

MARISE XAVIER GONÇALVES

**AIDS E VULNERABILIDADE FEMININA: COMPREENSÃO A PARTIR DE  
DISCURSOS DE MULHERES SOROPOSITIVAS**

RIO GRANDE

2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**AIDS E VULNERABILIDADE FEMININA: COMPREENSÃO A PARTIR DE  
DISCURSOS DE MULHERES SOROPOSITIVAS**

Marise Xavier Gonçalves

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.  
Orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi

Rio Grande

2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**AIDS E VULNERABILIDADE FEMININA: COMPREENSÃO A PARTIR DE  
DISCURSOS DE MULHERES SOROPOSITIVAS**

**MARISE XAVIER GONÇALVES**

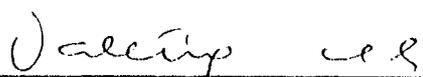
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção de título de

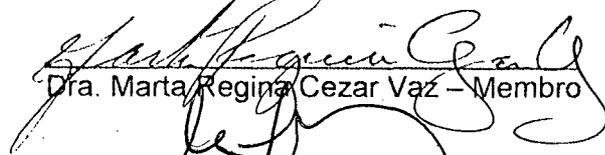
**Mestre Em Enfermagem**

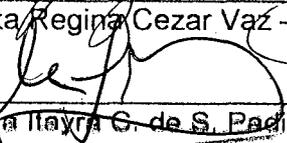
e aprovada em sua forma final em 03 de fevereiro de 2000, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós Graduação em Enfermagem – Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa-Catarina.

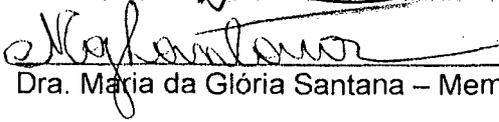
  
Dra. Denise Elvira Pires de Pires- Coordenadora do Curso

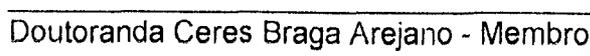
**BANCA EXAMINADORA:**

  
Dra. Valéria L. Lunardi – Presidente/Orientadora

  
Dra. Marta Regina Cezar Vaz – Membro

  
Dra. Maria Itayra G. de S. Padilha - Membro

  
Dra. Maria da Glória Santana – Membro Suplente

  
Doutoranda Ceres Braga Arejano - Membro

*Dedico esta dissertação à A.M.X.S. (C<sub>1</sub>), falecida inesperadamente em 08/04/00, por complicações decorrentes de inadaptação ao coquetel anti-Aids. Não viveu o suficiente para ver a versão final deste trabalho mas, do nosso primeiro encontro até então, mostrou-se uma mulher com muita coragem, assumindo-se portadora, participando ativamente do Grupo VIDDA e voltando a ter uma atividade remunerada. Reiniciaria seus estudos no início do mês de abril.*

*Saudades, amiga ....*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em especial:

- a **Deus**, que me deu forças para chegar ao término deste trabalho;
- a **Valéria Lerch Lunardi**, pela paciência, competência incomparável, sabedoria, estímulo, desapego e amizade, demonstrados ao longo do período em que partilhamos esta longa caminhada. Contigo aprendi a olhar o ser humano com os olhos voltados para o seu coração;
- as **mulheres participantes deste estudo**, que se propuseram a falar sobre si em favor da ampliação do conhecimento acadêmico. A elas, deixo meu carinho e eterna gratidão;
- a **Direção do Hospital Universitário**, em especial às enfermeiras **Zulema Hernandes e Maria José Chaplin**, que me proporcionaram liberação parcial da carga horária de trabalho para desenvolver os estudos no Mestrado.

Agradeço, também:

- ao meu filho **Thiago**, por tentar entender meus momentos de introspecção e períodos de ausência, além de me proporcionar a gostosa experiência de aprender a ser mãe;
- a **Patrícia**, pela tolerância em ceder a casa e o computador, no decorrer da digitação deste estudo, e pelo trabalho de revisão bibliográfica. Ao **Marcos Vinicius** e ao **Matheus** um recado: podem voltar aos jogos!;
- aos meus pais **Jaylor e Jacira**, e aos meus irmãos **Júnior, Patrícia, Mônica, Fabíola e Débora**, pois sempre acreditamos nas possibilidades uns dos outros;
- ao **Ilton**, pelo estímulo ao meu crescimento pessoal e profissional;

- as minhas tias **Neiva, Neusa e Florinda**, e à prima **Neila**, que sempre incentivaram a continuidade desta caminhada;
- as colegas que ingressaram na 2ª turma do Mestrado pela REPENSUL- Pólo II, **Helena, Geani, Adriane, Preta, Nalú, Beth, Rosi, Jussara, Silvinha, Hedi, Sônia, Ana Cláudia, Celeste, Norlai, Elaine, Marilene, Elodi**, e ao **Narciso**, porque juntos reaprendemos o gosto de estarmos numa sala de aula e repartirmos nossos conhecimentos para crescermos, enquanto seres humanos e profissionais, dispostos a melhorar o saber da enfermagem;
- a **Jússara Alves** e a **Susana Lima**, que carregaram muito de minha carga horária para que eu pudesse chegar a este momento. Obrigada por tudo;
- a **Tiska** e à **Simone**, por todo o carinho recebido. Valeu!;
- a **Adriana Dora** pelo exemplo, dedicação e ajuda na confecção do projeto da Prática Assistencial. Contigo iniciei minha caminhada rumo à Relação Pessoa a Pessoa;
- a **Sueli** e a **Antonietinha**, pois sem vocês o mundo não teria tanta luz;
- ao **Sérgio** e ao **Luciano**, em especial, e à todo o **peçoal do VIDDA**. Pessoas como vocês fazem com que a enfermagem, onde me incluo, tenha a obrigação de rever a forma como presta sua assistência, pois "mostram a cara" e fazem valer seus direitos. Aprendi muito na nossa convivência;
- a **Teda** e à **Ângela Machado**, que foram muito importantes desde o início;
- as Auxiliares de Enfermagem que comigo partilharam momentos de angústia, alegria e tristeza, especialmente à **Rosi, Roberta, Mari, Delícia, Beth** e **Cris**;
- ao professor e pediatra **Nildo D'Ávila**, por se mostrar sempre receptivo às ações que possam beneficiar as crianças do ambulatório;
- ao **Wilson**, pelas horas roubadas do convívio com a Valéria;
- a **Elaine Pinheiro**, que me "iniciou" rumo aos doentes de Aids;
- a **Marta Vaz, Maria Helena Westrupp, Maria Soledad Rivera**, que participaram da banca de qualificação, pelas sugestões dadas.

## SUMÁRIO

	AGRADECIMENTOS	
	RESUMO	
	ABSTRACT	
1.	INTRODUÇÃO	1
2.	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	A Aids	15
2.2	As mulheres e a Aids	20
3.	O SUPORTE TEÓRICO	28
3.1	A Relação Pessoa a Pessoa	30
3.2	O cuidado de si	34
4.	MÉTODO	38
4.1	A busca dos sujeitos	38
4.2	Apresentando as clientes	41
4.3	A consulta de enfermagem	43
4.3.1	Interação	44
4.3.2	Compreensão	47
4.3.3	Tomadas de decisão e ação da enfermeira	48
4.3.4	Avaliação da ação	50
4.4	O processo de análise dos dados	51
5.	ANÁLISE DOS DADOS	55
5.1	Aids: ainda uma doença dos outros	56
5.2	A ausência de diálogo entre os parceiros sexuais – um limitante para o cuidado de si	80
5.3	"Teu exame deu positivo!"	92
5.3.1	Comunicação do diagnóstico	92
5.3.2	A importância do suporte familiar	100
5.3.3	O futuro como possibilidade do cuidado de si	105
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
7.	BIBLIOGRAFIA	
8.	ANEXOS	

GONÇALVES, Marise Xavier. Aids e vulnerabilidade feminina: compreensão a partir de discursos de mulheres soropositivas. Florianópolis, 2000. 129p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi  
Defesa: 03/02/2000

## RESUMO

Diante da constatação do aumento da incidência de mulheres contaminadas pelo vírus HIV, este estudo tem como objetivo compreender os motivos que têm favorecido a contaminação das mulheres e como estas vêm se cuidando após tomarem conhecimento da sua soropositividade, utilizando como referenciais teóricos a "Relação Pessoa a Pessoa", proposta por Travelbee e o conceito de Cuidado de Si, de Foucault. A partir da realização de consultas de enfermagem com mulheres portadoras do vírus HIV e da análise dos dados, emergiu o entendimento da Aids, ainda, como uma doença que ameaça apenas "os outros", além da ausência do diálogo entre os parceiros sexuais como um limitante para o cuidado de si. O trabalho levanta questões acerca da necessidade dos profissionais de saúde comprometerem-se com os clientes e a prevenção da Aids através de ações educativas que fortaleçam as possibilidades de cuidado de si dos sujeitos.

## ABSTRACT

According to the notification of the increase in HIV women contamination, this research aims to understand the reasons that have facilitated women contamination and how they have been taking care of the situation after getting to know their HIV positivity, using as theory reference "Person to Person Relationship", proposed by Travelbee and the concept of Oneself's Care, by Foucault. From the nursing appointments whit HIV dependent women made and the analysis of the data, the understanding of Aids came up still as a disease that threstens just "the others", and the lack of dialogue between sexual partners as caring oneself key. The research raises questions towards the need of health professionals to have a commitment with clients and Aids prevention through educational actions that make oneself's care possibilities powerful.

*A Aids ataca o corpo  
O preconceito ataca o espírito  
Um é causado por um vírus  
O outro é causado por ignorância  
Ambos podem matar.  
(Marge Berer, 1997)*

## 1. INTRODUÇÃO

Desde o reconhecimento dos primeiros casos de pessoas doentes, no início da década de 1980, nos Estados Unidos, até ser caracterizada, por alguns estudiosos, como pandemia, a Acquired Immuned Deficiency Syndrome (Aids) ou Síndrome da Imunodeficiência Humana (Sida), doença causada pelo Human Immunodeficiency Virus (HIV) ou Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), esteve associada, principalmente, a determinados grupos sociais, sendo os homossexuais masculinos os mais atingidos e, a seguir, os usuários de drogas injetáveis (UDIs) e as prostitutas. Estas pessoas, após manifestarem a doença, tinham uma sobrevida curta que variava, principalmente, em função de possuírem fatores de risco associados, como, para exemplificar, homossexualidade e uso de drogas injetáveis.

Os primeiros estudos científicos demonstraram que o vírus HIV poderia ser transmitido através do sangue e de secreções corpóreas. Verificou-se, na época, com reflexos ainda hoje sentidos, que o resultado desta descoberta foi uma redução significativa de doadores de sangue, temerosos de uma contaminação acidental pelo HIV, mesmo com a informação de que, se utilizando material do tipo descartável, não seria possível a contaminação do doador. Os bancos de sangue passaram, então, a testar o sangue doado, mas muitas pessoas, entre elas vários hemofílicos, já haviam se contaminado com o vírus HIV.

Por mais ou menos dez anos, a divulgação da existência de "grupos de risco"<sup>1</sup> foi tão forte que, praticamente, excluía o restante da população da possibilidade de contrair a doença. A falha na divulgação responsável e clara sobre como poderia ocorrer a contaminação dizimou muitas pessoas, algumas, talvez, vindo ao óbito sem saber que morreram por complicações decorrentes da Aids.

O preservativo<sup>2</sup>, quando usado pelos parceiros sexuais, ainda é em pequena escala, como uma preocupação em evitar doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez não desejada, em relacionamentos mais fugazes. Gonçalves (1998), preocupada em confirmar se haviam, ou não, informações suficientes sobre a Aids, entre os estudantes da Universidade do Amazonas, pesquisou, com 494 alunos, onde eles obtinham e como utilizavam as informações recebidas sobre a doença. Como resultado do estudo, obteve que os estudantes tinham um regular nível de informações e um grande número de dúvidas. Pouco mais da metade (54,7%) usava preservativo nas relações sexuais e 3,8% declararam não usá-lo por terem relações sexuais só com pessoas conhecidas. Através desse estudo, entre universitários, é possível perceber que o preservativo não parece ser muito utilizado porque as pessoas, até as mais esclarecidas, a princípio, acreditam que o fato de se conhecerem basta para evitar a transmissão do vírus HIV, independente da condição sorológica do parceiro.

---

<sup>1</sup> Grupo de risco: população com maiores chances de contrair o vírus HIV devido as suas práticas sexuais intensas e sem controle, com vários parceiros e com intercâmbio de fluidos sexuais, como sêmen e secreções vaginais, ao uso compartilhado de drogas injetáveis e a repetidas transfusões sanguíneas. (N.A.)

<sup>2</sup> Preservativo- é um meio de proteção fabricado de borracha vulcanizada muito fina, colocada sobre o pênis ereto, depois de afastado o prepúcio. Deve ser mantido um espaço vazio para o depósito de esperma. Também é denominado condom ou camisinha de Vênus. (Knox, p.53, s/d)

A Igreja Católica, que sempre se mostrou contrária ao uso de métodos anticoncepcionais não naturais, incluindo nestes o condom, a partir da epidemia da Aids vem reforçando a importância da fidelidade conjugal e do relacionamento sexual apenas após o casamento. Em contrapartida, CHRISTO (Frei Betto), padre católico, reconhecido nacionalmente como um dos principais representantes da Teologia da Libertação e crítico de posturas mais conservadoras da Igreja, no artigo "Sexo, Aids e a morte por ignorância" (1996,p.3), diz que "a fome mata por falta de salário digno, e a Aids por falta de informação e educação sexual", apontando a Igreja Católica como responsável, também, na disseminação de tabus e preconceitos, por associar sexo com pecado, sempre que as relações sexuais ocorrerem fora do matrimônio<sup>3</sup>.

Não se pode negar que, apenas com a redução do número de parceiros sexuais, reduzir-se-ia sensivelmente o número de pessoas soropositivas, pela quebra da cadeia de transmissão; mas, certamente, não basta apenas pregar a moral e os "bons costumes", pois não é a quantidade de parceiros e sim *como* ocorrem as relações sexuais, sem a sua correta proteção, que está relacionada ao avanço vertiginoso da Aids entre a população não considerada "grupo de risco".

---

<sup>3</sup>A Igreja Católica, através de seus principais representantes, vem apresentando, ao longo dos anos, resistência em aprofundar a discussão sobre assuntos relacionados ao sexo e à sexualidade. A revista *Época* publicou um artigo sobre a disseminação do HIV entre religiosos, *apesar* da castidade imposta (grifo da autora). Mesmo constatando que seus membros estão se contaminando em relações sexuais, o Papa João Paulo II diz que a Igreja irá se comprometer mais na luta contra a disseminação do vírus HIV, desaconselhando o uso de preservativos, pois, segundo ele, são um estímulo ao sexo livre e irresponsável, e a melhor alternativa, na sua visão, para conter a Aids, seria a fidelidade entre o casal. Esta visão moralista e dissociada da realidade do mundo de hoje, a meu ver, é um entrave para a tentativa de controle da epidemia da Aids, porque não se compromete realmente, ficando esse discurso no nível das idéias, numa visão, ainda, idealizada e afastada do que vem se dando no mundo dos homens. (N.A)

Passado o primeiro momento da doença, já com maior conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus, e na tentativa de reduzir o preconceito das pessoas, em geral, em relação aos portadores/doentes de Aids e "alertar" a população para a situação de risco que corria, os grupos que atuavam com a prevenção e o tratamento da Aids optaram por modificar o termo grupo de risco para situação ou comportamento de risco, passando a incluir, aí, todo e qualquer tipo de relação sexual sem proteção, além de procedimentos que, potencialmente, pudessem favorecer o contato com sangue ou secreções. Todas as pessoas passaram, então, a ser reconhecidas como suscetíveis de contrair o vírus HIV, caso não utilizassem proteção adequada.

Muitas mulheres, seguindo a fidelidade proposta pelos padrões religiosos cristãos e, também, culturais e morais, entretanto, sentiram-se imunes e protegidas contra a Aids em seus casamentos, como se a aliança matrimonial pudesse representar uma espécie de "vacina" contra o contágio, não recebendo a informação, na sua totalidade, sobre o número de casos registrados de mulheres sexualmente ativas que já estavam manifestando a doença. No entanto, têm sido estas mulheres que vêm aumentando, significativamente, nos últimos anos, os dados estatísticos de mulheres, em idade reprodutiva, contaminadas pelo vírus HIV<sup>4</sup>, com o conseqüente nascimento de crianças soropositivas para o vírus HIV.

A cidade do Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul, local onde se

---

<sup>4</sup> Segundo dados do Ministério da Saúde (1998), "hoje há 25 milhões de pessoas infectadas no mundo, das quais 45% são mulheres. Há três anos, elas representavam 25% do número de casos". (Fonte: Manual de Diretrizes Técnicas para Elaboração e Implantação de Programas de Prevenção e Assistência das DST/Aids no Local de Trabalho. MS, 1998, p.20). No Brasil, em agosto de 1996, havia 129 mil casos de Aids notificados, estimando-se o número de portadores em 450 mil. (Fonte: Boletim da RADIS, p.4, 1998)

desenvolveu este trabalho, tem aproximadamente 200 mil habitantes; possui uma universidade pública com uma população flutuante em torno de 2.000 alunos/ano e o único porto marítimo do Estado, com um grande movimento de navios/mês. Segundo o Boletim Epidemiológico da Aids (1999), publicado com dados correspondentes aos meses de março à maio de 1999, pelo Ministério da Saúde, Rio Grande está classificada como a quarta cidade do interior do Estado em número de casos confirmados, com 340 pessoas soropositivas para o vírus HIV.

Esses fatos, associados, dentre outros, despertaram meu interesse em conhecer mais e melhor as mulheres portadoras do vírus HIV<sup>5</sup> que, com uma freqüência crescente, vêm chegando à Maternidade do Hospital Universitário (HU), onde atuo como enfermeira. Tais mulheres parecem sofrer uma certa discriminação da equipe multiprofissional. Muitas vezes, de uma maneira velada, percebe-se a demora no atendimento de suas necessidades físicas e/ou emocionais, não observada com as demais gestantes e puérperas. Outras vezes, a discriminação se dá de forma direta, quando é questionado, à mulher, sua gravidez em curso, pois se ela já se sabia "positiva", deveria ter evitado trazer ao mundo uma criança que, também, poderá vir a ser portadora, contaminada pela transmissão vertical (ver capítulo 2, p. 17). Algumas vezes, ouvi o comentário, entre profissionais que atuam na área materno-infantil, que mulheres soropositivas deveriam sofrer laqueadura das trompas uterinas, para evitar novas gestações, mas a discussão não progredia além da sua indignação pessoal.

Na realidade, no hospital, as mulheres soropositivas para o vírus HIV

---

<sup>5</sup> Mulher portadora do vírus HIV: aquela que possui, em seu organismo, o vírus da imunodeficiência humana, detectado através de, no mínimo, dois exames laboratoriais específicos. (N.A.)

representam um risco elevado de contaminação, principalmente em uma unidade de internação como a maternidade, onde sangue e secreções corpóreas são freqüentes e abundantes, seja durante o trabalho de parto, puerpério imediato e, também, em situações de aborto, sendo indispensável "a implementação de políticas de controle de infecção, educação em serviço para os trabalhadores em saúde e uma política nacional de cuidados dos pacientes portadores da infecção ou da Aids" (Marin et all, 1991, p.51), que devem ser usadas com todas as pacientes, indiscriminadamente<sup>6</sup>.

Minha preocupação com o aumento do número de soropositivos em Rio Grande e, principalmente, de mulheres portadoras do vírus HIV, não surgiu por acaso. Logo após concluir a graduação em Enfermagem, em 1985, passei a atuar no HU, trabalhando por quase cinco anos no seu berçário patológico<sup>7</sup>. Até então,

---

<sup>6</sup> O Control Diseases Center (CDC) -US determinou as seguintes recomendações para os profissionais de saúde: 1- cuidados com os fluidos orgânicos de todos os pacientes, especialmente nas unidades de emergência; 2- utilizar proteção para pele e mucosa quando em contato com sangue, fluidos orgânicos, lesões e para punção venosa de todos os pacientes; 3- usar avental, máscara, óculos protetores em procedimentos que provoquem respingos e/ou aerossóis de sangue ou fluidos orgânicos; 4- lavar imediatamente as mãos quando contaminadas com sangue e/ou fluidos orgânicos, inclusive após retirar as luvas; 5- prevenir ferimentos por agulhas, bisturis e qualquer material cortante – manter cuidado ao manipular e limpar instrumental; 6- manter cuidado especial ao descartar agulhas, que não devem ser reencapadas, mas desprezadas em recipientes rígidos; 7- utilizar técnica de assepsia cirúrgica para todos os procedimentos invasivos definidos como intervenção cirúrgica em tecidos, cavidades ou órgãos em centro cirúrgico, centro obstétrico, sala de emergência, consultórios médicos, dentários e sala de hemodinâmica; 8- fazer uso, ao participar destes procedimentos, de indumentária completa para o ato; 9- usar luvas na manipulação da placenta e do recém-nascido; 10- profissionais com lesões exsudativas ou dermatite devem evitar contato direto com pacientes ou manuseio de instrumentos até o problema estar resolvido; 11- profissionais grávidas devem seguir rigorosamente as precauções universais para diminuir o risco de transmissão do HIV tanto para ela quanto para o feto. (MARIN et al, 1991, p.53)

<sup>7</sup> Berçário patológico: era assim denominada a unidade de internação neonatal que recebia crianças de 0 à 28 dias, de alto risco, que requerem cuidados intensivos de enfermagem, sem dispor, entretanto, de equipamentos especializados próprios de uma UTI neonatal, como respiradores artificiais e outros. (N.A.)

ainda não haviam sido diagnosticados casos de mães soropositivas nesta cidade, apesar de já ter, em pequena escala, internações de algumas profissionais do sexo, não grávidas, contaminadas por via sexual e/ou endovenosa.

No período de 1990 a 1997, atuando como docente do Curso de Auxiliar de Enfermagem, acompanhando os alunos nos campos de estágio, evidenciava, ano a ano, o número crescente de mulheres soropositivas internadas, não apenas profissionais do sexo ou usuárias de drogas injetáveis mas, também e principalmente, mulheres casadas, donas de casa, mães, entre outras, confirmando os dados nacionais emitidos a cada trimestre, pelo Ministério da Saúde.

Paiva (1992, p.57) comenta que "as organizações de mulheres e as feministas demoraram em torno de dez anos para reconhecerem que a Aids era um problema emergente para as mulheres", e admitiram ser um retrocesso, nas conquistas femininas, negociar com os homens o sexo seguro (anexo 1), pois, a princípio, é o homem quem "veste" a camisinha, dependendo, em grande parte dele, o seu uso ou não.

Quando foram diagnosticados os primeiros casos de doentes de Aids, em Rio Grande, entre 1987-88, era comum a sua morte em virtude de não haver, ainda, um tratamento eficaz para as doenças oportunistas<sup>8</sup> características da síndrome. No entanto, várias alternativas medicamentosas vêm sendo desenvolvidas, aumentando a expectativa de vida tanto dos portadores do vírus

---

<sup>8</sup>Doenças oportunistas: manifestam-se quando o indivíduo passa a apresentar sinais de imunodeficiência celular, tais como febre, artralguas, linfadenopatias generalizadas ou linfadenomegalias, erupções cutâneas, diarreias persistentes, fadiga, doenças neurológicas, entre outras. (Buchabqui, 1995, p.126)

HIV, como dos doentes de Aids.

Em 1997, desenvolvendo a disciplina de Prática Assistencial, no Mestrado em Assistência de Enfermagem da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, pela Rede de Pós Graduação em Enfermagem- REPENSUL, passei a ter um contato mais direto com algumas mulheres soropositivas, testando a implantação da consulta de enfermagem baseada no referencial teórico de Travelbee (1979), utilizado, também, neste estudo. Das falas que obtive com essas mulheres, percebi o quanto parecia ser grande a sua desinformação em relação à doença e ao seu próprio cuidado, estando este cuidado relacionado ao seu corpo, à sua alma, e como a manutenção da sua relação com um homem que assegurasse o seu sustento e de seus filhos podia ser mais importante do que o fato de seu companheiro sair com outras mulheres ou ser usuário de drogas ilícitas. Esta falta de cuidado com o seu corpo, falta de cuidado de si, pode estar diretamente relacionada ao aumento da vulnerabilidade feminina à contaminação da Aids.

Constatei, dentre outros problemas, que o sofrimento, a desinformação e o preconceito eram fatores muito fortes no seu dia a dia, como pode ser percebido nesta fala:

*...homem é assim mesmo. Quando meu marido soube que eu e a criança estávamos com essa doença, disse que eu tinha passado ele prá trás. Agora, tu me diz, como é que eu, com 5 filhos, vou arranjar tempo prá arrumar outro homem? Ele é que sai por aí, com qualquer vagabunda... ele vai é ficar espalhando essa doença prá outras mulheres.... me ralou e vai ralar as outras também...*

Nesta fala, parecendo bastante magoada e desiludida, a cliente informou dar os preservativos que recebia do hospital às suas vizinhas, para que não se contaminassem com o vírus HIV, sem lhes contar que ela própria era portadora do vírus. Segundo ela, já estava “ralada mesmo” (contaminada), e não adiantava mais usar preservativos. Até aquele momento, quando passamos a conversar mais demoradamente sobre as formas de transmissão do vírus HIV, percebi que não fora corretamente informada sobre a necessidade e a importância de evitar troca de carga viral<sup>9</sup> entre parceiros soropositivos ou não havia compreendido, adequadamente, as informações que recebera.

Conversando com outra cliente, durante a Prática Assistencial desenvolvida, reafirmei o aparente desconhecimento destas mulheres em relação ao seu cuidado. Mostro sua resposta acerca do uso do preservativo nas relações sexuais, em que o parceiro ainda não tinha diagnóstico positivo para o vírus:

***...quando o bebê nasceu eu fiz ligamento... prá qué camisinha? Além do mais, ele é meu noivo, a gente se ama e ele disse que não liga prá essa doença.***

Isto mostra, de uma maneira sutil, a pouca informação das mulheres sobre as finalidades do uso do preservativo. Um obstáculo ao uso regular deste refere-se à representação presente, especialmente entre os jovens, que associam o preservativo às relações sexuais apenas com parceiros ocasionais. Tal

---

<sup>9</sup>Carga viral: é a quantificação de células infectadas pelo HIV por mililitros de plasma. A carga viral está correlacionada com a evolução da doença, sendo que já foi demonstrado, por exemplo, que pacientes com uma alta carga viral (em média  $572 \pm 202$  células infectadas pelo HIV/ml) apresentaram rápida progressão da doença, ao passo que indivíduos com níveis menores (em média  $28 \pm 4$  células infectadas/ml) apresentaram uma progressão mais lenta para AIDS. Na verdade, ela nada mais é do que a expressão do grau de viremia presente em um indivíduo. (Leite, 1996, p. 55-6)

associação tem dificultado seu uso e/ou a manutenção do seu uso nos relacionamentos mais duradouros. É freqüente encontrar jovens que optam por suspender o uso do preservativo quando o relacionamento mostra-se mais comprometido e estável. Especialistas reconhecem que a única prática efetiva de defesa contra a Aids, transmitida sexualmente, é o uso do preservativo. Usado correta e regularmente, dá proteção aos parceiros, sendo o único meio mecânico de proteção contra o vírus da Aids e outras doenças sexualmente transmitidas. Além disso, o preservativo, também, contribui para prevenir a gravidez não desejada<sup>10</sup>, sendo um método contraceptivo com razoável índice de segurança e reversibilidade. A princípio, teoricamente, desde que colocado adequadamente, só ocorre falha do método se houver rompimento do preservativo durante a relação sexual, o que pode ser causado, também, por inadequada manipulação/colocação do produto, forte pressão ejaculatória, ou pela fricção decorrente da insuficiente lubrificação vaginal ou anal.

Westrupp (1997, p.103), que aprofundou o conhecimento sobre as práticas sexuais de mulheres antes e após saberem da soropositividade de seus parceiros, em relação a esta problemática, descreve que

no Brasil, é sabido que poucos são os programas educativos que deixam claro às mulheres com laqueadura, ou usuárias de métodos contraceptivos orais, as várias funções dos preservativos e a necessidade de usá-los, mesmo que no momento esteja sendo adotada a contracepção por outro método. Daí, a necessidade de esclarecimentos pertinentes ao uso do condom para a população de um

---

<sup>10</sup> Os índices de segurança para a prevenção da gravidez com o uso exclusivo do preservativo é próximo ao da pílula anticoncepcional, ou seja, em torno de 90% (SANTOS, 1992, p. 78); as chances de gravidez são mínimas, se colocado conforme a orientação dada pelos fabricantes: apertar ou enrolar a ponta para sair o ar, dando espaço para o sêmen, colocar a camisinha com o pênis ereto, desenrolar até a base do pênis. Após a relação sexual, tirar a camisinha ainda com o pênis ereto. Não manter nenhum contato direto do pênis com a vagina sem o uso do preservativo, e não usar lubrificantes à base de óleo, que podem facilitar o rompimento do látex. (N.A)

modo geral e para a mulher de modo particular, para que essa adapte-se ao uso da mesma, antes que o HIV passe a fazer parte, rotineiramente, da sua vida.

