem 18 e 15 anos respectivamente. Sua última gestação foi a única planejada. Ela tentou fazer laqueadura na gravidez anterior, mas não conseguiu e atribui às dificuldades encontradas com a burocracia. Tinha decidido não ter mais filhos e usava métodos contraceptivos para tal, até que ela e o marido decidiram ter um filho juntos, já que cada um já tinha de outros relacionamentos: “*eu pensei: ‘poxa, quem sabe a gente consegue se aproximar mais com um filho’, isso a gente foi conversando né... Aí eu resolvi botar pra frente o plano*”. Frequentou os encontros de planejamento familiar para realizar a operação de laqueadura, mas reclamava do fato de não ter tido muita orientação do serviço para conseguir o procedimento. Na época contou: “*É, eu que to correndo atrás de tudo, porque eles aqui não estão nem aí*”. Em nossa entrevista ela atualizou que conseguiu ser submetida à cirurgia.

Enfrentou críticas da família por essa gravidez, tanto pela idade, quanto pelo fato de querer ter outro filho após a descoberta do diagnóstico: “*eles sempre falavam ‘ah, depois de velha, depois de quatro filhos, depois de tudo criado...’, essas coisas assim, né... ‘Você é maluca’, e minha família ainda falou assim: ‘Po, mesmo depois de você saber que é HIV*



*positiva você vai ter mais filho? ”*. Mesmo ela explicando sobre a possibilidade de evitar a transmissão vertical com os avanços da medicina.

A reação à descoberta do HIV foi ruim, mas através do acolhimento recebido e das consultas com a equipe, conseguiu compreender melhor a infecção e desde o início teve uma boa adesão ao tratamento, que só iniciou por conta da gravidez e da inserção em uma pesquisa do hospital:

Ah, eu pensei que eu tinha uma doença crônica, que não tem cura, que com o tempo você vai se degenerando, dá muito problema na gente. Eu pensei: ‘Não, meu Deus, não é possível que eu to com isso’. Aí eu já comecei a ficar com minha cabeça quente no meio da rua, sabe, fiquei muito desorientada”. Através das consultas e de programa de rádio sobre saúde que ela escuta todos os dias, Jane foi entendendo mais da infecção e do tratamento: “Eu estava num estado ótimo [...] e nem tomava remédio, comecei a tomar só depois de um tempo.

Ela destaca o apoio que sempre recebeu da família, de amigos e dos colegas de Igreja em situações difíceis da vida, como quando sua casa alagou e ela perdeu tudo e em situações de adoecimentos dos filhos. Afirma contar com uma rede de apoio fundamental e atenciosa. Para Jane, a principal mudança que se deu pelo HIV foi a preocupação com a saúde após certa idade: *“comecei a me preocupar em ficar mais velha, em adoecer com filhos pequenos... Quem iria ficar com eles se alguma coisa acontecesse comigo, se viesse a acontecer alguma coisa comigo, sei lá, se eu morresse, ou ficasse em cima de uma cadeira de rodas? ”*. Acredita na cura da Aids e isso significaria ter uma vida saudável, sem essa preocupação: *“não ter mais que se preocupar, de ter que vir aqui todo mês pegar aquela medicação e voltar”*.

Ao ser interrogada sobre o que considera que mais mudou em sua vida entre a época da primeira entrevista em 2013 e a atual, ela afirma que a vivência daquela gestação foi muito conturbada por ser considerada de risco devido a sua idade (contava quase 40 anos nesse período) e junto com a ressignificação que conseguiu fazer do HIV, afirma que a mudança em sua vida foi notória:

Em casa, a minha vida conjugal, minha vida profissional, minha saúde também, apesar que eu sempre tive uma saúde boa, embora tenha esse vírus. Sempre tive uma saúde ótima, muito boa mesmo. Meu psicológico também melhorou. De primeira mão assim, quando a gente recebe a notícia, a gente fica meio abalada, pensa em fazer besteira. Pensa que vai morrer, que não vai conseguir, que tudo acabou. Mas esses anos pra cá, essa jornada, eu percebi... tive várias palestras aqui, sobre isso né, participei de muitas palestras. Então não é bem assim.

E sobre os planos para o futuro, conta que *“pretendo ano que vem fazer uma faculdade de fisioterapia, eu até pensei que estava velha, mas depois eu pensei direito, falei “ah não, tem colegas minhas que estão terminando a faculdade com 50 anos”. Vou ver se eu consigo né, se Deus quiser”*.

### 3.7 Virgínia

Virgínia tem 31 anos, ensino médio completo e se autodeclara parda. Tem uma história de vida repleta de muita dificuldade e desamparo. Foi marcante para mim seu poder de resiliência diante de tantos episódios difíceis.

Conseguiu conciliar os estudos com o expediente de trabalho que começou aos 14 anos, quando cuidava de crianças para mulheres da vizinha poderem trabalhar, depois atuou como balconista em uma padaria por alguns anos e em seguida começou a trabalhar como manicure, atendendo em casa para complementar a renda da família, que girava em torno do salário de seu atual companheiro. Ao concluir os anos de escola afirma que não teve oportunidade de cursar uma faculdade ou curso técnico pela dificuldade financeira, pois além de não conseguir pagar, precisava trabalhar em tempo integral para se sustentar. Além disso, o contexto atribulado que viveu em relacionamentos afetivos e várias mudanças de lar também foram empecilhos a essa possibilidade. A retomada dos estudos se deu para cursar uma formação técnica em Podologia, área com a qual trabalha hoje. Chegou a sair do emprego depois da notícia do diagnóstico positivo de HIV e da gestação, pois passava mal frequentemente. Depois que o filho já estava maior, optou por deixá-lo em uma creche e conseguiu voltar ao trabalho.

Conta que sua rotina é basicamente resumida em trabalho e casa, onde as atividades domésticas também estão sob sua responsabilidade. Mora com o companheiro e o filho único do casal de cinco anos. Alega que ele é um bom pai para a criança, mas que falta iniciativa para participar mais ativamente da vida do filho e dividir a rotina de tarefas da casa. Atribui isso à educação que ele recebeu enquanto homem:

Olha [pausa] vou dizer primeiramente, que foi por causa da criação que ele teve. Homem que teve tudo na mão da avó... muita coisa ele melhorou, por que eu não fazia. Ele se diz muito ocupado, muito atarefado, então acha que não tem que fazer... às vezes ele tenta fazer. Mas, às vezes. Quase nunca acontece. Então, sobra tudo para mim mesmo e como ele (filho) é pequenininho, ainda não dá para botar para fazer nada.

Além de não dispor tanto dessa ajuda do companheiro no dia a dia, Virgínia também diz que pode contar de verdade com poucas pessoas na vida e que por isso mesmo, aprendeu a ser forte e independente desde muito jovem. Revela que ela e a mãe não tinham vínculo afetivo nenhum e que isso sempre lhe gerou mágoa, principalmente após a mãe se envolver com um rapaz e sair de casa deixando os filhos para trás: *“Depois que ela conheceu esse penúltimo cara que ela foi morar junto, é que ela deixou de ser mãe. Aí depois disso a gente não teve mais aquela relação de mãe e filha”*. Hoje Virgínia tem uma relação de proximidade maior com ela e diz que isso ocorreu depois que se tornou independente e descobriu a gravidez. Conseguiu ter empatia por toda dificuldade que a mãe passou e busca compreender mais suas questões.

Ela saiu de casa aos 14 anos para morar com seu primeiro namorado de 23 anos. Para Virgínia a mudança foi algo natural, com a convivência ela acabava passando mais tempo na casa dele do que na casa da mãe. Além de gostar muito do rapaz, atribui a mudança ao fato de que precisava fugir de situações que passava em casa. Um dos motivos dessa fuga era o sentimento de desamparo que Virgínia sentia. Sua mãe tinha muitos parceiros e na época se mudou para a casa de um namorado, deixando os filhos com o padrasto, que era pai de uma menina, dentre os 9 filhos. *“Ela deixou a responsabilidade da casa comigo. Era muito inexperiente, não tinha o apoio de ninguém, a não ser o dela, já que meu pai tinha ido embora. Meu ex-padrasto na época não ligava pra ninguém, só pra ele e pra filha dele mesmo”*.

Durante infância e adolescência, até sair de casa, Virgínia passou por diversos tipos de violência. Além de sofrer agressões físicas e verbais da mãe e do padrasto, também relata abuso por parte de um vizinho que se dizia seu padrinho e lhe presenteava em troca de carinho, como ele dizia. Ela não entendia muito bem o que se passava, mas lembra de sentir muito medo e esse medo a impedia de contar para sua mãe. Achava que tinha culpa e que sua mãe jamais a defenderia. Alguns anos depois aconteceu um episódio semelhante provocado pelo próprio irmão. A mãe não acreditou nela e isentou seu irmão de responsabilidade, pois devia estar drogado.

Em seu primeiro relacionamento, ela e o namorado ficaram juntos por quatro anos. Nesse período a relação foi muito tumultuada. Virgínia afirma que viveram muito bem por alguns anos, mas depois o companheiro foi ficando cada vez mais possessivo e ciumento:

Ele praticamente sabia todos os meus passos.. Falavam pra ele q eu tinha casos na escola, que eu tinha... coisas na escola, né? Eu falava pra ele que não, que não tinha, que era intriga [...] E ele não chegava em cima de mim e perguntava, primeiramente... ele já vinha me agredido com palavras e até mesmo chegou com agressões físicas [...] Então eu aguentei muita coisa, que se for contar dá um livro.. eu aguentei muita coisa, muita coisa. Traições, agressões verbais,

agressões físicas, humilhações, aguentei muita coisa... abandono de certa forma, né? Então eu botei na minha cabeça que quando eu não gostasse mais, que aquela situação tivesse insuportável mesmo, eu iria me separar...

O principal problema apontado por ela era o alcoolismo do parceiro. Durante alguns meses ele se esforçava e conseguia parar de beber, depois voltava e junto com o abuso de álcool vinha a agressividade com Virgínia, traições e sumiços de casa:

No final a personalidade dele antiga voltou... (pausa) que ele tinha o hábito de sair todo fim de semana, antes de me conhecer, tinha o hábito de beber muito, era muito mulherengo, muito mulherengo MESMO. Então foi voltando [...] nesse período inclusive que eu achei que ele tava usando drogas, nunca tive a confirmação, mas até mesmo a mãe e a irmã chegaram a essa mesma conclusão, porque ele chegava transtornado em casa.

Atualmente Virgínia está com seu segundo companheiro há doze anos. Reclama que ele é muito retraído, pouco amoroso. Mas, atribui a ele a fase nova que se iniciou em sua vida depois que começaram o relacionamento. Mudanças para melhor, amadurecimento, investimento nos próprios estudos. Na mesma época conheceu a instrutora da igreja que começou a frequentar e passou a fazer estudos da bíblia com ela: *“E aí hoje eu to assim, graças a Deus, calma, to bem calma...”*. Hoje avalia a relação como normal, saudável e acredita que o fato de ter conseguido evitar a transmissão para o filho, bem como de não ter infectado o marido, ajudou na aceitação que ele teve da sua condição e no relacionamento duradouro: *“estamos juntos até hoje e bem”*.

Ser mãe era algo desejado por Virgínia, mas durante muito tempo pensou que não conseguiria realizar esse projeto, pois as condições materiais e os relacionamentos conturbados que atravessou, impediam de querer engravidar sem estar no momento adequado estabelecido por ela:

Então, antes de eu engravidar dele mesmo, por eu ter sido filha de uma mãe de doze filhos, eu sempre quis dar o que eu não tive. Não só materialmente... Porque assim, como a minha mãe teve doze filhos, ela não pôde dar a atenção e o carinho para todos. Eu entendo isso. Então... e também não tive pai. Então, eu pensava: eu quero ter uma família. O meu filho, tem que ser do meu marido. E eu quero na medida do possível, dar atenção para ele, dar carinho para ele, o que eu não tive... principalmente, eu quero que ele sinta que é amado.

Embora já estivesse atuando como podóloga, com uma condição financeira mais estável e em um relacionamento de anos com seu atual companheiro, ao descobrir a gestação ficou desesperada e vivenciou a notícia com muito sofrimento. O fato de não ter sido planejada e ter ocorrido em um momento que Virgínia estava infeliz na relação, refletindo sobre a decisão de

se separar fez com que sentisse que precisava manter o relacionamento em prol do filho que estava por vir:

Eu tava trabalhando, tava terminando meu curso, consegui um trabalho na minha área. Já tinha três meses que eu tava trabalhando, se não fosse essa situação eu estava lá até hoje, com o trabalho. Ai eu fiquei sabendo que eu tava grávida, agora não dá, vamos ver como vai ficar essa coisa ai primeiro. [Você acha que a gravidez que te segurou dentro de casa com ele?] Foi a gravidez. E logo em seguida a doença. Mas principalmente a gravidez.

O aborto não era uma opção considerada por ela e criar o filho separada do companheiro também não. Dessa forma, decidiu levar adiante a gestação e o relacionamento:

Eu entrei em desespero, Deus, foi muito complicado, porque eu tava num período da minha vida de separar mesmo, um dia antes de eu pegar o resultado eu tava decidida a ligar pra minha vizinha para ver se o quitinete dela tava vago, pra mim entrar ne? ai aconteceu isso... ai eu chorei muito, muito, muito mesmo. Ai depois assim, aceitando ou não aceitando fui fazer o pré-natal, tinha que fazer o pré-natal.

A descoberta do HIV veio nos primeiros exames do pré-natal: *“eu fui pra casa assim aérea, aérea mesmo. Aí a primeira pessoa que eu contei foi pra minha instrutora. Cheguei lá falei com ela”*. Afirma que seus maiores medos no primeiro momento eram passar a infecção para o bebê e compartilhar a notícia com seu esposo. No entanto, o acolhimento e as orientações recebidas no serviço de saúde ajudaram a esvanecer essa preocupação. Depois que iniciou o tratamento e foi esclarecida sobre a possibilidade de não transmitir HIV para seu filho, não teve mais nenhum problema com a vivência com HIV. Conhecia a Aids de ouvir falar e algumas informações que obteve pela televisão, mas não tinha muito conhecimento sobre as formas de transmissão, sobre o tratamento: *“a gente acha que pega HIV como, por exemplo, uma tuberculose, a partir de compartilhamento de saliva, de talheres... só que a partir do momento que eu descobri a doença, eu fui entendendo sobre ela... foram me explicando [os médicos]”*.

Levou duas semanas para conseguir contar para o parceiro, esperando o momento certo, que não veio. Um dia o acordou no meio da noite e contou. A princípio ele reagiu bem e não quis se estender muito no assunto. Dias depois ele conseguiu confessar que não estava dormindo direito, com dores no peito, com o emocional abalado pelo diagnóstico dela e pelo medo de estar infectado também. Após convencê-lo a fazer o exame, que teve resultado negativo, Virgínia afirma que sua forma de tratamento com ela mudou. Quando o medo da própria infecção se dissipou, ele conseguiu ter mais empatia e cuidado com ela e o bebê.

Sobre a cura para HIV/Aids, Virgínia demonstra uma fala marcada pela influência do discurso médico: *“É quando não há vírus no teu organismo, nas suas células, e você faz exames e mais exames que comprovam que aquilo realmente acabou. Quando não tiver nada nem dentro, nem fora da célula, nada”*.

Ao ser interrogada sobre o que considera que mais mudou em sua vida entre a época da primeira entrevista em 2013 e a atual, Virgínia destaca que as responsabilidades que a maternidade lhe trouxe foi a mudança mais significativa e sobre seus planos para o futuro, percebemos o valor atribuído por ela à família e a maternidade como instâncias centrais em sua vida:

Criar o meu filho na medida do possível bem, fazer com que ele se torne um cidadão de bem, temente à Deus, responsável, para ter aquela sensação de dever cumprido. Apesar que mãe é mãe para sempre. Até mesmo profissionalmente, me aprofundar mais, me profissionalizar mais... e também até mesmo a questão da família. Por que eu e o pai dele moramos juntos. Doze anos morando junto. Oficializar a relação, realmente, isso está nos meus planos.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Percepções e Práticas sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos

Direitos sexuais e reprodutivos são considerados direitos humanos fundamentais e necessários para o pleno exercício da cidadania. O uso da expressão tem base nas proposições feministas e movimentos de mulheres que lutavam pelo direito ao próprio corpo e por uma ampliação da noção de saúde reprodutiva que pudesse abarcar o aborto, o acesso à contracepção, o debate sobre a medicalização do corpo feminino e o uso abusivo de tecnologia, a partir do respeito à integridade corporal das mulheres (VILLELA; MONTEIRO, 2005). O movimento gay e lésbico da década de 1990 também se integra a luta feminista na perspectiva dos direitos sexuais que implica a aceitação dos diferentes tipos de expressão sexual, a autonomia para tomar decisões sobre o uso do próprio corpo e a igualdade de gênero (BRASIL, 2013).

Cabe ressaltar que a conceituação desses direitos e sua inscrição oficial como Direitos Humanos pelos organismos internacionais é recente, estando relacionadas às discussões ocorridas nas conferências internacionais da década de 1990 já mencionadas aqui (Cairo, 1994; Beijing, 1995 e demais marcos referenciais). Apesar de sua incorporação em documentos oficiais e do entendimento de que são garantias necessárias para se alcançar a igualdade de gênero e a justiça social, o conceito ainda é pouco difundido nos contextos das instituições de educação e de saúde. Ainda que muitos avanços tenham ocorrido relacionados à liberdade sexual feminina, aborto, reprodução assistida e métodos contraceptivos, o viés conservador, moralista e culpabilizador dos comportamentos femininos ainda é expressivo e atualizado.

Corrêa e Petchesky (1996) apontam que existem tensões e múltiplas perspectivas nessa conceituação e propõem retirá-la do campo do pensamento individual para a perspectiva dos direitos sociais. Argumentam que para alcançar qualquer tipo de direito, especialmente para grupos sociais mais pobres e vulneráveis, é preciso garantir as condições para o seu desempenho. Estas condições “envolvem uma política de bem-estar social, segurança pessoal e liberdade política, elementos essenciais para a transformação democrática da sociedade e para a abolição de injustiças raciais, étnicas, de gênero ou classe” (*Ibid*, 1996, p. 149-150). Defendem, portanto, uma compreensão de direitos que envolva o controle sobre o próprio corpo e o poder de tomar decisões informadas e seguras sobre sua sexualidade e reprodução, bem como a oportunidade de ter recursos para fomentar tais decisões. Aí estariam imbricadas as

relações e regulações exercidas pelos parceiros, filhos, membros da família, Estado e meio social como um todo. Em suma, o discurso em torno dos direitos sexuais e reprodutivos devem abarcar as questões de gênero, classe e raça.