Ávila e Gouveia (1996, p.170), ainda sobre o uso da camisinha, dizem:

a camisinha tão antiga, com mais de 3 mil anos, ainda não conseguiu um uso regular e responsável. Tendo sido tradicionalmente usada (no Ocidente) nas relações extraconjugais, para preservar a saúde das esposas e evitar filhos bastardos, seu uso camuflado parece ter criado uma restrição moral a sua necessária vulgarização, pelo fato de ter estado sempre ambigualmente envolvido com a infidelidade conjugal ou com o ilegal. Com a generalização da contracepção para as mulheres, do uso das penicilinas e antibióticos, talvez esta utilização, já difícil e perversa, tenha se tornado ainda mais rara.

No período que sucedeu ao término da disciplina de Prática Assistencial, alguns questionamentos emergiram de modo mais evidente: as pessoas ainda não acreditam na existência da doença Aids e na possibilidade permanente que temos de nos contaminarmos? Será que cogitam o uso da camisinha nas suas relações sexuais, sejam estas casuais ou duradouras? A principal, e, talvez, a única preocupação numa relação sexual que exija medidas preventivas, ainda é a gravidez? Como as mulheres HIV positivas vêm cuidando de si? A descoberta da sua soropositividade modificou o seu modo de se cuidar?

Refletindo acerca da aparente dificuldade das mulheres e, muitas vezes, do casal em aceitar e aderir ao uso da camisinha, tenho me questionado se o não uso da mesma poderia ser uma forma de resistência à imposição que vem sendo feita pelos profissionais da saúde de que se deve usá-la, divulgada, também, freqüentemente, pelos meios de comunicação de massa; ou, ainda, que a aversão ao seu uso possa se dar pelo pensamento mágico que muitos casais enamorados cultivam de que a paixão e a confiança possam imunizá-los contra o vírus HIV e inúmeras outras doenças. O preservativo, talvez, só venha a ser usado

efetivamente quando houver consciência, entre os parceiros, das suas vantagens. É possível que o seu alto preço relativo até possa vir a ser um obstáculo considerável, mas, provavelmente, não deva ser o principal.

Lancei-me, então, a procurar mais leituras para tentar aprofundar como as pessoas, em geral, vêm cuidando de si mesmas, em relação à Aids, pois as estatísticas mostram que as previsões de aumento do número de soropositivos tendem a ser alarmantes para o ano 2000. O discurso médico afirma que as pessoas devem usar o preservativo em todas as suas relações sexuais, mas está evidente que a imposição, a obrigatoriedade e a cobrança, por si só, podem não ser o mais importante em relações afetivas/sexuais, carregadas de valores e costumes que, ainda, preconizam ser o homem o responsável por conduzir a conquista amorosa, decidindo ou não sobre a anticoncepção ou a prevenção das DST/Aids, através do uso de preservativos.

Focalizando outros autores que tenham abordado a situação de pessoas soropositivas ou com Aids, verifiquei que Figueiredo (1990) propôs-se a compreender o entendimento de clientes portadores de SIDA/Aids e da equipe de enfermagem, constatando que a essência do cuidado parece ser a mesma para ambos, no entanto, o seu direcionamento diferencia-se, pois, para a enfermagem, a atenção está ligada no corpo, enquanto que para o cliente, está ligada na cabeça e no coração. Num enfoque humanista da assistência de enfermagem, acredito que assistir corpo e coração deva ser uma preocupação constante da equipe de enfermagem; Koller (1992) realizou uma Prática Assistencial com famílias de soropositivos, tendo embasamento teórico em Leininger, constatando que, com acompanhamento profissional qualificado, as pessoas portadoras do

virus HIV e seus familiares podem ter uma melhor qualidade de vida; Nascimento (1992), com a finalidade de ampliar a compreensão da enfermagem acerca dos determinantes da Aids na sociedade, constatou que as péssimas condições de vida, associadas à falta de oportunidades, tiveram forte influência no surgimento da doença; Zaleski e Vietta (1998) enfocaram o sentido de vida do portador da Aids; já Padoin, Prochnow e Carvalho (1999) desenvolveram trabalho com o familiar do ser com Aids, na tentativa de fazer com que este se sinta fortalecido para conviver, de forma harmônica e melhor, com o portador/doente de Aids.

Me propus, então, a desenvolver este estudo, a partir dos discursos de mulheres portadoras do vírus HIV, com o objetivo de **compreender os motivos que têm favorecido a contaminação das mulheres pelo vírus, e como estas vêm se cuidando após tomarem conhecimento da sua soropositividade.**

Com este objetivo, acredito que seja possível uma melhor compreensão de como as mulheres vêm se cuidando em relação à Aids, apreendendo ou não as informações recebidas acerca da prevenção da doença e dos cuidados necessários, a partir de sua contaminação; assim como apontar possíveis lacunas que possam estar ocorrendo em relação às orientações dadas à população para prevenir novas contaminações pelo vírus HIV e, também, em relação ao cuidado, entendido como necessário à mulher portadora do vírus HIV.

Visando um melhor entendimento sobre a doença Aids, no capítulo seguinte apresento uma breve revisão de literatura sobre a sua origem, além de focalizar a disseminação da doença entre as mulheres.

*“A gente tem que falar de Aids como  
fala de uma gripe, sem preconceito.  
Mas tem que combater a doença com  
tratamento de choque.  
A Aids só mata se você não se preocupa  
com ela”.*

*(Benedita da Silva, 1996)*

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

Em quase 20 anos de estudos, muito conhecimento se adquiriu sobre a etiopatogenia, imunopatologia e epidemiologia da Aids; testes laboratoriais foram aperfeiçoados para detecção da presença de anticorpos anti-HIV circulantes no sangue e, mais recentemente, testes detectaram o próprio vírus HIV no organismo. Foram surgindo, paralelamente, tratamentos que possibilitaram uma maior sobrevida com qualidade aos doentes de Aids, apesar de, ainda, não curá-los; pesquisas, também, têm sido direcionadas para a criação de uma vacina contra o vírus HIV.

Neste estudo em particular, que pretende compreender os motivos que têm favorecido a contaminação das mulheres pelo vírus, e como estas vêm se cuidando após tomarem conhecimento da sua soropositividade, acredito ser importante uma revisão básica sobre a doença e a forma como o vírus afeta o organismo.

### 2.1 A Aids

Conforme Kruse (1995, p. 125),

a Aids foi reconhecida como entidade clínica distinta no segundo semestre de 1981, nos Estados Unidos. Os primeiros casos foram identificados pelo surgimento de doenças como Sarcoma de Kaposi<sup>1</sup> e

---

<sup>1</sup>Sarcoma de Kaposi: neoplasia maligna mais freqüente em pacientes infectados pelo HIV, devido à disfunção do sistema imunológico. (Leite, 1996. p.165)

pneumonia por *Pneumocystis carinii*<sup>2</sup>, em jovens homossexuais. Rapidamente, casos semelhantes foram vistos em usuários de drogas injetáveis (UDIs), em hemofílicos e em receptores de transfusões de sangue e derivados, em adultos da África Central e também em crianças nascidas de mães contaminadas com Aids. A investigação epidemiológica da Aids, empreendida pelo Centro de Controle de Doenças (CDC), dos EUA, iniciou pelo estabelecimento de uma definição que permitiu afirmar o caráter epidêmico do fenômeno.

A Aids é causada por um retrovírus humano, atualmente denominado vírus da imunodeficiência humana – HIV-1, que já foi denominado, também, como LAV e HTLV-III. Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, estreitamente relacionado ao HIV-1, chamado de HIV-2. Ambos têm capacidade de infectar os linfócitos T auxiliares através dos seus receptores CD4. Sabe-se que o HIV-1 é mais virulento que o HIV-2. A designação de retrovírus indica que este tipo de retrovírus transporta seu material genético sob a forma de RNA, ao invés de DNA. Quando infecta o linfócito T4, ainda na forma de RNA, o HIV utiliza uma enzima, a transcriptase reversa, para se transformar em DNA. Na forma de DNA, incorpora-se ao material genético do linfócito T4 que, quando se multiplica, multiplica também o material genético do vírus. Após a multiplicação do linfócito T4, seu material genético passa a ser diferente dos demais, sendo considerado, então, uma célula infectada. O vírus retoma a forma de RNA para sair desta célula e infectar novas células T4. (Smeltzer, Bare, 1994, p.1156)

"O sistema imunológico do indivíduo infectado pelo HIV responde produzindo anticorpos contra o vírus. Em geral, os anticorpos surgem 1 a 4 meses

---

<sup>2</sup>Pneumonia por *Pneumocystis carinii*: é uma das infecções mais frequentemente associadas à Aids, ocorrendo em mais de 50% dos adultos e em cerca de 50% das crianças. O *Pneumocystis carinii* é um microorganismo classificado atualmente como pertencente ao grupo dos fungos. É um tipo de pneumonia rara em indivíduos imunologicamente estáveis. (Kiffer, 1996, p.133)

depois da exposição, mas podem demorar até 6 a 14 meses" (Smeltzer e Bare, 1994, p.1157). Porém, o trabalho dos anticorpos contra o vírus HIV é ineficaz para interromper o processo infeccioso, não conseguindo bloquear a infecção no organismo. Um aspecto preocupante, para a Saúde Pública, é que entre a contaminação pelo vírus até a detecção de seus anticorpos no sangue, os indivíduos encontram-se num período denominado "janela imunológica", ou seja, podem transmitir o vírus sem se saberem contaminados.

O teste ELISA (ensaio de imunoabsorvente ligado a enzima) confirma se existem, no sangue, anticorpos específicos contra o vírus HIV, não diagnosticando a Aids, mas indicando que o indivíduo foi infectado pelo HIV. Outro teste, mais dispendioso, é o ensaio Western Blot, utilizado após dois testes ELISA positivos, para confirmar o diagnóstico de positividade para o vírus HIV. Se confirmado, aí a pessoa passa a ser considerada portadora. (Smeltzer, Bare, 1994, p.1157)

Estudos feitos em relação ao vírus, até o momento, reconhecem que são três as formas de contaminação pelo vírus HIV:

- através de sangue contaminado - que pode se dar através de transfusões sangüíneas, do contato de sangue infectado com feridas abertas e mucosas, uso compartilhado de drogas endovenosas em que, no mínimo, um dos usuários seja portador/doente de Aids;

- através de todo e qualquer tipo de contato sexual, seja entre parceiros hetero ou homossexuais, nas quais existam veiculação de secreções genitais contaminadas, seja pênis-vagina, pênis-ânus, pênis-boca, boca-ânus, boca-vagina;

- por transmissão vertical, de mãe contaminada para o filho, que pode ocorrer durante a gravidez, através da via placentária, no momento da expulsão do feto pela via vaginal ou por cesariana. Ainda, é recomendado, às mulheres soropositivas, que não amamentem seus filhos, porque o vírus HIV foi detectado, também, no leite materno.

Segundo Lacerda (1999, p.7), em pesquisa realizada com grávidas soropositivas atendidas na rede pública, em Santos, São Paulo, constatou-se que, em 1997, 23% de 48 crianças nascidas foram contaminadas. A grande maioria das mães utilizou AZT na gravidez ou no parto, mas 20% destas mulheres amamentaram seus filhos devido à pressão familiar.

É importante lembrar que, após ter sido infectada, uma pessoa é considerada portadora, passando a ser considerada doente de Aids, apenas, a partir do momento em que apresentar sinais de imunodeficiência celular, ou seja, baixa de células T4 e aumento significativo em sua carga viral.

Um sério problema em relação à Aids são os altos custos do seu tratamento com medicações antiretrovirais. No Brasil, o Ministério da Saúde fornece gratuitamente as medicações aos portadores/doentes de Aids cadastrados, chegando em torno de 60 mil o número de portadores que recebem medicação, conforme dados do relatório distribuído pelo Brasil na XII Conferência Mundial de Aids, em Genebra, no mês de junho de 1998 (Boletim da Radis, 1998,p.4). O Brasil é um dos poucos países no mundo que fazem essa distribuição de medicamentos gratuita.

Conforme comentário de Guarienti (1996,p.7), "os custos financeiros de cada internação de um paciente com Aids, em hospital convencional, apresentando alguma infecção oportunista representam um custo médio de R\$

20.000,00, e cada pessoa infectada, do início até o óbito, pode custar ao setor de saúde, aproximadamente 200 mil reais”, isto, sem contar a abreviação da expectativa média de vida, com óbitos em pessoas jovens, e na desestruturação dos lares, em virtude da falta precoce de um ou mais membros da família, seja ele o pai, a mãe ou os próprios filhos.

Um levantamento realizado pela Seção de Controle de AIDS da Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente (SSMA) do Rio Grande do Sul, no início de 1998, apontou 438 novos casos da doença apenas no primeiro trimestre daquele ano. O relatório mostrou, ainda, que de 1983 até março de 1988, foram registrados 7.564 casos de AIDS no RS, na proporção de 3,5 casos em homens contra um em mulheres. Para Loureiro (1998, p.20), responsável pela SSMA, o aumento significativo do número de casos conhecidos, entre 96 e 97, deveu-se, principalmente, a uma reformulação nos critérios de notificação da SSMA, já que a pessoa contaminada/doente necessita cadastrar-se para receber as medicações específicas para a patologia.

O Rio Grande do Sul é um estado cuja estrutura de notificações é reconhecida como adequada, o que parece justificar o número crescente de soropositivos em relação a alguns outros estados do país, onde os órgãos públicos ainda não estão equipados o suficiente para fornecer dados mais reais da disseminação da doença.

Para Paiva (1992, p.8), “o crescimento do número de infectados no mundo mostrou que o HIV não escolhe classe social, raça, credo religioso, opção e orientação sexual, gênero ou idade”. Apesar de inicialmente ter surgido em homossexuais, ninguém está imune a adquirir o vírus; o que define a contaminação, como referido anteriormente, são basicamente as práticas sexuais,

seguidas de procedimentos, tais como manipulação de sangue e secreções contaminados.

Apesar de aumentar o número de casos de pessoas portadoras do vírus HIV, a introdução do uso da terapia antiretroviral tem apontado uma queda em relação aos gastos com internação hospitalar, pois os portadores têm freqüentado, em maior número, os hospitais-dia<sup>3</sup> e os ambulatórios especializados; as internações têm se restringido a casos mais severos, com necessidade de controle rigoroso. O gasto financeiro do Estado tem sido maior, então, com tratamento ambulatorial; porém, em contrapartida, os portadores seguem trabalhando, mantendo-se ativos e produtivos.

## 2.2 As Mulheres e a Aids

Nos últimos anos, tornou-se alarmante o número de casos registrados da infecção pelo HIV entre as mulheres. Em todo o mundo, as sociedades vêm se mobilizando para adotar medidas que evitem a disseminação do HIV. Essa mobilização explicitou falhas nas políticas de saúde voltadas para a mulher, em especial no Brasil, pois se percebeu que uma doença, surgida no início dos anos

---

<sup>3</sup> Hospital-Dia (HD): em sua essência, desempenha atividades que permitem uma assistência a pacientes que tenham necessidade de intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas em ambiente hospitalar, passíveis de serem efetuadas com segurança e qualidade em um período de tempo limitado, geralmente entre 2 e 8 horas. Porém, o paciente deve apresentar condições clínicas relativamente estáveis e ter acesso a algum tipo de transporte que viabilize seu deslocamento diário, permitindo sua permanência no domicílio no restante do dia. O HD, geralmente, funciona por períodos máximos de 12 horas diárias, nos 5 dias úteis da semana, com esquemas especiais de atendimento para pacientes que necessitem de acompanhamento nos finais de semana. Requer uma equipe básica, constituída por médicos clínicos treinados e/ou infectologistas para adultos e crianças, enfermeiras e auxiliares de enfermagem, psicólogos e/ou psiquiatras, assistentes sociais, farmacêuticos e auxiliares de farmácia, nutricionistas e agente administrativo. O HD apresenta referência ágil para as necessidades de realização de endoscopias, broncoscopias, suporte laboratorial e procedimentos de radioimagem, buscando viabilizar o monitoramento diagnóstico e terapêutico adequado. É legitimado pelas Portarias Ministeriais n.º 93/94 e 130/94, que também atribuem valores diferenciados de pagamento pelo Sistema Único de Saúde - SUS. (Vitória, 1998, p.113)

80, e que atingia basicamente os homossexuais masculinos, ao final da década de 90, teve este quadro revertido. Constatou-se que as mulheres, principalmente as que não se imaginavam expostas ao vírus, tomaram a frente das estatísticas, em relação ao número registrado de homens soropositivos. A proporção de casos homem/mulher vem aproximando-se cada vez mais.

Para Uip, apud Miziara (1996,p.45), "o número de mulheres infectadas vem aumentando a cada dia porque hoje as mulheres se drogam, mantêm relações com indivíduos drogados e têm parceiros contaminados, que tanto podem ser bissexuais como também heterossexuais". Já para Timmerman, apud Miziara (1996,p.45), "a característica do corpo da mulher facilita a penetração do vírus: a vagina é coberta por mucosa, rica em vasos sangüíneos, o que facilita a absorção viral num contato prolongado com o sêmen ejaculado".

Segundo dados do Projeto Aids II: Desafios e Propostas (Brasil, 1998, p.6), os primeiros casos de Aids no Brasil foram identificados em 1982, quando sete pacientes homo/bissexuais foram diagnosticados. A partir de então a Aids, no Brasil, vem adquirindo três características agravantes, que vêm sendo preocupação para muitos profissionais, envolvidos com as ciências humanas, na tentativa de buscar estratégias para conter o avanço da doença: a partir de 1987, através de dados estatísticos, foi possível perceber que empobreceu<sup>4</sup>, e

---

<sup>4</sup> Empobreceu. A Aids, aos poucos, foi atingindo a população mais pobre e com menor nível de escolaridade (conforme dados enviados pelo Brasil, para a XII Conferência Mundial de Aids, em Genebra, em junho de 1998, 60% dos infectados não tem sequer o curso primário). A doença está sendo melhor controlada através de medicamentos, o que a fez adquirir a condição de doença crônica, levando mais de dez anos para se manifestar. Neste período, o portador pode ter uma aparência saudável, sabendo-se contaminado apenas ao realizar os testes específicos. Este prazo é longo o suficiente para que uma pessoa contamine muitas outras.(N.A)

interiorizou<sup>5</sup>; a partir de 1992, até os dias atuais, feminilizou<sup>6</sup>. Uma séria consequência desse fato é que muitas mulheres contaminadas estão em idade fértil, podendo gerar filhos também soropositivos, o que pode aumentar, mais, problemas sociais, econômicos e familiares já existentes.

Ainda, relações mais tradicionais entre os casais, especificamente os jovens, vêm sendo, nos últimos anos, substituídas por relacionamentos mais efêmeros, em que, num primeiro encontro, já pode ocorrer uma relação sexual. Isto está se tornando evidente em meu dia-a-dia profissional no Centro Obstétrico do H.U. onde, com muita frequência, adolescentes internam em trabalho de parto, e referem já não estar mais com o pai do bebê. Algumas comentam que engravidaram na primeira relação sexual e nunca mais viram o "garoto". Um agravante é que muitas das relações sexuais entre esses jovens, principalmente as primeiras, em que sequer há conhecimento das práticas sexuais anteriores dos parceiros, se dão sem o uso de preservativos.

Com os adultos não parece ser muito diferente. Na época em que muitos foram adolescentes, a Aids ainda não era objeto de preocupação, e as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) existentes podiam ser tratadas e curadas com antibióticos. O preservativo, se utilizado com a esposa, servia para evitar a gravidez ou então era usado para prevenir contágio de DSTs, com outra(s) parceira(s). Aids não fazia parte da realidade a ser enfrentada e, hoje, o preservativo passou a ser um elemento indispensável nas relações sexuais,

---

<sup>5</sup> Interiorizou: saiu dos grandes centros do país, onde estava a maioria dos casos registrados, podendo ser encontrados portadores do vírus HIV nas localidades mais longínquas do Brasil.(N.A)

<sup>6</sup> Feminilizou, ou seja, está revertendo rapidamente a proporção de número de casos homem-mulher, quando surgiram os primeiros casos de Aids, na década de 80, a proporção era em torno de 40 homens para cada mulher contaminada e, atualmente, a proporção estimada é de 2,5 homens para cada mulher infectada.(N.A)

principalmente quando os parceiros ainda não têm conhecimento de seu estado imunológico, um ou ambos têm relações sexuais extra-conjugais, fazem uso de drogas endovenosas ou já são portadores/doentes de Aids. Algumas mulheres que internaram, já doentes de Aids no HU, revelaram que se contaminaram com parceiros que conheceram em bailões, locais de danças muito comuns nas cidades do Brasil, atualmente, e muitas delas estão numa faixa etária superior aos trinta anos.

Guimarães (1992,p.149) afirma que

um breve exame dos registros médicos de Aids em mulheres das camadas média-baixa e baixa da população, na sua maioria entre 15 e 45 anos, indica o seguinte: a principal via de transmissão do HIV é sexual, através de parceiros infectados e da prática do sexo anal<sup>7</sup>. Na sua maioria, os parceiros são classificados como bissexuais e, com menor frequência, como usuários de drogas endovenosas. Ou seja, segundo esses registros, a causa explicativa mais freqüente da infecção pelo HIV na mulher deve-se ao seu parceiro sexual, associado a uma determinada prática sexual.

Sabe-se, ainda, que há mulheres que optam por se sujeitar ao seu parceiro sexual pelo sustento dos filhos, possivelmente, para assegurar condições de vida e moradia. Esta dependência feminina ultrapassa classes sociais, podendo ser evidenciada tanto em mulheres provenientes de favelas quanto de bairros ricos. Muitas, inclusive, relatam praticar o sexo anal apenas por imposição do parceiro, revelando não gostar de fazê-lo porque sentem dor, desconforto e vergonha.

Assim, com o surgimento da Aids, se faz necessário que as relações sexuais se dêem com proteção, com o uso de preservativos, para não haver contato direto com secreções genitais contaminadas. Porém, parece difícil

---

<sup>7</sup>Sexo anal- introdução do pênis ereto no ânus. Esta variante sexual pode traumatizar a mucosa retal, favorecendo seu sangramento. Por ser uma mucosa, rica em vasos sanguíneos, a absorção é rápida, sendo um dos motivos principais que favorecem a contaminação pelo HIV numa relação sexual anal. (N.A.)

(re)introduzir o preservativo na vida de homens e mulheres, depois que foram desenvolvidos novos meios de evitar a gravidez, mais eficientes, como a pílula anticoncepcional, o dispositivo intra-uterino (DIU) e a laqueadura tubária, recursos assumidos como de responsabilidade da mulher e com uma margem de segurança de anticoncepção maior que a do preservativo.

Ainda, com o aperfeiçoamento dos métodos anticoncepcionais, ocorreu a liberação sexual da mulher, já que as suas chances de engravidar reduziram-se significativamente. Para algumas, essa liberação significou uma maior liberdade para a troca de parceiros sexuais. Com o surgimento da Aids, possivelmente, este também foi um agravante no aumento do número de mulheres soropositivas. Contraditoriamente, os índices apontam um crescimento maior em mulheres casadas, com parceiros fixos, as quais parecem ter dificuldade em propor, sugerir ou exigir de seus companheiros o uso de preservativos. Como comenta Oliveira (1998, p.39), "são 'mulheres que não podem dizer não', pois apenas uma pequena parcela da população feminina tem o direito conquistado de escolher parceria e prática sexual. (...) O restante das mulheres procura os serviços de saúde para verificar se já se contaminou." (id., p.42)

Barbosa (1995, p.79) afirma que, para muitas mulheres, o medo de se infectar com o HIV parece ser menor do que o medo de simplesmente sugerir a seus parceiros o uso de preservativos. Além disso, as que tentam introduzir a camisinha na relação sexual são freqüentemente vistas como "preparadas demais" para o sexo, ou então como desconfiadas da infidelidade do parceiro, infiéis ou, mesmo, já infectadas pelo HIV. Grande parcela da população feminina desconhece as práticas sexuais de seus parceiros, não tendo, portanto, noção do risco que correm, e as poucas mulheres que têm conhecimento das suas

"aventuras extra-conjugais", geralmente, não conseguem solicitar ou sugerir o uso do preservativo, sob pena de ter o relacionamento ameaçado ou desfeito.

Barbosa (1995,p.79-80) também constatou, em pesquisa com mulheres faveladas, que as mesmas não conseguiam apontar saídas para se prevenirem da contaminação, mesmo sabendo que seus parceiros tinham vida sexual extraconjugual e, por esse motivo, se percebiam em situação de risco. Para a autora,

a fidelidade conjugal<sup>8</sup> parece ser um código sexual que as mulheres valorizam, na medida em que está associada à lealdade e ao companheirismo,  *muito embora não confiem na fidelidade de seus parceiros*. Afinal, a sexualidade masculina tem sido representada pela mulher como impulsiva e, portanto, sem controle. Como o diálogo sobre sexualidade é muito limitado nas relações de parceria, essas questões não têm espaço para discussão, pois romperiam o *código de silêncio*. Ao descreverem seu homem ideal, ressaltam as qualidades de companheirismo e diálogo como fundamentais, porém ausentes de suas relações. Ao tentarem alertar os companheiros sobre o perigo das doenças, estes desconversam ou garantem que são *'limpos'* e que isso jamais acontecerá com eles. Para muitas das mulheres entrevistadas, restaria a opção de sugerir ao parceiro o uso do preservativo com as outras.

Westrupp (1997, p.50), citando O'Leary e Cheney, comenta que

para as mulheres, a Aids representa uma Tripla Ameaça, pois, assim como o homem, *a mulher também pode se contaminar com o HIV e, posteriormente, ficar doente de AIDS. Estando contaminada, a mulher pode transmitir a infecção para o seu bebê durante a gravidez e este poderá desenvolver a doença. Finalmente, a responsabilidade de cuidar, em casa, das pessoas doentes, recai, tradicionalmente, sobre a mulher.*

Estes dados nos permitem refletir sobre a magnitude dessa doença, que, antes, parecia restrita a alguns e, hoje, pode fazer parte do dia a dia de qualquer família.

<sup>8</sup> As sociedades que colocam a fidelidade como princípio de um relacionamento a dois, o fazem visando, sobretudo, o comportamento da mulher. Até muito recentemente, a fidelidade parecia um objeto apreendido meramente pela mulher à custa da castração e imposição. O sentido de

Tendo em vista, então, minha opção por desenvolver este trabalho através de consultas de enfermagem com mulheres soropositivas para o vírus HIV, utilizei um referencial teórico que desse suporte à metodologia adotada, que permitisse aprofundar questões mais íntimas, como sexualidade, sentimentos, entre outros. No capítulo seguinte, será abordada a teoria de Travelbee (1979), ou melhor, a Relação Pessoa a Pessoa proposta pela teórica, e o conceito de Cuidado de Si, de Foucault (1990).

*A primeira e mais importante das aptidões é  
a capacidade de amar-se a si mesmo e a  
capacidade, concomitante, de transcender-se  
a si mesmo e amar os outros.  
(Joyce Travelbee, 1979)*

### 3 O SUPORTE TEÓRICO

Este estudo buscou analisar o discurso de algumas mulheres soropositivas para o vírus HIV, com o objetivo de compreender os motivos que têm favorecido a contaminação das mulheres pelo vírus, e como estas vêm se cuidando após tomarem conhecimento da sua soropositividade.

Utilizei, para alcançar este objetivo, o referencial teórico de Travelbee<sup>1</sup> (1979), mais especificamente a "Relação Pessoa a Pessoa", proposta por ela, além do conceito de Cuidado de si, de Foucault<sup>2</sup> (1990). Travelbee constituiu-se, também, na sustentação teórica do processo de enfermagem utilizado na consulta de enfermagem que oportunizou, neste trabalho, a coleta de dados.

Nos catorze anos de trajetória profissional como enfermeira, trabalhando em um Hospital Universitário, tenho percebido que os estudantes, os enfermeiros e também alguns professores, tradicionalmente, na área da saúde, representam uma imagem de serem capazes de "resolver", senão todos, talvez, a maioria dos problemas das outras pessoas. Esta manifestação de poder foi reconhecida por Lunardi (1997) como o exercício de um poder pastoral, ao estudar como se dá a governabilidade na enfermagem, focalizando as fronteiras entre o poder pastoral e o cuidado de si.

---

<sup>1</sup> Travelbee, Joyce (1926-1973) foi uma enfermeira psiquiátrica que trabalhou na assistência, no ensino, e, também, como escritora. Foi docente na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, concluindo o curso de mestrado em 1959. Sua teoria é bastante utilizada por ter um enfoque humanista da enfermagem.(N.A)

<sup>2</sup> Foucault, Michel (1926-1984) foi um dos filósofos franceses mais influentes de seu país. Licenciado em filosofia e psicologia, iniciou sua carreira como psicólogo, trabalhando com excepcionais. Durante os últimos anos de vida, escreveu "A história da sexualidade", em diversos volumes, analisando como concepções diferentes de sexualidade podem transformar as noções de individualidade e moral. Foi profundamente influenciado por Nietzsche. (ISTO É, p.92, s/d)

O "poder pastoral" pode ser entendido, a partir de Foucault, mediante uma metáfora em que o pastor se reconhece como responsável pelas ovelhas do seu rebanho, independentemente das ovelhas poderem responsabilizar-se por si. Enquanto enfermeira, questionava esta manifestação de poder, mesmo que de uma maneira ainda incipiente, por não concordar com o seu exercício. Acredito que as pessoas, como seres humanos, são dotadas de capacidade e inteligência, para poderem decidir o que é melhor para elas, como cuidarem de si, num dado momento: "aí reside a diferença fundamental do ser humano em relação aos outros seres vivos: os animais encontram 'tudo pronto', no que diz respeito ao que lhes é necessário para viver (...) em troca, o homem deve velar por si mesmo" (Foucault, 1985, p.52)

A partir de Foucault, então, pode ser resgatado o cuidado de si como uma tecnologia do eu usada pelos gregos, uma estratégia para se focalizar a ética e, como consequência, o exercício de liberdade e da autonomia (Lunardi, 1997); as práticas utilizadas pelas pessoas para cuidarem de si, enquanto sujeitos e não, apenas, como objeto de ação dos outros. Ainda é muito forte, em nossa cultura, a noção de que, às pessoas mais instruídas, cabe a obrigação e o "direito" de pensar e decidir sobre as mais variadas formas de agir e comportar-se. Aos menos instruídos, resta fazer, obedecer, cumprir. No hospital, por exemplo, muitas vezes, ainda, acredita-se que é o "doutor quem sabe", relegando os conhecimentos anteriores do cliente/paciente para um último plano. Talvez, com a troca destes conhecimentos entre o profissional e o cliente, ambos pudessem encontrar um ponto em comum, que satisfizesse o cliente e priorizasse o conhecimento técnico e científico do profissional da área da saúde.

Já na teoria de Travelbee, identifiquei o embasamento teórico que reforçava a crença que possuo de que o homem, chegando ao serviço de saúde, traz consigo todo um conhecimento prévio, valores e experiências que não podem ser relegados ou "guardados" junto às suas vestes no armário de um quarto de hospital para, a partir daquele momento, ser "educado", "manipulado", "explorado" através de inúmeros exames, sendo rotulado como uma doença ou um número.

A Relação Pessoa a Pessoa, proposta por Travelbee, estimula que a enfermeira veja cada ser humano como um ser único, respeitando sua história e o ajudando a reconhecer e modificar, se assim o desejar, situações ou atos que possam ser prejudiciais à ele, respeitando o exercício da sua liberdade e autonomia. Apresento, então, a Relação Pessoa a Pessoa, proposta por Travelbee.

### **3.1 A Relação Pessoa a Pessoa**

Quando escreveu sua teoria, Travelbee sentia que a enfermagem precisava de "uma revolução humanística"; carecia, segundo ela, de compromisso emocional.

O compromisso emocional com o cliente, numa relação Pessoa a Pessoa, é visto como uma maior aproximação, um "estar com" o paciente, sendo capaz de ouvir seus medos, angústias e dúvidas, facilitando relações realmente significativas e verdadeiras entre o enfermeiro e o paciente; isto porque os pacientes, muitas vezes, parecem ver, na enfermeira, uma pessoa capacitada para escutá-los e esclarecê-los sobre a situação vivida.

Este compromisso, preconizado por Travelbee, pode ser construído baseado na franqueza, na proximidade e no diálogo. Os seres humanos não são

constituídos apenas de razão, eles possuem, também, sentimentos; portanto, a relação que se pretende entre dois sujeitos, requer uma interação não só de nossa constituição racional, mas também do emocional.

Durante vários anos, as enfermeiras foram ensinadas e estimuladas a evitar uma relação profissional na qual fosse valorizada a sua condição de pessoa, dotada de sentimentos, numa tentativa de evitar comprometimentos e possíveis prejuízos à relação profissional-paciente. Se esta afirmativa fosse verdadeira, a meu ver, poderia significar que a enfermeira não pudesse experimentar felicidade ou alegria quando o paciente se recuperasse, não sentir tristeza quando o paciente piorasse ou morresse e não experimentar satisfação em ajudar um ser humano em um momento de crise. Travelbee afirma que a qualidade profissional não diminui quando há comprometimento pessoal e, sim, a realça; quando isso ocorre, a enfermeira cresce como ser humano e a relação com o paciente se dá de forma madura, não fragmentada ou incompleta. Como reconhecer no cliente uma pessoa, um ser humano, se a enfermeira não reconhece em si, previamente, sua própria condição humana?

A Relação Pessoa a Pessoa se dá de diferentes maneiras. Existem grupos de pessoas ou pessoas que, ao se encontrarem, identificam-se prontamente, havendo uma parceria, uma simpatia mútua, uma amizade fluída de imediato. Entretanto, existem pessoas para quem esta simpatia mútua não flui de maneira espontânea, necessitando de um ou mais encontros para que esse processo ocorra ou não. Sendo assim na sociedade como um todo, isto pode ocorrer, também, na Enfermagem. Travelbee reconhece que as enfermeiras apresentam algumas dificuldades para interagir, automaticamente, com todos os seus

pacientes, pois nem sempre o ser humano é capaz desta interação instantaneamente e, portanto, as enfermeiras não seriam exceção.

É provável que muitos fatores afetem nossa capacidade para atingir o compromisso com o paciente. Os requisitos prévios incluem o reconhecimento e a aceitação de si mesmo como entidade distinta, e a concomitante capacidade para perceber, os outros, como seres humanos únicos. A capacidade para expressar ou controlar a expressão de nossos sentimentos, quando interagimos com o paciente é, também, essencial. Devemos lembrar que as expressões não verbais, muitas vezes, influem diretamente no estabelecimento e na manutenção de uma relação.

A Relação Pessoa a Pessoa, proposta por Travelbee, proporciona a participação do enfermeiro e do paciente em um nível de horizontalidade, respeitando suas trajetórias, saberes, papéis e competências diferenciadas, e se constitui em uma experiência de aprendizagem através da qual, ambos, tendem a alterar seu comportamento, visando o crescimento.

Travelbee (1979) desenvolveu pressupostos, dos quais destaco os que mais se aproximam da minha proposta de trabalho:

- *É necessário à enfermeira se comprometer como pessoa, se pretende uma relação com o paciente ou com qualquer outro ser humano.*
- *As enfermeiras devem ajudar as pessoas a identificarem problemas e a enfrentá-los de forma realista, reconhecendo a importância de sua atuação nestas experiências.*
- *A relação enfermeira-paciente é a essência do propósito da Enfermagem. As relações são estabelecidas quando os parceiros percebem a singularidade um do outro, tornando-se, então, verdadeiras, significativas, comprometidas.*

- *O processo de comunicação capacita a enfermeira a estabelecer uma Relação Pessoa a Pessoa e , através disto, atingir o propósito da Enfermagem.*

Pela afinidade com este enfoque humanista, e atuando junto à mulheres soropositivas para o vírus HIV, possuo pressupostos que norteiam o trabalho, estando aqui explicitados:

- *Mais intensamente no século XX, as mulheres vêm pleiteando, junto ao mundo, acesso e reconhecimento em vários âmbitos, sejam eles sociais, culturais, educacionais, políticos, econômicos, sexuais. A enfermeira também é uma mulher. Junto com outras mulheres, podem discutir alternativas para que conheçam mais suas histórias e descubram meios para atingir seus objetivos.*
- *A mulher está inserida num contexto sócio-político-cultural bastante complexo, onde devem ser considerados os aspectos predominantemente patriarcais e autoritários da sociedade brasileira. Necessita, portanto, saber que estes aspectos influenciam sobremaneira seu modo de pensar e agir, para melhor enfrentar a realidade.*
- *A mulher soropositiva para o vírus HIV vive temores, medos, angústias. Estes e outros problemas podem ser melhor enfrentados com atenção, compromisso e atuação ética por parte da equipe multidisciplinar, quando os profissionais percebem que a cliente, antes de um diagnóstico, é uma pessoa com capacidade de pensar e decidir sobre como cuidar de si.*
- *O preconceito diminui a capacidade de ouvir. A enfermeira necessita ter sempre presente esta afirmativa para que não corra o risco de desperdiçar a possibilidade de uma interação que poderia ser frutífera tanto para ela quanto para a cliente. Portanto, necessita superar os possíveis preconceitos vigentes e evitar o julgamento, a fim de prestar à cliente uma assistência respeitosa, humanizada e comprometida.*

Ainda, para Travelbee, para construir uma Relação Pessoa a Pessoa é necessário transcender e perceber a singularidade do outro. Uma relação é mais do que simplesmente conversar com uma pessoa por um período determinado, ou ter uma série de interações. A relação enfermeira-cliente deve oferecer o apoio

necessário para que esta mulher consiga enfrentar a situação da doença, aprender com esta experiência e nelá encontrar o seu significado.

Os indivíduos estão constantemente em processo de mudança, para Travelbee. Isto significa que, se observarmos uma mesma pessoa em momentos diferentes, certamente, ela não será a mesma nestes diversos periodos e o observador, também, terá se modificado. Um certo número de interações acumuladas não constitui, necessariamente, uma Relação Pessoa a Pessoa. Uma das características desta relação é que ambos, enfermeira e cliente, modificam seu comportamento e/ou sua forma de ser, e aprendem. Se um ou ambos não se modificarem, supõe-se que não ocorreu a relação pretendida.

### **3.2 O Cuidado de si**

Quando utilizo o termo "cuidado de si", afirmando que as pessoas são livres para optarem pelo que desejam como melhor para si e que podem e devem decidir sobre seus corpos, como seres livres e responsáveis, não invalido a participação dos profissionais da área da saúde, que adquiriram conhecimentos teóricos e práticos ao longo de sua formação acadêmica e profissional. Acredito, isso sim, que todo esse conhecimento deve estar à disposição das pessoas, devendo ser divulgado e oferecido como um recurso a ser utilizado quando o sujeito achar necessário, e não como uma imposição feita e que deva ser, compulsoriamente, seguida, independentemente da vontade dos clientes.

Foucault (1990, p.48) resgata as tecnologias do eu usadas pelos gregos, as quais podem ser caracterizadas como

as técnicas que possibilitam aos indivíduos, por si só ou com o auxílio dos outros, a realizarem determinadas operações em seus próprios corpos, em suas almas, em seus pensamentos, desejos e condutas, de tal forma que os transformem a si mesmos, ou os modifiquem com o

propósito de alcançar um certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade.

Estudando a filosofia greco-romana, Foucault (1990, p. 51) demonstra a importância do "cuidado de si", da "preocupação por si", de uma certa "inquietação por si próprio" como tecnologias próprias do eu. O preocupar-se consigo significa não o preocupar-se com o corpo, com o que este veste ou com o que possui, mas significa o preocupar-se com o corpo no sentido da alma que o dirige e impulsiona ou o refreia; o cuidado da alma como princípio da atividade, da ação.

Para Lunardi (1997, p.212) "o cuidado de si, a ocupação de si, não deve ser entendido como um exercício de solidão, mas como uma prática social que se faz através da palavra e da escrita, exigindo uma certa dedicação de tempo. Um período de parada para examinar o que se fez, o transcurso do dia; rever o passado, ficar face a face consigo mesmo". Entende o cuidado de si como uma condição básica para que as pessoas se conheçam, se respeitem, repensem seus limites na relação com o outro, de modo que possam decidir, de modo autônomo, os rumos que desejam para sua vida, tendo em vista sua condição de sujeitos sócio-individuais. Neste sentido, a mulher que conhece o seu corpo, que sabe cuidar de si, proteger-se, reduz sua vulnerabilidade à Aids. De outro modo, ao não cuidar de si, não respeitar seu próprio corpo e sua condição de sujeito, amplia e acentua sua vulnerabilidade.

Na área da saúde, o enfoque atual predominante tem sido a manutenção da vida e da saúde do cliente, em detrimento, muitas vezes, do que este deseja para si, de como pretende viver, conduzir-se, cuidar-se e relacionar-se com os outros.

Lunardi (1997) nos faz questionar e refletir como vem se dando muitas das práticas na Enfermagem e na saúde, tanto no ensino como na assistência, quando o paciente, como um ser passivo, chega ao hospital ou aos serviços de saúde, sendo, freqüentemente, reconhecido como um ser com pouco ou nenhum conhecimento, "despossuído" de saber e, a partir deste momento, nós, profissionais da saúde, lhe mostramos a maneira "correta" de conduzir sua vida.

Apresento, então, no capítulo seguinte, a metodologia utilizada para atingir o objetivo proposto neste trabalho.

*Quando saímos em busca de algo, é necessário estarmos receptivos ao que pode ser encontrado.*

*Pode ser decepcionante, mas também pode ser altamente construtivo, dependendo de como o interpretamos.*

*(a autora, 1999)*

## 4 MÉTODO

A coleta de dados para o desenvolvimento deste trabalho, conforme comentado no capítulo anterior, baseou-se no Processo de Enfermagem proposto por Travelbee (1979), adaptado para consultas de enfermagem<sup>1</sup> com mulheres soropositivas.

### 4.1 A busca dos sujeitos

Para operacionalizar a proposta de desenvolvimento deste estudo, foram necessárias algumas providências. O primeiro passo tomado foi a solicitação de autorização (anexo 2), por escrito, à direção do Hospital Universitário, para dar seguimento ao trabalho já iniciado durante a disciplina de Prática Assistencial. Após, foi solicitado ao médico responsável pelo ambulatório pediátrico destinado a crianças soropositivas para o vírus HIV (anexo 3), também por escrito, autorização para participar das consultas médicas, onde seria mais fácil

<sup>1</sup> Consulta de enfermagem, para Vanzin e Nery (1996, p.79) "é uma atividade fim privativa do enfermeiro. No entanto, este profissional deve ter suas prerrogativas fortes, nos aspectos: conhecimento, competência e responsabilidade. Ele deve ter sensibilidade humana e saber ouvir e permitir a participação do cliente no processo de identificação dos problemas de saúde, estabelecimento de prioridades, planejamento das ações educativas e de saúde, que conduzem à promoção e à manutenção da saúde". Apesar de haver criado um roteiro semi-estruturado para o primeiro encontro com cada uma das mulheres, não considerei, em momento algum, que estivesse realizando entrevistas, porque houve uma relação de troca muito grande entre enfermeira-mulher soropositiva, tendo, inclusive, criado fortes laços de amizade com duas destas mulheres a partir destes encontros. (N.A)

reencontrar as quatro mulheres soropositivas com quem já havia desenvolvido, previamente, as consultas de enfermagem.

Após receber as autorizações solicitadas, passei a freqüentar o ambulatório pediátrico, onde reencontrei apenas duas das mulheres com quem havia realizado consultas de enfermagem. Conversando individualmente com elas, comuniquei-lhes a retomada do projeto, comentando que pretendia o aprofundamento de alguns aspectos identificados nos encontros anteriores, os quais não haviam ficado claros o suficiente. A cliente que mais ativamente participou das consultas de enfermagem, no ano anterior, falou que seria difícil dar seguimento aos encontros porque os seus três filhos, com idades entre dois e cinco anos, estavam maiores, sua família havia mudado de residência e não tinha mais com quem deixar as crianças. Entendi o seu problema e me coloquei à sua disposição, caso desejasse conversar em um outro momento, independente da sua participação ou não neste trabalho.

A outra cliente mostrou-se muito interessada em continuar a falar sobre o tema, propondo, como local para a realização das consultas de enfermagem, o hospital-dia, nos horários em que fazia as medicações. Para minha surpresa, quando fui ao seu encontro, esta mulher não era conhecida pelos funcionários do hospital-dia, nunca houvera feito medicações e nem estava agendada para aquela tarde. Entre espanto e tristeza, fiquei, por vários dias, a meditar sobre as possíveis razões que a levaram a criar uma situação imaginária para não me dizer que não queria falar sobre si. Algumas semanas após, a encontrei nos corredores do hospital; disse que estava com o filho menor internado e, pela maneira simpática e afetuosa com que me cumprimentou, pareceu que nem se lembrava do encontro que marcamos. Não retomei o assunto, pois a proposta deste

trabalho não é coagir as pessoas à práticas nas quais se sintam, talvez, desconfortáveis.

As outras duas mulheres que esperava reencontrar, especialmente àquela que dizia não precisar de preservativo porque fizera ligadura, não retornou mais às consultas pediátricas e, a outra, ficou sem condições de participar do trabalho por estar internada, com complicações relacionadas à Aids.

O seguimento deste estudo, então, foi favorecido por atuar como enfermeira na Maternidade do HU, instituição que é o centro de referência, na cidade do Rio Grande, para gravidezes de alto risco, nelas incluindo as gestantes soropositivas. Convidei, então, mulheres que internaram durante a fase de coleta de dados, para participarem do trabalho, sendo que três aceitaram o convite<sup>2</sup>. As consultas de enfermagem foram realizadas nos meses de agosto a dezembro de 1998. Por intermédio de uma das três mulheres, conheci outra cliente que pertencia a um grupo de auto-ajuda de soropositivos para o vírus HIV e esta se prontificou a participar do estudo.

A implementação do Processo de Enfermagem ocorreu sob a forma de consultas de enfermagem, agendadas a partir de contatos prévios na unidade de internação. A definição dos locais para a realização das consultas de enfermagem resultava de uma negociação com essas clientes, tendo em vista o seu receio e temor em serem reconhecidas e identificadas como HIV positivas. Em decorrência disto, os encontros se faziam, por solicitação das próprias clientes, na maternidade, no ambulatório, na área acadêmica do HU, no grupo de auto-ajuda e, inclusive, um dos encontros ocorreu na praia, pois lá a cliente considerou ser

---

<sup>2</sup> Algumas mulheres soropositivas que passaram na Maternidade, na fase de coleta de dados, preferiram não participar do estudo, referindo ter tomado conhecimento de sua condição no pré-natal, não tendo tempo suficiente para assimilarem tal situação. (N.A)

um local mais seguro. Com cada uma, foram realizados em torno de três consultas, com duração de uma a duas horas.

Para iniciar as consultas de enfermagem, foi solicitado seu consentimento livre e esclarecido, por escrito, para dar seguimento aos encontros (anexo 4) e também para o uso de gravador, objetivando maior liberdade de ação. A consulta de enfermagem é um momento singular para a enfermeira e para a paciente porque, durante o período em que se encontra a sós com outra pessoa, numa situação profissional, poderá se desenvolver um processo terapêutico ao fim do qual ambas, enfermeira e paciente, saem fortalecidas.

Apresento, então, as mulheres que participaram das consultas de enfermagem, as quais possibilitaram o estudo em questão.

#### **4.2 Apresentando as clientes**

As mulheres, com quem desenvolvi as consultas de enfermagem, estão na faixa etária que vai dos 19 aos 44 anos. Estão, em idade fértil, já passaram pela experiência da maternidade, do recebimento de um diagnóstico de soropositividade para o vírus HIV e se contaminaram de diferentes maneiras.

Para preservar ao máximo as suas identidades, dado o preconceito ainda muito forte, na nossa sociedade, em relação aos soropositivos para o vírus HIV e, também, porque não seria muito difícil descobrir a identidade de cada uma das participantes do estudo, no hospital onde foram feitas as consultas de enfermagem, optei por relacionar cada mulher à sua forma provável de contaminação, grau de escolaridade e idade, sem correlacionar outros dados, como profissão, dentre outros, que foram colhidos nas entrevistas.

As mulheres serão denominadas como C1, C2, C3 e C4, sendo que C significa cliente.

**C1-** Tem 44 anos, estudou até o 2º ano do ensino médio. Foi casada por mais de 30 anos, afirmando não ter tido outros relacionamentos sexuais. Não estava trabalhando, quando realizamos as consultas de enfermagem.

**C2-** Tem 19 anos, estudou até a 5ª série do ensino fundamental e informou que se contaminou com o seu primeiro namorado, referindo não ter experiências sexuais prévias. Parou de trabalhar próximo a data do parto.

**C3:** Tem 22 anos e estudou até a 5ª série do ensino fundamental; revelou não ter certeza se a contaminação pelo vírus HIV ocorreu em uma das duas transfusões sanguíneas que recebeu, quando necessitou submeter-se a duas cirurgias, há alguns anos, ou como decorrência de relações sexuais com um parceiro que ela acredita, poderia estar contaminado. Por não desejar reencontrar novamente esse parceiro, ela optou por não conhecer sua situação sorológica. Não estava trabalhando.

**C4:** Tem 35 anos e estudou até o 2º ano do ensino médio. Esta mulher afirma que se contaminou através de transfusão sanguínea e, após, contaminou, pela via sexual, seu parceiro. Segundo ela, não tinham noção do risco que corriam. Este fato ocorreu, possivelmente, porque, na época em que recebeu o sangue (1990), não foi realizada a sua testagem para anticorpos anti-HIV, apesar da sua realização ser obrigatória, no Brasil, desde o final da década de 80. Para C4,

houve a necessidade urgente de receber uma transfusão e familiares lhe doaram o sangue. Por este fato ter ocorrido nos primeiros anos do surgimento da doença, e os próprios familiares lhe terem doado o sangue, talvez nem tenha sido cogitada a hipótese do risco. É possível que esteja, aí, uma situação na qual se possa caracterizar "inocência", imprudência ou, ainda, negligência da equipe de saúde, reconhecida pela própria cliente; provavelmente, para não expor publicamente a si e a sua família, ela não demonstra interesse em buscar a punição dos responsáveis. Já apresentou manifestação de doenças oportunistas. Trabalha como autônoma.

A grande maioria das mulheres soropositivas que passam pela maternidade do HU acreditam que a contaminação pelo vírus HIV ocorreu através da via sexual, exclusivamente. Este estudo, também, apontou este modo de contágio como o principal responsável pelo aumento dos índices de casos entre mulheres heterossexuais, que têm relações estáveis com um parceiro sexual. Em Rio Grande, são raros os casos de mulheres contaminadas pelo uso de drogas endovenosas que internam na maternidade do HU.

### **4.3 A Consulta de Enfermagem**

Como já referido anteriormente, para o desenvolvimento das consultas de enfermagem, utilizei-me do Processo de Enfermagem, a partir de Travelbee, que possui quatro fases distintas.

Estas fases, originalmente, são denominadas de: Observação<sup>3</sup>, Interpretação<sup>4</sup>, Tomadas de Decisão e Ações da Enfermeira e Avaliação da Ação.

Neste estudo, entretanto, as duas primeiras fases foram denominadas, respectivamente, como Interação e Compreensão porque, nas consultas de enfermagem realizadas, mais do que uma observação no início das consultas, pretendia-se uma interação com a cliente, seguida da tentativa de compreensão do seu vivido.

Na prática, as quatro fases do Processo de Enfermagem, muitas vezes, estão articuladas entre si, complementam-se, podendo ou não ocorrer simultaneamente. A seguir, serão descritas, separadamente, estas quatro fases:

#### 4.3.1 Interação

Constitui a primeira etapa da relação a ser construída entre a enfermeira e a cliente. A partir da interação, a enfermeira vai se instrumentalizando para fazer inferências ou não, de acordo com as interpretações do ocorrido quando na relação enfermeira-mulher soropositiva. A interação possibilita criar situações onde é possível reconhecer a cliente como um ser humano único. Este passo é indispensável para construir uma relação entre enfermeira e paciente, quando se pretende chegar à Relação Pessoa a Pessoa propriamente dita.

---

<sup>3</sup> Para Travelbee (1979, p. 24-5) a observação é um método ativo, um meio utilizado com um propósito e um sentido determinados, requerendo concentração no que está sendo buscado. Travelbee destaca que a enfermeira observa uma pessoa enferma que pode (ou não) estar experimentando sintomas de uma enfermidade particular e avalia (com a pessoa enferma, se possível), as experiências subjetivas que a pessoa está vivendo.

<sup>4</sup> Para Travelbee (1979, p. 31) interpretação "consiste na explicação da informação empírica, procurando situar o observado dentro de um conjunto significativo". As interpretações, ainda, podem classificar-se como uma "opinião", desprovida de um fundamento, quando há uma hipótese provisória articulada a uma fundamentação teórica.

Neste primeiro momento, foi desenvolvido um roteiro (anexo 5), com uma relação de tópicos gerais a serem abordados com todas as mulheres participantes das consultas de enfermagem, que incluía dados pessoais e alguns dados clínicos. Este roteiro serviu como um subsídio inicial para dar, a seguir, continuidade ao aprofundamento de questões para conhecer a mulher soropositiva, tais como seu conhecimento sobre a doença, fontes de informação, medidas preventivas, aceitação ou não das orientações, dificuldades para aderir, com seus parceiros, as orientações recebidas. Foi possível aprofundar, também, sentimentos, percepções, crenças e cuidados frente à realidade vivida.

Se fez necessário, nesta fase, priorizar um tempo para *estar com* a mulher, proporcionando, assim, uma maior aproximação, o que facilitou o estabelecimento de relações realmente significativas e, acredito, verdadeiras. Este período foi marcado pela *percepção* aguçada, quando foi essencial *ouvir* o que a mulher tinha a falar, buscando, desta forma, ampliar o conhecimento sobre a sua realidade, adquirindo informações que possibilitassem a continuidade do processo, levando ao esclarecimento de questões importantes para ambas, mulher e enfermeira. Nesta fase, assim como nas demais, foi oportunizado, à cliente, espaço para fazer perguntas à enfermeira.

Parker (1995,p 35-6), reforçando a importância da pesquisa qualitativa sobre cultura sexual e sua relação com a experiência sexual, acredita que, para interagir com a cliente, seja de grande importância o uso de entrevistas profundas. Para ele, embora tais entrevistas sejam muito importantes em quase todas as pesquisas qualitativas, independentemente da temática abordada, talvez, sejam especialmente importantes no caso das pesquisas relacionadas à experiência sexual. Para o desenvolvimento deste tipo de pesquisa com enfoque

sexual, é necessário que se crie e se estabeleça uma relação de confiança entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa. Ainda, afirma que "por mais importantes que possam ser, as entrevistas profundas só proporcionarão informações adequadas caso se dê atenção e planejamento adequado ao cronograma de entrevistas, ao tipo de informação a ser investigada e à forma de estruturação e de apresentação das perguntas".

Dada a natureza altamente sensível das informações sobre o comportamento sexual e sua possível relação com o contágio de uma doença transmissível, a qualidade dos dados, coletados através de entrevistas profundas, depende muito do grau de confiança desenvolvido entre o pesquisador e seus informantes, o que acredito tenha sido favorecido pela proposta da Relação Pessoa a Pessoa construída a partir de Travelbee.

Para garantir o caráter confidencial das informações, as consultas de enfermagem foram sempre realizadas assegurando a privacidade das clientes, em ambiente discreto, e a Relação Pessoa a Pessoa entre enfermeira-cliente entrevistada foi sendo construída ao longo do tempo.

Para Ludke e André (1986, p.33-35)

é importante atentar para o caráter de interação que permeia a entrevista. Mais do que outros instrumentos de pesquisa, que em geral estabelecem uma relação hierárquica entre o pesquisador e o pesquisado, (...) na entrevista, a relação que se cria é de interação, havendo uma influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. (...) Na medida em que houver um clima de estímulo e de aceitação mútua, as informações fluirão de maneira notável e autêntica. Como se realiza cada vez de maneira exclusiva, a entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam sobremaneira eficaz na obtenção de informações desejadas. Uma exigência da entrevista é um respeito muito grande pelo entrevistado, que vão desde o local e horário marcados até a perfeita garantia do sigilo e anonimato em relação ao informante.

### Exemplo de um momento de interação entre a enfermeira e C4:

E.: Bom dia. Sou Marise, a enfermeira do turno da tarde.