#### 4.1.1 Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva das entrevistadas

Frente aos objetivos da dissertação, perguntamos às participantes o que elas entendiam por Direitos Sexuais e Reprodutivos. Tínhamos a intenção de conhecer os significados que o termo suscitava nelas, entendendo que outras percepções e práticas relacionadas a esses direitos seriam identificadas de forma mais ampla a partir de outros pontos da entrevista. Segundo seus depoimentos, esses termos nunca foram discutidos no âmbito familiar, escolar ou do cuidado em saúde, sendo que algumas não tinham ouvido falar sobre eles e outras indicaram a televisão e a internet como veículos pelo quais tiveram esse contato. Nas suas definições sobre direitos reprodutivos nota-se uma associação com o direito de escolha da maternidade ou da participação do pai e da mãe na criação dos filhos, como ilustram as seguintes falas:

*Jane:* Já ouvi falar, mas não lembro... será que é o direito da mulher ser mãe? Reproduzir?

*Clarice:* É o direito de você poder escolher se você quer ser mãe ou não.

*Cecília:* Bem, eu nunca ouvi falar, mas eu acho que Direito Reprodutivos... como a criança nasceu, os dois tem que ter participação. O pai e a mãe. Mesmo que o pai não queira, ele é obrigado a participar da vida da criança. É isso ou não?

Com relação à definição de direitos sexuais, prevaleceu a concepção do direito de escolha da mulher (ou das pessoas) diante das demandas, imposições ou violência para fazer sexo, incluindo o contexto das relações matrimônios. Os depoimentos são ilustrativos:

*Clarice:* Eu acho que deve ser o direito de você querer ou não fazer alguma coisa. Poder escolher se você quer ou não ter aquela relação.

*Jane:* Já ouvi falar sim, é o direito da pessoa... que nem a minha irmã mais velha, ela apanhava pra ter relações com o meu cunhado, toda vez que ele queria: “ah, eu não estou bem, estou passando mal” ou cansada do trabalho... trabalho é cansativo, né? E aí: “ah você vai fazer” e queria fazer e arrancava a roupa da minha irmã a força. Não aceitava. Isso é o direito. [...] Um tem que respeitar o outro.

*Cecília:* Eu acho que é a liberdade de você poder dizer não quando você não está afim. E a parceira ou o parceiro tem que te respeitar. Porque tem homem que acha que a mulher tem que servir quando ele está afim.

*Carolina:* Se uma pessoa não quiser e uma outra pessoa quiser, sinto muito. Vai respeitar. Nada pode ser obrigado, não.



É notório que as participantes se apropriam, ainda que parcialmente, da noção de direito sexual associada a capacidade de escolha e da liberdade de poder dizer não. Tal apropriação pode ser atribuída, em parte, ao intenso debate público existente no Brasil, principalmente em canais como a internet e a televisão. Tais meios são muito acessados pelas mulheres entrevistadas e fontes de informação sobre temas como direitos sexuais e reprodutivos, feminismo e sexualidade. Nas últimas décadas, mas, sobretudo, nos anos mais recentes, ações de coletivos femininos nas ruas e em mídias digitais vem intensificando o debate social contra o assédio, buscando promover igualdade de gênero, informar e unir as mulheres nessa luta. Campanhas como “Não é Não”, “Respeita as Minas”, “Tô Na Rua, Mas Não Sou Sua”, dentre outras, além de fazer aumentar as denúncias de violência contra a mulher, potencializam mudanças nos costumes, normas e políticas sexuais e de gênero, como as listadas aqui anteriormente.

Ao serem expostas aos discursos feministas e às mudanças normativas e jurídicas no campo da sexualidade e do gênero, propagados através do debate e de ações públicas, algumas mulheres sentem aumento da confiança e da possibilidade de serem ajudadas em situações de vulnerabilidade. Contudo, como argumentam Corrêa e Petchesky (1996), para que esses direitos possam realmente serem efetivados, é necessário um contexto geral de bem-estar social e cidadania, o que é pouco assegurado nos estratos mais populares urbanos. Ademais, tais discursos encontram resistências e são contrapostos por visões críticas e conservadoras. Isto significa dizer que o entendimento de maior naturalização dos papéis sociais tradicionais atribuídos às mulheres entre os grupos sociais, como a reprodução, necessita considerar as condições materiais e simbólicas desse grupo ao longo da vida e o contexto sociocultural e político.

#### 4.1.2 A centralidade da maternidade: atualizações e questionamentos

A literatura tem descrito o estabelecimento das formas convencionais da família como uma das instituições mais importantes da estrutura social e como o vínculo mãe-filho é valorizado como um elemento constitutivo delas. Ademais, muitas vezes, é o elo de manutenção de famílias em arranjos tradicionais, quando a relação marital está deteriorada. Badinter (2000) aponta que essa construção está presente em nossa sociedade há muitos séculos. Contudo, é mais recente a exaltação do amor materno “como um valor ao mesmo tempo natural e social”, em que o trabalho familiar, necessário à sociedade, confere a mulher um reconhecimento da sua utilidade e especificidade, que o homem não pode ou não quer, alcançar. Ao compartilham

suas percepções, as entrevistadas demonstram como a função da maternidade é naturalizada nas suas trajetórias de vida:

*Cecília:* quando eu era mais nova não pensava não. Mas, tem uma época que a gente sente falta, entendeu? Você sente a necessidade de ser mãe. [Aconteceu isso com você?] Aconteceu. [Em que momento isso aconteceu na sua vida?] Lá pelos 27 anos. Mas, antes dos 27, eu nem pensava. Eu achava ser mãe uma coisa muito assustadora.

*Jane:* Eu fui mãe muito nova, com 17 anos eu já estava com duas bebezinhas no braço. De lá pra cá eu tive o L., que está com 18, a L. que vai fazer 15 e o pequenininho. Pra mim é gratificante, eu gostei. Eu estou aí até hoje me desdobrando pela minha família.

*Clarice:* O melhor de ser mãe... o carinho, o amor, a cumplicidade... Tenho uma boa relação com meus filhos. A mais velha então, é o meu fechamento para tudo.

Reafirma-se assim o papel da mulher-mãe como um caminho natural e inerente a mulher; o fato de ter um aparelho reprodutor capaz de gestar e dar à luz já definiria o projeto de vida e missão no mundo da mulher, quais sejam: a maternidade, a família e os cuidados do ambiente doméstico. Desse modo, não querer uma gravidez ou não ter a maternidade como um desejo de vida pode desencadear vários julgamentos numa sociedade em que a maternidade é culturalmente valorizada como importante atributo da identidade feminina (HEILBORN et al., 2009). Transcrevo aqui um apontamento do estudo de Brandão (2000), ratificando os achados desta pesquisa: “aos ‘direitos sexuais e reprodutivos’, propriamente ditos, a percepção é ainda muito tênue, creio eu, pela dificuldade que ainda encontramos para desconstruir a tão arraigada concepção do corpo humano, sobretudo do corpo feminino, como um ente da natureza” (Ibid, p. 68). Como desdobramento dessa premissa no corpo feminino, temos uma naturalização da maternidade como um destino social das mulheres.

Barbosa e Knauth (2003) igualmente destacam a relevância dada à maternidade e à base familiar entre seguimentos de menor poder aquisitivo, como o caso das entrevistadas dessa pesquisa. A família se constitui num dos principais valores do sistema simbólico desses grupos e, como tal, é um elemento fundamental de determinação da identidade social. A naturalização do papel materno como um destino engendra uma pressão social para que isso de fato aconteça e acaba por resguardar às mulheres um valor restrito a essa definição. É quando as mulheres se tornam menos do que cidadãs (BIROLI, 2014).

*Virgínia:* As pessoas dizem que está na hora de ter outro; já tem cinco anos o P.; está na hora de ter uma menina... minha mãe mesmo fala: “não vai ter outro não?”

*Cecília:* A sociedade cobra muito isso. [Porque você acha isso?] Porque quando você chega a uma certa idade... uma vez, até o meu tio disse assim: “Você é igual a sua prima, você não faz filho” e eu disse: “não tio, eu acho que ainda não

é a hora”. Na época eu tinha uns vinte e pouco anos. Aí ele: “que não chegou a hora, você não faz filho mesmo, você é igual a ela”. Mesmo que você fale para a pessoa que nunca tentou ter filho, as pessoas não acreditam. Elas acham que você tem um problema aí que você não engravida. A sociedade espera que até certa idade a mulher tem que ter filho e pronto.

Um dado interessante foi o apontamento das participantes sobre a necessidade de amadurecimento e de uma idade ideal para se tornarem mães. Esse discurso surgiu à medida que tratávamos sobre a percepção da maternidade, de modo que passou a ser incluído nas entrevistas subsequentes. As entrevistadas indicaram que deve existir um planejamento pessoal da mulher para ser mãe, em que o amadurecimento, a idade e as condições financeiras devem pesar no seu processo de decisão. Entre 25 e 30 anos foi o momento mais recomendado por elas, quando seria possível estabelecer um relacionamento estável, ter um emprego e uma estrutura psicológica necessária a criação de um filho.

*Carolina:* Eu acho que tem que ter uma idade. Por que tem tantas essas meninas novinhas aí com treze, quatorze anos engravidando po... eu fico com pena. Acho que com vinte, vinte e cinco. Não muito velha. Eu acho que até os 25, está bom. Mais nova, eu não aconselho ninguém não.

*Cecília:* Bem, quando você é muito nova, eu não acho que seja muito certo, por que você vai assumir coisas que você não tem maturidade suficiente para tomar conta de uma criança, entendeu? E criança é responsabilidade e paciência. E antes você não tem essa maturidade. Eu acho que a partir dos vinte e poucos, aí dá certo. Com 25 anos para lá. Eu acho que antes disso, a pessoa não está madura o suficiente.

*Jane:* eu acho que a gente tem atingir a maturidade mental, estar mais preparada financeiramente. [Você acha que isso acontece quando?] A partir dos 20 anos. Dos 20 aos 30. Nesses 10 anos aí [...] É uma escolha dos dois, homem e mulher. Não adianta o homem querer e a mulher não querer e vice-versa, tem que ser sentado e conversado, é uma vida, uma criança, mexe com toda estrutura familiar financeiramente. Tem mulheres aí que colocam filho no mundo e não está nem com a mente preparada.

Contudo, as condições materiais de existência das entrevistadas não favorecem a realização desses ideais. Para boa parte delas, as gestações ocorreram sem esse planejamento prévio, como no caso de Florbela, Virgínia e Ângela (ver trajetórias no capítulo 3) que não gozavam de um relacionamento estável quando descobriram a gravidez ou como aconteceu com Carolina e Jane, em que a oportunidade de formar uma família surge como um escape para sair da casa dos pais num contexto de pobreza e vulnerabilidade, visando melhoria das condições de vida e ascensão social: “*A minha vida foi muito triste, muito pobre quando eu era criança, então quando eu fiz 17 anos pintou uma pessoa que gostava de mim, se propôs a me ajudar, a me dar uma vida melhor, eu fui morar com essa pessoa*” (Jane). Logo depois Jane engravidou de gêmeas e avalia que, mesmo considerando esse cenário como o melhor para sua vida naquele

momento, não deixou de sentir os desafios que a falta de “maturidade mental” para ser mãe lhe impôs:

*Jane:* Tem um impacto, tem gente que não consegue lidar com a situação de ser mãe, da maternidade [Você sentiu esse impacto quando você engravidou?] Senti. Impacto emocional. Muita responsabilidade, muita carga em cima. Uma criança. A gente não pode mais sair, a gente vive praticamente para os filhos. Eu estou com 44, desde os meus 17 anos até hoje agora aqui, eu só vivi para os meus filhos.

O entendimento das participantes de que existe uma melhor idade para ser mãe e que não é na menoridade civil, ratifica o apontamento de Heilborn (2006) de que a gravidez na adolescência é vista socialmente como um “acontecimento perturbador do desenvolvimento ideal dessa etapa de vida” (*Ibid*, p. 30). Além das “causas problemáticas” da gravidez precoce, como situação de pobreza, violência urbana, desestrutura familiar, comportamento amoral, promiscuidade e irresponsabilidade; outros aspectos contribuem para torná-la um problema social. Nessa direção, são assinalados os riscos de mortalidade materna e infantil, da imaturidade psicológica dos jovens e de como essa gravidez pode ser um fator de potencialização da pobreza e marginalidade; um fenômeno totalmente desviante, que contraria as expectativas sociais para os jovens.

Convém ressaltar que a perspectiva de planejamento da maternidade é mais comum entre as mulheres de classe média/alta que possuem uma inserção diferenciada na vida social e econômica, com mais acesso a bens materiais e simbólicos e informação ampliada sobre planejamento reprodutivo e formas de prevenção. Ademais, tem um investimento em estudos e carreira, que ganha cada vez maior peso e ocupam mais tempo na vida dessa mulher, o que tem potencializado o adiamento da escolha pela maternidade. Segundo dados do IBGE, a taxa de fecundidade está atualmente em 1,77 filho por mãe em 2018 e deve cair para 1,72 até 2030<sup>6</sup>, sendo a faixa etária, os anos de estudo e as condições sociais e econômicas grandes determinantes dos comportamentos reprodutivos e de organização das famílias em estratos médios da sociedade.

Em convergência com a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, as participantes defendem o direito de escolha das mulheres de serem mães ou não. Uma tomada de decisão que é pessoal e não deve ser influenciada por outras pessoas, a não ser o marido. Contudo, tal enfoque não incorpora a dimensão dos direitos sociais, assinalados por Correa e Petchesky

---

<sup>6</sup> Disponível em: < <https://www.valor.com.br/brasil/5686241/populacao-brasileira-comeca-encolher-partir-de-2048-previ-ibge>>

(1996), como descrito na introdução do capítulo. Cabe notar nas falas das depoentes a noção de responsabilização da mulher pela reprodução. Segundo os relatos, a partir do momento em que a mulher opta por não ser mãe, ela deve se responsabilizar pela prevenção da gravidez, tendo em vista a ampla oferta de métodos contraceptivos disponíveis. Mas, na visão das entrevistadas, caso a gravidez aconteça, a mulher deve assumi-la.

*Cecília:* Muita gente acredita que a mulher quando chega a uma idade, ela vai querer ser mãe e às vezes é muito tarde. Porque acha que é da natureza da mulher querer ser mãe, querer ter pelo menos um filho... Eu acho que não. Acho que é uma escolha. Tem gente, que realmente não quer essa experiência na vida. Então, são poucas pessoas? São. São exceções. Por que a maioria, sente essa necessidade.

*Ângela:* Se foi para o rala e rola, você tem que assumir. Você não engravidou? Então, você tem que assumir. Se você foi mulher suficiente para chegar até lá, você tem que ser mulher suficiente para você parir a sua filha. Para colocar no mundo. A não ser uma pessoa, que seja uma pessoa que esteja determinada a não ter filho e a se prevenir de tudo quanto é forma, é diferente.

*Clarice:* É o que eu estou falando. Hoje em dia, só engravida quem quer. É um direito dela. Não quero engravidar. Tenho que me prevenir. Se você não se previne, você está querendo ser mãe. É uma escolha dela. É um direito dela, mas tem que prevenir. Aí o serviço tem que dar o apoio para isso. Digamos assim, quer ter filho, está aqui o caminho para ter. Não quer ter, está aqui o caminho para não ter.

Como destaca Brandão (2000), existe uma obrigação moral de exercitar o cuidado e, ao mesmo tempo, evitar danos as pessoas; “uma preponderância do valor ‘família’ em relação a premissa da autonomia individual feminina” (p. 62). Essa função social atribuída à mulher, dentro do ideal moderno de maternidade, está envolta de uma romantização do sacrifício em prol do outro, em que o feminino se alinha a características de cuidado, devotamento e capacidade de renúncia. As participantes explicitam como isso fomenta um conflito entre a própria realização e os interesses das outras pessoas, entre autonomia e compaixão. Ademais, acarretam muitas vezes sentimento de culpa e frustração por não alcançarem esse ideal instituído, principalmente por demandas relacionadas ao trabalho e à dupla jornada, próprias das mulheres em nossa sociedade.

*Clarice:* [o que você considera que mais mudou na sua vida depois que você se tornou mãe?] Eu acho que tudo, né? A gente para de pensar na gente, para pensar nos filhos. Primeiro eles, depois eles, depois eles... que é errado né? Mas infelizmente é assim mesmo.

*Virgínia:* Dificuldade de não ter mais tempo assim, para ensinar a ele as coisas, de estar presente [...] Eu fico triste por essa questão, entendeu? Eu queria ter tempo para ensinar, para levar para escola. Eu quando estou em casa, eu faço isso. Mas, é muito difícil. Levar para escola, buscar da escola, ir nas reuniões de pais, se bem que eu procuro, é na hora do meu almoço, eu saio do meu trabalho

e vou pra lá, depois eu volto para o trabalho, o meu esposo, como eu te falei, ele tem mais flexibilidade de horário. Mas, infelizmente...

#### 4.1.3 Divisão sexual do trabalho

A rotina das participantes é notoriamente marcada pelos afazeres domésticos, cuidado com filhos e, quando é o caso, jornada de trabalho fora de casa que se estende por grande parte do dia. Para que isso possa acontecer, os filhos pequenos permanecem um tempo maior em creche / escola ou aos cuidados de familiares – geralmente outra mulher: avó, tia, prima. Existe pouco tempo e disposição para atividades de lazer, pois o final de semana geralmente é destinado a complementar o serviço doméstico que não foi possível conciliar com a carga horária do emprego durante a semana.

*Ângela:* Minha rotina é meio complicada... eu acordo 4:20 da manhã para ir para o trabalho, saio do trabalho às 3 horas da tarde, pego a minha filha na escola às 4, venho para casa, arrumo casa, faço comida, ensino o dever, brinco um pouco e coloco para dormir, por que no outro dia, acordar de madrugada de novo, para seguir a sua rotina.

*Clarice:* É tudo comigo! É... Em casa é porque... meu esposo diz que ele já trabalha demais, entendeu? Como ele trabalha na peixaria, ele diz que já trabalha demais. E que o serviço em casa é molezinha [...] Eu acho que quem trabalha mais sou eu, por que eu trabalho em casa e trabalho lá! (risos) acaba que as duas funções sou eu quem faço.

*Florabela:* Eu e a minha mãe que cuidamos, porque meus irmãos... [Porque você acha que fica mais pra vocês duas?] Um dos motivos é porque os meus irmãos são muito desorganizados e por eu ser mulher, junto com ela e ela também trabalha 3 vezes na semana, eu também não estou fazendo nada, ela me ajuda também bastante, eu me sinto na obrigação de ajudar ela também.