C4: (um pouco assustada) Bom dia.

E.: Como estás te sentindo, hoje?

C4: (sempre com frases curtas) Melhor.

E.: Fui informada, durante a passagem de plantão, que internaste ontem à noite com descolamento prematuro de placenta. Ainda estás sentindo dores ou perdendo líquidos pela vagina?

C4: Não. Acho que com o repouso "forçado" parou tudo.

E.: Estou te percebendo bastante assustada, talvez um pouco mais do que o normal para o que estou acostumada a ver em outras pacientes com o mesmo problema que estás passando. O que está acontecendo? Gostarias de conversar sobre isso?

C4: Não te falaram?

E.: Sobre o quê?

C4: Sobre o que eu tenho?

E.: Podes ser mais específica?

C4: Acho que posso. Posso confiar em ti?

E.: Claro!

C4: Eu sou portadora do HIV. Não era para estar grávida, fui um acidente.

E.: Tudo bem. Primeiro procura ficar mais tranqüila. Vamos conversar um pouco sobre isso, então, se é o que mais te aflige no momento.

C4: Eu faço a medicação que a médica mandou, para diminuir a chance do nenê ser positivo, mas eu fico angustiada.

E.: O resultado dos exames definitivos do nenê são dados apenas após os 18 meses de vida. Ele poderá ou não ser positivo, mas com o tratamento que estás fazendo, as chances são bem menores. Como te falei, nós temos tido muitas mulheres soropositivas aqui na maternidade e, devido a esse aumento, estou realizando um trabalho sobre esse assunto. Estou na fase de coleta de dados, ainda. Se quiseres ser uma das mulheres participantes, estás convidada.

C4: Tudo bem, eu aceito, se o trabalho for bom prá ti e também ajudar outras mulheres."

E.: O objetivo do trabalho não é ser bom prá mim, ele tem que ser bom também prá ti, mas, como tu disseste, acredito que ele possa vir a ajudar muitas outras mulheres que estão passando por essa mesma angústia que estás, agora, e muitas vezes o pessoal do hospital nem percebe, ou, por vários motivos, não consegue perceber.

#### 4.3.2 Compreensão

Consiste na interpretação da informação empírica, tentando situar o que foi observado, dentro de um conjunto significativo. Na Relação Pessoa a Pessoa, é muito importante o interesse da enfermeira pela realidade vivida pela mulher, pois amplia o entendimento acerca dos possíveis significados do seu comportamento e a relevância que têm estes significados para a intervenção de enfermagem.

Sempre que surgiram dúvidas, durante esta fase, era perguntado à mulher o que ela queria dizer com determinadas palavras, gestos ou expressões.

As mulheres que desejaram, tomaram conhecimento do que foi registrado, por mim, acerca dos dados com elas colhidos. Logo após, os registros eram ajustados conforme as contribuições da própria mulher, que comentava seu entendimento sobre o que havia lido e ouvido, para serem encaminhadas, então, decisões *conjuntas*.

Exemplo de um momento da fase de compreensão:

E.: Poderias me explicar como é o teu relacionamento com a doença?

C4: Ah, é difícil te dizer...(pausa e olhos marejados). O problema dessa doença é que tu não podes dizer prá ninguém! Se tu tiver com câncer, tu fala e todo mundo entende...

E.: E tu tens necessidade de contar?

C4: (chorando) Aqui no hospital não tive problema nenhum... mas é que, às vezes, assim, tu sente... vontade de conversar, assim, mas não dá, porque tu nunca sabes que jeito a pessoa vai reagir... eu falo com meu marido, com a médica e com uma amiga minha. Só. Não falei prá minhas filhas. Acho que contando prá outras pessoas eu posso perder minhas clientes ...

E.: Ainda existe muita desinformação em nossa sociedade. Uma maneira de tentar reduzir o preconceito é começar a comentar sobre a existência da Aids com as pessoas que convives e sequer imaginariam que és portadora. Tens conhecimento e condições de minorar a desinformação delas. Assim o preconceito não partiria de ti.

#### 4.3.3 Tomadas de Decisão e Ação da Enfermeira

Tomadas de Decisão não significa que a enfermeira decida, pela mulher, as atitudes e os rumos que ela deve seguir, pois iria de encontro à minha crença de que o comportamento manifestado por muitos profissionais da área da saúde, em geral, no seu dia a dia, de decidir sobre a vida dos sujeitos - como uma manifestação do seu exercício de poder - não tem sido a melhor alternativa para reduzir os níveis alarmantes de pessoas soropositivas para o vírus HIV.

O termo Tomadas de Decisão foi usado para mostrar que a enfermeira deve participar de um processo interativo, ampliar a sua compreensão, desenvolver interpretações acerca dos significados das informações, comprovar

suas percepções e decidir, com a cliente, que linha de ação deverá seguir. A compreensão requer discernimento e as decisões são adotadas aplicando corretamente a análise crítica em qualquer situação dada. Uma decisão constitui um juízo emitido sobre as formas de enfrentar um problema ou confirmar uma hipótese; as decisões se situam na esfera do conhecimento.

Na Relação Pessoa a Pessoa, as tomadas de decisão são um processo conjunto da enfermeira e da mulher soropositiva, acerca dos procedimentos e outros encaminhamentos requeridos pela situação concreta. Estas ações, portanto, *respeitam os desejos* e a autonomia da mulher em relação aos cuidados com a sua saúde. Houve uma grande preocupação em não tomar decisões *pela* mulher, e sim *com* a mulher, pois, conforme um dos pressupostos de Travelbee, a enfermeira deve ajudar as pessoas a identificarem seus problemas e a enfrentá-los de forma realista, reconhecendo a importância de sua atuação nestas experiências.

Exemplo de uma tomada de decisão:

**E.:** Em nossa cidade existe um grupo de pessoas soropositivas que se encontram semanalmente, um grupo de auto-ajuda, chamado VIDDA. Lá é possível conversar, discutir sobre vários assuntos de interesse do grupo, encontrar alternativas para muitos problemas que parecem ser só nossos, mas muitas vezes fazem parte do dia a dia de cada um. Talvez lá tu conseguisses falar muitas das coisas que te afligem...

**C4:** Nem adianta tu me dar o endereço, porque eu não vou.

**E.:** Mas o grupo não é uma obrigação. Estou apenas sugerindo um outro espaço onde podes te abrir, conversar..

**C4:** Não vou... eu sou meio difícil de.... é verdade! Eu sou meio... não sei como é que é. É que eu queria conversar, mas não é com qualquer um. Eu queria conversar com pessoas que eu gosto, com pessoas que vá fazer diferença...com, minhas filhas, por exemplo...

**E.:** Tudo bem. Eu apenas estou te mostrando possibilidades. Se quiseres, depois, num outro momento, pensar mais no assunto, podes me procurar.

#### 4.3.4 Avaliação da ação

Para Travelbee (1979), a avaliação da ação de enfermagem é uma das características que distinguem a sua prática profissional. A competência da prática de enfermagem não pode ser desenvolvida e aprimorada sem uma avaliação contínua das intervenções da enfermeira. A avaliação das ações de enfermagem é o processo de julgar, apreciar, estimar e avaliar a qualidade e a eficácia da intervenção.

Na consulta de enfermagem, a avaliação compreende a verificação das ações desenvolvidas, tanto pela enfermeira quanto pela cliente (procedimentos, encaminhamentos, cuidados), identificando se foram adequadas, se requerem reforço ou se necessitam uma proposta de modificação. Na Relação Pessoa a Pessoa, a avaliação, preferentemente, deve ser feita em conjunto com a cliente.

Alguns meses mais tarde, C4 retornou ao hospital para ganhar o bebê. Quando entrei no quarto, me reconheceu e sorriu. Estava com a filha mais velha e com a mãe. Conversei com ela, parabenizando-a pelo nascimento do bebê. Não comentei nada sobre o HIV. Mais tarde, retornei ao quarto e ela estava sozinha.

Este foi o diálogo que se seguiu:

**C4:** Depois daquele nosso encontro, fui tomando coragem e consegui contar tudo para as minhas filhas!

**E.:** Parabéns! Então valeu a pena o nosso encontro.

**C4:** Quero te agradecer por não teres falado nada quando chegaste no quarto, pois a minha mãe não sabe, ainda. Prá ela eu não quero contar.

**E.:** Eu recordei, e foi exatamente por isso que tentei parecer um pouco distante, não mostrando a ela que te conhecia.

**C4:** Como eu ia ganhar o nenê e sabia que iria sangrar, tive medo de deixá-las expostas, e aos poucos fui me animando e contei. Elas aceitaram super bem. Acho que ficamos mais amigas, agora. E o teu trabalho, terminou?

**E.:** Não ainda, mas quando acabar eu entro em contato contigo, e se quiseres, te dou uma cópia.

**C4:** Legal, vou aguardar.

Nesse instante, sua mãe retornou ao quarto e passamos a falar sobre o bebê. Para justificar não estar amamentando, ela disse que estava sem leite, e o pediatra prescreveu o uso de leite por mamadeira. Conversamos, mais um pouco, e depois nos despedimos. Sai feliz com o retorno que a consulta de enfermagem trouxe a nós duas. Percebi, naquele instante, o significado de uma proposta de Relação Pessoa a Pessoa.

Encerrada a coleta dos dados, o passo seguinte foi proceder à sua análise. A forma como ocorreu a análise dos dados está descrita, a seguir.

#### **4.4 O processo de análise dos dados**

As consultas de enfermagem foram gravadas em fita K7. Após cada encontro, procurava transcrevê-las de imediato, para que pudesse relembrar os detalhes de expressões faciais, movimentos físicos, registrando minhas impressões de cada consulta, para poder retomar, no encontro posterior, as dúvidas identificadas e o que não fora possível esgotar em um só encontro.

Feita a transcrição dos dados, procedia à leitura geral dos depoimentos obtidos, sem a pretensão, a princípio, de definir qualquer aspecto a ser analisado de modo específico, mas com o objetivo de apreender o sentido do discurso como um todo.

Para Ludke e André (1986, p. 45), "a tarefa de análise implica, num primeiro momento, na organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes". Depois da primeira leitura geral, então, cada depoimento foi lido tantas vezes quantas fossem necessárias. Fini (1994, p.54-55), também escrevendo sobre a análise dos dados, diz que esta leitura é feita na tentativa de

"analisar qualitativa, sistemática e rigorosamente, até colocar em evidência as unidades de significado". Ludke e André (id., p.45) sobre a continuidade da análise, dizem que "num segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências num nível de abstração mais elevado".

Esta técnica adotada, então, permitiu perceber quando emergiam, dos textos, as unidades que se mostraram mais significativas, pois tais unidades

não são elementos que existem "per se", mas apenas em relação à perspectiva adotada por quem analisa. As unidades significativas não se encontram diretamente delineadas de maneira expressa nos textos, mas se mostram através da leitura dos mesmos e à medida que o investigador verificar modificações para o sujeito enquanto ao significado das situações descritas. Elas emergem dos textos de acordo com a leitura que deles faz o investigador. (Fini, 1994, p.55)

Para Fini (1994, p.56), ainda, "a compreensão origina-se no momento do surgimento da fala e só há possibilidade de compreensão na interpretação, que é um meio de fazer a compreensão explícita. A análise do significado torna o fenômeno inteligível, à medida que se prossegue no inquérito descritivo e que se desenvolve a análise interpretativa", a partir da identificação destas unidades de significado e sua aproximação temática, frente ao objetivo e ao referencial teórico.

Dando seqüência à análise, os dados que se tornaram mais significativos foram sendo aprofundados com o auxílio da revisão de literatura, na busca do conhecimento já existente sobre os temas que emergiram das falas das clientes, com a pretensão de contribuir, de alguma forma, com conhecimentos novos para a enfermagem e para a área da saúde.

Na tentativa de compreender os motivos que têm favorecido a contaminação das mulheres pelo vírus, e como estas vêm se cuidando após tomarem conhecimento da sua soropositividade, alguns depoimentos fizeram

emergir uma realidade que não é verbalizada, com freqüência, e que precisaria ser levada em conta, pelos profissionais da saúde, que tratam e convivem, diariamente, com pessoas soropositivas.

Trarei, a seguir, o capítulo de análise dos dados, conforme referido anteriormente, a partir do objetivo que me propus alcançar, do referencial teórico e de reflexões pessoais, resgatando fragmentos extraídos dos diálogos.

*“Uma vez que lhe digam que você é soropositiva, não existe isso de ser assintomática.*

*Pode ser que não tenha sintomas físicos, mas sua vida muda para sempre”.*

*(Jay<sup>a</sup> Levy, 1990)*

## 5 ANÁLISE DOS DADOS

Durante as consultas de enfermagem realizadas, foram colhidos dados que forneceram subsídios para analisar a questão que se mostrou objeto deste estudo, já referida anteriormente, ou seja, compreender, a partir dos discursos de mulheres portadoras do vírus HIV, motivos que têm favorecido a contaminação das mulheres pelo vírus e como estas vêm se cuidando após tomarem conhecimento de sua soropositividade.

Neste capítulo, então, apresento as categorias que emergiram da análise do conteúdo das falas das clientes. As duas primeiras categorias, "Aids: ainda uma doença dos outros", e "A ausência de diálogo entre os parceiros sexuais- um limitante para o cuidado de si" relacionam-se, predominantemente, às vivências que se deram antes das mulheres se saberem na condição de portadoras do vírus HIV. A terceira categoria, "Teu exame deu positivo!", apresenta dados que explicitam suas experiências a partir do conhecimento de sua contaminação pelo vírus HIV.

### **5.1- Aids: ainda uma doença dos outros**

Nesta categoria, focalizo, predominantemente, o (des)conhecimento das clientes sobre a Aids, o que parece, ainda, estar associado ao entendimento que a Aids continua sendo "uma doença dos outros".

Uma das características marcantes do século XX foi a rapidez com que a ciência e a tecnologia evoluíram. Os meios de comunicação atingiram praticamente todas as camadas da população, desde os veículos mais acessíveis, como jornal, rádio, revistas, televisão, telefone, chegando, por fim, a internet, capaz de interligar todos os países do mundo em tempo real.

Porém, apesar desse progresso tecnológico, as notícias veiculadas pelos meios de comunicação, em meados da década de 80, sobre uma nova doença relacionada à drogadição e à sexualidade, mais especificamente à promiscuidade, que vinha dizimando, principalmente, homossexuais masculinos, denominada, à época, de "peste gay" ou "peste rosa", parecem estar associadas ao preconceito e ao medo em relação à Aids. A forma como foram relatados os primeiros casos da doença, naquela e ainda no início da década atual, a ênfase que se dava à imagem de pessoas na fase terminal da doença, a existência de filmes sensacionalistas sobre o tema, associados, parecem ter alertado a sociedade para a existência de uma nova doença transmissível que, possivelmente, favoreceu o desenvolvimento de um sentimento de temor na população em geral, concomitante ao sentimento de despreocupação quanto ao seu contágio, para quem não realizasse práticas de risco, o que parecia contraditório.

Ainda é muito forte o pensamento das pessoas, de um modo geral, de que, para terem se contaminado, os portadores/doentes de Aids praticaram algum "desvio" de conduta e, as mulheres em especial, fizeram alguma coisa "errada",

como prostituição ou uso de drogas ilícitas. Infelizmente, este tem sido um duplo equívoco, principalmente na forma de contaminação das mulheres. A Aids foi a doença que mais matou no mundo, em 1997, fazendo 2,3 milhões de vítimas, e no Brasil, foi a segunda doença que mais vítimas fatais fez entre as mulheres de 20 a 50 anos, quando estão no seu período mais ativo de vida sexual. As doenças que mais mataram, em 1997, foram, pela ordem, câncer, Aids, doenças circulatórias, derrames, doenças cerebrovasculares e doenças respiratórias. (Traumann, 1998, p. 116)

As clientes que participaram deste estudo, antes de se saberem soropositivas, aparentemente, também já tinham algum conhecimento ou informação sobre a Aids, como se percebe nas suas falas:

***C<sub>1</sub> - "Eu escutava na TV, lia revistas, jornais, e todos afirmavam que Aids mata".***

***C<sub>2</sub> - "A gente vê na televisão, né..."***

***C<sub>3</sub> - "Eu conhecia umas colegas minhas, portadoras. Também via na TV, filmes..."***

***C<sub>4</sub> - Sei quase tudo, porque meu irmão é doente.***

As redes de televisão têm um importante papel na vida das pessoas, sendo um dos grandes responsáveis pela formação de opinião<sup>1</sup>. Na disputa por maiores índices de audiência, vê-se, também, programas com uma baixa qualidade de produção e, por vezes, a exposição de pessoas doentes de Aids, até ser usada com esse objetivo, o que pode ter favorecido o aumento do preconceito em

---

<sup>1</sup> As pessoas que têm condições de acesso às redes de televisão por assinatura podem avaliar a diferença entre programações mais comprometidas com a informação e a educação, das demais. (N.A)

relação à esta doença e aos que por ela são acometidos. Jornais e revistas, também, às vezes, veiculam novas notícias sobre Aids, atraindo compradores ávidos por mais informações; porém, nas matérias, nem sempre é percebido um compromisso ético com os leitores ou público a que se dirigem. Seria interessante aproveitar tais espaços para destacar, além da importância do uso de medidas adequadas para a prevenção do contágio, a necessidade do respeito com os já portadores e/ou doentes, ou seja, atuando como espaços também educativos.

Polizzi (1998, p.94), em seu livro "Depois daquela viagem", relata a maneira como se contaminou com o vírus HIV, e aponta diferenças que viu entre a maneira de abordar o controle e a prevenção da doença nos Estados Unidos e no Brasil, já no início da década de 90. Ela, que viveu a realidade dos dois países em relação à Aids, enquanto portadora do vírus HIV, constatou que, nos EUA, os profissionais e a imprensa esclareciam à população como era *viver com HIV/Aids*. A expressão usada era "pessoas vivendo com HIV/Aids". Já no Brasil, (ibid., 1998, p.104), as primeiras campanhas publicitárias pareciam ter como objetivo não tanto a preparação para viver com HIV/Aids, mas pretendiam (ou passavam a idéia de querer) atemorizar as pessoas, na tentativa de evitar a propagação da doença, utilizando frases como: "se você não se cuidar, a Aids vai te pegar", numa aparente concepção da doença tratar-se de um ser animado e temível, prestes a agarrar pessoas indefesas. Meneghin (1993) observou que o medo e comportamentos inadequados evidenciados na população, em relação à Aids, são provocados tanto pela ineficácia como pelo baixo impacto das informações sobre Aids transmitidos pela mídia.

Uma outra fonte de informação possível seriam os livros técnicos e científicos, que têm por função, interesse e compromisso divulgar avanços e

atualizações sobre a doença e seu tratamento. Entretanto, na realidade, não são estes que chegam às bancas de jornais e revistas, além do que, seu conteúdo, assim como seus preços, não são tão acessíveis, fazendo com que apenas uma pequena parcela da população possa ter informações mais atualizadas acerca dos avanços em relação ao tratamento e à cura da Aids.

Conforme o relato de C<sub>1</sub>, na época em que tomou conhecimento sobre a doença, o que se ouvia era que Aids matava. Hoje se sabe que esta não é mais uma afirmação necessariamente correta. Os avanços farmacológicos e o surgimento de novas drogas<sup>2</sup> proporcionaram uma melhora considerável na qualidade de vida dos portadores/doentes de Aids. Entretanto, sem o acesso a esses medicamentos e sem uma modificação em padrões e hábitos de vida, tais como praticar sexo seguro, não compartilhar seringas e agulhas, controlar doações de sangue e hemoderivados, evitar aleitamento cruzado (mães amamentando duas ou mais crianças como uma forma de auxílio àquelas(s) que “tem pouco leite”), o desenvolvimento da doença pode apresentar características semelhantes às do seu surgimento, em meados da década de 80, vindo a manifestar-se de forma abrupta e, algumas vezes, fatal, se não diagnosticada e tratada em tempo hábil.

Parece importante que os profissionais da saúde focalizem, com os seus clientes, como eles têm recebido as informações veiculadas pela mídia, na tentativa de desconstruir, se necessário, informações e verdades recebidas como absolutas e, até, como desmobilizadoras para o cuidado de si, dando ênfase às

---

<sup>2</sup>Atualmente existem, no mercado brasileiro, cinco drogas inibidoras da transcriptase reversa: zidovudina (AZT), zalcitabina, didanosina, estavudina e lamivudina, e quatro drogas inibidoras de protease: saquinavir, indinavir, ritonavir e nelfinavir, que têm, como principal objetivo, melhorar a qualidade de vida, aumentar a sobrevida, reduzir a carga viral e aumentar o número de linfócitos CD4. (Lima, 1999, p.16-18)

formas de contágio, na tentativa de conter o avanço da doença. Considero importante mostrar, além disso, que as pessoas soropositivas têm possibilidades de viverem melhor, ou seja, que o diagnóstico de positividade para o vírus HIV não significa uma sentença de morte. Padoin (1999, p.123) afirma que, "o ser-com Aids, muitas vezes, passa a viver num estado que é pior que a própria doença, com medo da denúncia decorrente da ignorância e, principalmente, do preconceito". Penso que a ignorância pode desfazer-se oportunizando o acesso à informação correta, e o preconceito pode ser minimizado com um melhor conhecimento sobre a doença e o respeito pelo outro.

Associado, ainda, à questão do conhecimento sobre a Aids, um dado marcante surgiu no comentário de uma das entrevistadas:

***C<sub>2</sub>- "No colégio tinha uma professora de religião que falava sobre isso, também, mas assim, passava por longe... mais é nas conversas com os colegas".***

E a escola? Qual o seu compromisso com a formação dos alunos, no que se refere a sua sexualidade e, aí, à prevenção da gravidez precoce e das doenças sexualmente transmissíveis?

É inegável que a formação sexual das crianças se dá primeiramente na família, mesmo que os pais não conversem sobre sexo com elas. A maneira como os pais conversam entre si, os papéis que cada um exerce no lar, o modo como se relacionam afetivamente vão mostrando, à criança, como se conduzir em situações semelhantes. Nas famílias em que a educação sexual se faz de modo mais contínuo e sem tabus, as crianças e os jovens parecem sair melhor estruturados para decidir o que consideram como melhor para si, quando iniciam sua vida sexual. A educação sexual nas escolas precisa voltar-se, então,

basicamente para as crianças e os jovens, que podem estar recebendo uma formação deturpada, sem um conhecimento adequado, muitas vezes, sequer de sua própria anatomia. Nesse sentido, Paiva (1996, p.222) afirma que "a diferença na idade do início da vida sexual é importante do ponto de vista dos programas preventivos, que devem começar mais cedo com os jovens de escolaridade mais baixa. No Brasil, o índice de pacientes com Aids com menos de 25 anos é de 25% para as mulheres e 13% para os homens".

A iniciação sexual dos jovens brasileiros vem se dando cada vez mais cedo e, em torno dos 18 anos, a grande maioria já se encontra com vida sexual ativa. A escola, que os recebe diariamente, ao longo dos anos e acompanha seu crescimento e desenvolvimento, parece, ainda, ignorar que várias meninas abandonam os estudos ao se saberem grávidas ou logo após o nascimento dos seus filhos. C2 foi mais uma adolescente que disse ter abandonado a escola por referir "vergonha da barriga" ao engravidar. As jovens, assim como os rapazes, desejosos de informação sexual, recorrem às conversas com os colegas para entenderem o que está acontecendo em seus corpos e mentes, muitas vezes, podendo obter informações de forma deturpada, errônea.

Werebe<sup>3</sup> (1998, p. 103) comenta que "uma autêntica educação sexual deve ter objetivos amplos: oferecer à criança e aos jovens a possibilidade de compreender as dimensões e o significado da sexualidade, de maneira a integrá-la positivamente na personalidade e a contribuir para que possam realizar projetos de vida pessoal e social como seres sexuados".

---

<sup>3</sup> Sugiro a leitura dos capítulos 4 e 5 do livro *Sexualidade, Política e Educação* (WEREBE, 1998), referenciado na bibliografia, que enfocam a educação sexual informal e intencional, respectivamente. (N.A)

Quando C2 disse que, apenas uma professora, no universo da escola, falava sobre Aids, mesmo “passando por longe”, pode ser um indicativo de que os jovens desejem e necessitem muito mais do que lhes vem sendo oferecido; eles querem, talvez, uma escola que os veja integralmente, o que significa, como afirmado anteriormente, reconhecer e prepará-los, também, para vivenciar sua sexualidade. Percebe-se, assim, a necessidade urgente de uma melhor preparação dos professores de todas as áreas do conhecimento, acerca da sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e de outros temas correlacionados, para que se sintam mais instrumentalizados para abordar, de maneira acessível e útil, assuntos considerados, ainda, tabus, tendo condições, também, de sugerir leituras direcionadas ao tema.

Soares (1999), ao investigar, no município do Rio Grande, como o professor da escola pública percebe a questão da sexualidade, da gravidez na adolescência, e como vem implementando medidas para a sua prevenção no cotidiano escolar, constatou um generalizado despreparo do professor quanto a questões da sexualidade, tanto no que se refere à sua própria formação pessoal, como a científica. A autora aponta a necessidade de um planejamento de ações alternativas nas escolas, de modo que os défices identificados na formação dos docentes possam ser supridos.

Werebe (1998, p. 197), também comentando sobre o despreparo dos professores para assuntos relacionados à educação sexual de seus alunos, diz que

cabe enfatizar a necessidade de se preparar os educadores que vão se encarregar das intervenções sobre sexualidade. Mais importante, ainda, é a assistência que lhes deve ser assegurada, não apenas por cursos ou seminários, mas, sobretudo, oferecendo-lhes textos e material didático. Enfim, é indispensável que se possa manter com eles um diálogo permanente para confrontar experiências e trocar idéias.

Faz-se necessário, ainda, criar, na própria escola, momentos para que os jovens exponham suas dúvidas e tentem saná-las ou, quando isso não for possível, solicitar a presença de um profissional da área da saúde capacitado para tal. Cumpre salientar, no entanto, que a educação sexual formal, na escola, não deve ser uma imposição aos alunos. Deve ser, sim, um espaço alternativo para discussão àqueles que sentem necessidade de saber mais sobre o tema.

Pinto (1999,p.17), coordenadora do pós-graduação de Ciências Políticas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul –UFRGS, acha importante que “direitos sexuais, gênero, homossexualismo, Aids e gravidez na adolescência sejam debatidos na escola, tudo com muito cuidado para não reproduzir moralismos. A educação não pode ser sinônimo de poda, de imposição de limites. Não podemos educar a partir dos princípios morais e religiosos vigentes”.

Acredito que, para que esta educação ocorra, os professores precisem de um preparo prévio que, provavelmente, não vêm recebendo na sua formação curricular. Trata-se, aqui, de rever seus limites pessoais, sua educação familiar, sua formação religiosa, para que estes não interfiram sobremaneira na forma de conversar com os jovens e de trazer para eles informações que realmente sirvam para as suas vidas, e não apenas como parte de um rol de conteúdos cujo conhecimento deverá ser demonstrado na avaliação de disciplinas. É vital aproveitar o espaço da escola como um local onde se possam sugerir e reforçar, aos jovens, comportamentos mais difíceis de serem modificados nos adultos, como a utilização de preservativos a partir de seus primeiros relacionamentos sexuais, conscientizando-os da importância do respeito ao seu próprio corpo e à vida.

Oliveira (1997) sugere que "o enfermeiro, sobretudo o licenciado, atenda-se às questões de saúde integral do escolar, principalmente à saúde sexual, devido à sua vulnerabilidade aos riscos presentes em seu cotidiano, por ser esta população carente de informações neste sentido". Já Pereira (1997), desenvolveu uma pesquisa propondo ao enfermeiro a redescoberta da prática de educação em saúde na prevenção da Aids em adolescentes, "pelo prisma da sexualidade e das relações de gênero, com o objetivo principal de capacitar adolescentes como agentes multiplicadores, conscientes de seu papel de cidadãos, com vistas a divulgar e incorporar práticas sexuais seguras". Um trabalho, com propósito semelhante, já vem sendo desenvolvido na cidade do Rio Grande desde 1996, por profissionais da área da saúde ligados à Prefeitura Municipal, com jovens que se comprometeram com ações para o controle da epidemia, e atuam em escolas da rede municipal através de peças teatrais criadas e encenadas por eles próprios, além de conversas informais. (Jundi, 1997)

Harrison (1996, p.6), médica psiquiatra que escreveu um livro direcionado aos adolescentes, afirma que "o amor e sexo podem ser aquilo que o jovem quer pensar, mas a Aids é aquilo em que ele acaba tendo que pensar", sugerindo, como alternativa, que eles procurem os pais, professores, médicos, orientadores e, também, os amigos, que provavelmente não têm todas as respostas, mas podem ouvir e ajudar a encontrar um caminho. O jovem que recebe uma educação adequada geralmente só inicia sua vida sexual quando se sente mais amadurecido e com condições de se auto proteger.