O trabalho doméstico é uma dimensão da divisão sexual do trabalho. Divisão esta que produz e é produzida pelas relações sociais de sexo/gênero. Dessa forma, o trabalho feminino perante à família estende-se ao longo da vida, desde a contracepção até o cuidado dos familiares idosos (SCAVONE, 2005). O fato destes cuidados estarem associados à expressão do afeto dificulta seu reconhecimento como trabalho, mas, ele pode ser gerador de desgastes, cansaço e adoecimentos como qualquer outra atividade laboral de grande demanda. Nesse sentido, foi notado a grande valorização da inserção de algumas entrevistadas no mercado de trabalho, em emprego formal ou não. Além de aumentar a renda familiar, o trabalho é apontado como gerador de independência financeira, autonomia e possibilita a fuga da rotina doméstica, por vezes considerada tediosa.

*Carolina:* Ah, eu quero voltar a trabalhar. [Por que?] Por que eu gosto mesmo. Eu não gosto de ficar em casa, só parada, comendo, bebendo e dormindo. Eu tenho que fazer alguma coisa. Eu não consigo ficar parada

*Ângela:* Gosto de trabalhar, esqueço um pouco essa rotina de ficar dentro de casa... Porque é chato. O que você vai fazer? É uma rotina. Você vai acordar, dar banho na sua filha, botar para escola, lavar roupa, fazer comida. Você cria uma rotina. No trabalho você não cria uma rotina. Porque você vai trabalhar e nem sempre você faz as mesmas coisas. Nenhum dia é igual ao outro.

É interessante perceber nos discursos das participantes como as representações do que é o casamento e a função da mulher estão imbricadas em seu cotidiano. Algumas apontam a falta de tempo para cuidar de si e dar mais atenção aos filhos, devido ao fato de terem que arcar com o serviço doméstico sozinha, carregando ainda a culpa pra si. Isso acontece, muitas vezes, porque os papéis de mãe e esposa são considerados essenciais para a manutenção da estabilidade conjugal. Qualquer comportamento que tende a inverter essas funções é tido como desviante e ameaçador da boa dinâmica familiar. Nesse sentido, a divisão de tarefas ou mudança de papéis podem ser vistas como perda de espaço e perda de poder (VIEIRA; AMARAL, 2013).

Em suma, as mães adotam o papel de cuidadoras dos seus dependentes e mesmo dos seus parceiros, assumindo com naturalidade as tarefas e os discursos relacionados ao cuidado com a prole e a administração da vida privada (SCAVONE, 2005). Apoiada nesse entendimento, a percepção das participantes é de que cabe a elas cumprir essa função e, quando possível, os companheiros auxiliam nas tarefas, sendo por isso, considerados bons pais e parceiros que “ajudam em casa”. Cabe salientar as afirmações das entrevistadas acerca da falta de competência ou experiência dos homens para realizarem certas tarefas no cuidado com os filhos; o que atualiza a competência e a função da mulher nessas tarefas. Algumas reconhecem uma divisão no contexto doméstico, em geral porque elas estão trabalhando fora. Nesses casos, mesmo que os maridos assumam parcialmente algumas atividades, há um sentimento de que existe igualdade nas relações e que a divisão real de tarefas é possível; depende apenas da negociação entre o casal (VIEIRA; AMARAL, 2013).

*Jane:* Então ele não tem experiência com criança, está tendo agora. Então, eu não deixo muito a carga pra ele [...] Então do pequenininho eu procuro ficar mais inteirada, porque eu tenho mais experiência, mas ele participa bastante, ajuda, o que ele pode fazer ele faz. Ele deixa mais por minha conta por eu ser mais experiente com relação aos filhos [...] eu queria que ele participasse mais, mas ele não leva muito jeito, ele não sabe cuidar de criança assim.

*Florabela:* Perto da separação ele já não estava tão ligado não... não cuidava dele (filho do casal) direito [...] Ele é o tipo de homem que não prioriza a família. Ele me queria lá pra isso mesmo... pra ele ficar na farra dele, com quem ele quisesse, com os amigos, independente e eu lá, cozinhando, lavando, passando, montando a casa, quando ele chegasse a comida está pronta, entendeu?

*Cecília:* E ele toma conta dela também. Quer dizer me ajuda pra caramba, por que é como eu te falei, senão eu teria que pagar alguém para tomar conta dela.

*Carolina:* A gente divide... as vezes quando eu saio, peço a ele pra fazer... De casa assim, não! Eu gosto mesmo de fazer as minhas coisas. Procuo sempre deixar pronto e pedir: “dá para mim, serve para mim”. Entendeu? É só isso. Aí quando vai buscar as crianças na escola é ele e às vezes sou eu, assim. Ele participa sim, participa.

#### 4.1.4 Práticas contraceptivas e preventivas antes e após o HIV

Da mesma forma, a contracepção é vista como responsabilidade exclusiva da mulher, no intuito de controlar a prole e evitar a gravidez não planejada, num cunho normativo apoiado nas representações tradicionais de gênero em que o masculino está associado a sexualidade ativa e o feminino à reprodução. Sendo assim, questões da vida reprodutiva se fundem com questões familiares e domésticas e compõem o escopo da vida privada destinada à mulher. A vivência da sexualidade feminina fica então atrelada a função de contracepção, como pontua Brandão (2000, p. 58) “observa-se uma subordinação dos usos do corpo feminino a uma determinada lógica moral familiar, na qual o estatuto da mulher é fundamentalmente marcado pelas funções que ela desempenha no espaço doméstico e na reprodução biológica”.

Na experiência das participantes do estudo, tão logo a vida sexual se inicia, a pílula é a primeira escolha, sendo o método mais utilizado e conhecido para se precaver de uma gravidez. Há uma naturalização dessa função como um destino da mulher, geralmente orientada pela mãe, amigas ou primas, que já foram iniciadas nesse processo anteriormente. Não foi registrada uma preocupação com infecções sexualmente transmissíveis no início de suas trajetórias.

Corroborando com os achados de Heilborn *et al.* (2009) quanto aos métodos utilizados ao longo de suas trajetórias contraceptivas, as entrevistadas referem o uso predominante da pílula, bem como preservativo, coito interrompido e DIU. Esses últimos são incorporados com o tempo e de acordo com o tipo de interação afetiva. A maioria busca uma combinação de métodos, quase sempre a camisinha e pílula, mas o uso é irregular, muitas vezes pela resistência dos parceiros e pela dificuldade de adesão a anticoncepcionais hormonais. Como já consolidado na literatura, o preservativo “é usado sobretudo no início dos relacionamentos sexuais subsequentes ao longo da vida, associado à proteção a outras DSTs. Contudo, seu uso é descontinuado assim que o vínculo se firma, quando se passa a ter “confiança” ou “conhecer melhor” o parceiro” (HEILBORN *et al.*, 2009, p. 273).

*Clarice:* Antes de engravidar do L., eu só usava anticoncepcional, mesmo por que eu não sabia que ele (marido) era soropositivo, eu achava que não corria



risco. E depois da gravidez, eu fiz a ligadura e não usei nenhum outro método [...] Eu acho que usamos camisinha na primeira vez, na segunda vez... Depois que o relacionamento ficou sério... não.

Convém salientar que as mulheres que participaram, depois do diagnóstico do HIV, de planejamento familiar, palestras, pesquisas ou grupos operativos sobre o assunto, tiveram uma ampliação das informações sobre métodos preventivos e anticoncepcionais, sendo que certas decisões sobre o método foram sugestionadas pelo profissional de saúde.

*Cecília:* Não, uma época lá da pesquisa [no serviço de referência para prevenção da transmissão vertical] eu fiquei usando, durante três anos. Aquele, que... é tipo um chip que eles falam... eu usei. Agora, eu não uso nada não. A gente só faz coito interrompido mesmo...

*Virgínia:* eu sempre usei o anticoncepcional. O preservativo era normalmente, quando dava pausa, a medicação que eu tomava antes, tinha que dar uma pausa de uma semana pra poder menstruar. Então, o preservativo era mais nesse período mesmo. Fora isso, era sem preservativo mesmo [...] Era mais a questão do anticoncepcional para se evitar uma gravidez.

Vale acrescentar que algumas passaram a ter um uso um pouco mais frequente do preservativo após o diagnóstico de HIV positivo por existir um grande medo de infecção do parceiro sorodiscordante ou sorodesconhecido. Mas ainda assim, para algumas, o uso continuou irregular ou se tornou ausente com o passar do tempo e a convivência com HIV.

*Virgínia:* depois do diagnostico teve uma mudança do preservativo. Aí ficou regular. Todas as relações são com preservativo.

*Florabela:* Camisinha. Sempre usamos camisinha e eu tomava injeção. Pra ele sempre foi de boa, até porque ele sempre teve medo, sempre, sempre... ele falava que se em qualquer dia da vida dele, ele descobrisse que ele tinha, ele dava um tiro na cabeça dele [...] mas quando ele não queria usar, não usava. Não quis, então tá bom. Isso aí.

*Jane:* Hoje não uso, mas quando ele recebeu a notícia, ele ficou tão conturbado, que ele ficou quase três meses nós dois sem ter relação. Quando viemos a ter, ele botou dois preservativos um em cima do outro com medo de pegar de mim. E eu respeitei a opinião dele, sempre respeitando [...] Eu me senti muito mal, muito humilhada, mas mantive, fiquei na minha, aceitei a opinião dele né.

*Carolina:* Usava no começo, aí depois casei, aí não quis não. Agora tento ser um hábito. A gente procura evitar, usar camisinha, mas antes a gente não usava não... Mas agora, a gente procura usar. [O que fez vocês agora quererem usar?] É... procurar evitar, né? Aí vem outra gravidez, aí eu vou ficar me enchendo de filho [...] As condições não permitem e a saúde agora, e a idade chegando... isso tudo é o medo.

Fraga (2019) aprofunda essa discussão ao analisar os elementos estruturais e individuais que conformam as práticas de prevenção do HIV/Aids entre casais heterossexuais grávidos sorodiscordantes e soroconcordantes. Com base nos depoimentos de gestantes e seus parceiros,

a autora salienta que: “o fato de alguns casais manterem relações sexuais sem proteção antes do diagnóstico da parceira e o parceiro ser negativo parece igualmente contribuir para uma não preocupação com o HIV entre os homens, principalmente nos relacionamentos de mais tempo”. (p. 117). Seus achados apontam ainda que, frente ao uso irregular ou abandono do preservativo, a ausência de sintomas e a carga indetectável das parceiras em decorrência do tratamento fomenta certa despreocupação deles com a transmissão do HIV e sugere a banalização da doença. A relação entre o tratamento da companheira, redução risco de infecção do HIV para o parceiro e não necessidade do uso do preservativo foi observada no relato de Jane.

*Jane:* Toda vez que eu venho ao médico, eu peço um exame pra doutora imprimir, pra eu poder mostrar pra ele então como está indetectável [...] Então ele falou, “se você tem 0 risco de me infectar, eu vou ficar usando preservativo pra quê?” Até porque ele nunca gostou, ele não se adapta. Ele não tem ereção com preservativo.

De toda forma, os depoimentos das entrevistas, cinco anos após a gestação no contexto da descoberta do HIV, revelam que responsabilização pela contracepção continua sendo da mulher. Ela que precisa garantir o baixo risco de infecção para que o parceiro se mantenha resguardado ao rejeitar o uso do preservativo.

*Ângela:* É frequente pela minha parte. Eu que peço. Ele reclama. No começo era difícil por que ele não entendia. Ele falava que não tinha nada a ver, por que eu estava em tratamento, era uma coisa que já não estava em mim – por que no meu organismo já está indetectável então, ele falava não tem como pegar. [E mesmo sabendo que você está com uma carga indetectável, você sempre quis usar?] Sempre quis. [Por que você faz essa escolha?] Na verdade é medo. Tá indetectável, mas nunca se sabe. Medo dele pegar uma coisa que não era para ele ter pegado. Que ele não tem. Então, eu sempre prefiro evitar. Contra a vontade, mas ele tá acostumando.

Os achados de Fraga e os da presente pesquisa atestam que a decisão de usar ou não usar preservativo está majoritariamente centralizado na figura masculina, antes e após a descoberta do HIV, fato que demanda uma reorganização da vida reprodutiva para as mulheres, que precisam estar em constante negociação ou se utilizar de outras formas para continuar realizando o controle da prole. Barbosa e Knauth (2003) apontam que os contextos sociais e culturais são mais determinantes nas práticas preventivas do que o próprio conhecimento do estado sorológico. Vários fatores perpassam essa decisão: “expectativas de gênero, raça, crenças religiosas, rede de suporte familiar, valor atribuído à maternidade, desejo de ter filhos, disponibilidade da terapia anti-retroviral para reduzir as taxas de transmissão e o apoio do serviço de saúde” (*Ibid*, p. 368).

Fraga (2019) indica também que outros aspectos podem ser apontados como influentes nas decisões reprodutivas do casal: a baixa escolaridade favorece a reprodução dos papéis tradicionais de gênero e interferem no não uso de métodos anticoncepcionais e preventivos de IST; o fato de viver um relacionamento sorodiscordante e de considerar como grande prova de amor o companheiro ter permanecido na relação após o conhecimento de sua soropositividade, faz com que algumas mulheres se submetam a uma posição pouco favorável para negociações no âmbito do casal. Além disso, a proximidade e o elo de confiança estabelecido com o companheiro colaboraram para não ter um uso consistente de medidas preventivas ao HIV. Acrescenta ainda que:

Especialmente para os homens entrevistados, que circularam em ambientes mais diversos que as mulheres, a prevenção das IST ao longo da vida também esteve ligada a uma avaliação moral do perfil das parceiras sexuais. Neste caso, o estigma da Aids (e de seus portadores) atua sobremaneira na decisão sobre a adoção (ou não) do preservativo. (FRAGA, 2019, p. 110)

#### 4.1.5 O caso da laqueadura

Como discutido anteriormente, em um cenário de políticas de controle de natalidade nos países subdesenvolvidos, houve uma massificação dos procedimentos de esterilização feminina. Dessa forma, a laqueadura ganha impulso nas décadas de 80 e 90 como principal método contraceptivo no Brasil. Dados de uma pesquisa realizada pela Sociedade Civil Bem - Estar Familiar (BEMFAM), mostraram que 1986 e 1996 os dois métodos mais utilizados por brasileiras unidas entre 15 e 49 anos eram a esterilização e a pílula anticoncepcional, chegando a prevalência de 40% para a intervenção cirúrgica em 1996 (MARCOLINO, 2004). Fato que foi considerado determinante para o declínio da fecundidade no país. Caetano (2014), aponta que a oferta de métodos contraceptivos reversíveis estava bem abaixo da demanda necessária e que os serviços de planejamento familiar não existiam ou eram pouco acessíveis a população, considerando diferenças regionais, sociodemográficas ou socioeconômicas nesse acesso. Heilborn *et al.* (2009) corroboram com esse pensamento, assinalando que o alto número de mulheres laqueadas, comprova menor possibilidade de escolha e de acesso aos métodos contraceptivos reversíveis, o que levavam as mulheres a elegerem a laqueadura tubária como método de preferência.

Além desses fatores, a esterilização pode significar para a mulher uma possibilidade de liberdade, principalmente da vivência sexual sem a preocupação de uma possível gravidez. Nesse sentido, é preciso considerar as assimetrias de gênero no que diz respeito às interações

afetivo-sexuais e o uso de métodos contraceptivos: a responsabilidade de evitar uma gestação não desejada ainda recai quase exclusivamente para a mulher e nesse contexto é preciso lidar com as barreiras de negociação do uso do preservativo junto ao companheiro, principalmente em relações estáveis, mesmo no contexto da infecção do HIV, como assinalado acima.

Soma-se a essa situação as dificuldades diante de efeitos adversos dos contraceptivos orais e injetáveis, a falta de orientação e conhecimento sobre outros tipos de métodos contraceptivos menos utilizados como camisinha feminina ou diafragma e obstáculos no acesso ao DIU. Todo esse panorama estimula também a preferência pela laqueadura, vista como uma forma de eliminar as dificuldades no planejamento da vida reprodutiva, aliada ao fato do processo ser difundido como simples, seguro e irreversível, já que a chance de uma gestação após a cirurgia é de menos de 1% (FONTENELE; TANAKA, 2014).

Os achados desta pesquisa se unem às questões apontadas acima e mostram que das sete participantes, duas já passaram pela esterilização e outras quatro já tentaram ou desejam um dia realizar o procedimento. Entre as principais motivações, estão a vontade de encerrar a trajetória reprodutiva e exercer sua sexualidade de modo a não correr mais o risco de engravidar; seja como uma forma de planejar o número total de filhos, seja por terem filhos demais e a condição financeira não permitir outras gestações. Outro fator, mencionado por duas mulheres, está ligado à sua sorologia. Apesar dos avanços que a medicina alcançou para evitar a transmissão vertical e mesmo tendo passado pelo acompanhamento especializado que possibilitou a não infecção de seus filhos, as entrevistadas consideram esse processo como desgastante e fonte de preocupação:

*Clarice:* Não, quero mais filho não. Eu já liguei. Graças à Deus (...) E além do problema (HIV) também... que eu não queria passar por aquele processo todo de novo.

*Virgínia:* Eu acho que deveria ser uma questão de escolha. Até mesmo por causa do meu problema (HIV). Claro, que se eu engravidar e tiver o mesmo cuidado que eu tive na minha primeira gestação, ele não vai correr risco nenhum. Mas, eu não gostaria de ter outro não, passar por tudo de novo... se eu pudesse, tirava tudo e não teria mais.

Pesquisa realizada por Barbosa e Knauth (2003) sobre laqueadura feminina e Aids apontava que entre as principais razões apresentadas pelas mulheres para encerrar a carreira reprodutiva estavam a infecção pelo HIV, dificuldades econômicas e já ter o número desejado de filhos. Além do fato da “gravidez em si gerar certo grau de ansiedade e incerteza que pode ampliar a pressão dessas mulheres na direção da laqueadura” (*Ibid*, 2003, p. 374). A trajetória reprodutiva feminina é perpassada pela articulação de questões biológicas, psicológicas,

culturais e sociais, de modo que a infecção por HIV pode ainda exercer influência nesse percurso, a despeito da tecnologia em saúde existente, contudo ela não um fator determinante na decisão de encerrar a carreira reprodutiva. Convém destacar que das 29 entrevistadas na pesquisa em 2013, algumas já sabiam que eram soropositivas quando resolveram engravidar. Dentre as sete entrevistadas deste estudo, uma (Carolina) teve outro filho nesse intervalo de tempo e outras sinalizam o contexto socioeconômico e as responsabilidades de criação de um filho como principais fatores para não desejarem outras gestações.

Vale lembrar que a inclusão do planejamento familiar na assistência à saúde da mulher através do PAISM, representou uma importante conquista na perspectiva da saúde reprodutiva como um direito, tal como preconizado no documento oficial da CIPD – Cairo, 1994. Com a aprovação da Lei n. 9263/1996, conhecida como Lei do Planejamento Familiar, que regula o artigo 226 da Constituição de 1988, a vasectomia e laqueadura tubária passaram a ser procedimentos hospitalares ofertados gratuitamente pelo SUS. No entanto, essa oferta segue alguns critérios para se concretizar: ter capacidade civil plena e no mínimo 25 anos de idade ou dois ou mais filhos vivos; ter autorização do parceiro com a respectiva assinatura; é necessário passar por um aconselhamento de 60 dias, em que o requerente deve ser informado sobre o procedimento, bem como sobre os métodos reversíveis. Fica sob responsabilidade da unidade de saúde prover esse serviço. Além disso, foi estabelecido um período de 42 dias após o parto para a realização da laqueadura, visando evitar partos cesáreos desnecessários. Somente são autorizadas laqueaduras pós-parto em casos de indicação médica, aborto e cesarianas sucessivas (BRASIL, 1997; CAETANO, 2014).

Ao discutir esse ponto com as entrevistadas, todas foram unânimes em afirmar que não concordam com tais regras, pois para elas, a burocracia dificulta o acesso ao procedimento e as condições estabelecidas deixam de fora muitas mulheres que desejam e precisam realizar a laqueadura. Argumentam que o número de filhos e condição socioeconômica deveriam ser os principais critérios para o pedido:

*Clarice:* Eu acho errado. É muito difícil. Se a menina está com 22 anos, 23 anos, com três, quatro. Para que mais filho? Liga, gente! A legalização do aborto, o que vai acontecer? Essas meninas vão para o baile, vão para não sei aonde e engravida... aí “ah, não sei o que, não está na hora... vou marcar o aborto e vou lá e tiro”. Está entendendo? Eu acho que essa legalização deveria ser para ligadura. [Você acha que o processo deveria ficar mais fácil?] Mais fácil. Muito mais. Para muito mais mulheres fazerem...

*Jane:* Não concordo. [O que você acha que tem que mudar?] Eu acho que tinha que ter um controle de natalidade... eu estava com colegas minhas com 24 anos e 6 filhos, é filho demais, né? Eu acho que o governo tinha que ver isso,

independente da idade, tinha que ver o número de filhos e também as condições da pessoa, situação financeira. Por isso eu não concordo.

*Carolina:* (Após ter tentado a laqueadura em gestação anterior, mas ter a autorização negada) Eu quero. Mas, eu vou ter que fazer isso de novo, cansativo... Fiquei desanimada por causa disso, mas eu estou até vendo se eu consigo pagar para ver se eu consigo ligar ou ele (marido) fazer. Porque eu acho que no particular é menos burocracia... Vou tentar mais uma vez, eu quero ligar.

Nas opiniões expressas pelas mulheres a necessidade de controle de natalidade se sobressai. Transparece um entendimento dos episódios da vida sexual e reprodutiva como naturais: o envolvimento entre homens e mulheres leva à relação sexual, que leva à gravidez e ao parto, a criação dos filhos e posteriormente a menopausa, que encerra a vida reprodutiva e muitas vezes, a sexual (BRANDÃO, 2000). A laqueadura surge como uma intervenção externa e definitiva para encerrar esse ciclo reprodutivo e quebrar esse “padrão” a que todas as mulheres estão submetidas. Brandão aponta ainda que a esterilização poderia ser vista como um instrumento para barrar esse “uso natural” do corpo feminino, o que já configuraria uma possibilidade de agência. No entanto, ainda não há uma perspectiva de autonomia do corpo feminino nos discursos apresentados. Nas suas palavras: “Incorporar a noção de direitos sexuais e reprodutivos implica superar de modo radical a concepção do corpo como um ente da natureza” (*Ibid*, p. 59) e ainda há um longo processo de transformações para compreensão do corpo socialmente construído.

Não foi questionada a necessidade de autorização do cônjuge para a realização da cirurgia. Apenas Jane defendeu a participação do esposo em seu processo de preparação para a laqueadura. Ela entende que essa decisão tem que ser dos dois enquanto casal: “*Ele veio comigo, assinar os papéis, como ele também consentia, porque essa decisão não é só da mulher né? É do homem também. Ele consentiu*”. Na sua perspectiva, deveria ocorrer uma intervenção maior do Estado para o controle de prole, como acontece em outros países:

*Jane:* Mesmo a pessoa não querendo, que nem lá no Japão, na China, lá tem controle de natalidade. Aqui o governo não faz, fica esse tanto de mulher botando esse tanto de filho no mundo, sem ter condições, a criança sofrendo, aí vem a criminalidade, aí vem o bolsa família, o governo tem que se desdobrar em dinheiro, entendeu? Não tem um controle, o governo não planeja, aí vem todas as consequências.

Alguns juristas e estudiosos da temática entendem que a lei fere o princípio da dignidade humana (artigo 1º, III da CF) e limita o exercício da liberdade reprodutiva ao exigir consentimento do cônjuge e impor regras que obstaculizam o acesso. Pelo princípio da liberdade como direito (artigo 5º, *caput*), o Estado, além de interferência mínima na

autodeterminação dos indivíduos, deve garanti-la e facilitá-la. Outro apontamento diz respeito ao artigo 10 da mesma lei, em que está descrito que será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce<sup>7</sup>. A liberdade seria violada na medida em que se tenta impor às pessoas um comportamento favorecido pelo Estado, a procriação, quando este deveria se abster de impor padrões de conduta em contextos em que a autonomia de escolha da pessoa não causa danos a outros, como nesse caso de limitação do número de filhos e encerramento da trajetória reprodutiva (COUTINHO, 2018). Para a autora, não há nenhuma justificativa para desencorajar a esterilização e suas regras teriam impacto desigual nas vidas de homens e mulheres.

Esse debate se mostra ainda mais atual e necessário quando está em tramitação no senado um Projeto de Lei (PL) que altera a Lei do Planejamento Familiar para facilitar o acesso a procedimentos de laqueaduras e vasectomias. O PL 107/2018<sup>8</sup> propõe que seja possível a realização da esterilização no período do pós-parto e pós-aborto imediato durante a mesma internação, segundo a decisão da mulher, como veta a lei atualmente, e também propõe revogar a condição de que ambos os cônjuges comprovem concordância com a decisão de esterilização voluntária. O projeto afirma que a restrição no período de realização da laqueadura, “gera a necessidade de segunda internação, novo preparo cirúrgico e, por conseguinte, aumento dos riscos de complicações para a mulher, sem ignorar as consequências indesejáveis produzidas pelo afastamento da mãe do recém-nascido” (SENADO FEDERAL, 2018, p. 3). Nos resultados do presente estudo, Carolina e Clarice afirmam que esse bloqueio impediu que elas conseguissem realizar a laqueadura quando julgaram mais oportuno e após a negativa, outras gestações ocorreram:

*Clarice:* na segunda (gestação), eu estava com 28 anos e até cheguei a conseguir, mas só depois que eu saí do resguardo, aí pra entrar em outro resguardo, saí fora. Nessa época moravam eu, ele (o pai da criança), a minha filha mais velha. E os outros dois pequenos. Não tinha ninguém mais em volta. Como eu iria entrar em outro processo cirúrgico? Como eu ia cuidar? Aí eu desisti.

<sup>7</sup> Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Art. 10: Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/12079378/artigo-10-da-lei-n-9263-de-12-de-janeiro-de-1996>>.

<sup>8</sup> PLS nº 107 de 2018, de autoria do Senador Randolfe Rodrigues (REDE/AP). Situação Atual: Em tramitação na Comissão de Assuntos Sociais (Secretaria de Apoio à Comissão de Assuntos Sociais), aguardando designação do relator em 30 jan. 2019. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132552>>.

O Projeto de Lei aponta ainda que a concordância do casal sobre essa decisão é indicada, contudo, “deve ficar a seu próprio e livre critério decidir o que fazer dentro da sociedade conjugal, sem a necessidade de demonstração ao Poder Público” (SENADO FEDERAL, 2018, p. 4). Para Caetano (2014) e Potter (2003), a necessidade de autorização e a proibição da laqueadura pós-parto tendem a estimular a realização de cesarianas desnecessárias e outros procedimentos reembolsáveis pelo SUS para acobertar a esterilização cirúrgica feminina, como antes da Lei n. 9.263.

O tempo de espera e a postura evidenciada pela equipe de saúde, muitas vezes baseada em apreciação moral e subjetiva, somados a burocracia e casos de desrespeito à lei, são as principais dificuldades de acesso à laqueadura tubária pelas mulheres brasileiras. Por isso, não é incomum casos em que o procedimento só é garantido por apadrinhamento político em época de eleição (o que foi o caso da participante Clarice), realizado sem avaliações ou requisições, demonstrando as dificuldades e falhas do serviço de saúde para atender a demanda.

Fontenele e Tanaka (2014) assinalam para a possibilidade de arrependimento de mulheres que realizaram essa cirurgia, tendo em vista a falta de conhecimento sobre a reversibilidade do procedimento, a constituição de uma nova família após ocasião de divórcio e pelos casos em que a laqueadura girava em torno de situações de violência e de desavenças no contexto do casamento. Ângela demonstra essa preocupação ao optar por não fazer:

*Ângela:* hoje em dia, o casamento não é duradouro, para sempre. Se você se separar, arrumar outra pessoa e essa pessoa não tiver filho e ela quiser ter filho? O que você vai falar? [...] eu queria fazer, mas até agora, não fiz, por que o meu marido diz que quer ter um menino. Só que eu falo que não quero ter mais filho. Aí ele fala e zoa: “então, eu vou ter um filho com uma mulher na rua, vou pegar o filho e trazer para você criar” [...] Quem sabe do nosso futuro é Deus, não é a gente... hoje eu acho melhor não ter feito.

A influência masculina nesse processo de escolha é bem preponderante em muitas situações: tanto por um exercício de poder por parte do companheiro ao delimitar o número de filhos que o casal terá, quanto na escolha do método contraceptivo a ser utilizado de acordo com o que for mais benéfico para ele. Mesmo com a função social de cuidado da família e a incumbência de planejar e controlar a vida reprodutiva, evitando gravidez não desejada; muitas mulheres tem a autonomia de escolha sobre o próprio corpo cerceadas por todos esses entraves aqui discutidos. O desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos nesse contexto é “reflexo da visão do papel da mulher nos moldes da família tradicional, reproduzido pelas relações de caráter patriarcal” (FONTENELE; TANAKA, 2014, p. 567).



Nos encontros de planejamento familiar é comum encontrar mulheres participando sozinhas, sem a presença do companheiro, quando há um relacionamento afetivo, e da mesma forma, são raras as vezes em que eles frequentam o consultório médico conjuntamente para conversar e decidir qual melhor método contraceptivo deve ser usado por ambos. Apenas uma participante fez referência à possibilidade de o companheiro fazer vasectomia, pois o casal estava avaliando qual procedimento seria mais rápido e com menos burocracia.

#### 4.1.6 Aborto

Ao transferir inteiramente o encargo da contracepção para a mulher, a mesma lógica de desresponsabilização masculina continua quando a gravidez acontece: negligência parental, abandono e em muitos casos, exigência do aborto. O abandono parental é uma realidade comum em nosso país, segundo dados de uma pesquisa do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)<sup>9</sup> de 2013, 5,5 milhões de crianças no Brasil não tem a paternidade reconhecida e são registradas com “pai não declarado”, sem incluir nesse número adultos na mesma situação ou os casos em que mesmo declarado, a paternidade não é de fato assumida. Os dados mostram também que, das 67 milhões de mães no Brasil, 31% (20 milhões) não contam com a participação dos homens, desnudando um contingente expressivo de homens que não assume a paternidade, fato que faz ganhar força a expressão de “aborto masculino”.

Florbela relata como isso aconteceu em seu relacionamento, como detalhado no capítulo 3. Ao saber da notícia da gestação, seu então namorado se afastou, deixando-a totalmente desamparada, mesmo após ser expulsa da casa da família. Ademais, apresentou várias alternativas para não reconhecer a paternidade da criança, como a alegação de ter realizado vasectomia e cobrança pelo aborto. “O pai do meu filho na época queria que eu tirasse. Ele não queria, não tinha condições, mas eu falei que não ia tirar e mesmo ele não aceitando, eu não tirei”. Florbela então assumiu a gravidez sozinha.

Como discute Biroli (2014), a autonomia de dispor sobre o próprio corpo é uma das bases para o acesso à cidadania e impor as mulheres limitações nesse direito é alargar as assimetrias de gênero com imposições que os homens não sofrem. Essa autonomia engloba, portanto, o direito de decidir sobre manter ou não uma gravidez, que por sua vez, faz parte dos direitos individuais básicos. Entende-se que as escolhas das mulheres não se dão isoladas das

---

<sup>9</sup> Pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em 2013, com base no Censo Escolar de 2011. Disponível em: <http://edicaodobrasil.com.br/2018/08/17/55-milhoes-de-criancas-nao-tem-nome-pai-no-registro/>.

relações de poder que perpassam seu lugar na sociedade e, quando se trata da questão do aborto, encontramos aí um cenário marcado pelo exercício de poder masculino, seja na esfera particular ou pública da vida. Quando um companheiro pressiona uma mulher para que ela realize um aborto, há o peso da dupla moral sexual e das convenções de gênero relacionadas, pois a decisão de manter ou interromper uma gravidez tem impacto distinto para homens e mulheres, até por afetar diretamente a integridade física destas. “Quando se enquadra o problema do aborto pela perspectiva da autonomia das mulheres, tanto a recusa desse direito quanto as pressões para que se realize são problemáticas” (BIROLI, 2014, p. 57).

Como se o corpo feminino fosse público, esse controle se manifesta na autoridade de pais e companheiros, bem como na regulação e intervenção por parte do Estado, que não por acaso, na maioria dessas intervenções está representado por homens, como já demonstrado aqui nos Projetos de Lei e PEC em tramitação atualmente sobre aborto e outras decisões reprodutivas que deveriam estar resguardadas às mulheres. Homens legislando sobre direitos da mulher, supondo suas necessidades com pontos de vista criados a partir da própria perspectiva. Leis que subjugam o corpo feminino ao direito à vida, esquecendo-se que antes é preciso garantir dignidade humana para a mulher.

No debate sobre o direito ao aborto estão envolvidas abordagens teóricas, posições políticas, valores morais e políticos, como a autonomia individual e a laicidade do Estado. Ainda que seja uma prática universal e frequente, mesmo que não legalizada, como é o caso do Brasil, o aborto engendra diferentes níveis de tolerância e reprovação. No que concerne a esta pesquisa, foi unânime entre as mulheres a declaração de serem contra o aborto, mas com alguns graus de relativização, a seguir:

*Cecília:* Não, É uma vida! eu não sou a favor de tirar não. Mas, você ter um filho para fazer ele sofrer é complicado. Você colocar uma criança no mundo, para dar pancada, para não ter paciência, é melhor tirar mesmo.

*Virgínia:* Olha, referente a mim, eu não concordo. Tanto que eu não pensei, eu não fiz... Eu não faria. De jeito nenhum. Não é um direito meu. É uma agressão tanto para o bebê, quanto para mim mesmo. Eu acho que é algo com que eu não conseguiria conviver. [...] cada um sabe do seu problema. Porque o meu problema para mim não foi suficiente, mas para outra pessoa seria. Eu não tenho o que falar para você referente a outras pessoas. Então, eu não tenho como falar se eu acho legal, se eu não acho legal.

*Carolina:* Olha só. Eu acho que cada um com o seu problema, né? Eu não sei, eu não apoio. Não acho legal, porque eu tenho medo. Quando vem o menino assim, defeituoso eu penso: “será que a mãe tentou alguma coisa?” Entendeu? Eu fico pensando assim. Eu não acho legal. Mas, cada um com o seu problema. Eu não acho legal.

Uma das principais questões envolvidas na rejeição das participantes ao aborto está ligada a concepções pró-vida, sedimentadas em fundamentos religiosos e na valorização de um ideal tradicional de família. Ao refletir sobre a relação entre princípios religiosos e individuais, Biroli (2014) aponta que compreensões sobre maternidade, família e vida, baseados em valores que tem peso e relevância distinta entre os indivíduos, terminam por limitar os direitos individuais e a noção de individualidade, na medida em que são impostos aos outros, valores que não condiz com os seus. Ao difundir uma ordem sexual conservadora, o casamento e a complementariedade entre homens e mulheres, a posição da mulher no registro religioso é tomada pelo seu papel de mãe, sem distinção indivíduo-feto.

Há uma correlação entre o controle da sexualidade das mulheres e seu papel na reprodução, isso se reflete no entendimento das entrevistadas de que é possível evitar a gravidez indesejada de muitas formas. Como já dito, elas afirmam que há uma variedade de métodos contraceptivos disponíveis em unidades de saúde ou de fácil acesso em outros lugares, sendo assim, engravidar sem planejamento é visto como descuido e irresponsabilidade. E se, de alguma forma, não foi possível evitar e a gestação aconteceu, é dever da mulher assumir e lidar com as consequências dos seus atos.

*Clarice:* Eu sou contra o aborto por uma questão. Se eu der na mão da minha filha de 14 anos, um dinheiro para ela comprar uma pílula anticoncepcional, a farmácia vai vender para ela, sem problema nenhum. Então, eu tenho a concepção que hoje em dia, só engravida quem quer. As minhas quatro gestações foram por que eu quis. [...] Usa camisinha gente. Simples. Esqueceu de tomar o remédio, usa camisinha. Fez sem camisinha, vai na farmácia e toma pílula do dia seguinte.

*Jane:* Eu acho péssimo, sempre fui contra o aborto. Eu com esse monte de filhos, 5 filhos, nunca, eu tive até oportunidade de fazer, até de pagar, de fazer em uma clínica particular, eu acho péssimo. Eu acho que tem muito jeito de ser evitado, tem preservativo, DIU, camisinha.

O corpo tem significados que o tornam alheio a própria mulher. A valorização da maternidade e objetificação feminina, nega às mulheres o direito à autonomia (BIROLI, 2014). O fato de ser dona do corpo em que o feto se desenvolve lhe gera o dever de arcar com todas as consequências da sua “irresponsabilidade”, enquanto há um apagamento do homem, que é comumente retirado dessa obrigação. Paradoxalmente, ser dona do corpo em que a fecundação ocorre, não lhe dá o direito de escolher manter ou não a gravidez. A dádiva de gerar um filho é, na verdade, uma obrigação. Essa responsabilização envolve também um mecanismo de culpa na relação mulher-como-mãe e feto: a culpa é fruto da punição pelo prazer sexual obtido, dessa forma, deve ser aceita e não transferida ao feto.

*Ângela:* Eu acho errado. Como meu avô dizia, você não foi para cama? No rala e rola não estava gostoso? [...] Então, como eu vou matar uma vida? Eu não fui? Eu não gostei? Eu não fiz a merda? Então, agora, vamos botar a bola para frente. Eu nunca pensei em tirar ela.

*Jane:* Eu até cheguei a pensar a fazer com esse meu que tem 18 anos, mas aí eu falei assim: “pô, se eu fiz o sexo, se eu quis, eu gostava do pai dele, agora eu vou descontar na criança? Ela não tem culpa”.