Ainda, relacionado às informações sobre a Aids, C4 relatou ter conhecimento da doença por ter um familiar próximo já com Aids, que, freqüentemente, apresenta doenças oportunistas. Acompanhar a evolução da

doença a fez procurar informação e aprofundar conhecimentos para ajudar este familiar, assim como tentar manter, a si própria e ao seu parceiro, na condição de portadores.

Neste trabalho, apenas C4 sabia do seu diagnóstico de positividade há mais de um ano. Foi percebido, entretanto, que mesmo as mulheres tendo referido leituras de jornais, revistas, recebimento de informações pela televisão e pelos profissionais de saúde, enquanto portadoras do vírus HIV, Aids parece ser, ainda, um tema desconhecido. Possivelmente, por não ser debatido e esclarecido o suficiente e, também, por invadir tão profundamente a vida e o universo sexual e íntimo das pessoas, faz com que a população tenha posturas e comportamentos equivocados em relação aos portadores/doentes e, inclusive, os próprios portadores/doentes tenham dúvidas em relação à sua patologia:

***C<sub>2</sub> - "Portadora e aidética, prá mim, é a mesma coisa."***

Desde o surgimento dos primeiros casos registrados de Aids, sabe-se que decorre um período de latência para que o indivíduo infectado manifeste a doença; portanto, as pessoas podem viver, normalmente, na condição de portadores são por alguns anos. Estimava-se este período de latência em torno de, no máximo, dez anos (Lima, 1994, p. 72), mas já há relato de pessoas com mais tempo de diagnóstico de soropositividade sem manifestar qualquer sintoma da Aids. Este é um dos fatores que faz com que a disseminação do vírus HIV se dê de uma maneira explosiva pois, como os indivíduos não apresentam qualquer sinal ou sintoma da doença, podem transmitir o vírus para outros, através de relações sexuais desprotegidas, uso compartilhado de drogas endovenosas ou, ainda,

no caso das mulheres, pela gravidez. Apenas testes específicos de sorologia podem detectar anticorpos para o vírus HIV.

Quando a carga viral aumenta, reduzindo a níveis baixos a contagem de CD<sub>4</sub>, o organismo não consegue se defender de infecções antes mantidas sob controle pelo sistema imunológico, facilitando o surgimento, então, das chamadas doenças oportunistas. Essa é a diferença básica entre o portador e o doente de Aids, vulgarmente chamado, de um modo que reconheço como pejorativo, de "aidético". Padoin (1999, P. 122) considera que "o uso da designação 'aidético' para a pessoa com Aids, talvez cumpra o papel de reduzir e marginalizar a totalidade das qualidades da pessoa".

Outra dúvida que também surgiu, durante as consultas de enfermagem, foi quanto ao significado do Protocolo ACTG 076:

***C<sub>3</sub>- "Mesmo fazendo o tratamento, a criança poderia ser positiva, né? Correria o risco..."***

O Protocolo ACTG 076 (anexo 6), oferecido a toda gestante portadora do vírus HIV, a partir da 14ª semana de gestação, basicamente é o oferecimento do medicamento AZT, em forma de comprimidos, no decorrer da gravidez. Durante o trabalho de parto, o AZT é administrado à parturiente por via endovenosa e, a partir do nascimento, a criança passa a receber o AZT por via oral, em forma de xarope, por seis semanas consecutivas. Este protocolo vem sendo aplicado desde 1996, no HU de Rio Grande, com resultados satisfatórios, sendo que algumas crianças já receberam o resultado negativo de seus exames. Na experiência de Araújo (1998), no Rio de Janeiro, as taxas de transmissão vertical reduziram de 30% para 7%, com o uso correto do Protocolo ACTG 076.

A possibilidade de utilização deste Protocolo deve ser repassada a todas as gestantes HIV+, para que tenham conhecimento desta alternativa e/ou de outras que venham a surgir na prevenção e tratamento do HIV, e que apontem para uma redução significativa dos casos de Aids em crianças. É necessário lembrar, entretanto, que nenhuma gestante pode ser obrigada ou coagida a receber este ou qualquer outro Protocolo, nem tampouco ser culpada por não tê-lo realizado.

As mães, na grande maioria, conforme pôde ser percebido, por mim, durante a disciplina de Prática Assistencial no Mestrado, realizam este Protocolo por entenderem que é vantajoso, tanto para elas quanto para as crianças, sendo que a continuidade do acompanhamento, com o pediatra, se faz de modo regular, talvez pela crença no efeito dos medicamentos ou pelo possível alívio de culpa por ter engravidado, estando positiva, tendo conhecimento prévio ou não do seu diagnóstico. O mais importante nestas situações, provavelmente, é o direito de escolha que estas mulheres devem ter de cuidar de si próprias e de seus filhos, a partir do esclarecimento necessário acerca da doença, do seu tratamento e prevenção.

Dando seguimento à análise das formas de manifestações de (des)conhecimento percebidas nas falas, C4, que estudou até o 2º ano do ensino médio e, aparentemente, bastante informada sobre sua sexualidade, relatou não utilizar preservativo em todas as suas relações sexuais, pois:

***C4- "Quando a gente transa sem camisinha, ele não ejacula em mim".***

O coito interrompido, denominação dada a esta forma de tentar evitar a gravidez, possui uma margem de segurança bastante baixa como contraceptivo. Segundo Soares (1992, p.78) "este método é de inteira responsabilidade do homem, pois é necessário prever o momento da ejaculação para retirar, a tempo, o pênis da vagina. O índice de falhas é muito alto: a cada 100 mulheres que usam o método, 25 engravidam". Além de favorecer a gravidez não desejada, pode haver o desenvolvimento de distúrbios da ejaculação. Acho importante lembrar, aqui, relacionado ao índice de falha do método, que conheci C4 na maternidade e com HIV.

Porém, em relação à possibilidade de contágio da Aids por via sexual, esta técnica, ainda, não prevê a perda de líquidos e secreções antes da ejaculação, comuns no ato sexual como lubrificantes naturais, o que põe em risco o parceiro sexual; havendo vírus, nestas secreções, o receptor estará se contaminando ou, se já estiver contaminado, receberá uma carga viral desnecessária e prejudicial ao seu organismo. No caso das mulheres, em especial, estas são consideradas sempre receptoras, seja na relação vaginal ou anal, devido ao maior tempo que essas mucosas ficam em contato com o sêmen, fazendo com que as chances de se contaminarem sejam bem maiores que as do homem. Apesar dos riscos, este ainda é um método contraceptivo muito usado pelos parceiros sexuais, principalmente pelas adolescentes que, geralmente, temem que os pais encontrem cartelas de pílulas anticoncepcionais ou preservativos em suas bolsas, o que denunciaria a sua atividade sexual, conforme comentado por adolescentes que internaram na maternidade do HU, onde atuo.

Mais um aspecto, também relacionado à desinformação, foi a maneira como, ainda, vem sendo identificado o doente de Aids, mostrando ser muito

marcante uma representação construída sobre a doença e suas consequências, como aparece nas falas:

**C<sub>1</sub>- "... e, também, vendo outras pessoas que eu sei que têm o problema, e são magras demais, entendes?"**

**C<sub>2</sub>- "Eu já vi uns aidéticos no hospital (...) dizem que é um risco a pessoa se gripar, essas coisas assim...."**

**C<sub>4</sub>- "Eu sei que a doença aos poucos vai te dominando, né. Um dia é uma coisa, outro dia é outra, quando tu vê, já tá".**

Parece necessário destacar que os sinais que caracterizam o início da manifestação da doença, denominados de ARC - Complexo Relacionado à Aids<sup>4</sup>, por definição, não são indicadores de Aids. As manifestações definidoras de Aids<sup>5</sup> aparecem nos pacientes que já se encontram na fase terminal da doença. Os portadores do vírus em uso do esquema terapêutico adequado<sup>6</sup>, sob controle médico, têm o período de latência da síndrome prolongado, dificultando estimativas aproximadas para o período de aparecimento de sinais e sintomas da doença. Por outro lado, os avanços que possibilitam o retardo na manifestação da

---

<sup>4</sup> São sintomas como astenia, febre, sudorese noturna, diarréia, emagrecimento maior do que 10% do peso corporal anterior, linfadenopatia generalizada, assim como herper zóster, herpes simples, infecções bacterianas recorrentes (sinusites, bronquites, etc.), candidíase oral e vaginal recorrentes, dermatite seborréica, infecções em pele e unhas (impetigo, foliculite, onicomicose), neuropatia periférica, dentre outras – não implicadas como definidoras de Aids. (Oliveira, 1996, p.114-115)

<sup>5</sup> As manifestações mais comuns de Aids são: candidíase de esôfago, traquéia, brônquios ou pulmões, Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmose envolvendo órgãos internos, citomegalovírus em qualquer órgão, exceto fígado, baço ou linfonodos, entre muitas outras. (Oliveira, 1996, p. 120-121)

<sup>6</sup> As drogas antiretrovirais devem ser prescritas por médicos, que acompanham a evolução do paciente, a fim de poder introduzir medicamentos adequados a fase da doença em que se encontram, associando um ou mais medicamentos e/ou suprimindo outros. (N.A .)

Aids e uma mais rápida recuperação do doente podem favorecer que os parceiros sexuais, muito freqüentemente as mulheres, percam considerável tempo para iniciar o tratamento, pois costumam descobrir que estão com o vírus quando já apresentam manifestações da doença, ou logo após a morte do seu companheiro.

Um outro aspecto observado nas falas das mulheres que participaram das consultas de enfermagem e que ficou muito marcante, foi a idéia de que Aids, ainda, é vista como uma doença "dos outros", e que não poderia atingir mulheres com vida "regrada" ou, conforme definição das próprias clientes, "aquelas que vivem para o lar, o marido e os filhos:

***C<sub>1</sub>- "Sempre procurei ser uma boa dona de casa, boa esposa, boa mãe..."***

***C<sub>2</sub>- "Nunca pensei que um dia seria aidética como eles."***

***C<sub>4</sub>- " Eu pensava: isso não vai acontecer comigo, eu não fiz nada de errado, não sou homossexual, não sou prostituta, não uso droga."***

Por esses depoimentos, é possível perceber porque tantas mulheres vêm se contaminando com o vírus HIV. Enquanto a Aids, ainda, é vista como uma doença "dos outros", as conseqüências são danosas tanto para os homens quanto para as mulheres. As mulheres, porém, têm sido as mais atingidas porque, em sua grande maioria, são contaminadas, sem saber, por seus parceiros. A pesquisa feita pelo Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo, publicada por Traumann e Monteiro (1998, p.115), que objetivava detectar o perfil das mulheres soropositivas brasileiras, revelou dados alarmantes: sete em cada dez mulheres com Aids são infectadas por seus maridos. Das 148

mulheres entrevistadas, 76% eram mães, 71% foram contaminadas por maridos ou namorados fixos e 59% descobriram que estavam com o vírus depois que o marido adoeceu.

Guimarães (1996, p.92) afirma que

a associação entre Aids e homossexualidade era tão sugestiva, que os relacionamentos heterossexuais estáveis eram considerados uma forma de prevenção. Logo, o nível de informação dessas mulheres era limitado, apesar de terem um conhecimento básico sobre a epidemia e as formas corretas de evitar a transmissão.

Para Martin (1992, p.167), sobre mulheres e prevenção da Aids:

Doença e doente são fatos sociais codificados culturalmente. Dessa maneira, as doenças podem sofrer interpretações ou explorações moralistas que, no caso da Aids, se dão sob a forma de condenações individuais e de certos grupos, favorecendo a crença de que só os "outros" podem contrair a doença. "Outros" são aqueles que não se enquadram nos padrões de "normalidade" aceitos socialmente, ou também as pessoas que não compartilham uma dada identidade cultural. Para mulheres de alta renda familiar, por exemplo, a Aids é uma ameaça circunscrita aos pobres. Mulheres casadas dizem que a doença é um problema de mães solteiras e de homens mulherengos que, obviamente, não são seus maridos.

Ser fiel a um parceiro pode ser uma condição segura para a prevenção da Aids se nenhum dos dois tiver o vírus HIV, se não tiverem outros fatores de risco associados e se forem, permanentemente, fiéis um ao outro. Por isso, as informações veiculadas tanto pelos meios de comunicação como pelos profissionais de saúde, nos diferentes espaços em que atuam, precisam enfatizar o perfil da mulher que, predominantemente, vem se contaminando atualmente, ou seja, são as donas de casa, esposas e mães que, possivelmente, não partilham dessa fidelidade com seus parceiros. Coêlho, Morimura (1998), investigando mulheres que freqüentavam um ambulatório materno-infantil, em Recife-PE, com a intenção de implantar um programa de prevenção de DST/Aids, concluiu que "a clientela a ser dirigida o programa sejam mulheres jovens, não expostas a drogas

ou transfusão sanguínea e sexualmente ativas: casadas e com filhos, pois metade dessa população estudada não utiliza camisinha devido a não aceitação do parceiro". Contraditoriamente, mulheres com vários parceiros sexuais sabem do risco que correm e, por isso, se cuidam, exigindo o uso de preservativo nas suas relações sexuais. (Varella, apud Traumann, Monteiro, 1998, p. 118)

É preciso desmitificar, então, a idéia de que mulheres prostitutas ou mesmo mulheres que têm vários parceiros sexuais, sejam as principais transmissoras de DST/Aids, pois elas podem exigir o preservativo nos seus relacionamentos, e os parceiros parecem aceitar com maior naturalidade esse pedido vindo delas, do que se fosse solicitado ou sugerido por uma namorada ou esposa.

A Aids, enquanto doença adquirida, na maioria dos casos, pela via sexual e/ou endovenosa, conseguiu nos colocar frente a frente com uma revisão urgente de nossas posturas pessoais e coletivas, pois, num primeiro momento, significou a diferença entre a vida e a morte. Hoje, apesar de não ter esta mesma conotação, devido ao advento das medicações antiretrovirais, ainda nos cobra um compromisso maior na prevenção de novos casos da doença.

Berer (1997, p. 185), analisando o comportamento das pessoas em relação às informações adquiridas sobre a Aids, comenta:

nem a quantidade de informações sobre riscos sexuais, nem o nível de risco são indicadores de mudança comportamental. Alguns passaram a ter práticas sexuais seguras sempre, ou na maior parte das vezes. Outros mudaram apenas quando descobriram que têm um parceiro com HIV. Alguns não mudaram nem assim, por acharem que é seu dever partilhar do destino do parceiro, ou por acreditarem, em algum nível, que não se contaminarão. Muitos gostariam de mudar, mas simplesmente não têm controle das situações em que estão envolvidos. Muitos não sabiam, nem acreditavam, estar em risco, até que eles próprios contraíram o vírus.

Portanto, o que se percebe é que a população, de um modo geral, se dividiu quanto a postura a ser adotada, em relação à Aids, sendo que muitas preferiram encarar de frente a nova situação; outras não tiveram, por vários motivos, ainda, condições de fazê-lo e outras, por fim, preferem aceitar que Aids é um problema muito além de suas realidades:

***C<sub>3</sub>-“Eu até tinha medo da Aids, mas achava que era uma coisa que não chegava em mim, pensava que não ia acontecer comigo.”***

Cabe lembrar, aqui, que C<sub>3</sub> tem 22 anos, e que este é um pensamento comum entre muitos jovens. Luz (1998) em pesquisa realizada com 37 jovens de três escolas da cidade de Porto Alegre - RS, com idade entre 13 e 18 anos, no qual foram abordados aspectos relativos à gravidez, Aids e primeira relação sexual, constatou que os jovens sabem que a Aids existe, mas o que mais os preocupa é a gravidez, pois a Aids “pode nunca acontecer com eles”. Quando abordei esse tema com C<sub>3</sub>, percebi que ela sentia certa tristeza em reconhecer que poderia ter evitado a contaminação, se esta realmente ocorreu pela via sexual.

Ferreira (1992, p.89) diz que “talvez, devido ao fato de a maioria das pessoas infectadas serem jovens e estarem, naturalmente, empenhadas em concretizar seus sonhos, a decepção seja tão grande diante da soropositividade; pode significar que falharam enquanto indivíduos, enquanto existência”. Conversando com outras pessoas soropositivas e, também, através de leituras, percebo que os seus projetos de vida, após o diagnóstico positivo, parecem ser radicalmente alterados; os planos de longo prazo, como estudos, melhores

empregos, aquisições de bens como a casa própria e outros sofrem um rompimento abrupto, sendo, paulatinamente, retomados após perceberem que ser portador do vírus HIV não é o fim, podendo, inclusive, significar o recomeço de uma vida com melhor qualidade. Ainda, Ferreira (1992, p.88), comentando sobre alguns clientes que o procuravam para amenizar o seu sofrimento após o recebimento do resultado positivo para o vírus HIV, faz a seguinte reflexão em relação à transição negativo-positivo:

muitos deles querem voltar a ser como antes, numa fantasia de que eram felizes e não sabiam, como se não fossem morrer nunca, sofrer ou ter de conviver com situações de dificuldade e angústia. É como se estivessem acordando num lugar estranho, diante de um resultado positivo para Aids, no mundo dos mortais. Deixaram de ser deuses, vêem-se, agora, imperfeitos, impotentes e vulneráveis. Não descobriram o quanto pode ser feito, apesar das dificuldades.

Esta reflexão parece bastante interessante, num momento em que muitas pessoas não valorizam cada dia de suas vidas, e só passam a fazê-lo quando se deparam com situações de crise, não apenas de um resultado positivo para o HIV, mas de tantas outras pequenas experiências que nos são proporcionadas diariamente, pela própria vida.

Neste estudo, um outro fato observado e que será abordado a seguir, decorreu da manifestação de duas clientes em desejarem ser mães, independente de investigarem, previamente, a situação sorológica para o vírus HIV de seus parceiros sexuais.

O desejo de ser mãe é facilmente identificável em muitas mulheres, e isto ocorre "porque a maternidade constitui a qualidade feminina mais importante e mais valorizada em todas as culturas. (...) Esse desejo é desenvolvido e reforçado durante todo o processo de socialização da menina e da adolescente". (Werebe, 1998, p. 31-2)

Badinter (1995), porém, questiona a teoria vigente do desejo de ter filhos em decorrência do instinto maternal, demonstrando que, na França, em meados do século XVIII, as mulheres da aristocracia engravidavam e, logo após o parto, enviavam seus filhos para amas de leite, camponesas que recebiam para amamentar e cuidar de crianças; muitas mulheres só voltavam a ver seus filhos, novamente, quando estes já tinham em torno de seis anos, idade em que eram colocados, então, em colégios internos para adquirirem uma educação formal. Ou seja, as mulheres que possuíam boas condições financeiras não ocupavam seu tempo na criação dos filhos, e sim em festas, com seus maridos. Esta conduta só foi sendo modificada, aos poucos, porque os índices de mortalidade infantil, na época, ficaram muito elevados pela desnutrição, pois as amas tinham que amamentar, também, seus próprios filhos, e algumas assumiam duas ou, até, três crianças, para aumentar seus rendimentos financeiros. Dai em diante, no final do século XVIII e início do século XIX, autoridades locais e médicas iniciaram uma campanha de incentivo para que as mães passassem a criar e amamentar seus próprios filhos. Quem primeiro aderiu a esta idéia foram as mulheres da classe média, vendo, nesta nova função, uma oportunidade de promoção e emancipação na sociedade. Tornou-se um modismo, então, cada mulher cuidar e amamentar suas próprias crianças. Com isso, a mulher e mãe adquiriu poder sobre seus filhos, tornou-se responsável pela casa, e passou a ser reconhecida como a "rainha do lar". (Badinter, 1995, p. 222)

A maternidade torna-se um papel gratificante, pois está, agora, impregnada de ideal. O modo como se fala dessa "nobre função", com um vocabulário tomado à religião (evoca-se freqüentemente a "vocação" ou o "sacrifício" materno) indica que um novo aspecto místico é associado ao papel materno. A mãe é, agora, usualmente comparada a uma santa e se criará o hábito de pensar que toda boa mãe é uma "santa mulher". A padroeira natural dessa nova mãe é a Virgem Maria,

cuja vida inteira testemunha seu devotamento ao filho. (Badinter, 1995, p. 223)

Com esse resgate da função materna da mulher, passa a ser possível entender porque, então, algumas mulheres, principalmente as adolescentes, procuram, na gravidez, uma maneira de "amadurecer" mais rapidamente, de se "sentirem responsáveis" por alguém que dependa delas. Kobayashi (1999, p. 34-9) divulgou, em revista dirigida a adolescentes, motivos pelos quais as meninas entre 10 e 19 ficam grávidas, apontando, como causas principais, a vontade de provar para si mesma que não é estéril, o desejo de adiantar um casamento, o não uso de contraceptivos e a falsa idéia de que, nas primeiras relações sexuais, é mais difícil engravidar. As duas clientes mais jovens que participaram das consultas de enfermagem, C2, com 19 anos e C3 com 22 anos, relataram sobre a maternidade:

***C<sub>2</sub>- Eu não vou voltar a estudar mais, porque agora já tenho filho, sou "mulher velha".***

***C<sub>3</sub>- Já tinha 22 anos, era sozinha, seria bom prá mim.***

Também na sociedade brasileira, parece ser, ainda, muito forte o entendimento de que, após gerar uma criança, a mulher poderá se sentir mais plena e realizada, assim como reconhecer sua relação, com o companheiro, mais estabilizada. Gauderer apud Bocardi (1998, p.50) aponta, entre outras causas da gravidez em adolescentes, que o desejo de engravidar é inconsciente, como uma forma de verificar se o corpo "funciona", assim como a necessidade de ter alguém para cuidar e amar, a tentativa de casar com o homem que ama, a vontade de contrariar os pais ou, ainda, uma alternativa para sair de casa, da escola, da cidade.

O envolvimento afetivo entre os parceiros, evidenciado nas falas, mostrou-se como o fator mais determinante para a decisão de engravidar, fazendo com que as mulheres, talvez, não pensassem em formas de proteção para evitar a gravidez ou as doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a Aids. C2 e C3 que, provavelmente, se contaminaram através de seus parceiros sexuais, aparentemente não tinham um relacionamento estável, mas deixaram claro, nas suas falas, que o gostar do parceiro foi o fator determinante para não cogitarem o uso de preservativo nas suas relações sexuais:

***C<sub>2</sub>- "Não usava nada para não engravidar, e quando eu vi que estava gostando mesmo dele, aí nós quisemos ter um filho!"***

***C<sub>3</sub>- "Eu queria ficar grávida. Eu gostava dele, eu queria um filho dele!"***

Trabalhando há mais de dois anos em uma maternidade, não foram poucas as mulheres que relataram ter um filho com seu parceiro sexual, no intuito de provar o seu desejo e intenção de manter e fortalecer o relacionamento afetivo. Uma situação, vivenciada por mim, durante um turno de trabalho, foi a de uma mulher que chorava ao lado do parceiro porque havia abortado pela segunda vez, espontaneamente, um filho dele. Quando o parceiro se retirou, ela me contou que precisavam ter um filho, pois viviam juntos há quase um ano e era ele quem sustentava os demais filhos dela, de relacionamentos anteriores. Ele queria ter seu próprio filho, com ela. Seria uma "prova de amor", necessária à manutenção da relação entre os dois, já que dele dependia financeiramente. A possível contaminação pelo vírus HIV, nos relacionamentos dessa mulher ou desse homem com outros parceiros sexuais, parece sequer ter sido cogitada na relação em questão.

Confiar no(a) parceiro(a) parece ser uma decisão que se restringe ao imediato, ao vivido no presente e que pode estar associado à aparência física do companheiro e, acredito, esse pode ser o maior aliado do vírus HIV ou o grande "inimigo" das políticas de saúde voltadas para o controle da epidemia.

C2 e C3 afirmaram não ter conhecimento de sua soropositividade quando engravidaram. Entretanto, conversando com outras mulheres soropositivas que já internaram na maternidade do HU, após o início do desenvolvimento deste trabalho, quando passei a utilizar, também, a Relação Pessoa a Pessoa proposta por Travelbee, no meu dia a dia profissional, percebi que não parece existir uma preocupação muito grande pelo fato de serem soropositivas. Entretanto, todas afirmaram não querer uma nova gravidez, pelo risco de a criança também poder se contaminar; porém, mesmo negando o desejo de terem mais filhos, apenas uma solicitou a laqueadura das trompas uterinas ao médico obstetra, quando sofreu parto por cesariana.

Nesse sentido, Westrupp (1997, p.78) afirma que

por se tratarem de pessoas jovens, na plenitude de sua vida reprodutiva, enquanto portadoras assintomáticas do HIV, engravidam porque não sabem que são soropositivas, porque não se dão conta da gravidade do problema ou, ainda, pela falta de uma responsabilidade maior, sua ou do parceiro, trazendo ao mundo crianças que, ao nascerem, podem carregar consigo o vírus e a iminência da orfandade, da morte, da comiseração e do estigma da sociedade.

Escuto relatos, também, ao cuidar dessas mulheres soropositivas, que, geralmente, seus parceiros se negam a realizar o teste para detectar anticorpos para o vírus HIV (teste Elisa) porque, segundo elas, preferem não ter conhecimento da sua condição sorológica, provavelmente, para evitar a necessidade de um comprometimento maior em relação à realização de sexo seguro, incluindo, aí, o uso do preservativo. Afirmando que o uso de proteção,

quando ocorre, na maioria das vezes, é por exigência delas, mais conscientizadas da necessidade de ter cuidado consigo, e por se sentirem em condições de exigir o uso do preservativo nas suas relações sexuais, comprando-os ou adquirindo-os junto à locais que os fornecem gratuitamente.

Parece muito importante que os profissionais conversem com essas mulheres, tendo clareza que é seu direito<sup>7</sup> (como o de qualquer mulher) ter o número de filhos que desejar; porém, é imprescindível, sempre, dar-lhes ciência do risco que a criança gerada corre de se tornar soropositiva, bem como ela própria, expondo-se ao sêmen do parceiro, que pode estar contaminado, aumentando a sua carga viral ou, se o parceiro não for positivo, podendo vir a tornar-se, numa relação desprotegida.

A categoria, a seguir, foi criada em virtude de haverem surgido, nas falas, um componente muito forte em relação à falta de diálogo sobre sexualidade entre os casais, o que, possivelmente, levou à contaminação de três das clientes que participaram das consultas de enfermagem neste estudo.

---

<sup>7</sup> A Declaração Universal dos direitos Humanos, de 1948, no seu artigo XVI, diz que "os homens e mulheres de maior idade, sem qualquer restrição de raça, nacionalidade ou religião, têm o direito de contrair matrimônio e fundar uma família. Gozam de iguais direitos em relação ao casamento, sua duração e sua dissolução. (Themis, 1997, p.13)

## 5.2 A ausência de diálogo entre os parceiros sexuais: um limitante para o cuidado de si

Na leitura e análise dos depoimentos das mulheres atendidas nas consultas de enfermagem, foi possível detectar suas referências à dificuldade de diálogo entre o casal sobre assuntos extremamente íntimos, omitindo sinais e/ou sintomas já identificados em si, sugestivos de uma possível DST/Aids, ou resultados positivos de exames.

*C<sub>1</sub>-“Ele já tava doente e não me disse. Eu vi umas feridas, herpes, no pênis dele, e ele escondia isso de mim, e a gente já transava pouco, mesmo...”.*

*C<sub>2</sub>- “Depois que eu recebi o meu resultado, não consegui contar prá ele. Disse que a médica mandou usar camisinha sempre, e ele não reclamou. Eu acho que ele já sabe... isso é o meu problema, eu digo: eu quero conversar contigo, aí eu começo, ele fala, aí a gente disvirtua, e aí a gente não fala, e aí até eu já desisto do assunto.*

O possível medo da reação do parceiro, frente à comunicação de um resultado positivo para o HIV, faz com que, em muitos casais, tanto o homem quanto a mulher omitam o diagnóstico.

A sensação de “abandono”, possível de ser evidenciada nas falas das clientes, parece ser imediata ao recebimento do diagnóstico, podendo provocar reações inesperadas nas pessoas, tais como o desejo de morrer logo para não se “ver” doente, medo que a família se afaste, receio de perder os amigos, o emprego, entre outros. A decisão de comunicar ou não, aos parceiros sexuais, o resultado da soropositividade, pode estar associada a questões já vivenciadas

anteriormente na relação, como a infidelidade de um ou ambos parceiros, sentimentos de mágoa ou, então, estar relacionada às decisões futuras, como a continuidade ou não do relacionamento.