O medo foi igualmente mencionado por algumas delas como razão para não tentar o aborto, ainda que essa possibilidade já tenha sido considerada em algum momento de suas vidas. Receio de que alguma complicação possa acontecer, ocasionando risco de vida à mulher e possibilidade de sequelas para a criança, caso o aborto não ocorra: “pode não dar certo, pode não acontecer o aborto e a criança pode nascer e ter problema, você vai ter aquele remorso, culpa, pro resto da sua vida. Então é melhor você passar por todas as dificuldades”, como aponta Florbela.

É importante destacar também, que além de fundamentos religiosos e concepções pró-vida, o aborto tem profunda relação com a desigualdade social. A busca de controle social da pobreza e o racismo fundamentaram políticas de intervenções no corpo da mulher desde o início do século XX. Classe e raça são variáveis que vão diferenciar a autonomia reprodutiva das mulheres de acordo com sua posição social. A experiência do aborto clandestino deixa consequências mais graves nas mulheres pobres e são elas que chegam até os serviços públicos de saúde em decorrência de alguma complicação no procedimento e acabam respondendo criminalmente a processos em decorrência da denúncia de profissionais de saúde. Como aponta Biroli (2014, p.51) “sem que se defina uma política de igualdade no acesso aos serviços médicos e hospitalares, ele se define como alternativa em condições bastante distintas se as mulheres são brancas ou negras, se estão entre os grupos mais ricos ou mais pobres na sociedade”.

O julgamento do aborto como um desvio moral e expressão exacerbada do individualismo nas sociedades contemporâneas fere os direitos individuais das mulheres na medida em que esta é limitada no desempenho de sua cidadania, que lhe assegura a condição de sujeito de direitos e interesses na vida em sociedade (BIROLI, 2014). A busca pela autonomia feminina no controle dos seus corpos e de sua capacidade reprodutiva, visa também o pleno exercício da sexualidade desvinculada da naturalização da maternidade, uma vez que o aborto é pensado a partir do valor da vida do feto e de concepções de família tradicional valorizadas culturalmente.

#### 4.1.7 Sexualidade e relações de gênero

Segundo Brandão (2000), a percepção naturalizada que as mulheres têm do corpo termina por dificultar a apreensão da sexualidade e da reprodução como instâncias independentes de gestão do próprio corpo e da saúde na perspectiva das formulações de direitos sexuais e reprodutivos. Sobre esse ponto é interessante destacar a elaboração de um conceito relativo aos direitos sexuais, como parte dos princípios dos Direitos Humanos a partir dos debates realizados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995):

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995, par. 96)

A partir dessa concepção, analisando o material coletado, é possível depreender que a maior parte das participantes define a vivência da própria sexualidade como saudável e livre. Afirmam que na relação conjugal existe a possibilidade de viver fantasias, desejos e também se negar ao ato sexual quando não lhes convém. Contudo, também há o registro em seus discursos de desinteresse sexual, justificado por elas como fruto do cansaço da rotina atribulada, idade ou pela falta de cumplicidade com o companheiro.

*Clarice:* Já gostei mais de sexo, hoje não mais... Eu não sei se é a idade, o fato de ser mais velha... E eu acho que a cumplicidade que você tem com a pessoa que está com você, né? É o te tratar bem, é o demonstrar para você que gosta, que tem interesse...

*Jane:* Eu sempre falo eu não quero. Hoje eu não quero, pronto, não to com vontade. Não to com libido hoje, deixa para amanhã. Um respeitando o outro. [Você se considera uma pessoa que gosta de sexo?] Gosto. Já gostei mais, quando era mais nova, mas acho que eu to entrando na menopausa e acho que a gente perde um pouquinho a vontade.. muda com a idade, o cansaço. A libido vai diminuindo um pouquinho, realmente acontece.

*Virgínia:* É como eu como eu falei para ele, a gente conversou sobre isso, porque não é sempre que a gente está bem. Hoje eu posso não querer. Amanhã, ele pode não querer. Então, a gente conversou assim... não fica chateado. [Você se considera uma pessoa que gosta de sexo?] Normal. Nem muito, nem pouco, quando dá vontade, mas fico muito cansada...

Em seus relatos sobre a representação do casamento, as mulheres da pesquisa demonstram uma busca por relações mais horizontais, de parceria e troca entre os parceiros, contudo a internalização dos papéis tradicionais de gênero e modelo de família tradicional por

vezes obstaculizam que essa vivência possa ser alcançada em seus relacionamentos. Como também aponta Brandão (2000, p. 67), “expressões como ‘servir ao marido’ coexistem com decisões firmes e corajosas de não mais ir para a cama com o parceiro”.

Para algumas participantes, o entendimento sobre casamento é bastante vinculado à função social da mulher de cuidado das tarefas domésticas, filhos e marido. Ainda há uma sobreposição do papel de dona de casa e principalmente no que concerne à ideia de servidão sexual. Clarice e Florbela compartilham como isso se dá em suas relações afetivas:

*Clarice:* eu tento na hora do sexo ser o mais natural possível, entendeu? “Pode? Pode. Vamos fazer? Vamos”. Sempre concordando com tudo, para evitar problema. Por que se eu não for, o problema aumenta. Então, para evitar problema... Das ultimas vezes, é sempre assim (risos). Faz por obrigação [...] É a obrigação da mulher né? (risos)... Pra evitar problema... Quer? Então toma, vai, acabou! Não entra na minha cabeça, o marido deitar ao lado da mulher e perguntar: “vai ter alguma aí pra mim hoje?” É estranho, né? Um beijo, um carinho, sei lá... aí deita do lado, “vai rolar alguma coisa hoje? Tem alguma coisa pra mim hoje?” Tem ué... (risos)

*Florbela:* Eu fiz pra agradar e eu não estava afim, não queria, mas fiz pra agradar, pra ver a pessoa bem. Me causou um mal estar, no momento sim, mas depois eu tentei esquecer... mas não esqueci (risos) [...] Teve momentos que eu falei “*não estou afim, não quero*”, ai ele falou assim: “*você nunca quer*”, ele não entendia a necessidade que eu tinha naquele momento. Não era fácil dizer não porque eu sabia que ele ia falar, reclamar.

A inserção da mulher nos relacionamentos apresenta-se ainda mediada pelo uso do corpo, seja atraindo o companheiro no início do envolvimento, seja “cumprindo suas obrigações para evitar o pior” em sua família. As marcas de gênero se fazem presentes ao conceberem o desejo sexual dos companheiros como uma necessidade fisiológica que deve ser atendida por elas, como lhes cabe em seu “papel de mulher”. Dessa forma, recusar a investida do marido pode sinalizar uma ruptura no acordo conjugal e trazer prejuízos ao casamento e a dinâmica familiar, por isso, muitas vezes, tomar essa decisão envolve um alto custo para parte das mulheres, que se sentem deixando de cumprir com suas “obrigações” (BRANDÃO, 2000).

Ainda no plano das práticas sexuais, convém destacar que a masturbação feminina é vista com estranhamento, como uma prática associada ao pecado ou realizada por mulheres solteiras como uma opção a falta de um parceiro. Nesse sentido, o prazer das mulheres se mantém vinculado exclusivamente ao coito com companheiro.

*Ângela:* é estranho... como você vai sentir prazer com você mesma? eu acho que não tem lógica. Eu acho ela um pouco sofrida. Coitada dela. [...] As vezes ela não tem ninguém, não tem confiança em ninguém, não quer sair fazendo com qualquer um... alguma coisa está acontecendo.

*Cecília:* Não, prática comum não... Mas, eu já fiz... (rindo um pouco envergonhada) quando você é mais adolescente e você vai descobrindo o corpo, já fiz sim... Eu acho que é uma descoberta, é como um homem que vai descobrindo o seu corpo com doze, treze anos. Eu acho que quando você chega a uma certa idade e tem o seu companheiro e coisa...

*Florabela:* Olha... (pausa) Eu fui nascida e criada na igreja, então minha visão sobre, eu acho que é errado... o ser humano se tocar. Mas é aquilo, se o ser humano não se conhecer cara, se você não conhecer as suas intimidades com você mesma, é difícil isso...

Para algumas participantes, a vivência da sexualidade foi moldada com bastante repressão ainda na infância e adolescência, no seio familiar, ao serem veementemente coibidas de falar ou fazer perguntas sobre o assunto. O aprendizado veio em parte da escola, mas sobretudo compartilhado com amigos e companheiros com quais se relacionaram ao longo de suas trajetórias. Dessa forma, hoje consideram que ter acesso à educação sexual é de extrema importância, principalmente para ensinar aos jovens sobre prevenção e doenças sexualmente transmissíveis, como forma de evitar gravidez na adolescência e adoecimentos. Nesse contexto, apontam que a informação tem que vir primeiramente de casa, da família e a figura materna se destaca como principal responsável por essa formação. Inclusive afirmam que pretendem ter esse espaço de conversa com os filhos quando considerarem que é o momento apropriado.

*Jane:* Na minha época isso era um tabu. Acho, talvez se o meu pai e a minha mãe tivessem conversado comigo, talvez não teria acontecido, eu teria me precavido mais, mas meu pai e a minha mãe não tinham instrução, aí não passou pra mim e para as minhas irmãs.

*Ângela:* Se eu perguntasse disso em casa era um escarcéu, então, eu não perguntava. Eu ficava quieta, quando eu tinha dúvidas, eu pesquisava na internet, alguma coisa assim. Mas eu sempre fui muito medrosa. Então, assim, eu fui perder a minha virgindade com 18 anos de tão medrosa [...] Desde do momento em que a menina ficou mocinha, a mãe tem que levar no ginecologista, eu acho que tem que levar ao ginecologista para conversar, para ela mãe ver que ela está do lado dela.

*Cecília:* [Quando você era mais nova teve algum tipo de conversa sobre isso em casa?] Não mesmo. Eu era muito tímida. Eu jamais iria falar sobre esse assunto. Porque a minha mãe dizia que se encostasse no rapaz, engravidava. E eu acreditava nisso, entendeu? [...] Eu já conversei com minha filha. Eu não quero ser só mãe. Eu quero ser amiga, entendeu?

À escola está resguardada a função de trabalhar a sexualidade em alguma matéria escolar, numa perspectiva biológica e preventiva. Para algumas participantes, a discussão sobre diversidade de gênero e exercício da sexualidade no contexto da escola é entendida de forma problemática, pois a forma como é abordada, na visão delas, vai de encontro a valores tradicionais que as mesmas possuem sobre interações afetivo-sexuais e família:

*Clarice:* Por exemplo, eu ia matricular ele (filho) na escola, agora... Eu já tinha ido até lá ver, só que a escola trabalha com esse negócio, de não sei o que de gênero, né? Eu desisti. Por que eu acho errado. Homem é homem e mulher é mulher e acabou...

*Ângela:* [Você acha importante ter educação sexual nas escolas?] Depende do jeito que colocam. E da idade [Como você acha que deveria ser?] Por que antigamente, tinha a... mas, não é como eles estão querendo colocar agora, com cartilha, nada disso, era uma aula de sexologia em que a professora só tirava as suas dúvidas sobre negócio de menstruação, como usar camisinha, essas coisas assim... [E como está hoje?] Hoje em dia ninguém sabe de nada, gente não sabe se é verdade ou se é mentira, mas queriam colocar uma cartilha<sup>10</sup>, tanto que roda nas escolas uma cartilha que eu acho errado... que é uma cartilha para crianças de seis anos poderem ter. Não é desta forma não.

O ensino direcionado nas escolas é reflexo também das demandas sociais e perpassado, como discute Silva (2017, p. 162), “por paradigmas biológicos e religiosos, que justificam padrões heteronormativos e naturalizam um certo lugar social para homens e mulheres, bem como o modo pelo qual se espera que se relacionem com o seu corpo e entre si”. Para a autora, o entendimento de que a vida sexual compõe exclusivamente o âmbito da vida privada e dessa forma, é uma discussão própria da família ou do casal, acaba por fomentar a naturalização da sexualidade somente pelo viés reprodutivo, a heterossexualidade como padrão, além de perpetuar a invisibilidade de outras identidades de gênero. Ademais, como demonstrado nas falas das entrevistadas, a falta de um espaço acolhedor para o diálogo sobre o tema facilita a vivência da sexualidade permeada de moralismo, julgamentos, medos e falta de informação.

#### 4.1.8 Concepções sobre Feminismo e Machismo

A sexualidade se apresenta ainda como um tabu social em vários aspectos. Quando se trata do exercício sexual feminino, temos um campo permeado de regulações do Estado, dos companheiros, das crenças religiosas e até mesmo de outras mulheres. As normatizações impostas ao corpo feminino estão no centro da tarefa feminista de desconstruir as representações sociais sobre o corpo da mulher como sexuado e reprodutor, visando democratizar e tornar mais igualitária tanto a esfera pública quanto privada do tecido social (PORTELLA, 2005).

<sup>10</sup> A cartilha a que Ângela se refere faz parte do projeto “Escola sem Homofobia”, que foi difundido pejorativamente em todo país como “kit gay”. O material foi baseado em um conjunto de diretrizes criadas pelo Ministério da Educação (MEC), elaboradas pelo Ministério dos Direitos Humanos em parceria com Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) como parte do programa “Brasil sem Homofobia” lançado pelo governo federal em 2004. O programa visava combater a violência e o preconceito contra a população LGBT, tratando questões relacionadas ao gênero e à sexualidade. No entanto, setores conservadores da sociedade e do Congresso Nacional iniciaram forte campanha contra o projeto e este acabou vetado pelo governo. Disponível em: <<https://novaescola.org.br/conteudo/84/conheca-o-kit-gay-vetado-pelo-governo-federal-em-2011>>.



As mulheres viveram um período de opressão em que o exercício da cidadania era limitado por leis diferentes para elas e para os homens. Todavia, se organizaram e desenvolveram grupos, como o movimento feminista, que ganharam voz e representatividade política em todo o mundo, com inúmeros protestos para mudança de padrões e na luta pelos direitos das mulheres. A partir da década de 60, a politização de questões relativas a sexualidade e reprodução ganha força nos movimentos: “no centro dessa politização estava a concepção de corpo como algo profundamente moldado, materialmente e em termos de representações, por ideologias culturais e práticas disciplinares e, portanto, muito distante da natureza” (*Ibid*, p. 158). Muito além das manifestações, as reivindicações feministas influenciam a elaboração e implementação de marcos legais no plano internacional e políticas públicas no Brasil.

Visando conhecer se esse contexto era familiar às participantes deste estudo em algum aspecto, indagamos sobre seus entendimentos do que era feminismo. O termo foi identificado com informações repassadas pela televisão ou outros veículos de comunicação associadas à violência e ao feminicídio:

*Clarice:* Na televisão, né? A gente entende o que eles falam: agressão à mulher, mas só ouço falar. [Você acha que você é uma mulher feminista?] Hmmm. Não... (risos, meio constrangida).

*Jane:* eu tenho ouvido muito na televisão, que é a matança de mulheres né? As pessoas... não é isso? O homem que não aceita separação...

*Virgínia:* Eu não tenho como te explicar, não sei do que se trata. Eu já ouvi falar assim, lá longe. Eu acho que numa novela.

*Ângela:* Já. Mas, eu nunca procurei saber o que é. Eu já ouvi falar, mas eu nunca fui a fundo no assunto [...] “ ah, é feminista!” quando começa muita discussão assim, eu prefiro sair de perto.

Nota-se uma não familiaridade com o conceito de feminismo e um desconhecimento do movimento feminista. Todavia, as pautas feministas alcançaram em algum nível, mediada, em parte, pelos meios de comunicação ao discutirem sobre a igualdade de direitos nas relações, a liberdade sexual e o trabalho como forma de autonomia feminina. Reconhecem ainda a existência de machismo no Brasil, mesmo em seus companheiros e até em outras mulheres, numa perspectiva ligada ao cerceamento de direitos, sejam eles o de vestir o que deseja, de expressar uma opinião diferente do parceiro ou da possibilidade de inserção no mercado de trabalho.

*Ângela:* Ah, tem muito machismo sim. Tem homem que acha que a mulher não pode ter a mesma profissão que ele. Tem homem que acha que a mulher não pode ser superior a ele, receber mais do que ele, então para mim isso é uma forma de machismo. Um homem que acha que a mulher não tem que trabalhar, que o lugar dela é dentro de casa.

*Clarice:* Tem muito. Meu marido é um machista nato, em vários sentidos... Por que a mulher que usa roupa curta e o cara mexe... “também, olha como ela está vestida?” Entendeu? O pensamento dele é este [...] Se eu colocar uma bermuda mais curta: “está querendo se mostrar para quem?” Desse tipo...

*Carolina:* Eu acho que agora não. Naquele outro tempo a mulher era mais submissa. Ficava dependente de homem. Hoje, a mulher trabalha, estuda, tem a sua profissão. [Você acha que a mulher trabalhar deu liberdade para ela?] Eu acho. Porque antigamente, Meu Deus, pelo que eu soube, a mulher tinha que ser quando o homem queria e agora não. Agora, tem que ser como a mulher quer. E o homem fica mais medroso de perder a mulher.

Carolina acredita que hoje o machismo não existe mais, visto que mulheres conseguem estudar, trabalhar e ter o próprio dinheiro. Sua percepção assemelha-se às conquistas alcançadas pelos “direitos iguais à cidadania”, como reivindicavam as feministas da primeira onda, buscando alterações nas leis como direito ao voto, à propriedade, ao estudo. Mais tarde, o feminismo de segunda onda cria um sujeito político coletivo, as mulheres, e tenta viabilizar estratégias para acabar com a sua subordinação. Ao mesmo tempo, procuraram ferramentas teóricas para explicar as causas originais dessa subordinação (PISCITELLI, 2009). O objetivo de criar um sujeito político fez com que, durante muito tempo, o pensamento feminista destacasse a identidade entre as mulheres, concedendo pouca atenção às diferenças entre elas. Na década de 1980, essa “identidade” foi intensamente contestada, principalmente por feministas negras dos Estados Unidos e do “Terceiro Mundo”.

Como abordado na justificativa, algumas autoras enunciaram a necessidade de articular gênero, enquanto categoria analítica, conjuntamente a outras como raça e classe social. Tal enfoque visa demonstrar como o racismo e a vulnerabilidade social ampliam as desigualdades de gênero. Outras também defendem a articulação com religião e nacionalidades (PISCITELLI, 2008). A importância de se salientar as interfaces entre essas categorias reside no fato de assim, poder dar luz às desigualdades sociais a que mulheres de camadas populares estão expostas. E, desse modo, organizar uma agenda em que suas pautas estejam incluídas e estruturar práticas político-educativas que não sejam limitadas a um recorte de um feminismo branco, ocidental, mediado a partir de vivências e demandas de mulheres dos estratos médios da sociedade.