Barbosa (1995, p. 80), comenta que "o diálogo sobre sexualidade é muito limitado nas relações de parceria", porque essas questões romperiam o "código de silêncio" existente, entre muitos casais, como uma forma de manter o relacionamento, mesmo que, para a mulher, essa situação não seja confortável. Muitas vezes, para manter um certo padrão de vida social e econômico, algumas mulheres se sujeitam a saber, sem interferir, que o seu parceiro mantém outros relacionamentos. A autora segue comentando que, muitas mulheres, "ao tentarem alertar os companheiros sobre o perigo das doenças, esses desconversam ou garantem que são 'limpos', e que isso jamais ocorrerá com eles". Resta, então, sugerir, ao parceiro, o uso de preservativo nos seus outros relacionamentos.

Na cadeia de transmissão do vírus HIV, a falta de diálogo entre os parceiros, principalmente nos primeiros encontros quando, geralmente, um não sabe a situação sorológica do outro, aliada ao não uso do preservativo nas relações sexuais, parecem ser a maneira mais comum de contaminação das mulheres:

***C<sub>3</sub>- "No início ele queria, tudo que ele queria era um filho. Ele só tinha filhas, queria um menino, por isso nunca cogitamos usar camisinha".***

Mais adiante, no mesmo encontro, revelou-me o seguinte:

***C<sub>3</sub>- "Eu nunca entendi isso. Ele soube que eu tava grávida por um teste de farmácia. Ele disse prá eu ir no médico, ter certeza, e depois eu nunca mais vi ele, é mole? Eu acho que ele me fez de trouxa, me iludiu, me enganou..."***

C3 estava bastante sensibilizada, sendo possível perceber, na sua fala, tristeza e revolta. Além de ter sido abandonada, no início da gravidez, recebeu o resultado positivo para o vírus HIV na realização dos exames de pré-natal e, quando a gestação chegou a termo, veio a perder a criança.

Travelbee (1979, p.53) comenta que "a enfermeira pode ajudar o paciente a perceber sua participação em uma experiência". Na consulta de enfermagem, foi conversado com a cliente sobre a sua participação num relacionamento que estava iniciando, sem a realização de sexo seguro, quando ela mesmo já tinha afirmado ter amigas soropositivas e, inclusive, com o outro parceiro sexual já havia mantido relações sexuais com preservativo para evitar a gravidez e, também, por saber que essa era uma das formas de contágio do vírus HIV.

Para assegurar o cuidado de si, Foucault (1985, p. 67), enfatiza a necessidade que os gregos apontavam para o conhecimento de si. Para conhecer-se, era fundamental o exame de consciência, não para culpar-se ou punir-se, mas para repensar os meios utilizados para alcançar determinados fins. Segundo ele, "a falta não é reativada pelo exame para fixar uma culpabilidade ou estimular um sentimento de remorso, mas sim para reforçar, a partir da constatação lembrada e refletida de um fracasso, o equipamento racional que assegura uma conduta sábia".

Foi sugerido, então, que ela procurasse esse parceiro para conversar sobre a possibilidade de ele também estar positivo, tendo transmitido ou adquirido o vírus dela, pois esta cliente disse não ter certeza se a sua contaminação pode ter ocorrido numa das duas transfusões sanguíneas que recebera ou em relação sexual com este parceiro. Mesmo depois de dialogar com a cliente, inclusive

comentando, com ela, que a omissão da soropositividade detectada poderia dar continuidade a cadeia de transmissão viral, ela afirmou:

***C<sub>3</sub>- "Não, eu não gostaria de procurá-lo para contar que estou positiva. Vai ficar assim mesmo".***

Enquanto profissional, diante da decisão da cliente, foi bastante discutida, com ela, a gravidade deste segredo, já que este parceiro mantém outro relacionamento estável e, possivelmente esteja contaminando, conscientemente ou não, outras pessoas.

Para Gelain (1998, p.79), "segredo profissional é aquele que se vem a saber exercendo uma atividade profissional" e ainda, segundo o mesmo autor, deve ser revelado "quando for doença infecto-contagiosa de notificação compulsória". Porém, não é possível conhecer o parceiro sexual desta cliente sem o seu consentimento. Mas neste caso, assim como em outros semelhantes, acredito que não deva ser o profissional a pessoa indicada para revelar esse segredo, mas sim o próprio cliente, envolvido numa situação de possível contaminação, a partir do seu processo de conscientização acerca da importância da comunicação e dos riscos para outras pessoas, em decorrência da sua omissão.

Cohen e Faiman (1993, p. 70) dizem que

Para se decidir sobre a autonomia do paciente, sua responsabilidade perante a lei e sobre a quebra ou não do segredo relativo ao diagnóstico, a equipe de saúde deve fazer um diagnóstico preciso das condições do paciente, e é muito importante que tal avaliação seja resultado de uma real aproximação e não a projeção de nossos "pré-conceitos" e pavores.

O papel principal do profissional, acredito, deve ser o de orientar a pessoa contaminada do seu compromisso moral com a pessoa com quem vem ou vinha

se relacionando, para evitar que ocorram novas contaminações ou, ainda, para que evite se expor a aumentar a sua carga viral, diminuindo sua capacidade imunológica e se fragilizando para adquirir doenças oportunistas.

Na continuidade deste estudo, foi percebido, pelas falas, que as mulheres parecem ter algum tipo de poder de decisão para optar ou não pelo uso do preservativo em suas relações sexuais, num exercício de autonomia, talvez não pleno, mas que já mostra uma tentativa de igualdade com o parceiro sexual.

Depois de receberem o seu diagnóstico positivo de anticorpos para o vírus HIV, as mulheres informaram ter recebido algum tipo de informação quanto ao uso da camisinha, relacionada ao aumento da carga viral:

***C<sub>1</sub>- "Ela me disse que, prá manter relação tem que usar camisinha, porque pode... passar algum problema meu prá ele, ou dele prá mim..."***

***C<sub>2</sub>- "Me disseram para ter relações só com camisinha, não sei explicar bem.... aumenta a troca..."***

***C<sub>4</sub>- "E então me explicou que, mesmo os dois sendo positivos, o melhor seria usar a camisinha".***

Como este trabalho procura enfocar, também, como estas mulheres vêm cuidando de si após o recebimento de seu diagnóstico de soropositividade, investiguei o conteúdo sobre os cuidados necessários e recomendados que as mulheres têm recebido e como vêm aplicando em suas vidas. As falas evidenciaram a percepção de algumas orientações profissionais que, analisadas, podem, também, nos levar à reflexão sobre nossas práticas e à possibilidade de

procurarmos instrumentalizar os clientes para a tomada de decisões acerca de suas vidas com maior conhecimento e, portanto, com maior autonomia.

A postura técnica predominantemente adotada, desde o surgimento da Aids, tem sido a de recomendar o uso do preservativo nas relações sexuais, como forma de prevenção à contaminação e transmissão do vírus HIV. O preservativo foi concebido<sup>8</sup>, inicialmente, para evitar que o sêmen, ejaculado pelo homem, pudesse engravidar a sua parceira, ou seja, era usado pelos casais como um método contraceptivo. No entanto, com o desenvolvimento de outros métodos para evitar a gravidez que, na prática, se mostraram mais seguros, como a pilula anticoncepcional e a ligadura de trompas uterinas, a camisinha teve seu uso muito reduzido entre casais com relações mais estáveis.

Barbosa (1995, p.66) destaca, ainda, que

com o advento das tecnologias contraceptivas, os homens foram definitivamente aliados desse processo. As mulheres, por seu lado, têm pouco ou nenhum controle sobre suas decisões sexuais, na medida em que seus corpos estão determinados por interesses econômicos e sociais. São esses mesmos interesses que criam a cultura na qual é reservado à mulher o mundo da vida privada, restando-lhe pouco ou nenhum espaço para a discussão pública – e, portanto, política – das questões que dizem respeito à sua vida.

Barbosa (1995, p.79), também, cita Carovano, que comentou a dificuldade das mulheres solicitarem o uso da camisinha para seus parceiros sexuais, pois tal pedido pode indicar a desconfiança de que eles estariam mantendo outros relacionamentos sexuais ou, por outro lado, significar um excessivo preparo feminino para a atividade sexual, com o duplo risco de rompimento deste relacionamento.

<sup>8</sup> "Sua invenção é discutível, sendo atribuída ao anatomista italiano Gabriel Fallopus (1523-1562), conhecido por sua descrição das Trompas de Falópio. Ele descreveu (e alegou ter inventado) um envoltório de linho que se ajustava sobre a glande, com a finalidade de evitar a disseminação da sífilis. A partir de então, o condom foi aprimorado, tornando-se o método mecânico de contracepção mais amplamente empregado". (Gregersen, apud Westrupp, 1997, p. 98)

Percebe-se, em muitos casais, a grande dificuldade em expor e dialogar sobre seus posicionamentos, dúvidas, temores, conflitos e vivências em assuntos que podem ser de foro íntimo, mas que afetam diretamente suas vidas e seu relacionamento. Neste sentido, é possível imaginar o quanto pode ser difícil o relato, ao parceiro sexual, de outros encontros extraconjugais, sejam eles hetero ou homossexuais e, em se tratando de um portador do vírus HIV, mais especificamente uma mulher portadora, maiores ainda poderão ser as dificuldades em justificar o porquê da solicitação do preservativo, pois muitas têm medo de perder o parceiro, às vezes, recém conquistado.

Parker, Galvão (1996, p. 10), comentando sobre a omissão do poder público, resgatam um texto elaborado pela Rede Nacional Feminista, em 1994, que se posicionava frente às primeiras campanhas da mídia, as quais visavam promover o uso dos preservativos masculinos entre as mulheres sexualmente ativas, "sem reconhecer, no entanto, que os homens, muito mais que as mulheres, controlam o uso de preservativos, e a negociação sexual relativa ao seu uso tem lugar no contexto de antigas e profundamente incutidas desigualdades que estruturam as relações de poder e de gênero<sup>9</sup> na sociedade brasileira".

Embora tenha aumentado o número de mulheres economicamente ativas, o salário pago à trabalhadora feminina, com frequência, ainda é menor em relação ao percebido pelo homem, em muitas profissões. Isso faz com que a mulher, freqüentemente, dependa economicamente do homem, o que pode levá-la a submeter-se à ele, às suas decisões, ao seu salário para sobreviver ou, até,

<sup>9</sup> Gênero pode ser entendido como a construção social do sexo, "é um elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos; é um primeiro modo de dar significado às relações de poder". (Scott, 1990, p. 14)

para manter um certo padrão de vida e status. Há que destacar, ainda, que muitas mulheres não exercem um trabalho remunerado, sendo, economicamente, dependentes de seus parceiros. Assim, a recomendação da equipe de saúde para a necessidade do uso do preservativo pode não ser suficiente para que a mulher exija, de seu companheiro, o seu uso.

Por outro lado, Villela, Barbosa (1996, p. 198), ao apresentarem um mapeamento de alguns dos valores que mulheres e homens, pertencentes às camadas média e média-baixas na cidade de São Paulo, atribuem ao masculino e feminino, admitem que "é possível que na produção da insegurança, tanto quanto na conquista da autonomia, haja também uma forte intermediação de aspectos econômicos". Concluem que, apesar da importância da "discussão em torno dos diferenciais de poder entre homens e mulheres", para as estratégias de prevenção do HIV como componente da promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher, "esta não parece ser a única dimensão que informa, de modo significativo, a vivência sexual dos indivíduos. Do mesmo modo, mais do que o prazer erótico, é o conjunto de compromissos existentes entre o casal que irá definir os limites da negociação na esfera da sexualidade".

Neste trabalho, no entanto, nenhuma das mulheres referiu *grande* dificuldade em utilizar o preservativo com seus parceiros, seja pelo próprio medo de se contaminar com o vírus HIV, de aumentar a sua carga viral, para evitar a gravidez ou, mesmo, para tentar não contaminar o seu parceiro.

C3 disse que, anteriormente, não tinha problemas em relação ao uso do preservativo. Com o primeiro namorado, referiu manter relações sexuais só com camisinha porque não queria ficar grávida e porque tinha medo da Aids. Mesmo que seu parceiro referisse ser ruim usar o preservativo, pois não lhe dava tanto

prazer, ela afirmou ter usado sempre, em todas as vezes que mantiveram relações. C1 referiu que usava às vezes, quando fazia pausas no uso da pílula anticoncepcional, mas, segundo ela, era alérgica ao látex. Aldana (1992, p.159) acredita que "a mulher, em geral, tem incorporado com mais facilidade as propostas de sexo seguro, pois está mais acostumada a pensar em proteger-se durante as relações sexuais, já que o risco de gravidez é uma constante em seu cotidiano".

C2, entretanto, disse ter iniciado sua vida sexual sem o uso de nenhum tipo de contraceptivo, pois "nem se lembrou que poderia engravidar". Muitas jovens que chegam grávidas à maternidade, onde atuo, também já demonstraram este pensamento fantasioso que não é possível engravidar nas primeiras relações sexuais, evidenciando, novamente, comprometimentos na sua educação sexual.

C4, apesar de não referir dificuldades no uso de preservativos, comentou:

***C<sub>4</sub>- "Prá mim não faz diferença, mas ele diz que sente diferença. Deve machucar, alguma coisa, não sei... isso aí só eles sabem... (risos). Às vezes, de vez em quando, dá uma escapada e a gente transa sem camisinha... mas ele não ejacula em mim..."***

Neste sentido, Barbosa (1996, p.158) afirma que "quem utiliza o condom, tem que negociar seu uso em cada contato sexual, consigo mesmo e com o(a) parceiro(a), o que pode ser muito cansativo e particularmente frágil, em função das interferências emocionais, afetivas e sexuais em cada momento específico".

A mulher pode sentir-se fortalecida e convencida da necessidade do preservativo após consultar com o enfermeiro, o médico, o psicólogo ou outro profissional da área da saúde, e ser por eles esclarecida e orientada, mas é com o parceiro e na intimidade de sua vida privada que ela deverá negociar, propor ou,

quem sabe, exigir o uso da camisinha. Esta aparente tentativa de negociação ficou evidente neste diálogo, durante uma das consultas de enfermagem que mantivemos:

C4- "Quando era só de vez em quando, no período fértil, era fácil, mas quando passou a todo dia, ai, às vezes, meio que quer, meio que não quer, né... ele, às vezes, acha ruim, tem dias que tá disposto a usar, tem dias que não".

Enfª.- E ele tem consciência do que pode ocorrer, relacionado à troca de carga viral entre vocês? Ele também consulta com os médicos, como tu?

C4- "Não, ele não consulta. Meu marido sabe que é importante usar camisinha, mas ele pensa que, ah, já que é positivo..."

Enfª.- E qual o teu posicionamento frente a isso?

C4- "Eu fico na dúvida: se vai fazer diferença ou não, melhor usar..."

O que poderá determinar a utilização do preservativo, em todas as relações sexuais, é o nível de conscientização do casal, acerca dos diferentes riscos envolvidos no sexo não seguro, para que se proponha, a cada ato sexual, fazer da camisinha parte indispensável do seu relacionamento. Aos casais que tenham o diagnóstico de positividade para o vírus HIV, em um ou ambos parceiros, é necessário implementar um diálogo franco sobre como se desenvolve a doença, as opções de tratamento, as formas de sexo seguro, para que evitem, ao máximo, a troca de carga viral, o que pode enfraquecer seus sistemas imunológicos, permitindo que a doença se manifeste mais precocemente, comprometendo a sua qualidade de vida.

Com a socialização das informações necessárias entre os parceiros, abre-se a possibilidade para que os indivíduos reflitam, questionem, tornem-se mais instrumentalizados para optar, de modo responsável e consciente, pelo melhor, naquele momento, para si, para seu parceiro ou para ambos. O cuidado de si, para Foucault (1985, p. 57), deve ser entendido como uma prática social e não um exercício de solidão: "Existem, também, as conversas com um confidente,

com amigos, com um guia ou diretor, às quais se acrescenta a correspondência, onde se expõe o estado da própria alma, solicita-se conselhos, ou eles são fornecidos a quem deles necessita – o que, aliás, constitui um exercício benéfico até para aquele chamado preceptor, pois, assim, ele os re-atualiza para si próprio”. O cuidado de si, a decisão sobre o que é melhor para si é uma necessidade para todas as pessoas, tendo em vista sua condição de sujeito em relação com outros sujeitos, em que o respeito a si e ao outro deve estar presente, como seres livres e co-responsáveis.

Um aspecto importante a ser destacado, no que se refere ao aprofundamento dos conhecimentos e seu uso no cuidado de si, das clientes, é a ultrapassagem de uma relação profissional-cliente, pautada na heteronomia, na busca da obediência do cliente, determinada pelo profissional, para a construção de uma relação pautada pela necessidade de compreensão da situação, com adequação da linguagem utilizada, em que os profissionais apresentem os riscos presentes na relação sexual desprotegida e as estratégias possíveis para preveni-los. Deste modo, os clientes, fortalecidos com as informações recebidas, poderão decidir e escolher o que reconhecem como o melhor para si, autonomamente, tendo em vista, também, sua relação com os outros, ou ainda, como diz Guimarães (1992, p.155) “possivelmente este caminho levará a mulher a questionar e reverter sua condição passiva de ‘comunicada’ e mero repositório de esperma infectado, para uma condição mais digna – a de sujeito de corpo inteiro e agente de sua própria história”.

Os profissionais que trabalham na área da saúde, no entanto, devem ter um compromisso com as pessoas que realizam o teste anti-HIV, principalmente no tocante à forma de comunicação de positividade deste diagnóstico. A

comunicação do diagnóstico surgiu como um problema, nas consultas de enfermagem realizadas com as mulheres que participaram deste estudo. Apresento, então o que denomino de “teu exame deu positivo”, focalizando a comunicação do diagnóstico de positividade para o HIV, a importância do suporte familiar diante deste diagnóstico e como estas mulheres soropositivas percebem o seu futuro.

### 5.3 “Teu exame deu positivo!”

Explicito, a seguir, como pode se dar a comunicação de soropositividade a estas mulheres e as suas possíveis implicações para o cuidado de si, a partir do conhecimento de ser portadora do HIV.

#### 5.3.1 Comunicação do diagnóstico

Aqui, aborda-se, então, a comunicação às mulheres/clientes, da sua soropositividade para o vírus HIV, ou como pode se dar tal comunicação e as reações das mulheres frente a tal informação.

***C<sub>2</sub>- “Nem acreditei que era o meu resultado, e ainda não acredito!”.***

A negação da cliente em relação ao resultado positivo para o vírus HIV denota que, apesar de ter recebido, há aproximadamente seis meses, o seu diagnóstico, ainda encontra-se numa das primeiras fases, segundo Kübler Ross<sup>10</sup>, de enfrentamento de um diagnóstico desfavorável. Para esta autora, praticamente todos os pacientes utilizam a negação ou, no mínimo, a negação parcial, nos primeiros estágios de uma doença, imediatamente após a sua constatação ou em fase posterior da mesma. Nesta etapa, segundo ela, a pessoa se permite manifestar defesas, evitando falar sobre seu diagnóstico e podendo, inclusive, ficar em estado de choque temporário.

---

<sup>10</sup> Kübler Ross evidenciou cinco fases de reação do paciente à morte ou ao enfrentamento de uma situação com o significado de acentuada perda: estágio de negação, estágio de cólera, estágio de barganha, estágio de depressão e estágio de aceitação. (N.A).

"A negação funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais". (Kubler Ross, 1998, p.44)

É importante que a equipe de saúde e a de enfermagem, em especial, percebam e sejam sensíveis a esse momento de revelação do diagnóstico, tão especial e delicado na vida das pessoas, e as ajudem a ultrapassar esta fase com o apoio necessário, ou ainda, "a enfrentar, de modo realista, os problemas emergentes." (Travelbee, 1979, p.55). Neste sentido, perguntei a C2 se já tinha feito a confirmação do teste, e ela afirmou que sim. Então, conversamos sobre as diferenças entre ser portadora e ser doente de Aids, sobre os cuidados que ela poderia ter para tentar se manter o maior tempo possível na condição de portadora e, também, da importância da manutenção do controle ambulatorial tanto para ela quanto para seu filho, recém-nascido.

Parece necessário, em situações limítrofes como essas, de revelação de diagnósticos que podem influenciar sobremaneira o estado emocional e a vida das pessoas, proporcionar um espaço para o diálogo, de modo a possibilitar a verbalização dos seus medos, temores, angústias e desconhecimentos, no sentido de ampliar os seus recursos para o enfrentamento do momento vivido.

Assim, o profissional que fornece um diagnóstico de HIV, especialmente pelos seus possíveis significados e representações, requer um preparo prévio, uma construção pessoal que respeite e reconheça a condição humana tanto do ser com quem vai se relacionar assim como a sua própria. Para Travelbee (1979, p.51), "o conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planificar, estruturar, dar e avaliar a atenção durante a Relação Pessoa a Pessoa constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de

trabalho". Um resultado diagnóstico que pode influir tão profundamente na situação de vida de um ser humano e de outros, com quem ele se relaciona, acredito que necessite se dar numa relação entre pessoas, como o preconizado por Travelbee, na *Relação Pessoa a Pessoa*.

Lunardi (1999, p.143) comentando sobre as regras da comunicação de um saber, diz que "para o sujeito constituir-se em sujeito de verdade, faz-se necessário que a comunicação entre quem detém um saber sobre os sujeitos e os sujeitos que o requerem como equipamento e instrumento para enfrentar as necessidades futuras, siga determinadas regras de comunicação dos discursos entendidos como verdadeiros". Encontra-se, aí, a noção de *paresia* que se refere "à qualidade moral (a atitude, o ethos) e o procedimento técnico indispensável para transmitir o discurso verdadeiro àquele que tem necessidade dele para constituir-se em soberano de si mesmo, em sujeito de verdade a respeito de si mesmo". (Foucault, 1987, p.98)

Mesmo que, cotidianamente, vários resultados positivos sejam fornecidos, como num laboratório de análises clínicas, cada ser que o recebe é único, podendo reagir de forma diferente e, diferentemente, precisa ser reconhecido. Um funcionário de laboratório entrega, diariamente, inúmeros resultados de exames, mas dificilmente outros exames poderão ter implicações tão profundas na vida de uma pessoa, seja no âmbito afetivo, sexual, financeiro, profissional, social e emocional quanto um resultado de soropositividade para o vírus HIV. Portanto, acredito que seja necessário, nesta situação, um profissional que reconheça a singularidade deste momento, assim como a necessidade de "respeitar e apreciar a singularidade de cada cliente, pois cada pessoa é um ser humano pleno, que não se acomoda facilmente a um diagnóstico". (Travelbee, 1979, p.53)

Neste sentido, existe uma rotina estabelecida, no município do Rio Grande, já há alguns anos, de que toda pessoa que desejar fazer o teste anti-HIV seja encaminhada ao Centro de Saúde, mais especificamente ao Centro de Testagem Anônima (CTA) ou ao Hospital Universitário, onde há um protocolo para a sua realização. O cliente, através de uma palestra, é preparado para os possíveis resultados do exame, recebendo orientações sobre as formas de contaminação e transmissão do vírus HIV. Após assistir esta explanação, as pessoas têm seu sangue coletado e recebem uma senha. Em data agendada, os resultados dos exames, positivos ou não, são fornecidos individualmente por uma psicóloga, no Centro de Saúde, ou por uma enfermeira, no HU, com experiência profissional prévia no atendimento à pessoas soropositivas, que reforçam as orientações já dadas na palestra e, após, fornecem o resultado do exame.

No caso dos clientes soropositivos interessados, ainda, em aprofundarem seus conhecimentos em relação à condição de ser positivo para o HIV e/ou desejarem freqüentar um grupo de apoio, estes são encaminhados para conversar com outros portadores do vírus HIV, que trabalham voluntariamente nos dias destinados à entrega de resultados, e que fazem parte de um grupo de auto-ajuda, formado basicamente por pessoas portadoras do vírus HIV e seus familiares. Na cidade do Rio Grande, este grupo é denominado VIDDA<sup>11</sup>.

Entretanto, o não encaminhamento destas clientes para um sistema de saúde comprometido com o seu atendimento, organizado e preparado para recebê-las, pode determinar algumas conseqüências, com implicações negativas,

---

<sup>11</sup> VIDDA é um acrônimo e um jogo de palavras: assinala o interesse do grupo em lutar pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids, enquanto enfatiza que receber o diagnóstico de ser portador do HIV ou de ter Aids é viver com essa condição. (Pedrosa, José Stalin, 1995, p. 203)

tanto para o entretamento imediato do resultado, como para outras decisões posteriores relacionadas ao seu auto cuidado.

A simples solicitação de um teste de HIV a uma mulher gestante<sup>12</sup>, que pode não se reconhecer em situação de risco, provavelmente, esteja acompanhada da descrença de um provável resultado positivo e/ou do temor de um resultado positivo, com as possíveis conjecturas relacionadas. Neste sentido, vários pensamentos e sentimentos relacionados à sua vida pregressa podem vir à tona e um resultado positivo do exame implicar, também, vários significados e conseqüências.

Parece relevante analisar como se deu a comunicação da soropositividade para o vírus HIV a estas mulheres. Duas delas, ao realizarem o exame, já previam e antecipavam a possibilidade de terem sido contaminadas por familiar com diagnóstico positivo:

***C<sub>4</sub>- "Imaginava que eu já tinha, mesmo, porque quando fiquei doente (pneumonia por Pneumocistis carinii), a primeira coisa que eu lembrei era de que ele tinha me doado sangue".***

***C<sub>1</sub>- "Quando meu marido internou, eu achei que ele estivesse com tuberculose, mas uma semana depois, no hospital mesmo, eu pedi pro médico fazer o exame, porque eu tinha visto no pênis dele umas... umas herpes, porque até então ele escondia isso de mim, tá, e mesmo a gente já não mantinha relação há muito tempo. Até prá ajudar no banho ele não deixava eu ver... Como a gente transava sem camisinha, não foi difícil imaginar que o resultado do meu exame também seria esse... mas não é fácil!"***

<sup>12</sup> Procedimento de rotina no pré-natal, a exemplo do hemograma, exame comum de urina e VDRL, este último que detecta anticorpos para sífilis (N.A.)

As outras duas clientes, entretanto, relataram como se deu o recebimento, no sistema de saúde privado, da comunicação dos seus diagnósticos de portadoras, demonstrando, o que considero, uma realidade muito dura, com conseqüências imprevisíveis para o enfrentamento desta situação, merecedora de análise, questionamento e reflexão:

**C<sub>2</sub>- “ Eu recebi o resultado num laboratório. Chorei muito. Ainda bem que a minha irmã estava junto. Nem sei o que faria se estivesse sozinha naquela hora. O médico do INPS pediu os exames e me mandou fazer lá. O resultado é assim: eles entregam o exame e vem uma enfermeira (SIC) conversar, se tu estiver sozinha. E ela disse assim: `Oh! As notícias não são muito boas, teu exame deu positivo`, e só! Minha irmã ficou braba, porque eu tava grávida e podia acontecer alguma coisa com a criança. Se eu tivesse sozinha, nem sabia o que eu ia fazer”.**

Relato semelhante teve a outra cliente; o que as diferenciou foi o fato desta não estar acompanhada para receber o resultado:

**C<sub>3</sub>-“ Eu fiz a primeira vez. Aí, acho que prá confirmar, me chamaram de novo. Aí eu já fiquei desconfiada: Hum... já saí de lá chorando, apavorada. Eu fui a primeira vez pegar o meu exame, aí dei o meu nome, ela pegou o telefone e perguntou: é esse mesmo o resultado? E a outra disse: é. Então, me mandaram voltar no outro dia, em jejum. Passou uma semana. Aí eu fui buscar. Me deixaram mais nervosa ainda, me deixaram esperar, a mulher com o exame na mão: olha, eu tenho uma coisa prá te contar. Eu já tava preparada, sabia? Eu já tava preparada. Aí, peguei meu exame e saí. Saí dali que nem sabia para onde ia. Pensava assim: e agora, meu Deus, eu grávida! Me apavorei, chorei muito. Fui prá casa, me encerrei e chorei. Passei dois dias encerrada dentro de casa, sem falar com ninguém.**

Analisando estes depoimentos, percebo muitos elementos que contribuem para que a equipe de saúde, na qual me incluo, possa refletir e repensar como vem se dando suas práticas em relação ao compromisso ético e profissional com o outro. Cappi et al (1998) observaram estudantes de enfermagem que acompanhavam o aconselhamento pré e pós teste de exames anti-HIV, em uma instituição pública de uma cidade de São Paulo, e pôde perceber que, entre as dificuldades identificadas estavam o preparo insuficiente para abordar questões relativas à sexualidade, insegurança na tomada das condutas, o preconceito frente à comportamentos e práticas sexuais não convencionais, pouco tempo para o estabelecimento de vínculos com o usuário e a ansiedade ao comunicar resultados positivos de sorologia.

Travelbee (1979, p.50) entende que somente é possível estabelecer uma Relação Pessoa a Pessoa quando cada participante percebe o outro como um ser humano único, o que não tem sido o usual em muitas relações profissional-cliente, especialmente quando se faz necessário prestar atendimento a várias pessoas num reduzido espaço de tempo. Por outro lado, esta relação proposta por Travelbee não acontece e nem se dá de modo simples, mecânico, automático. Para que ocorra, "deve ser planejada de forma deliberada e consciente" (Travelbee, 1979, p.52), isto é, requer que se tenha consciência de nossos atos, da presença do outro, da construção de uma relação profissional que se pretende de ajuda, o que não se pode fazer em relações pautadas pela mecanicidade, automatismo e desprovidas de humanidade. Pereira (1998) sugere aos profissionais que atuam na entrega de resultados para DST e Aids, a realização de treinamentos em aconselhamentos pré e pós teste, para que se sintam melhor instrumentalizados para ouvir e fazer perguntas, fornecer

informações relevantes e sugestões práticas, além de proporcionar apoio emocional ao indivíduo que está a sua frente.

Conforme C3, quando se sentiu em melhores condições psicológicas foi, novamente, procurar o médico obstetra para mostrar o resultado de seus exames de pré-natal. Segundo ela, após ver o resultado do anti-HIV positivo, este a encaminhou para falar "com uma mulher, segunda-feira às nove horas":

***C<sub>3</sub>- "Eu fui e a mulher não foi".***

Esse "desrespeito" ao outro fez com que esta cliente, em especial, só retornasse ao serviço de saúde dois meses depois, desacreditada da qualidade do atendimento. Como já estava no final da gestação, não realizou o Protocolo ACTG 076 e, também, não fez corretamente o seu pré-natal. Provavelmente, por complicações associadas à gravidez, sugestivas de pré-eclâmpsia<sup>13</sup> pelos dados subjetivos que me forneceu, teve seu filho nascido morto (natimorto).

O Ministério da Saúde, no Brasil, e as Organizações Não Governamentais (ONGs) desenvolvem programas voltados à prevenção e ao controle da Aids, considerados de qualidade, em relação à outros países. São realizadas campanhas periódicas na rádio, televisão, mantidos cartazes em locais públicos, alertando para a necessidade de prevenção da Aids e também da necessidade de respeito aos portadores e doentes de Aids, agora sem o caráter de amedrontar a população. São distribuídos preservativos e medicamentos gratuitamente aos portadores e doentes de Aids cadastrados nos Postos de Saúde dos municípios. Atualmente, está em desenvolvimento, no País, o Projeto Aids II (março/1998),

---

<sup>13</sup> Pré-eclâmpsia: complicação da gravidez no terceiro trimestre, caracterizada por pressão sanguínea sistólica >140mmHg, ou diastólica >90mmHg, em duas ocasiões, com intervalo de, no mínimo, 6 horas, ou um aumento de >30mmHg para a pressão sistólica ou de >15mmHg para a pressão diastólica, proteinúria de >300mg/24 horas e edema. (Day, 1993, p.187)

que tem término previsto para 2002, no qual são privilegiados, com verbas específicas, os municípios que tiveram aprovados projetos voltados para a prevenção e tratamento da Aids. O Projeto Aids II tem, entre seus objetivos, promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV identificada, à assistência de qualidade e adoção de práticas seguras em relação às DST/HIV/Aids e, também, promover o acesso dos portadores de DST à assistência de qualidade na rede pública de saúde.

Porém, apesar de todo o esforço em implantar políticas públicas de saúde, o que ocorreu com C3 parece ser uma conscientização ainda insuficiente dos profissionais que trabalham na área da saúde e instituições envolvidas acerca do seu engajamento e compromisso com os programas desenvolvidos e com sua relevância social. Como entender, diante das propostas governamentais, que alguém marque uma consulta com, às vezes, mais de um mês de antecedência, e ao chegar para ser atendido, o profissional não compareça nem solicite que um outro o substitua? O compromisso assumido deve ser bilateral. O cliente, o profissional e as instituições devem ser co-responsáveis para que as campanhas possam ter seus objetivos atingidos em plenitude.

Após receber o diagnóstico positivo, então, surge mais um enfrentamento para o portador do vírus HIV: de que modo a sua família receberá tal comunicação? Apresenta-se, então, o espaço familiar como um elemento importante para as mulheres terem maiores condições para cuidarem de si.

### **5.3.2 A importância do suporte familiar**

A família e sua função, nos últimos anos, vem sendo muito discutida e questionada, quer pela sua formação mais tradicional de pai-mãe-filhos, ou pelas

suas novas formações, a partir de novos laços afetivos ou dissoluções jurídicas de relações anteriores, dando origem a vários arranjos, onde, por exemplo, numa casa, a família se constitua apenas pela mãe e os filhos, o pai e os filhos, os avós com os netos, dois homens, duas mulheres, entre outras.

Porém, nem sempre, por serem membros de uma família, as pessoas sentem-se à vontade para dividir seu espaço físico, suas coisas, seus desejos, seus segredos, entre outros. Nas consultas de enfermagem, pude perceber diferenças e variações na maneira como a família é encarada por elas. C2 e C3 sentiram, de imediato, necessidade de contar que receberam o diagnóstico positivo e procuraram apoio junto ao seio familiar, como forma de amenizar, um pouco, seu sofrimento:

***C<sub>2</sub>- "Fui prá casa chorando e contei tudo prá minha avó".***

***C<sub>3</sub>- "Eu tive medo da reação do pai, mas ele me deu total apoio".***

Para estas duas clientes, um familiar, em especial, foi o ponto de apoio para que pudessem se sentir seguras em relação ao sigilo e anonimato que desejavam para revelar e compartilhar com alguém, próximo a si, o seu diagnóstico.

Ferreira (1994, p. 137-9) fez um estudo com clientes HIV, abordando, entre outros, a família como espaço de "retorno", após o recebimento do diagnóstico de positividade. No enfoque psicanalítico, o cliente "precisa se aproximar das figuras edípicas reais – pai e mãe –, ou simbólicas – os membros da equipe de saúde, em busca de elaboração da culpa e resolução dos conflitos primitivos. Contar para a família – principalmente para o pai e a mãe, parece satisfazer o desejo de

mostrar a eles que está disposto a lidar com os conflitos surgidos na relação". O autor observou que, após contar para a família, muitos tiveram a relação familiar melhorada, com maior aproximação e afeto. "A situação estaria favorecendo o sentimento de reparação, não somente para o paciente, mas também para os pais, possibilitando, para todos, a elaboração das angústias pré-existentes". Uma das possibilidades para a maior aceitação, segundo o autor, seria a do temor que os familiares possam sentir de que, por terem alguém tão próximo contaminado, algum dia possam vir a receber o mesmo diagnóstico e não gostariam, também, de ser discriminados. A grande maioria dos clientes que participaram do seu estudo não desejaram compartilhar seu diagnóstico com amigos nem com vizinhos.

C1 e C4, no entanto, referiram sérios problemas e frustrações em relação, especialmente, às suas mães, contrariando o pensamento, talvez, desejado na sociedade, de que é com a mãe e/ou com o pai que os filhos devem confiar e revelar seus segredos e solucionar problemas:

***C<sub>4</sub>-“Eu não contei prá minha mãe porque ela tem a língua solta e vai contar prá todo mundo. Ela conta até de uma dor de cabeça!”.***

***C<sub>1</sub>-“Eu não conto prá minha mãe porque o maior prazer dela seria saber que eu sou positiva, prá poder contar prá outras pessoas. Ela nunca gostou de mim...”.***

Essas duas mulheres revelaram ter uma grande mágoa em não poder contar com o apoio da mãe, no momento em que esta presença parecia ser tão

importante, para elas. Osório (1996, p. 20), enfatizando a importância da família para o enfrentamento das crises vivenciadas pelos seus membros, afirma que:

uma função psíquica da família é servir de continente para as ansiedades existenciais dos seres humanos durante seu processo evolutivo. A superação das chamadas "crises vitais" ao longo do périplo existencial de cada indivíduo é, indubitavelmente, favorecida por um adequado suporte familiar à desestabilização que tais crises acarretam.

Uma das dificuldades em revelar um diagnóstico positivo para o vírus HIV parece ser porque a Aids, enquanto doença também sexualmente transmissível, traz consigo, ainda, uma forte carga de moralismo, pois a contaminação, passível de ser sexual, revela publicamente que as pessoas praticam sexo, possibilitando outras inferências no imaginário social, associadas a práticas sexuais e a questões de moralidade, dentre outras. Ainda, segundo Osório (op. cit, p. 48),

a noção de "pecado", vinculada ao desejo e à atividade sexual, permeia toda a história da cristandade, desde o mito de Adão e Eva até o dogma da imaculada concepção de Maria. Na fé católica, a virgindade, a castidade, a renúncia aos prazeres da carne e o celibato estão associados à idéia de santidade e de salvação religiosa, sendo a quebra dos preceitos, com relação à interdição do sexo fora das finalidades de procriação da espécie, considerada uma violação dos mandamentos da Igreja.

Não se pode esquecer, também, que os primeiros casos de doentes de Aids conhecidos foram homossexuais, usuários de drogas e prostitutas, todos considerados "minorias" e, freqüentemente, rejeitados pela sociedade. As mães dessas clientes e muitas outras mulheres, ainda, podem não ter entendido que a Aids não pertence mais à pequenos grupos. Já se tem notado, nas unidades de internação e no hospital-dia, que mulheres, inclusive, entrando na terceira idade estão surgindo como portadoras do vírus HIV. O preconceito que a Aids, ainda, carrega consigo, faz com que, muitas vezes, os portadores tenham que se auto-agredir emocionalmente para conseguir conviver em sociedade.

C4 diz que:

***C4- "O problema dessa doença é que tu não podes dizer prá ninguém! Se tu tiver com câncer, tu fala e todo mundo entende (...) quando eu precisei internar, dizia que era tuberculose".***

Cada pessoa, em especial, precisa um determinado tempo para aceitar seu próprio diagnóstico. Na convivência com outros portadores do vírus HIV, ouço o comentário de que esse posicionamento trata-se de um "preconceito pessoal", ou seja, o portador não aceita que tenha adquirido o vírus porque não reconhece ter praticado comportamento de risco. Para C4, que se contaminou com uma transfusão sanguínea, provavelmente, seja mais difícil admitir que esteja portando, em seu organismo, o vírus HIV. Parece interessante destacar, em relação à esta sua fala, a opção por ter se identificado como portadora de tuberculose, uma doença que, também, traz consigo um forte componente de preconceito e estigma social, ao invés de se identificar como portadora do vírus HIV. Takahashi (1998), em estudo com pacientes soropositivos para o vírus HIV acometidos de tuberculose, objetivou explicitar as representações sociais dos doentes acerca do vivenciamento do seu processo saúde-doença. A análise permitiu explicitar a gênese social das representações individuais, revelando que o doente re-significa o fenômeno da Aids ao vivenciá-la e que essa vivência encobre a tuberculose, banalizando-a, além do que representações positivas orientam formas ativas de enfrentamento, enquanto que as negativas resultam em posturas de conformismo e negação frente ao processo de adoecimento.

C4 disse-me que realizou todo o tratamento para pneumonia por *Pneumocistis carinii*, além de tratar, preventivamente, também, a tuberculose, que estava em sua fase inicial. Reencontrei essa cliente, meses depois, na

maternidade, quando retornou para ganhar seu bebê, e ela me disse ter conseguido contar para as filhas sobre sua soropositividade, mas com a mãe "continuava tudo igual". C1, com quem passei a me relacionar mais frequentemente, referiu que também não contou para a sua mãe e, segundo ela, "nem pretende", mas dos filhos recebeu o apoio que julgava necessário para enfrentar o diagnóstico.

É importante que o portador do vírus HIV tenha o seu tempo de reflexão pessoal para entender o que se passa com seu corpo e sua mente, e possa decidir como e para quem quer revelar seu diagnóstico, pois só ele tem noção de como tal informação poderá ser recebida na família, entre amigos ou no trabalho, decidindo quanto à prudência ou não desta revelação. É necessário, entretanto, que esta pessoa receba, do profissional que lhe dá o diagnóstico, as informações necessárias para que não coloque em risco a integridade física das outras pessoas com quem vai seguir se relacionando.

A seguir, apresento o que denominei o futuro como possibilidade do cuidado de si, demonstrando que o desejo de viver está muito presente entre as mulheres que participaram deste estudo.

### **5.3.3 O futuro como possibilidade do cuidado de si**

Foi cuidando e convivendo com mulheres soropositivas que aprendi o quanto elas podem confiar num futuro melhor e realizar o tratamento corretamente, porque têm objetivos a alcançar. Muitas vezes, entre a equipe de saúde e a população em geral, é comentado que os portadores do vírus HIV seriam "irresponsáveis", em relação ao seu cuidado. Posiciono-me contrária à essa idéia, pois, desde 1996, venho convivendo de modo mais próximo com

várias pessoas que são soropositivas e possuem um grande respeito pela sua própria vida, no que se refere aos controles laboratoriais, ao uso correto das medicações antiretrovirais e tuberculostáticas, que exigem tratamento prolongado; á observação de hábitos que podem prolongar sua vida com qualidade, como alimentação adequada, conforme as possibilidades financeiras próprias, manutenção de um padrão de sono reparador, higiene corporal adequada, entre outros.

O compromisso com a família tem sido um fator de preocupação para os portadores do vírus HIV e, a partir do uso de medicações integrantes do "coquetel" antiretroviral, está sendo possível fazerem planos para o futuro, o que, há alguns anos, não era realidade:

***C<sub>4</sub>- "O tratamento é bem ruim, mas quem tem filho prá criar tem outra visão da coisa".***

Como profissionais da área da saúde, temos, ainda, muito a aprender sobre e com os seres humanos, principalmente sobre esse novo cliente que surgiu, há poucos anos, e que se diferencia dos outros por portar, dentro de si, um vírus que pode, ou não, manifestar-se em forma de doença e que intriga a ciência pela variedade de situações que pode criar.

Muitos profissionais, por se perceberem detentores do saber, e por esse motivo, mais indicados para educar, ensinar e orientar, podem esquecer que as pessoas se preocupam, sim, com suas coisas, consigo próprias, com sua saúde, porém cada uma delas ao seu modo:

***C<sub>1</sub>- "Eu me examino, e agora mais seguido. Tomo banho e vou me olhar no espelho".***

Ou então:

***C<sub>4</sub>- " A médica me esclarece muito, e eu pergunto muito. Tem que se informar. Quanto mais eu souber, melhor para mim".***

Por esses depoimentos simples, mas com um conteúdo rico, é possível ver um outro lado do portador do HIV: um ser humano, uma pessoa que quer ser vista e reconhecida como tal pela equipe de saúde, muito antes de seus diagnósticos, alguém com uma história de vida que deve ser respeitada, que deseja saber sempre mais sobre sua doença para buscar ser e estar melhor a cada dia. Nesse sentido, alguns profissionais já estão percebendo que existe uma outra pessoa à nossa frente, seja ela com pouco ou muito conhecimento, e não apenas alguém como um objeto de nossa ação que, entendemos, deva acatar tudo o que lhe determinamos e orientamos.

Entre as mulheres que participaram das consultas de enfermagem, uma delas, inclusive, sugeriu que a equipe de saúde não as trate de forma ingênua, como se quisessem poupá-las de informações que devem ser enfrentadas com seriedade e responsabilidade, pois percebeu uma falha que pode ter sido determinante em seu diagnóstico, há alguns anos:

***C<sub>1</sub>- "Acho que não fui informada direito. No hospital tiraram uma carne exposta, branca, do pênis dele. E disseram prá eu usar camisinha. Poderiam ter me dito: toma cuidado com a Aids, ou então: procura te informar sobre a Aids... Eu não sabia que aquilo era uma venérea..."***

Nesta situação, acredito que se justificava um maior esclarecimento dessa mulher quanto aos riscos a que estava exposta e, também, aos cuidados necessários para preveni-los, pois ela estava propensa não apenas a adquirir

uma doença sexualmente transmissível, mas também, se o parceiro já era portador, o vírus da Aids, pois lesões em órgãos sexuais são porta de entrada mais fácil para a contaminação com o vírus HIV.

É necessário lembrar, aqui, que os portadores/doentes de HIV/Aids têm deveres como qualquer cidadão e, também, têm assegurados direitos (anexo 7) que devem ser respeitados pela equipe de saúde e pela sociedade em geral como, por exemplo, direito à informação clara, exata, cientificamente fundada sobre a Aids, sem nenhum tipo de restrição. No caso dessa cliente, não era sabido, ainda, o estado sorológico em relação ao vírus HIV do parceiro nem o dela, mas só por ser uma DST já havia a necessidade de uma conversa franca do profissional, individualmente com a cliente ou, diretamente, com o casal.

Conversamos, também, sobre os seus planos para o futuro. Passado o período inicial de recebimento do diagnóstico e de reorganização da vida pessoal, as falas a seguir mostraram que ser portador do vírus HIV não parece ser, para nenhuma das clientes, um impedimento para viver e ser feliz:

***C<sub>1</sub>- "Eu cuidei dele até o fim, não tenho remorso. Agora é tocar em frente. Vou voltar a trabalhar de novo!"***

***C<sub>2</sub>- "Eu trabalhava, tinha emprego fixo, e estudava. Agora não quero mais estudar, só trabalhar e criar minha filha"***

***C<sub>3</sub>- "Eu vou voltar a trabalhar, mas estudar acho que não. Uma coisa de cada vez, né! Não é assim tão fácil"***

***C<sub>4</sub>- Eu nem penso em morte. Isso foi uma coisa que nunca me preocupou, quero é seguir trabalhando, criar minhas filhas"***

Langone, Vieira (1995, p.24) comentam, em relação à necessidade de trabalho, que "a maior parte da vida é ocupada com o trabalho e, freqüentemente, se observa que aquilo que nos identifica no mundo é o que fazemos, mais do que o que somos. Assim, recuperar a produtividade, significa manter e recuperar a identidade filosôfica, política e social, além de sua inserção participativa e dinâmica no contexto em que a pessoa se insere".

Outra alternativa que pode ser viável em relação ao futuro dos soropositivos e à sua saúde integral, também proposta por Langone, Vieira (1995, p. 59), seria a manutenção do sistema imunológico num nível ótimo. Para atingir este objetivo, segundo ele, "é fundamental um cuidado eficaz à saúde mental do indivíduo e da família".

Ainda, como formas de enfrentamento para as situações que porventura possam surgir em relação à saúde dos portadores do vírus HIV, são propostas ações de saúde individuais e coletivas. Para que o portador mantenha-se, a si próprio, num bom estado de saúde, sugere-se uma alimentação natural, com alimentos ricos em nutrientes que favoreçam o equilíbrio orgânico, como proteínas, carbo-hidratos, sais minerais, lipídios; exercícios físicos regulares também são importantes, pois reduzem o estresse e fortalecem o organismo. Realizar um trabalho, com vínculo empregatício ou não, é fundamental para o indivíduo sentir-se útil na sociedade em que vive, recebendo um salário para o seu próprio sustento ou, se for o caso, também o de sua família.

O retorno aos estudos, para quem deles se afastou, também tem um grande valor, pois o ser humano tem capacidades ilimitadas, que devem ser exploradas; aprender sempre, cada dia mais, faz com que as pessoas se sintam vivas e participantes no mundo que habitam. O lazer, como forma de aliviar os

problemas enfrentados no dia a dia, é outra necessidade básica para os seres humanos. Passear, ir ao cinema, dançar, viajar, namorar, ter relações sexuais seguras, pescar, ler bons livros, incluindo, aí, leituras que auxiliem a conhecer mais sobre a evolução no tratamento e cura da Aids, e outras alternativas possíveis, fazem com que a qualidade de vida do portador se torne, talvez, melhor do que vinha ocorrendo, até então. Uma alternativa, que se mostrou válida, entre as clientes, foi a de oferecer a leitura do livro de Polizzi (1998), em que a autora relata sua trajetória pessoal, a partir do momento em que se soube portadora do vírus HIV, quando tinha 17 anos de idade. É uma leitura fácil, agradável e que pode ajudar as mulheres a enfrentarem, de uma maneira mais realista, o seu próprio diagnóstico.

Um outro aspecto, além dos citados acima, refere-se à importância de participar de um grupo de auto-ajuda, específico para portadores do vírus HIV. A manutenção de um espaço onde possam dividir seus problemas e suas conquistas com outras pessoas, que estão numa situação semelhante, é extremamente importante, pois, as pessoas que participam destes grupos, mostram-se mais fortalecidas por compartilharem situações de vida, muitas vezes semelhantes ou não.

Neste sentido, a todas as gestantes ou puérperas soropositivas que internam na maternidade onde trabalho, sugiro participarem ao menos de uma reunião neste grupo, para que se fortaleçam como indivíduos e percebam, em si e nos outros, que a condição de portador pode ser o início de uma vida diferenciada da levada até então. Neste grupo, conheci uma das clientes participantes deste estudo e, por freqüentar algumas reuniões, esporadicamente, na condição de enfermeira, amiga e mulher, recordando, aqui, um de meus pressupostos de que

a enfermeira, junto com outras mulheres, podem discutir alternativas para que conheçam mais suas histórias e descubram meios de atingir seus objetivos, percebo que este espaço de reflexão e troca de experiências tem se mostrado uma alternativa riquíssima para o cuidado de si e para o enfrentamento de inúmeros problemas diagnosticados

As consultas de enfermagem realizadas formalmente para esse trabalho, terminaram em dezembro de 1998, mas com duas das mulheres, que deram vida e corpo para essa dissertação, desenvolvi laços de amizade bastante fortes. Hoje são atuantes no grupo VIDDA, e me fazem sentir que valeu o esforço e o tempo reservado à elas para conversarmos como enfermeira-cliente, numa Relação Pessoa a Pessoa, pois isso nos fez próximas e com certeza crescemos, como seres humanos. C1 voltou a trabalhar, C2 já teve um outro filho, C3 também voltou a trabalhar e, logo após, retornou aos estudos e C4 seguiu trabalhando e cuidando dos filhos.

Quando me despedi, na última consulta feita com C3, ela perguntou:

C<sub>3</sub>- "Posso te dizer uma coisa? É meio boba, mas eu queria dizer..."

Enf<sup>a</sup>.- "Claro que sim!"

C<sub>3</sub>- "É que a gente precisa de alguém como tu, que fale com a gente!" Tchau!

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando optei por abordar o tema Aids e Mulheres, ao ingressar no Mestrado em Assistência de Enfermagem, o fiz com a intenção de melhor entender porque as mulheres continuam contaminando-se com o vírus HIV e, também, de que maneira elas se cuidam após receberem seu diagnóstico positivo para esse vírus.

Realizando consultas de enfermagem com clientes portadoras do vírus, pude confirmar os pressupostos que possuo em relação às mulheres e, ainda, colhi dados que favoreceram alcançar o objetivo a que me propus. As categorias que foram emergindo das falas permitiram evidenciar situações problemáticas, algumas das quais, talvez, possam vir a ser minoradas com a atuação mais comprometida dos profissionais da área da saúde e da educação.

Num primeiro momento, pude evidenciar que as mulheres, ainda, parecem não se perceber em situação de risco porque acreditam que, no lar, no casamento, no relacionamento com um único parceiro, estão seguras, muitas vezes não levando em conta que este parceiro pode ter mantido ou estar mantendo outros relacionamentos com outras mulheres ou homens, podendo ser, ou vir a ser, portador do vírus HIV. A cadeia de transmissão do vírus é muito grande, principalmente porque as relações afetivas, nos últimos anos, parecem ter sido mais instáveis e efêmeras, dificultando ou impossibilitando apontar quem foi o responsável pela contaminação.

Apesar de tantas informações que vêm sendo repassadas, ultimamente, nos meios de comunicação, tentando mostrar que a prevenção da Aids é

necessária para todos, e não apenas aos integrantes dos, inicialmente, denominados "grupos de risco", vem se constatando o aumento da incidência de contaminações, principalmente, das mulheres. Possivelmente, estas informações ainda não as sensibilizaram porque não utilizam uma linguagem suficientemente clara e acessível, que faça com que a população feminina valide as suas mensagens. Para acabar ou minorar com a desinformação, ou com a informação incorreta sobre a Aids, a escola parece ser um local privilegiado e a prevenção da Aids deve estar, também, aí contemplada, já a partir dos primeiros anos curriculares.

É geralmente na escola que os jovens estabelecem seus primeiros relacionamentos sexuais e, por isso, devem estar suficientemente instrumentalizados para decidirem quando e de que maneira iniciarão sua vida sexual. É importante, então, o preparo pedagógico dos professores, para que se sintam em condições de responder, com o menor preconceito possível, às perguntas que, provavelmente, emergirão, por parte dos alunos, a partir dessa abertura. A educação sexual formal, talvez, consiga desencadear, como consequência, um espaço para a construção do diálogo, na família, sobre a sexualidade e seu exercício. Muitas vezes, os jovens são os responsáveis por verdadeiras revoluções familiares, e eles poderão, se corretamente informados, ser os atores dessas mudanças de comportamento na sociedade.

Ainda, em relação à desinformação, a linguagem utilizada pelos profissionais da área da saúde pode não ser entendida por muitos dos clientes e, às vezes, várias orientações dadas não serem incorporadas ao dia a dia das pessoas, possivelmente porque, para elas, não houve a correta apreensão da informação. É muito importante adequar os termos técnicos no nível dos

conhecimentos e da linguagem do cliente, além de assegurar um tempo para validar, com ele, os conhecimentos adquiridos e reformular outros, caso seja necessário. Esta validação de conhecimentos é muito importante para que as pessoas possam exercer, com maior autonomia, o cuidado de si. Parece fundamental, também, estar atento ao que o cliente queira saber, o que, muitas vezes, pode não ser o que o profissional deseja dizer.

Um outro aspecto, evidenciado nas consultas de enfermagem, diz respeito a vontade de ser mãe, referido por duas das clientes que participaram das consultas de enfermagem. O uso de preservativos, certamente, contrapõe-se a anticoncepção e, por esse motivo, as mulheres que desejam engravidar, não o cogitam em suas relações sexuais, assim como, também, parecem não se preocupar com a sua situação sorológica nem a de seu parceiro, para o vírus HIV. A maternidade é vista, para muitos casais, como uma prova de amor, onde o filho parece "legitimar" a união afetiva. Com o nascimento dos filhos, as mulheres costumam referir auto-realização pessoal, além de se perceberem mais seguras em relação à estabilidade com o companheiro. Aqui, novamente, parece necessário que o casal tenha consciência das possíveis conseqüências de relações sexuais não protegidas para tomarem as decisões que julgam adequadas sobre as suas vidas.

A falta de diálogo entre o casal, também, foi constatada nas consultas de enfermagem, principalmente em relação a questões referentes à sua intimidade e ao exercício da sexualidade, podendo comprometer, profundamente, medidas preventivas em relação ao contágio do vírus HIV. Esta ausência pode ser identificada não apenas em relacionamentos que estão se iniciando, mas em relações que já existem há vários anos. O diálogo sobre a sexualidade é um

componente que deveria ser construído no relacionamento entre os casais mas, muitas vezes, restringe-se a questões cotidianas, excluindo as questões sexuais.

A mulher, então, quando se percebe em situação de risco frente ao seu parceiro, necessita de alguém que lhe dê o fortalecimento necessário para enfrentar, em melhores condições, a possível resistência do parceiro ao uso do preservativo, o que pode ser cansativo e desgastante, para ela. A enfermeira, se tiver um preparo prévio para lidar com estas situações, pode ser uma das profissionais indicadas para dar o apoio que estas mulheres necessitam.

Ainda, o uso do preservativo mais facilmente se dará quando, através de negociações entre o casal, cada um dos parceiros sentir-se fortalecido sobre os motivos para utilizá-lo, tendo clareza que se trata de uma maneira de exercer o respeito tanto para si como ao seu parceiro, especialmente enquanto não têm certeza sobre sua situação em relação às DST/Aids. É importante, também, que o casal tenha a clareza de que fidelidade não é garantia suficiente para evitar a contaminação pelo vírus HIV. Quanto mais informados e instrumentalizados para fazer uso correto das informações obtidas, os casais poderão encontrar, em sua vida íntima, ricas experiências afetivas e sexuais.

Em relação às formas de prevenção da contaminação pelo vírus HIV, a camisinha feminina, que poderia ser uma alternativa para as mulheres evitarem o contato direto com o sêmen, foi lançada no início do ano de 1999, no mercado brasileiro, com preços impraticáveis para a população, de uma maneira geral. Cada unidade do produto custa em torno de R\$ 2,00, sendo vendida em caixas contendo duas camisinhas, encarecendo, ainda mais, a opção que a mulher teria em se proteger do vírus HIV, de outras doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez não desejada. Se levarmos em consideração o baixo valor do salário

mínimo praticado no Brasil e que muitas mulheres dependem exclusivamente desse salário, recebido por seus companheiros, não são muitas as opções em termos de prevenção à Aids feminina, se não houver consenso entre o casal para utilizar, pelo menos, a camisinha masculina, mais acessível financeiramente.

A meu ver, é necessário que seja buscado, junto ao governo federal, recursos orçamentários para reduzir os preços cobrados, no varejo, pelos preservativos, tanto o masculino quanto o feminino e, também, para aumentar, consideravelmente, a distribuição gratuita de preservativos nos postos de saúde e nos grupos envolvidos com a prevenção da Aids que, atualmente, distribuem, quando possível, em torno de, no máximo, 10 preservativos pessoa/mês.

Um outro aspecto, evidenciado nas falas, motivo de minha preocupação, foi a forma como são solicitados e entregues, por alguns profissionais da saúde, os exames anti-HIV. Mesmo diante da existência de um Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, com esta finalidade, que vem oferecendo um protocolo adequado, executado por profissionais preparados, existem, ainda, outros que não estão suficientemente informados sobre a disponibilidade de tais serviços e, talvez, não conscientizados do que pode significar, para a cliente, um resultado positivo de um exame anti-HIV.

Tendo em vista a prevenção da transmissão vertical da Aids, faz-se necessário o estímulo permanente à reciclagem dos profissionais que lidam com mulheres gestantes, a fim de estarem sempre atualizados em relação às novas rotinas do Ministério da Saúde voltadas à saúde da mulher. O não compromisso com a redução do número de soropositivos e a desatualização do profissional podem repercutir negativamente sobre a forma como as mulheres cuidam de si.

Também, o apoio da família mostrou-se como um suporte fundamental ao enfrentamento do diagnóstico. Parece ser de grande importância, nos grupos de apoio à soropositivos, um espaço para que os familiares possam manifestar suas dúvidas, incertezas, angústias e medos, como uma forma de crescimento coletivo, de modo a que todos os membros possam ampliar seus conhecimentos sobre as formas de contágio da doença, os cuidados necessários em relação ao manuseio de roupas, de objetos, hábitos, condutas, precauções sexuais, de modo a favorecer o convívio familiar com o soropositivo. A partir do acesso às informações adequadas, é possível que a família, mais facilmente, passe a ser o local onde o portador sintá-se protegido e amparado para ter melhores condições de enfrentar esta sua nova etapa de vida.

Em relação à equipe de enfermagem, com a qual atuo, vimos aproveitando os espaços possíveis para conversarmos e reforçarmos as informações disponíveis sobre as formas de contaminação da Aids, a importância de usarmos preservativos nas nossas relações sexuais, assim como os materiais de biossegurança necessários às técnicas a serem desenvolvidas com todas as pacientes, indiscriminadamente, como uma maneira de nos protegermos de sangue e secreções potencialmente contaminadas. Um ponto positivo que observei, possivelmente, decorrente desses diálogos com as colegas, foi que as mulheres soropositivas, a partir de então, têm sido cuidadas com mais atenção, carinho e respeito.

Ainda, relacionado aos pressupostos que possuía, ao iniciar este estudo, sigo acreditando que é possível e necessário apresentar e discutir, com as mulheres, alternativas para que elas se percebam mais capacitadas para definirem e optarem quanto ao que acreditam ser melhor para o cuidado de si. Do

mesmo modo, compreendo que, com informações claras e numa linguagem acessível, seja possível reduzir o preconceito existente em relação aos portadores/doentes de Aids.

É fundamental que os profissionais da saúde tenham a clareza de que detêm um saber científico que pode auxiliar muitas pessoas a não se contaminarem, e que podem e devem, também, fazer com que o maior número possível de informações obtidas, em relação ao tratamento e à cura da Aids, sejam repassadas aos portadores e doentes, instrumentalizando-os para que possam reivindicar um melhor atendimento e melhores possibilidades de cuidado de si.

Para finalizar, como este estudo não teve a pretensão de esgotar o tema da Aids que, a cada dia, mostra-se com novas nuances, apresento algumas possibilidades de encaminhamentos práticos:

- que seja construído, nos dias destinados ao ambulatório para gestantes de alto risco, no HU, um grupo para as gestantes soropositivas discutirem sobre o cotidiano vivenciado e expressarem seus sentimentos, frente à infecção pelo HIV, além de serem feitas orientações relacionadas ao cuidado de si durante a gestação e aos cuidados com o recém-nascido. Este momento poderia se dar durante as consultas médicas, em sala anexa aos consultórios, com as mulheres que aguardam o seu horário de atendimento, oportunizando a criação de mais um espaço para os alunos atuarem, numa proposta de enfermagem humanística, a partir da Relação Pessoa a Pessoa, proposta por Travelbee ou outros autores. A oportunidade de construção desses grupos, com a interação precoce das mulheres entre si e com a enfermeira, a meu ver, favoreceria a adesão ao Protocolo ACTG 076 e a perspectiva de prevenir a transmissão vertical, mediante

a valorização, junto às gestantes, de sua auto-estima e dos valores no cuidado de si. Esta proposta é sugerida, também, por Farias, Tirre, Garcia (1998), que vêm desenvolvendo esta atividade no Rio de Janeiro, com resultados satisfatórios.

- que a proposta de Relação Pessoa a Pessoa, a partir de Travelbee, seja mais divulgada aos profissionais e alunos da área da enfermagem pois, conforme disse C3, "a gente precisa de gente que converse com a gente". Aliada a esta proposta, é importante termos presente que, apesar da intenção de fazermos o que consideramos melhor, para o paciente, a decisão sobre o que seja melhor para si deve partir do sujeito envolvido, através do pressuposto que a cliente é uma pessoa com capacidade de pensar e decidir sobre como cuidar de si;

Além desses encaminhamentos, acredito que seja, também, importante:

- que as mulheres conheçam as vantagens da solicitação do teste anti-HIV, para si e para seu filho, durante a realização dos exames de pré-natal, possibilitando a realização do Protocolo ACTG 076 em tempo hábil; para isso, a existência desse protocolo necessita ser amplamente divulgada, junto à população;

- que sejam mantidos, à disposição da população, em locais públicos, sistematicamente, folhetos informativos sobre os métodos anticoncepcionais, apontando vantagens e desvantagens de cada um deles e folhetos sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids;

Finalizando, deixo uma mensagem de Pluciennik (1992,p81), que diz o seguinte: "Não se pode lutar contra a Aids fazendo de conta que não somos medrosos e preconceituosos. Vamos nos encarar no espelho e mudar o que está ao nosso alcance".

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCAMÍ, J. Immunopatología del SIDA. In: GATELL, J.M. et al. **Guía práctica del SIDA: clínica, diagnóstico y tratamiento**. 5 ed. Barcelona : Masson, 1998.
- ALDANA, A. Mulher, sexualidade e sexo seguro. In: PAIVA, V. **Em tempos de AIDS: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores**. São Paulo : Summus Editorial, 1992.
- ALMEIDA, F.L., GRANGEIRO, W.F., GUEDES, M.V.C. Oficinas pedagógicas sobre Aids: experiência com alunos do ensino fundamental. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Bahia. **Resumos**. Bahia, 1998.
- ANDERY, A.A. Três modalidades de ética profissional. In: QUEIROZ, J.J. **Ética no mundo de hoje**. São Paulo : Paulinas, 1985. p. 75-87.
- ARAÚJO, C.L.F. Solicitação do teste anti-HIV no pré-natal em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro: políticas e realidades. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Bahia. **Resumos**. Bahia, 1998.
- ÁVILA, M.B., GOUVEIA, T. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sociais. In: PARKER, R., BARBOSA, R.M. **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro : RELUME DUMARÁ, 1996.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1995.
- BARBOSA, R.H.S. As mulheres, a AIDS e a questão metodológica: desafios. In: CZERESNIA, D. (org.) **AIDS, pesquisa social e educação**. São Paulo : Hucitec Abrasco - Rio de Janeiro, 1995.
- BARBOSA, R.M. Feminismo e Aids. In: PARKER, R., GALVÃO, J. (orgs.). **Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro : Relume - Dumará : ABIA : IMS/UERJ, 1996.
- BERER, M., RAY, S. **Mulheres e HIV/Aids**. Livro de recursos internacionais. Informação, ação e recursos relativos às mulheres e HIV/Aids, saúde reprodutiva e relações sexuais. São Paulo : Brasiliense, 1997.

- BOCARDI, M.I.B. **Gravidez na adolescência**: o parto enquanto espaço do medo. São Paulo : Arte & Ciência ; Marília, SP : UNIMAR, 1998.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS. v.12, n.2, Semana Epidemiológica – 09 a 21 – Março a Maio de 1999. CN – DST & AIDS. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DSTs e Aids. **Aids II**: desafios e propostas: documento preliminar para discussão - Projeto Aids II. 2ª versão. Brasília : Ministério da Saúde, março 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília : Ministério da Saúde, 1996.
- BRUNNER, L.S., SUDDARTH, D.S. **Nova prática de enfermagem**. Rio de Janeiro : Interamericana, 1985. v.3
- BUCHABQUI, J.A. **Promovendo a saúde da mulher**. Porto Alegre : Ed. UFRGS, 1995.
- CASOS de AIDS crescem no país. **Correio do Povo**, Porto Alegre, 21 jun. 1998, Geral, p.9.
- CAPPI, D.R.S. et al. A atuação de estudantes de enfermagem em um centro de testagem e aconselhamento para a detecção do HIV: relato de uma experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Bahia. **Resumos**. Bahia, 1998.
- CHRISTO, C.A.L. (Frei Betto). Sexo, AIDS e a morte por ignorância. **Boletim Salesiano**, São Paulo, v.46, n.3, p.3, maio/jun. 1996.
- COELHO, K.W.S., MORIMURA, M.C.R. Estudo de caracterização epidemiológica em uma população de mulheres com vistas a implantação de um programa de prevenção de DST/Aids no Instituto Materno Infantil de Pernambuco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Bahia. **Resumos**. Bahia, 1998.
- COHEN, C., FAIMAN, C.J.S. Aids: ataque ao sistema de defesas psíquicas. In: **Rev. Bioética**, Brasília, v.1, n.1, 1993. Simpósio Aids e bioética.
- COOK, S. **Implicações éticas**. Florianópolis, agosto de 1997. (Polígrafo fornecido pela disciplina de Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem)
- CZERESNIA, D. (org.) **AIDS, pesquisa social e educação**. São Paulo : Hucitec Abrasco, 1995.

- DANIEL, H. (Apresentação) In: PAIVA, Vera. **Em tempos de AIDS: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores.** São Paulo : Summus Editorial, 1992.
- DAY, L.D. Hipertensão na gravidez. In: FREDERICKSON, H.M., WILKINS-HAUG, L. **Segredos em ginecologia e obstetrícia.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- DECLARAÇÃO dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da Aids. In: PAIVA, V. **Em tempos de AIDS: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores.** São Paulo : Summus Editorial, 1992. p.15
- FARIAS, I.F.A., TIRRE, R., GARCIA, M.F.L. Cuidar, ir além: relato de experiência no atendimento em grupo de gestantes HIV positiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Bahia. **Resumos.** Bahia, 1998.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2.ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.
- FERREIRA, C.A.P. Uma experiência pessoal. In: PAIVA, V. **Em tempos de AIDS: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores.** São Paulo : Summus Editorial, 1992.
- FERREIRA, C.V.L. **AIDS e vida: um estudo clínico-psicanalítico com pacientes HIV.** São Paulo : Lemos : Ed. da Universidade Federal de Uberlândia, 1994.
- FIGUEIREDO, M.M.F. et al. Aids: heterossexuais e práticas de risco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Bahia. **Resumos.** Bahia, 1998.
- FIGUEIREDO, N.M.A. **Parceiros e passageiros da assistência de enfermagem: o cuidado entendido por clientes e equipe de enfermagem.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Ana Neri, 1990.
- FINI, L.D.T. A situacionalidade de psicologia educacional: adolescência nos cursos de licenciatura na Unicamp. In: BICUDO, M.A.V., ESPOSITO, V.H.C. **A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico.** Piracicaba : Unimep, 1994.
- FONSECA, A.D. **Assistência de enfermagem à adolescentes internadas por complicações associadas ao aborto.** Repensul Polo II- URG-UFPEl, Setembro de 1995. (Projeto de dissertação de mestrado em assistência de enfermagem)

- \_\_\_\_\_. **Assistência de enfermagem a mulheres internadas por complicações associadas ao aborto provocado.** Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, 1996. Dissertação de Mestrado.
- FOUCAULT, M. [Biografia]. In: **1000 que fizeram o século XX.** São Paulo : Três, [199 ].
- \_\_\_\_\_. **História da sexualidade, 3: o cuidado de si.** Rio de Janeiro : GRAAL, 1985.
- \_\_\_\_\_. **Hermeneutica del sujeto.** Madrid : La Piqueta, 1987.
- \_\_\_\_\_. **Tecnologias dei yo y otros textos afines.** Barcelona : Paidós Ibérica, 1990.
- GATELL, J.M. et al. **Guia práctica dei SIDA.** Clínica, diagnóstico y tratamiento. 5.ed. Barcelona : Masson. 1998.
- GELAIN, I. **Deontologia e enfermagem.** 3.ed. rev. atual. São Paulo : EPU, 1998.
- GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- GIAMI, A., VEIL, C. **Enfermeiras frente à Aids: representações e condutas, permanência e mudanças.** Canoas : Ed. da ULBRA. 1997.
- GOLDSTEIN, D. O lugar da mulher no discurso sobre Aids no Brasil. In: PARKER, R., GALVÃO, J. (org.). **Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil.** Rio de Janeiro : Relume – Dumará : ABIA : IMS/UERJ, 1996.
- GOMES, M.R.O. Epidemia da Aids no Brasil: atualização In: **Aids, Boletim Epidemiológico**, v.11, n.4, set./nov. de 1998. (CN-DST/Aids. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids, 1998).
- GOMES, R. Análise dos dados. In: MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 2.ed. Petrópolis : Vozes, 1994.
- GONÇALVES, M.J.F. Perfil do nível de informação dos alunos da Universidade do Amazonas sobre Aids. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Bahia. **Resumos.** Bahia, 1998.
- GONÇALVES, M.X. **Assistência de enfermagem a nível ambulatorial para mulheres soropositivas com filhos também soropositivos para HIV: uma proposta inovadora.** Rio Grande, dez. 1997. (Relatório do trabalho desenvolvido na disciplina de Prática Assistencial em Enfermagem da UFSC)
- GUARIENTI, A.C. A Aids não é negócio para ninguém. In: **Inform.** Pelotas, v.1, n.2, jun. 1996.

- GUIMARÃES, C.D. O comunicante, a comunicada: a transmissão sexual do HIV  
In: PAIVA, V. **Em tempos de AIDS: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores.** São Paulo : Summus Editorial, 1992.
- GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (org.) **Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil.** Rio de Janeiro : Relume – Dumará : ABIA : IMS/UERJ, 1996.
- HARRISON, M. **O primeiro livro do adolescente sobre amor, sexo e aids.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1996.
- JUNDI, M.G.I. **Sensibilizando adolescentes para atuarem como multiplicadores na prevenção das DST/Aids.** FURG-REPENSUL-ESPENSUL. Rio Grande, dez. 1997.
- KIFFER, C.R.V. et al. Aspectos clínicos e tratamentos específicos/manifestações de doenças oportunistas. In: **HIV/Aids: perguntas e respostas.** São Paulo : Atheneu, 1996.
- KNOX, E.T. **Enciclopédia atual do sexo.** s.n.t.
- KOBAYASHI, E. O filho que chegou cedo. **Capricho**, São Paulo, p.34-9, 05 out. 1999.
- KOLLER, E.M.P. **Cuidando de famílias sob o impacto do vírus HIV em seu espaço sócio-cultural.** Florianópolis, 1992. (Dissertação de mestrado, UFSC)
- KRUSE, W. et al. Doenças sexualmente transmissíveis. In: BUCHABQUI, J.A. (org.) **Promovendo a saúde da mulher.** Porto Alegre : Ed. UFRGS, 1995.
- KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosas e aos seus próprios parentes.** 8.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1998,
- LACERDA, L. Mães seguem amamentando apesar da Aids. **Correio do Povo**, Porto Alegre, 09 out. 1999, p.7.
- LANGONE, A., VIERIA, N. **SIDA/AIDS: a ação integrada como receita de vida (portador - família - profissional - governo - sociedade).** Porto Alegre : AGE, 1995.
- LEITE, O.H.M. et al. Imunopatologia. In: **HIV/Aids: perguntas e respostas.** São Paulo : Atheneu, 1996.

- LEOPARDI, M.T. **Desenvolvimento da ciência e saúde**. Polígrafo preparado para a disciplina de Fundamentos Filosóficos e Teóricos da Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. UFSC, 1997.
- LEVY, J. (Depoimento). In: BERER, M., RAY, S. **Mulheres e HIV/Aids**. Livro de recursos internacionais. Informação, ação e recursos relativos às mulheres e HIV/Aids, saúde reprodutiva e relações sexuais. São Paulo : Brasiliense, 1997.
- LIMA, D.R. **Manual de farmacologia clínica, terapêutica e toxicologia**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1994.
- LIMA, D.B. Anti-retrovirais. In: **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.76, n.3, p.16-18, mar. 1999.
- LOUREIRO, R. 438 casos de AIDS em três meses. **Correio do Povo**, Porto Alegre, 15 maio 1998, Geral, p.20.
- LUDKÉ, M., ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo : EPU, 1986. (Temas Básicos de Educação e Ensino)
- LUNARDI, V.L. **Fios visíveis e invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira**. Porto Alegre, 1994. (Dissertação de Mestrado - UFRGS)
- \_\_\_\_\_. **A governabilidade na enfermagem: do poder pastoral ao cuidado de si**. Florianópolis, 1997. (Tese de Doutorado - UFSC)
- \_\_\_\_\_. **A ética como cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Pelotas : Editora da Universidade Federal de Pelotas, Florianópolis : UFSC. (Teses em Enfermagem, n. 14)
- LUZ, L. Sexo: um longo papo sobre a vida. **Zero Hora**, Porto Alegre, 19 jul. 1998, Especial, p.5-8.
- MARIN, H.F., PAIVA, M.S., BARROS, S.M.O. **Aids e enfermagem obstétrica**. São Paulo : EPU, 1991.
- MARTIN, D., BARBOSA, R.M., VILLELA, W.V. As mulheres e a prevenção da Aids. In: PAIVA, V. **Em tempos de AIDS: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores**. São Paulo : Summus Editorial, 1992.
- MARTINS, L. Sem julgar a aids: para não perder espaço na luta contra o HIV, a Igreja Católica aumenta o apoio aos religiosos contaminados e amplia debate sobre a epidemia. **Época**, v. 2, n. 76, p. 86 a 88, 1º nov. 1999.
- MENEZHIN, P. **O enfermeiro construindo e avaliando ações educativas na prevenção da Aids**. São Paulo : Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 1993.

- MIZIARA, I. Cuidado: o amor também leva à Aids. **Criativa**, São Paulo, v. 8, n.89, p. 44-46, set. 1996.
- NÁJERA, R. Retrovirus humanos. Etiopatogenia. In: GATELL, J.M. et al. **Guía práctica del SIDA**. Clínica, diagnóstico y tratamiento. 5.ed. Barcelona : Masson. 1998.
- NASCIMENTO, M.L.C. **Relacionamento terapêutico entre aidéticos, familiares e enfermagem**: uma abordagem alternativa. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba, 1992. (Dissertação de Mestrado)
- NEVES, E.P., GONÇALVES, L.H.T. **As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem**. 3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem.
- OLIVEIRA, M.S. Aspectos clínicos e tratamentos específicos: manifestações do HIV. In: **HIV/Aids: perguntas e respostas**. São Paulo : Atheneu, 1996.
- OLIVEIRA, M.A.F.C. **Pesquisa ação com escolares de 1º e 2º graus**: alguns aspectos de educação preventiva sobre DST e Aids. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1997. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)
- OLIVEIRA, S.L.C. "Mulheres que não podem dizer não" e a Aids. In: **Correio da APOA**, Porto Alegre, n.63, nov. 1998.
- OSÓRIO, L.C. **Familia Hoje**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996.
- PADOIN, S.M.M., PROCHNOW, A.G., CARVALHO, V.L. **Diabetes e Aids**: a busca do estar melhor pelo cuidado de enfermagem. Santa Maria : Pallotti, 1999.
- PAIVA, V. **Em tempos de AIDS**: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores. São Paulo : Summus Editorial, 1992.
- PARKER, R., BARBOSA, R.M. **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro : RELUME DUMARÁ, 1996.
- PARKER, R.G., HERDT, G., CARBALLO, M. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS. In: CZERESNIA, D. (org.) **AIDS, pesquisa social e educação**. São Paulo : Hucitec Abrasco, 1995.
- PARKER, R., GALVÃO, J. (org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro : Relume – Dumará : ABIA : IMS/UERJ, 1996.

- PEDROSA, J.S. Resposta ao HIV/Aids: Grupo Pela VIDDA, In: CZERESNIA, D. (org.) **AIDS, pesquisa social e educação**. São Paulo : Hucitec Abrasco, 1995.
- PEDROTTI, I.A. Da Aids e do direito. In.: **Rev. BIOÉTICA – Simpósio Aids e bioética**, v.1, n.1, Ed. Conselho Federal de Medicina, 1993.
- PEREIRA, G.L. **Enfermeira numa “transa” com adolescentes**: prevenindo a Aids (A). Rio de Janeiro. Universidade do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 1997. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)
- PEREIRA, A.M. et al. DST e Aids – aconselhamento pré e pós-teste. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Bahia. **Resumos**. Bahia, 1998.
- PINTO, C.R. Meninos no pátio, meninas na aula. **Jornal Extra Classe**, p. 17, março de 1999.
- PLUCIENNIK, T.I. Medo e preconceito. In: PAIVA, V. **Em tempos de AIDS: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores**. São Paulo : Summus Editorial, 1992.
- POLIZZI, V.P. **Depois daquela viagem**: diário de bordo de uma jovem que aprendeu a viver com Aids. 11.ed. São Paulo : Ática, 1998.
- PORTADOR de HIV-AIDS: lute por seus direitos. Rio Grande : Grupo Vidda, 1998. (Catálogo da entidade)
- RADIS – Reunião, análise e difusão de informação sobre saúde. Brasília, n. 69, agosto 1998. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro.
- REZENDE, A.L.M. de. **Carl Rogers X George Snyders**: dogmatismo ou dialética. Florianópolis, agosto 1997. (Polígrafo fornecido pela disciplina de Educação e assistência de Enfermagem)
- REZENDE, A.L.M. de. **O compromisso de educar pára a saúde**. Florianópolis, agosto 1997. (Polígrafo fornecido pela disciplina de Educação e assistência de Enfermagem)
- ROGERS, C.R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo : Martins Fontes, 1978.
- SANTOS, M. Sinal verde para os anticoncepcionais. **Máxima**, São Paulo, v.4, n.8, set. 1992.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 15, n.2, p.5-22, jul./dez. 1990.

SILVA, B. Aids: entre nessa luta pela vida. **Cláudia**, v. 35, n.11, p. 12, nov. 1996.

SILVEIRA, M. AIDS: município é o 3º do interior em número de casos. **Jornal Agora**, Rio Grande (RS), 22 set. 1995, Suplemento, p.1.

SMELTZER, S.C., BARE, B.G. **Brunner/Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan. 1992. v.3.

SOARES, G.F. **Sexualidade e gravidez na adolescência**: um estudo sobre a educação sexual na escola e sua articulação com a questão ambiental. Rio Grande – URG, 1999. 203p.

TAKAHASHI, R.F. A singularidade e a sociabilidade de vivenciar a "tuberculoids": a morte anunciada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Bahia. **Resumos**. Bahia, 1998.

TERTO JUNIOR, V. Sexo Seguro. In: PAIVA, V. **Em tempos de AIDS**: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores. São Paulo : Summus Editorial, 1992.

THEMIS. Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero. **Direitos sexuais e reprodutivos – instrumentos internacionais de proteção**. Porto Alegre, 1997.

TIMMERMAN, A. Cuidado: o amor também leva à Aids. **Criativa**, São Paulo, v.8, n. 89, set. 1996.

TRAUMANN, T., MONTEIRO, K. Dormindo com o inimigo. **VEJA**, São Paulo, v. 31, n.1570, p. 114-121, 28 out. 1998.

TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermeria psiquiátrica**: el proceso de la relacion de persona a persona. OPS/OMS, Call (Colombia), 1979.

UIP, D.E. Cuidado: o amor também leva à Aids. **Criativa**. v.8, n. 89, p.45, set. 1996.

UNIVERSIDADE Federal do Paraná. Biblioteca Central. **Normas para apresentação de trabalhos**. 4.ed. Curitiba : Ed. da UFPr, 1994. (v.2: Teses, dissertações e trabalhos acadêmicos; v.6: Referências bibliográficas; v.7: citações e notas de rodapé; v.8: Estilo e orientação para datilografia e digitação)

VANZIN, A.S., NERY, M.E.S. **Consulta de enfermagem**: uma necessidade social? Porto Alegre : RM&L Gráfica, 1996.

VILLELA, W.V., BARBOSA, R.M. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. In: PARKER, Richard, BARBOSA, Regina Maria. **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro : RELUME DUMARÁ, 1996.

VITÓRIA, M.A.Á. Assistência em DST/Aids. In: **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência das dst/aids no local de trabalho**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília, 1998.

WAIDMAN, M.A.P. **Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental**. UFPR. Curitiba, 1998. (Dissertação de mestrado)

WEREBE, M.J.G. **Sexualidade, política e educação**. Campinas, São Paulo : Autores Associados. 1998.

WESTRUPP, M.H.B. **Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV: contribuições acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS**. UFSC. Florianópolis, 1997. (Tese de doutorado)

ZALESKI, E.G.F., VIETTA, E.P. **O sentido de vida do portador da Aids: uma questão de saúde mental**. Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 1998.

**ANEXOS**

## Anexo 1

### SEXO SEGURO

O conteúdo deste anexo foi baseado no capítulo "Sexo Seguro", escrito por Veriano Terto Junior, extraído do livro "Em tempos de Aids", organizado por Vera Paiva (1992, p. 118 à 123).

Quando se fala em sexo seguro ou sexo mais seguro, deve-se incluir e reforçar, aí, o uso do preservativo (camisinha), que é um passo importante, porém não o único. Mais do que um termo técnico ou o uso do preservativo, sexo mais seguro quer dizer proteção, responsabilidade consigo e com nossos parceiros; com o passado, o presente e o futuro de cada ato sexual por nós praticado.

Mudanças positivas de comportamento só podem ser observadas quando as pessoas consideram:

- . que pessoalmente estão ameaçadas pela Aids;
- . que podem se prevenir da Aids;
- . que podem fazer as mudanças de comportamento necessárias;
- . que podem se manter sexualmente satisfeitas;
- . que contam com o apoio dos parceiros para realizar e manter essas mudanças.

Muito da educação atual sobre práticas sexuais mais seguras procura evitar a impressão de que as decisões sobre risco são uma simples questão do que é certo ou errado. A seguir, serão pontuadas algumas situações que, se forem alcançadas, são eventos sexuais sem risco nenhum para contágio pelo HIV, e também situações consideradas mais ou menos arriscadas, para a transmissão do vírus.

#### Categoria de atividades sem risco de transmissão numa situação ideal

- . intercurso vaginal ou anal, insertivo ou receptivo, com uso correto de preservativo de boa qualidade;
- . felação com uso correto de preservativo de boa qualidade;
- . anilingus e cunnilingus com proteção efetiva;

- . frotar corpos com corpos;
- . massagens, toques e carícias;
- . beijar e lambe;
- . masturbação "solo";
- . masturbação mútua (sem usar sêmen ou secreção vaginal dos parceiros como lubrificantes);
- . uso não compartilhado de brinquedos eróticos;
- . morder (sem provocar sangramento) e
- . estimular os mamilos (sem provocar sangramento).

#### Baixo risco de transmissão do HIV

- . cunnilingus insertivo sem proteção durante a masturbação;
- . feação receptiva, sem uso de preservativo