Mesmo reconhecendo e validando todas as conquistas alcançadas pelo movimento feminista, materializadas inclusive em marcos e políticas nacionais e internacionais, fica evidente a perpetuação de alguns impasses na incorporação da formulação feminista de direitos sexuais e reprodutivos nesse universo sociocultural. Ainda prevalece nos achados aqui postos, em diferentes níveis, uma naturalização do controle sobre as mulheres, como se a norma da vida feminina afinal fosse essa, pois é a realidade que conhecem e com a qual passaram pelo

processo de socialização humana. Nas palavras de Brandão: “Considero que há uma discrepância e um desencontro entre os pressupostos teóricos e políticos feministas [...] e a vivência e percepção cotidianas que as mulheres oriundas dos estratos populares urbanos (ainda) mantêm da condição feminina e da vida conjugal” (2000 p. 57).

As tensões existentes entre ativismo e formulações teóricas podem ser percebidas em relação a militância do movimento HIV/Aids. A vivência com HIV se sobressai em detrimento da vulnerabilidade feminina e questões de gênero, quando era para existir total articulação entre as pautas, uma vez que estão totalmente imbricadas. As conexões entre vulnerabilidade e a infecção pelo HIV demandam a necessidade de novos olhares sobre as políticas públicas e ações em saúde comprometidas com um projeto de emancipação e de redução das desigualdades, já que ambas situações são expressões das assimetrias de gênero (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008; CAJADO e MONTEIRO, 2018).

#### **4.2 Relações com os serviços de saúde: assistência e demandas**

Concebemos esse eixo temático a fim de explorar a percepção das entrevistadas sobre a assistência em HIV/Aids recebida e conhecer como a cultura médica local trata as demandas de saúde femininas. A partir de um conjunto de situações presentes nos relatos das participantes, identificamos que um bom atendimento de saúde para elas é sinônimo de não serem destratadas por profissionais, ainda que pontuem o pouco espaço para diálogo com os médicos como uma realidade negativa das unidades. Importa destacar que, em suas vivências nos serviços especializados, a assistência em saúde aparece focada no médico, com pouca referência a demais profissionais da equipe multidisciplinar presente no cotidiano das instituições.

Outro achado diz respeito às implicações da participação em ensaios clínicos e pesquisas no acompanhamento dessas mulheres nos referidos hospitais. Segundo as entrevistadas, participar de uma pesquisa é sinônimo de receber um tratamento diferenciado em relação aos demais pacientes, visto que isso significa maior acesso a medicações, maior facilidade para exames e consultas e um monitoramento profissional consistente. Quatro participantes estiveram envolvidas em alguma pesquisa clínica ao longo do seu tratamento, seja voltada ao teste de medicações ou uso de contraceptivos hormonais:

*Clarice:* Oh, na época da pesquisa foi a melhor fase daqui do hospital. Nossa, se eu sentisse uma dor no pé, eu poderia vir aqui que eu seria atendida sem problema. [Você acha que isso acontece por que?] Pela estrutura da pesquisa... a última vez que eu fiz todos os exames, eu acho que foi no ano passado, e eu ainda nem peguei os resultados, entendeu? Que são esses exames, os

hemogramas completos. Na época da pesquisa, os exames eram de três em três meses e os meus exames saíam corretamente [...] Na semana passada, eu estava falando com ele [esposo] sobre isso. Puxa, talvez eu vou me voluntariar em outra pesquisa. E ele perguntou por que? Por que o acompanhamento que você tem para pesquisa, é bem mais rígido. Você tem consulta de rotina... Tudo é mais fácil.

Além disso, é preciso estar atento a imposições do discurso médico, conferindo pouca abertura para o questionamento. A influência da fala dos profissionais de saúde em seus pacientes tem profunda relação com a representação social desses, vinculada à soberania da ciência e a um lugar de status e poder. A voz do médico é a voz da saúde, como demonstram Jane e Carolina:

*Jane:* comecei a tomar a medicação que não era nem pra tomar no momento, porque eu tava com a carga viral estável, aí comecei... porque eu sabia que era o melhor pra mim. Na pesquisa foi falada, a psicóloga né... aí a minha médica falou [...] Aí eu concordei né, falei: “não, tudo bem se for melhor pra mim, eu concordo”,

*Carolina:* Eu sempre falo por que eu fico com medo de me prejudicar, entendeu? Aí como eles estudaram, sabem muito... aí eu falo. Ponho isso na cabeça.

O cuidado em saúde pode ser inculcado de controle e disciplina, principalmente quando se trata de mulheres, vistas muitas vezes como passivas e obedientes pelos estereótipos de gênero. Como discute Schraiber (2005), a mulher, especialmente na sua condição de dona de casa, é vista como o *usuário eleito*, ou seja, o personagem central da assistência, aquele identificado como sempre à disposição das ações dos programas de saúde. Mesmo com questões de saúde da mulher bem estruturadas em protocolos e programas, “da perspectiva de sujeito social, que tem necessidades e demandas que vão além de cuidar de si e dos outros, a mulher já não é contemplada” (*Ibid*, p. 51) e o agir profissional por vezes pode estar baseado em uma conduta moral pessoal.

Quando analisamos essa questão sob a perspectiva da assistência a mulheres com HIV, temos que o foco muda completamente quando esta mulher está gestante, pois ao contrário de ser o personagem central, o cuidado em saúde se direciona ao bebê e aos protocolos para evitar a transmissão vertical. Ao serem interrogadas se percebiam diferenças no pré-natal realizado após o diagnóstico, algumas entrevistadas confirmam que sim, mas avaliam esse fato como positivo:

*Jane:* Percebi sim. A gestante tem que ter um cuidado especial com o bebê, eu tive duas gravidezes sendo soropositivo, então eu fui mais cuidada, mais observada durante as minhas duas gravidezes, pra não passar pro neném. [A preocupação era de não passar para o bebê?] Isso, era maior. [E você se sentiu

pressionada por isso?] Não, em momento nenhum me pressionaram. Só que eu fui mais acolhida, mais orientada durante as duas gestações para não passar para o neném.

A representação usual da maternidade está intimamente ligada a responsabilidade de cuidar do filho, como uma expressão do amor materno. No caso das gestantes soropositivas esse zelo é acrescido pelo cuidado específico com a saúde dele e, em virtude disso, se deparam com um universo totalmente novo de prescrições e condutas a serem seguidas. É preciso aprender sobre o uso da medicação (delas e do bebê), cumprir a rotina de exames solicitados e as indicações do tipo de parto e da ausência de aleitamento materno. As participantes relataram em 2013, quando estavam gestantes, como foi receber a notícia de que não poderiam amamentar. Algumas não assimilaram essa necessidade como um problema, como o caso de Jane: “acho fácil seguir sim, não acho que tenha problema não. Eu também não tenho muito leite no peito, não dá muito, então pra secar é rápido”. Mas para boa parte das entrevistadas, essa proibição foi vivenciada com bastante sofrimento, principalmente entre as que gestavam o primeiro filho e nunca tinha vivido essa experiência:

*Florabela:* Ah, vai ser muito difícil, porque eu vou ver que eu vou ter leite e não vou poder dar pra ele. E meu primeiro filho, né? Eu não vou nem querer ver ninguém amamentando, nem vou querer ver, porque eu acho que vou chorar (choro). [Você acha possível seguir a orientação de não amamentar?] Sim. [Por quê?] Porque eu acho que se eu der mamar pra ele eu passo o vírus pra ele e eu não vou aceitar nunca que meu filho tenha HIV.

Ângela ainda na entrevista atual lembrou esse episódio e o avaliou como a parte mais difícil da convivência com HIV: “Foi ruim. Essa parte eu chorei. Foi bem difícil. Por que era a minha primeira filha e eu não pude amamentar, tive que tomar remédio para secar [...] essa foi a parte mais difícil... quando ele (médico) me falou que eu não ia poder amamentar, o restante não (choro) ”. Algumas das mulheres entrevistadas expressam o desejo de não ter outros filhos, tendo em vista também a vivência desse processo no período de gravidez e puerpério. Como afirmam Barbosa e Knauth (2003, p. 366), “é possível postular que toda mudança na prática médica para reduzir a transmissão vertical do HIV modela em algum grau as decisões reprodutivas das mulheres HIV positivo”.

Nesse contexto, há um discurso maciço do serviço sobre a necessidade de adesão a todo o tratamento. Como aponta Fraga (2019), mesmo diante da complexidade e abrangência das práticas preconizadas para a prevenção da transmissão vertical (PTV), o que fica fortemente evidenciado no acompanhamento especializado é a necessidade do uso de preservativo, a adesão ao tratamento antirretroviral e do impedimento do aleitamento materno. Questões

relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos ficam encobertos diante da prioridade de evitar a transmissão vertical. Não que essa preocupação não seja totalmente válida e necessária, mas, o apagamento da mulher como ser sexual independente do seu papel de mãe, acarreta desdobramentos na vivência das relações afetivas, na vida sexual e na autonomia de decisões reprodutivas; tendo ainda as repercussões da infecção pelo HIV perpassando esse quadro. A centralidade da PTV também está relacionada a exposição ao estigma da Aids, no sentido de que, um bebê saudável, sem HIV, auxilia no ocultamento da soropositividade da mãe, atestando socialmente sua saúde (*Ibid*, 2019).

As participantes da pesquisa, em concordância com os achados do estudo de 2013 (MONTEIRO et al., 2016a; MONTEIRO et al., 2016b), reiteraram que o cuidado prestado nos serviços especializados contribuiu para ressignificar a fatalidade da Aids e o risco de transmissão para o bebê, como ressaltado a seguir:

*Ângela*: Quando eu cheguei aqui, me acalmou bastante. Por que até então, eu não sabia, para mim a minha filha iria nascer com aquilo e eu me culpava, mas depois que começaram a conversar comigo, eu me acalmei. Aí eu vi que não era nada daquilo, que era totalmente diferente, então para mim foi tranquilo nessa parte assim. Fui muito bem tratada, sempre tiveram paciência para me explicar as coisas, nunca me destratarem... ninguém.

*Virgínia*: Olha, a minha preocupação principal foi de transmitir para o meu filho [...] Mas, depois que eu comecei o tratamento aqui, eu fui muito bem esclarecida, passaram o tratamento como seria, para não passar para ele... então, a minha preocupação principal era essa. Depois, que ele me tranquilizou e que eu iniciei o tratamento, eu não praticamente não tive problema nenhum com isso não.

Contudo, passados cinco anos dessa gestação, ainda predomina nesses serviços o atendimento voltado a adesão da TARV, queixas sintomáticas e exames de monitoramento. Embora a PTV seja prioridade, seguida do medo de infecção do companheiro, Fraga (2019) identifica outras dimensões da prevenção nas MVHA ligados a proteção da exposição ao estigma da Aids e ao segredo quanto à infecção, por medo de sofrerem preconceito e discriminação. Em seu estudo, observou “a prevenção dos sintomas da Aids, por meio da adesão aos medicamentos e cuidados em geral com a saúde, a fim de evitar os sinais e marcas físicos que poderiam identifica-las como portadoras do vírus em sua rede de sociabilidade” (*Ibid*, 2019, p. 114). Quando pensamos no cuidado prestado às mulheres que vivem com HIV, é preciso ter claro que a infecção não traz impactos somente no nível biológico, mas também social, econômico e psicológico. Dessa forma, as estratégias de enfrentamento devem abranger não só o tratamento individual, mas também as formas de prevenção, articulada com equipes multiprofissionais e todos os segmentos terapêuticos necessários.

Muitas vezes, esse eufemismo da condição sorológica está alicerçado no discurso dos profissionais de saúde desde o momento do diagnóstico, em que se propaga uma qualidade de vida baseada apenas no uso da medicação prescrita, como condição para o *continuum* de uma “vida normal”. Isso contribui para o ocultamento do verdadeiro estado psicológico das mulheres e para pouca ação sobre a vivência do estigma e contextos de vulnerabilidade social. À vista disso, a rotina de consultas e medicação é percebida pelas mulheres como principal componente do acompanhamento dispensado, sendo entendido como um compromisso estabelecido com os profissionais, mobilizador de satisfação em cumprir o dever repassado, como ressalta Jane: “nunca faltei consulta, nunca deixei de tomar um remédio, nunca deixei de fazer, com relação ao meu tratamento, sempre cumpro direitinho com minhas responsabilidades. ”

É preciso lembrar que um dos serviços em questão, localizado na Baixada Fluminense, oferece a possibilidade de as mulheres manterem o acompanhamento em saúde no local após a gestação, diferente da unidade carioca. As seis entrevistadas dessa instituição optaram por continuar frequentando o serviço e indicaram fatores como a proximidade da sua residência, o bom atendimento recebido, o vínculo com profissionais, a participação em pesquisas clínicas e a possibilidade de centralizar acompanhamento médico de várias especialidades em um só lugar. Nesse sentido, todas mantiveram o tratamento com TARV mesmo após o nascimento de seus filhos.

Segundo o relato de alguns profissionais de saúde do outro serviço especializado, registrado no banco de dados do projeto “Estigma, reprodução e Aids”, não é incomum as mulheres abandonarem o tratamento após o nascimento do filho. Vale dizer que nesse serviço, após a gestação, a mulher é encaminhada para a rede básica, o que não ocorre no serviço especializado da Baixada. Caberia, em estudos futuros, comparar a adesão das mulheres em ambos os serviços e explorar em que medida a possibilidade de manter-se no serviço especializado contribui para a adesão ao tratamento.

Durante a gravidez é notório que o sentido principal de tomar a medicação é evitar a transmissão do vírus HIV para o bebê e mesmo depois do nascimento, ainda assim, os filhos foram destacados por elas como motivo principal da adesão, pela necessidade de estarem bem de saúde para conseguir cuidar deles. Isso não significa que não existam desafios nessa adesão ou que não pensaram em diversas vezes interromper o tratamento, contudo, os significados atribuídos à maternidade e os valores positivos que ela representa para as mulheres em questão, favorecem a ideia de responsabilidade pela saúde dos filhos. O sentido de “dever” prevalece:

*Florabela:* Não, não parei. Nunca parei, mas teve uma época da minha vida em que eu queria parar sim que foi quase no finalzinho da minha gravidez dele, de 8 pra 9 meses. Porque meus pais não aceitaram no início a gravidez [E o que que te faz continuar o tratamento?] O medo de ficar doente. Por ele. Porque se eu ficar doente, quem vai cuidar dele? Eu não vou ter os meus pais pro resto da vida, ele só tem 5 anos, então isso me dá a maior força.

*Carolina:* Às vezes dá preguiça. Em ter que vir no médico, tirar o dia para vir aqui... só isso. Fora isso, arrumo o remédio tranquilo. [Depois que o seu filho nasceu, você pensou em parar em algum momento?] Deus me livre. Agora, eu tenho que continuar, pequenininho né? Vai que dá um piripaque aí. Agora, que eu tenho mesmo que me cuidar.

*Virgínia:* Olha, eu nunca parei não. Em alguns momentos assim, que você está com aquele cansaço emocional, de pensar “ah, vou parar, estou bem”... e aí conversando com o meu esposo inclusive, aí ele falou: “não senhora! É um tratamento para a vida toda” [...] Às vezes acontece algumas coisas que você tem vontade de ficar lá na cama e deixar a vida passar. Mas aí você volta assim e vê que não vai adiantar nada. Os problemas vão continuar lá. E tem o meu filho. Eu acho que de vez em quando a gente cansa, da mesmice daquilo... De ficar tomando medicação... Isso aconteceu um pouco depois que eu tive ele. A medicação que eu tomava até então, desde que descobri até um pouquinho antes de eu ter tido ele, me causava muito enjoo, me deixavam com mal estar e me incomodavam um pouco. Mas, aí veio a oportunidade de fazer a troca, que foi feito, aí meu organismo se adaptou bem, não tive problema nenhum, aí nunca mais eu tive vontade de parar de tomar a medicação.

#### 4.2.1 Demandas contraceptivas e reprodutivas

As falas das entrevistadas indicam que existe uma lacuna entre as demandas contraceptivas e reprodutivas das mulheres e o atendimento recebido nas unidades que frequentam. A garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos, assegurados nos ideais do PNAISM e de documentos internacionais que o Brasil subscreve, fica condicionada à percepção individual do profissional de saúde, do seu poder de julgamento e de como o serviço está estruturado naquela realidade local. Um exemplo disso é o atendimento em planejamento reprodutivo. Das sete mulheres desta pesquisa, apenas Jane já tinha participado das reuniões de planejamento familiar e, segundo ela, por iniciativa própria, relacionada ao desejo de fazer a laqueadura. As demais participantes afirmam nunca terem recebido informação sobre esse serviço:

*Jane:* Eu fiz um planejamento familiar, eu tinha que fazer 3 meses de planejamento, eu comecei com 6 meses [Algum profissional te encaminhou para fazer?] Não. Eu sempre procurei me manter informada (...) Aí pintou essa outra gravidez, eu já estava inteirada e me inscrevi, eu mesma dei meu nome pra assistente social, pra ela me incluir no planejamento familiar.

*Cecília:* [Você já participou do planejamento familiar?] Não. [Mas já ouviu falar? Você sabe onde é que tem?] Não. [Algum profissional de saúde conversou sobre isso com você?] Também não.



Mesmo a lei do planejamento familiar indicando a responsabilidade das unidades de saúde em oferecer esse serviço, sua estruturação no âmbito do SUS ainda apresenta uma série de deficiências, com grande demanda e oferta limitada. Tais fatores restringem a participação de usuários com horário de trabalho diurno e muitas vezes, com longo tempo de espera para serem atendidos. Além disso, há uma lógica que privilegia a díade materno-infantil, pois o encaminhamento ao planejamento reprodutivo é focado nas mulheres em atendimento pré-natal e no pós-parto: “não há esforço na mesma magnitude em relação às mulheres que ainda não pariram, não desejem parir ou tenham dificuldades para engravidar” (HEILBORN *et al.*, 2009, p. 275).

As condições de acesso precisam ser aperfeiçoadas, tanto na organização dos serviços, quanto no entendimento das equipes de saúde de que prover e informar sobre planejamento reprodutivo é um dever. Para que as escolhas reprodutivas das mulheres sejam realmente livres, como prevê a lei, “é necessário que existam certas condições que constituam a base dos direitos sexuais e reprodutivos; serviços de saúde acessíveis, humanizados e bem equipados são uma dessas condições” (MARCOLINO, 2004, p. 425).

As percepções dos profissionais da equipe de saúde sobre planejamento familiar e laqueadura são elementos importantes na interação com usuários/as e influenciam a operacionalização das decisões reprodutivas. Apesar de apontarem que os profissionais de saúde não devem intervir nas escolhas reprodutivas das pacientes, nem o serviço como um todo, várias participantes relataram ocasiões em que médicos interferiram no seu direito de escolha ou acesso a informação sobre laqueaduras, métodos contraceptivos e decisões reprodutivas, demonstrando imposição de critérios pessoais e morais:

*Florabela:* [E algum profissional já conversou com você sobre isso?] Não, nunca. Acho que é também por causa da minha idade, talvez se eu fosse um pouco mais velha oferecia.

*Jane:* Eu queria ligar na gravidez da L., mas eu estava com 30 anos, aí eu não consegui, não sei porque, acho que acharam que eu estava muito nova com 30 anos. Aí com esse, o pequeno, eu consegui sem nenhuma burocracia. O Dr. A. me deu o papel, o obstetra né. “Não Dona Jane, já quase 40, 5 filhos, 3 cesárias, um parto de gêmeas! Ah! Me poupe, né! Se eu não ligar a senhora vai continuar tendo filhos.”, eu falei “olha, eu vou continuar tendo filhos mesmo!” (risos)

*Virgínia:* [Algum profissional já conversou sobre isso com você no pré-natal ou em outras consultas regulares?] Eu queria fazer o parto normal, mas eu não pude fazer o normal... Eu falei com o médico: “Poderia sair da cesárea já ligada, que eu não quero mais não, né?” e ele: “que isso, menina, você é muito nova ainda, aposto que daqui um ano, dois, você está de volta”. “Duvido! Grávida? Tô não!” “Ah, todo mundo fala isso. Você é muito nova, você vai ver”.

Há uma relação entre idade e trajetória reprodutiva que influencia as interpretações que os profissionais têm das escolhas de ter ou não mais filhos dessas mulheres. A literatura indica que, no caso da laqueadura, médicos e demais membros da equipe de saúde recusam o procedimento de acordo com suas posições sobre os critérios de idade e número de filhos e consideram que mulheres jovens realizam a esterilização sem terem feito uma reflexão apropriada sobre a decisão. A postura resistente a tais critérios vem da percepção de que estes contribuem para a realização de cirurgias em pessoas bem jovens e com poucos filhos, o que aumentaria as chances arrependimento pós-esterilização. O aspecto definitivo do procedimento é citado como radicalidade e surge como entrave em contraponto a permissividade e mobilidade das relações afetivas atualmente. (CAETANO, 2014; MARCOLINO, 2004; OSIS et al., 2009).

As influências do contexto institucional no qual os profissionais estão inseridos também devem ser consideradas. Além de uma cobertura territorial limitada de serviços médicos do SUS credenciados para ofertar a esterilização cirúrgica feminina, “a Lei n. 9.263 e as portarias que a regulamentam, não estabelecem estímulos para a organização de serviços de planejamento familiar por parte dos gestores de saúde municipais” (CAETANO, 2014, p. 327) e o acompanhamento às circunstâncias em que as laqueaduras são realizadas, muitas vezes fora dos critérios estabelecidos, continua sendo um desafio, uma vez que não foram previstas sanções para o seu descumprimento por parte de médicos e serviços (*Ibid*, 2014).

#### 4.2.2 Desafios da escuta e do acolhimento

Como explicitado, uma multiplicidade de fatores está envolvida no cuidado em saúde; logo, questões institucionais e subjetivas tem uma influência importante na forma como esse cuidado será prestado. Ao debater com as participantes sobre como avaliam a relação com as unidades de saúde em que realizam tratamento, elas destacaram como ponto positivo o fato de poderem realizar todos os acompanhamentos médicos em um só lugar, tendo assim, seus respectivos centros como local de referência.

O acompanhamento em saúde é realizado principalmente pelos médicos infectologista e ginecologista periodicamente, de modo que outras especialidades podem ser consultadas de acordo com alguma necessidade, dentre eles, o gastroenterologista, o oftalmologista e dermatologista. A forma de tratamento recebida foi um dos aspectos considerados para qualificarem a assistência como satisfatória. Em contrapartida, a justificativa de ser um serviço

público foi usada diversas vezes ao evidenciarem a estrutura física como deficiente e o longo tempo de espera, tanto para marcação como para realizar a consulta no dia agendado.

A qualidade da relação que se estabelece com o serviço de saúde e os profissionais é de fundamental importância para a criação de um vínculo com as usuárias, alcançando maiores benefícios na assistência e no autocuidado. Dessa forma, criar um espaço de escuta e diálogo é um aspecto central para que o atendimento prestado incentive a autonomia feminina e estabeleça o cuidado em saúde numa perspectiva integral. Os resultados desta pesquisa mostram, contudo, que esse entendimento ainda não está efetivado na realidade da assistência encontrada por elas. Em diversas falas, as participantes demonstram terem pouca abertura para o diálogo com os profissionais, principalmente em questões relacionadas a reprodução e sexualidade:

*Cecília:* Sim, ele (infectologista) sempre pergunta se está tudo bem, se eu não estou sentindo nada... mas eu geralmente não tenho o hábito de conversar com ele não. Quando eu trago alguma coisa para ele, ele diz: “tá tudo bem, Tá tudo bem”. Tá tudo sempre muito bem, sabe? Aí eu penso: “ah, não adianta falar muito pro Dr. C., entendeu?”

*Clarice:* [Tem algum profissional que é referência pra você?] Não. Eu não tenho, não. Nem aqui. [E questões relacionadas à sexualidade, reprodução, você conversa com algum profissional?] Também não.

*Virgínia:* [você se sente à vontade para discutir essas dúvidas com os profissionais?] Não, por que dependendo do profissional, ele nem te dá espaço. Quando eu vejo que o médico quer ser mais objetivo. Tipo: o que é que você tem? Vamos tratar do que você tem [...] Por que eu não sou médica, mas o corpo é meu. Eu me conheço. Tem que ter esse espaço para uma troca de informação.

Geralmente, situações assistenciais que envolvem questões de gênero, ligadas à sexualidade e reprodução, são tidas como de difícil abordagem pelas equipes de saúde. Frequentemente é percebida uma conjunção entre autoridade técnica e autoridade moral, com manifestações de julgamentos de ordem pessoal por parte dos profissionais. Majoritariamente, as mulheres são o alvo principal dessas intervenções, em que sua sexualidade é tratada numa perspectiva de disciplina e não de direito, atrelada ainda à questão da contracepção (SCHRAIBER, 2005).

Segundo as depoentes, em vários atendimentos falta acolhimento e espaço para esclarecer dúvidas, apontando que o uso de tom ríspido ou ironia sobre a demanda em questão, já as fizeram calar e não retomar o assunto. Ao serem interrogadas se essas dúvidas foram sanadas em outro momento as respondiam eram “não, guardo pra mim” ou “esses assuntos eu não converso mais não”. O relato de Virgínia é ilustrativo:

*Virgínia:* Então, eu passei pra outra ginecologista, eu expus tudo para ela, expus essa questão (HIV), mas infelizmente não se faz mais médicos como antigamente. Então, eu expus e ela fez ouvidos de mercador. Então, eu deixei para lá. Não falo mais sobre esse assunto. Se eu tiver algum problema ou dúvida sobre isso, eu vou procurar falar com outro profissional.

Jane aponta ainda a rotatividade dos profissionais dos serviços como um fator que obstaculiza esse vínculo, a rotatividade dos profissionais:

*Jane:* A Dra. T. ficou comigo 10 anos, aí ela saiu da pesquisa. Aí nesse meio tempo, foi rodando vários médicos e eu não fui me identificando de contar os meus problemas, os problemas que eu tenho também já está no meu prontuário, eles vêm, as vezes nem olha pra você, é só aquilo, muito mecânico. Não me sinto mais a vontade, fica pra mim mesmo.

A partir da necessidade de se conceber os indivíduos como um todo, é preciso também compreender a multiplicidade de fatores que afeta essas mulheres, bem como problematizá-la, implicando os processos e ações do fazer saúde. A atuação dos profissionais deve ser balizada por princípios como o compromisso-ação, a responsabilidade e, principalmente, a implicação. Os desafios são muitos, as unidades são espaços de promoção de saúde e, paradoxalmente, mediando esses processos, há elementos situacionais carregados de angústia, dor e sofrimento, que aparecem a partir do fenômeno do adoecer.

Villela e Monteiro (2005) dimensionam ainda alguns desafios para a consolidação da política de saúde da mulher, dentre eles, o entendimento de que a conquista de direitos sexuais e reprodutivos envolve um contexto mais amplo de ações. Tais ações incluem, além do setor saúde, os âmbitos da educação, economia e trabalho, visando a autonomia sobre seu corpo e suas decisões. Existe, em certa medida, um descaso e inoperância dos serviços com a saúde da mulher, reflexo da própria sociedade, principalmente relacionado a demandas como o “exercício da sexualidade, que se traduz em gestações indesejadas ou na altíssima prevalência de DST ou o exercício da sua condição de cidadania, cuja restrição aparece sob a forma de violência doméstica e sexual ou dos inúmeros quadros depressivos” (VILLELA; MONTEIRO, 2005, p. 29). A mudança desse cenário é um processo longo, que envolve transformações sociais e culturais no papel da mulher, ações de diversos atores sociais e instituições, inclusive os do setor saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisa as percepções e práticas sobre direitos sexuais e reprodutivos de mulheres vivendo com HIV e identifica, a partir das suas experiências, como essas questões são tratadas nos serviços de saúde especializados onde são acompanhadas. A partir de entrevistas individuais e apoiada numa perspectiva socioantropológica de análise, foi possível compreender como as mulheres concebem a relação entre sexualidade, direitos e reprodução no contexto HIV após a gestação.

Os principais achados desse trabalho estão relacionados a percepção naturalizada que as mulheres têm do corpo feminino e dos eventos de sua vida sexual e reprodutiva. Mesmo com todos os avanços conquistados em direção a liberdade sexual feminina, autonomia sobre seus corpos e escolhas reprodutivas, o alcance dessas transformações na vida das mulheres é mediado pelo contexto socioeconômico, relações de poder, recursos e acessos a bens simbólicos que os estratos populares da sociedade ainda precisam atingir. Se reconhece a capacidade que elas têm de tangenciar certos padrões sociais e remodelar práticas ligadas a rotina de cuidado com a família, maternidade, escolhas de métodos contraceptivos e exercício da sexualidade, contudo, as normas tradicionais de gênero se mostram fortemente entranhadas na dinâmica familiar dessas mulheres.

Os resultados indicam ainda que o percurso teórico-metodológico escolhido se adequou bem aos objetivos do trabalho, seja em termos da realização de entrevistas individuais com MVHA em 2018 e do acesso ao banco de dados com dados das mesmas mulheres de 2013, seja no uso do referencial socioantropológico na interpretação dos achados. Tais fatores favoreceram um entendimento mais contextualizado das visões e práticas sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres integrantes do estudo.

A construção deste estudo foi um desafio não só acadêmico e intelectual, mas também mobilizador de constante aprendizado e inquietação pessoal. A tentativa de elucidar os discursos das mulheres e todo o contexto social que sustenta suas falas é enriquecedor e expande os conhecimentos para questões antes não sabidas. Nesse caso, as mulheres são a fonte de inspiração e quem escreve, trazendo a coerência desse relato. O estudo tem a função de ir, no decorrer do texto, explicitando e informando a outras mulheres sobre seus direitos, possibilidades e anseios. Sendo assim, ajuda a fortalecer um movimento de autonomia para aquelas que leem, já que parte do próprio despertar e implicação de quem escreve, para além

da experiência do mestrado, mas enquanto mulher. Refletir sobre a sexualidade de MVHA, bem como seus direitos reprodutivos, requer antes refletirmos sobre o ser mulher na sociedade e na maneira como temos ou não intimidade e autonomia sobre nossos corpos. Essa reflexão evoca traçarmos estratégias de gestar e reproduzir o prazer, em nossa vida diária, por nós, enquanto traço latente de nossa sexualidade.

Claro que muitos outros olhares são possíveis a partir dos discursos e não é objetivo deste trabalho esgotar as problematizações sobre o assunto, mas sim construir mais uma fonte de conhecimento no campo de estudos sobre HIV/Aids, ampliando assim a seara de pesquisas sobre este tema, colocando a mulher em foco e trazendo a importância de se valorizar a perspectiva de direitos humanos ligada às questões de gênero na infecção pelo HIV.

Destaco que esse estudo vem de uma práxis. Dentro de uma realidade onde a produção do conhecimento é subjugada a uma lógica mercadológica, da produtividade e consumo, poder ser conteúdo que tem uma relação entre vivência e acúmulo histórico sobre o tema, faz evocar aquilo defendido por Paulo Freire, uma construção de conhecimento com implicação, que requer, necessariamente, um lado e um compromisso com a transformação social em busca de uma realidade mais justa e igualitária, especialmente para as mulheres, foco desta pesquisa.

Ressalto ainda a importância desse trabalho para o momento social em que estamos vivendo, onde as discussões sobre os direitos femininos estão em voga e precisando que nós as protagonizemos ainda mais. Como pontuado ao longo de todo o estudo, várias são as regulações que as escolhas reprodutivas das mulheres estão sofrendo na esfera pública, através de medidas e projetos de lei de autoria de políticos que, mesmo sendo alçados ao cargo de representantes do povo, não representam a luta das mulheres por direitos sexuais e reprodutivos. Isso fica claro no projeto de lei, apresentado recentemente na Câmara dos deputados.

A proposta da PL 261/2019<sup>11</sup>, de autoria do deputado Márcio Labre (PSL-RJ), é de proibir o comércio, a propaganda, a distribuição ou a doação de todo e qualquer micro abortivo, bem como o uso, a implantação ou a prescrição pela Rede Pública de Saúde. Além de um claro equívoco sobre métodos contraceptivos, fica evidente a intenção de obstaculizar as escolhas das mulheres, deixando-as com um mínimo de possibilidades contraceptivas hormonais, em prol de defender o valor da vida desde a concepção, antes mesmo da nidação ou implantação no útero. O projeto teve repercussão negativa e contou com intensa mobilização das mulheres em

---

<sup>11</sup> Baseado na Ficha de Tramitação. PL 261/2019. Autor Márcio Labre - PSL/RJ. Apresentação em: 04/02/2019. Situação atual: Retirado pelo Autor; Aguardando Despacho do Presidente da Câmara dos Deputados. Disponível em: < <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2190793>>.

protestos e redes sociais, de modo que foi retirado pelo autor. De toda forma, a representação social dessa proposta é grave e demonstra como a autonomia feminina sobre seu corpo é uma demanda em constante opugnação.

Nesse sentido, entendemos que as escolhas femininas nos âmbitos da sexualidade e reprodução como direitos individuais, devem se dá a partir do contexto dos direitos sociais e que a liberdade de escolha depende do acesso para que se possa tomar uma decisão consciente. Não podemos imaginar que as mulheres estejam separadas dos contextos sociais ou das condições que tornam essas decisões possíveis, como indicou Marcolino (2004). É preciso ver que a tomada de decisão de uma mulher envolve uma multiplicidade de fatores sociais, econômicos, culturais e subjetivos. Além disso, pensar a perspectiva de gênero, direitos sexuais e reprodutivos e cuidado em saúde faz questionar a quem a sexualidade feminina serve? Qual o papel do profissional de saúde para conceber/compreender uma mulher soropositiva? Quais mecanismos dispomos para ouvi-las? Dentro de um exame íntimo, como está a nossa disponibilidade para tanto? A nossa formação tem abarcado isso?

O trabalho educativo, seja ele na formação de estudantes e nas ações de educação permanente dos profissionais da saúde, certamente não é a única nem suficiente forma de dar conta das hierarquias de gênero e desigualdades a que as mulheres estão inseridas, contudo, é inegável que há limitações na formação oferecida aos profissionais no que diz respeito a discussão de gênero e saúde. A moralização da sexualidade, a naturalização dos corpos e a reprodução como um fim em si são aspectos evidenciados nos atendimentos recebidos pelas participantes da pesquisa e mostram como os serviços de saúde tem papel relevante na reprodução das desigualdades de gênero em seu cotidiano.

Buscar a melhoria do atendimento dispensado às mulheres não envolve apenas a esfera da humanização, entendida como bom tratamento e gentileza, mas sim de reconhecer em que medida as concepções individuais dos profissionais sobre os papéis que homens e mulheres desempenham na sociedade se refletem no cuidado em saúde prestado por eles. Nesse sentido, a formação pode contribuir para a ampliação desse entendimento com a incorporação do debate feminista sobre a saúde no âmbito acadêmico e da capacitação para profissionais.

A literatura aponta grandes desafios na institucionalização da perspectiva de gênero na saúde, principalmente para desconstrução do essencialismo e de uma sexualidade biomedicalizada, além da necessária articulação de gênero com outras categorias de análise, como raça, classe e etnia, buscando um entendimento da mulher de forma mais holística e contextualizada. Mesmo em um cenário de dificuldades, a saúde precisa se constituir como um

dos espaços de enfrentamento das desigualdades de gênero, visto que esse processo de mudança envolve ainda questões políticas, determinantes estruturais, transformações culturais e econômicas. Como apontam Corrêa e Petchesky (1996), o corpo existe em um universo socialmente mediado. É necessário considerar essa modelagem e os limites que a assistência em saúde é capaz de abarcar, mas não se pode invisibilizar o seu lugar nessa luta.

O grande desafio que se coloca a assistência é, a partir do instrumental oferecido, como subsidiar um cuidado em que o protagonismo feminino seja promovido e que as mulheres possam ser compreendidas como sujeitos singulares, pertencentes a uma teia complexa de regulações. Mas, dotadas de poder de agência em suas formas de enfrentamento das vulnerabilidades sociais e das repercussões do adoecimento. Questiona-se como podemos pensar políticas públicas que enfrentem a exclusão social a partir dos encontros; os estigmas a partir da evocação das potencialidades dessas mulheres; o medo e o sentimento de inadequação, com ações que evidenciem as trajetórias e o sentimento de pertencimento das mesmas às suas histórias, desejos e corpos.

A produção do conhecimento, integrado a sua função de fomentador de consciência social, é uma importante maneira de informar às mulheres, sujeitos em questão, sobre seus direitos. Os grupos operativos de educação em saúde podem se configurar como rico instrumento de promoção de saúde, pois possibilita aos participantes um momento de troca sobre as questões que lhes são comuns, gerando identificação. Além de ser um espaço para diálogo de sentimentos e elaboração de demandas evidenciadas no cotidiano de pessoas que vivem com HIV/Aids, possibilitando, inclusive, a construção de estratégias para lidar com essas repercussões.

A imensidade de marcos legais levantados nesse estudo que se propõem a regularizar e garantir às mulheres seus direitos e liberdades fundamentais, faz refletir que a integração entre diversos setores de gestão do poder público com organizações civis, movimentos de mulheres, grupos de trabalho e laboratórios de pós-graduação pode constituir uma rede para potencializar seus recursos e assim fazer atingir mais profissionais e usuárias envolvidas na relação de cuidado no âmbito do SUS. Bem como, a articulação entre os níveis de Saúde, numa ação que envolva Atenção Básica, Serviços especializados e o nível terciário se torna mister para atingir tais fins: a radicalização da educação em saúde.



## REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. Desafios e Limites no Ensino de Gênero em Saúde Coletiva: A experiência do MUSA. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org). **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO – UNFPA, 2005.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, R. M. Feminismo e aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (org). **Quebrando o Silêncio: Mulheres e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA/IMS/UERJ, p. 153-165, 1996.

BARBOSA, R. M.; KNAUTH, D. R. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S365-S376. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2003000800018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000800018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 dez. 2018.

BARSTED, L. L.; HERMAN, J. **As mulheres e os direitos civis. Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero**. Rio de Janeiro: CEPIA, 1999.

BIEHL, J. **Antropologia no campo da saúde global**. Horizontes Antropológicos. 17 (35): 257-296, 2011.

BIROLI, F. Autonomia e Justiça no debate sobre o aborto: implicações teóricas e políticas. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº15. Brasília, setembro - dezembro de 2014, pp. 37-68.

BEAUVOIR, S de. Infância. IN: **O Segundo Sexo: A experiência vivida**. São Paulo: Divisão Europeia do Livro, vol. 2, 1970.

BOTTI, M. L. et. al. Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/AIDS: um estudo bibliográfico. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2009, vol.43, n.1, pp. 79-86.

BRANDÃO, E. R. Percepção do corpo feminino entre mulheres de camadas populares. IN: BRANDÃO, E. R. (Orgs) **Saúde, Direitos Reprodutivos e Cidadania**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2000, p. 55-78.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A Experiência do Programa Brasileiro de AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União, n. 12, p. 59, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – HIV/Aids julho de 2017 a junho de 2018. v. 49, n. 53**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. ISSN 1517 1159.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva– 1. ed., 1. reimpr. – Cadernos de Atenção Básica**, n. 26. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 144, de 20 de novembro de 1997**. Diário Oficial da União, 24 de novembro de 1997. Disponível em: <[http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/plan\\_f/SAS\\_P144\\_97plan\\_f.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/plan_f/SAS_P144_97plan_f.doc)>. Acesso em: 15 dez. 2018.

CAETANO, A. J. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. **Rev. bras. estud. popul.** São Paulo, v. 31, n. 2, p. 309-331. Dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010230982014000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982014000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 dez. 2018.

CAJADO, L; MONTEIRO, S. Movimento social de mulheres com HIV/Aids: uma experiência entre cidadãs positivas do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(10), p. 3223-3232, Rio de Janeiro, 2018.

CÂMARA. Câmara dos Deputados. Página Oficial da Instituição. **Ficha de Tramitação PEC 181/2015 - Proposta de Emenda à Constituição**. 2017. Disponível em:<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2075449>>. Acesso em 17 set. 2018.

CARRARA, S.; VIANNA, A. Os Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil a partir da Constituição Cidadã. In: OLIVEN, R. G. *et. al.* (Org). **A Constituição de 1988 na Vida Brasileira**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

CARVALHO, F. **Maternidade em situação de infecção pelo HIV**: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*. São Paulo: Takano. 2006

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.168, de 10 de novembro de 2017.

**Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida e revoga a Resolução CFM nº 2.121/2015**. Brasília: Diário Oficial da União, Seção I, p. 73, 2017.

CORREA, S; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Rev Saúde Coletiva**; 6(1/2): 147-177. Rio de Janeiro, 1996.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 14, Núm. 4, Julho - agosto, 2009, pp. 1073-1083. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

COUTINHO, S. A. B. Lei do planejamento familiar viola a liberdade como princípio e como direito. **Revista Consultor Jurídico**. Artigo: São Paulo, março, 2018. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-mar-29/simone-coutinho-lei-planejamento-familiar-viola-liberdade>>. Acesso em: set. 2018.

DEMO, P. **Pesquisa e Informação Qualitativa: Aportes Metodológicos**. Campinas, São Paulo: Papyrus Editora, 2001.

FONTENELE, C. V.; TANAKA, A. C. A. O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado! Laqueadura e novas tecnologias reprodutivas. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.2, p.558-571, 2014.

FONTOURA, R.T; MAYER, C. N. **Uma breve reflexão sobre a integralidade**. Rio Grande do Sul, 2006.

FRAGA, L. dos S. **A Aids no contexto de relações heterossexuais**: decisões e práticas preventivas entre casais grávidos vivendo com HIV. 2019. 139 f. Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

FURLIN, N. Sujeito e Agência no Pensamento de Judith Butler: Contribuições para a Teoria Social. In: **Soc. e Cult.**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 395-403, jul./dez. 2013.

GALVÃO, J. **AIDS nos Brasil. A agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro, ABIA; Editora 34 Ltda., 2000.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e Grupais. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Petrópolis: Vozes, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro, RJ: LTC, 1988.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a questão? In: **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília. vol 22, n.2, maio – ago 2006, p. 201-210.

HEILBORN, M. L. et al (orgs). **O Aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Capítulo 1. 2006, pp. 29-57.

HEILBORN, M. L. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 269 – 278. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 dez. 2018.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho**. Cadernos de Pesquisa, 37(132): 595-609, set-dez, 2007.

LENOIR, R. Objeto sociológico e problema social. In: MERLLIÉ, D. *et al.* **Iniciação à Prática sociológica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996, pp. 59-106.

LOURENCO, S. do R. P. N. de; AFONSO, H. G. M. VIH no feminino: vivência psicológica. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2009, vol.62, n.1, pp. 119-124.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, Set-out 61(5), p. 637-642, 2008.

MARCOLINO, C. Representações de uma equipe de saúde acerca de planejamento familiar e esterilização feminina. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 422-428, Dec. 2004.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1998.

MONTEIRO, S. et al. The dynamics of the production of AIDS-related stigma among pregnant women living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.32, n.12, Dez. 2016a.

MONTEIRO, S. et. al. Protective' silence surrounding AIDS: Reasons and implications of non-disclosure among pregnant women living with HIV in Rio de Janeiro (Brazil). **Global Public Health**, 2016b. DOI:10.1080/17441692.2016.1211163.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M.; VILLELA, W.; MORA, C.; PARKER, R. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: Uma análise a partir da literatura sobre testagem. In: **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2017/Set). Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desafios-do-tratamento-como-prevencao-do-hiv-no-brasil-uma-analise-a-partir-da-literatura-sobre-testagem/16386?id=16386>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

MORESCHI, C. et. al. Mulheres e vulnerabilidades ao HIV/AIDS. **Revista Saúde** (Santa Maria), Vol. 38, n. 2, Jul./ Dez. 2012.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: <[https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd\\_spa\\_2.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf)>. Acesso em: 19 jan. 2018.

ORTNER, S. B. Poder e Projetos: Reflexões sobre a Agência. In: GROSSI, M. P.; ECKERT, C.; FRY, P. H. (Org), **Conferências e Diálogos: Saberes e Práticas Antropológicas - 25ª Reunião Brasileira de Antropologia - Goiânia 2006**. Blumenau: Nova Letra, 2007, p. 45-80.

OSIS, M. J. D. et al. Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 625-634, 2009.

PARKER, R. **Na Contramão da AIDS: Sexualidade, Intervenção, Política**. Rio de Janeiro: ABIA. São Paulo: Editora 34, 2001.

\_\_\_\_\_. A Reinvenção da prevenção no século XXI: O poder do passado para reinventar o futuro. In: **Boletim ABIA – A reinvenção da prevenção no século XXI**. n. 61. dez. 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

\_\_\_\_\_. AGGLETON, P. Estigma, Discriminação e Aids. In: **Coleção ABIA - Cidadania e Direitos. nº1**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS: Rio de Janeiro, 2001.

PERUCCHI, J. et. al., Psicologia e Políticas Públicas em Hiv/Aids: Algumas Reflexões. **Rev. Psicologia & Sociedade**; 23 (n. spe.), p. 72-80, Belo Horizonte, 2011.

PISCITELLI, A. Re-criando a (categoria) mulher? Campinas: IFCH/Unicamp, 2001.

\_\_\_\_\_. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, v. 11, n. 2, jul/dez, p. 263-274, 2008.

\_\_\_\_\_. Gênero: a história de um conceito. In: ALMEIDA, H. B.; SZWAKO, J. E. (Orgs). **Diferenças, Igualdade**. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009, p. 116-149.

PONTES, A. P. M. de et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 500-507, Rio de Janeiro, set. 2009.

PORTELLA, A. P. Estratégias, desafios e limites na formação em gênero e saúde: Reflexões a partir de uma experiência feminista. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org). **Gênero e Saúde**: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO – UNFPA, 2005, p. 155-166.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos**: Ferramenta para a ação política das mulheres. Porto Alegre: dez, 2008.

ROCHA, D.; DEUSDARA, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, dez 2005.

RODRIGUES, C. S; PERREAULT, M. A feminização do HIV/ AIDS sob a perspectiva de mulheres infectadas: uma questão de gênero. In: **III Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades**; mai 15-17; Salvador (BA): Universidade do Estado da Bahia; 2013.

ROHDEN. F. A obsessão da medicina com a questão da diferença entre os sexos. IN: CARRARA, S. (Orgs.). **Sexualidades e saberes, convenções e fronteiras**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável**. Tese de Doutorado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: São Paulo, 2003.

SCAVONE, L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org). **Gênero e Saúde**: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO – UNFPA, 2005.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência Contra Mulheres: Interfaces com a Saúde. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 3 , n.5, 1999.

SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no programa saúde da família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org). **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO – UNFPA, p. 39-62, 2005.

SENADO FEDERAL. Página Oficial da Instituição. Atividade Legislativa. **Parte integrante do Avulso do PLS nº 107 de 2018**. Disponível em: < <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7646291&ts=1549546249258&disposition=inline>>. Acesso em jan. 2019.

SILVA, C. M. et. al., A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à AIDS. **Revista Gaúcha Enfermagem**; Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a07.pdf> Acesso em: 24 set. 2017.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. rurais agroind.**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVA, L. M. S. da; MOURA, M. A. V.; PEREIRA, M. L. D. Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/AIDS: subsídios norteadores da assistência de enfermagem. **Texto contexto - enferm.** v. 22, n. 2, p. 335-342, Florianópolis, jun. 2013.

SILVA, V. L. M. da. Educação, gênero e sexualidade: algumas reflexões sobre o Programa Escola sem Partido. **Revista Café Com Sociologia**, v. 6, p. 158-172, 2017.

SORJ, B. **Políticas sociais, participação comunitária e a desprofissionalização do care**. Dossiê Gênero e Cuidado, Cadernos Pagu, (46): p. 107-128, 2016.

TONELI, M. J. F. Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 151-160, 2004.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822004000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 Jan. 2018

TRONTO, J. C. Mulheres e cuidados: o que as feminista podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R (org); FREITAS, B. L. (trad). **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro, Record: Rosa dos Ventos, p. 186-203, 1997.

UNAIDS. **90-90-90: An ambitious treatment target to help end the Aids epidemic**, 2014.

UNFPA. United Nations Population Fund – Brazil. **Direitos Sexuais e Reprodutivos: um elefante na sala**. 2018. Disponível em: < <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/direitos-sexuais-e-reprodutivos-um-elefante-na-sala>>. Acesso em: 19 set. 2018.

VIEIRA, A.; AMARAL, G. A. A arte de ser Beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher. **Saúde soc.** [online]. São Paulo, vol.22, n.2, p.403-414, 2013.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 87-96, Jan. 2017.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à Saúde das Mulheres: Historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org). **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO – UNFPA, 2005.



## APÊNDICE – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

- Apresentação;
- Importância do *rapport*: explicar objetivos da pesquisa – uso do gravador – leitura conjunta e explicação do TCLE – garantia de sigilo e anonimato nas produções;

### COTIDIANO E CONDIÇÕES DE VIDA

- Alguns anos se passaram desde que você deu aquela entrevista. Me fala um pouco como sua vida está agora, como está sua rotina / O que mudou?
  - qual sua ocupação atual?;
  - com quem você mora / onde mora?;
  - está em um relacionamento atualmente?
  - você teve outros filhos?
  - o que seu parceiro acha de você trabalhar fora? (caso isso seja uma realidade)
  - qual a sua renda?
  - recebe algum benefício social?
  - você conta com alguma ajuda de familiares ou outro tipo de apoio?
- E nessa rotina, os cuidados com os filhos são divididos com alguém?
  - como é a presença do pai das crianças?
  - que atividades ele faz em casa? Que atividades faz com os filhos?

### MATERNIDADE E REPRODUÇÃO

- Como é sua experiência como mãe?
  - O que tem de bom, coisas legais?
  - quais as dificuldades?
  - o que mudou na sua vida depois que se tornou mãe?
- (No caso de ter ocorrido uma gestação nesse período):
  - explorar se houve escolha/planejamento dessa gravidez
  - como parceiro reagiu a sua gravidez?
  - em algum momento você teve vontade de realizar um aborto?
  - se for o caso, explorar situações de discriminação relativas à prática do aborto

- Você tem o desejo de ter outros filhos? Que pessoas podem lhe ajudar nessa decisão (parceiro, família, profissionais de serviço)?
- Acha importante a mulher poder escolher ser ou não mãe / fazer ou não aborto? Me explica melhor sobre isso...
- E você tinha alguma ideia da gravidez entre mulheres com HIV? Achava que era possível?
- Você já ouviu falar de planejamento familiar ou já participou? Como foi essa experiência?
  - Sente que de alguma forma o acompanhamento no serviço de saúde influenciou sua decisão de ter mais filhos ou não?
  - Caso o desejo for de não ter mais filhos, o serviço te deu informações e formas para isso?
- Você acha que tem uma idade melhor para engravidar?
- Que serviço de saúde você procura? Atualmente frequenta algum serviço de saúde? Faz algum acompanhamento específico?
- Tem algum profissional que você se sente à vontade para compartilhar dúvidas de métodos contraceptivos, relacionamentos sexuais e afetivos?
  - Sobre o que conversam?
  - Já deixou de contar algo por medo de ser julgada, recriminada?
- Você já ouviu falar sobre direitos reprodutivos? Pra você o que isso quer dizer?
- Você acha que tem alguma diferença no tratamento prestado a uma gestante com HIV e uma sem HIV?

### PREVENÇÃO IST/AIDS

- Você faz uso de camisinha ou outro método contraceptivo? Por que escolheu esse?
  - Verificar se prevenção nas relações sexuais é para evitar gravidez ou envolve percepção de risco para IST.
  - você usa sempre? Exige algum tipo de negociação com o parceiro?
  - Você conhece a camisinha feminina? Já usou? Encontra fácil?
- Alguma vez você teve acesso ou procurou alguma informação sobre DST e HIV/Aids? É um assunto importante pra você?
- O que você acha sobre Educação sexual? Considera importante ser conversado em algum lugar?
- Adesão ao tratamento. Pensou em parar o tratamento em algum momento?
- Já participou de algum movimento social ou grupo de mulheres/mães/gestantes soropositivas?
- Já ouviu falar de feminismo? Grupos feministas? O que pensa sobre?

### INTERAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS

- Você disse que atualmente está em um relacionamento (caso isso seja uma realidade). Me conta um pouco sobre a relação de vocês. Como se conheceram?
- Depois do diagnóstico HIV teve alguma mudança nas relações sexuais?
- Você se sente bonita? Está satisfeita com seu corpo? Por que?
- Tem alguém que você converse sobre sexo, sobre relacionamento?
- Você gosta de sexo?
  - tem alguma coisa que você gostaria de fazer e não faz? Por que?
- Você faz sexo mesmo quando não quer? Já aconteceu? Como resolve?
- Tem algum momento que você tem prazer sozinha? O que acha da mulher ter esses momentos?
- Em que situações nos relacionamentos com homens você acredita que a mulher tem mais poder de decisão?
- O que você espera de um homem em um relacionamento?
- O que você espera de uma mulher em um relacionamento?
- Você acha que existe machismo no Brasil?
- O que você acha do homem que sai com outras mulheres mesmo estando casado ou namorando? E da mulher?
  - Você já viveu essa situação? Como foi?
- Você já ouviu falar de direitos sexuais? Para você o que são direitos sexuais?
- Você tem planos para o futuro? Que vida gostaria de ter daqui 5 ou 10 anos?

- Agradecer a colaboração e deixar as portas abertas para eventual necessidade de outro contato.



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **“Mulheres Vivendo com HIV/Aids: Condições de Saúde e Visões Sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos”**, desenvolvida por Jamille Maria Rodrigues Carvalho, discente do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Simone Souza Monteiro.

Esta pesquisa propõe analisar as percepções sobre direitos sexuais e reprodutivos de mulheres vivendo com HIV, que foram atendidas em serviço especializado de prevenção da transmissão vertical no Rio de Janeiro, durante a gestação e você está sendo convidada por ter participado anteriormente do projeto “Estigma, gênero e trajetórias reprodutivas no contexto da Aids no Rio de Janeiro” realizado em 2013 pelo LEAS-IOC/FIOCRUZ e autorizado o retorno do contato em caso de nova possibilidade de entrevista.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. As informações que você fornecer não serão associadas ao seu nome e não há possibilidade que você venha a ser identificado.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Se você desejar, poderá receber informações deste estudo. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. Esta entrevista dura aproximadamente 60 minutos e se necessário poderemos marcar um outro encontro. A entrevista será gravada. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora do projeto e sua orientadora, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, em local seguro, pelo período de 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será destruído.

O benefício direto relacionado a sua participação nesta pesquisa está ligado à oportunidade de usufruir de um espaço de fala e escuta qualificada sobre sua vivência com HIV/Aids. E o indireto está na sua colaboração, junto com a das outras participantes, para o enriquecimento da temática em questão, já que o estudo busca o conhecimento de questões específicas de mulheres vivendo com HIV/Aids.

Existe o risco de desconforto emocional ou constrangimento durante a entrevista e estes podem ocorrer por se tratar de uma pesquisa que investiga experiências e aspectos subjetivos das participantes. Apesar disto, a pesquisadora tem experiência em entrevistas semelhantes e fará o possível para que isto não ocorra.

Os resultados da pesquisa serão divulgados via publicação da dissertação e publicação de artigos científicos. O retorno às participantes se dará indiretamente por meio do maior conhecimento das vivências femininas e às noções destas sobre direitos sexuais e reprodutivos associadas ao HIV.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para a participante e uma para a pesquisadora e ambas deverão rubricar todas as páginas e assinar a página final.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Telefone e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) / Site: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

**Contato com a pesquisadora responsável: Jamille Maria Rodrigues Carvalho (ENSP/FIOCRUZ)**

**Tel: (85) 99762-5592 / E-mail: [jamille.mrcarvalho@gmail.com](mailto:jamille.mrcarvalho@gmail.com)**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Jamille Maria Rodrigues Carvalho – Pesquisadora ENSP/FIOCRUZ

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada **Mulheres Vivendo com HIV/Aids: Condições de Saúde e Visões Sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos**, e concordo em participar.

- Autorizo a gravação da entrevista.
- Não autorizo a gravação da entrevista.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)  
Nome do participante: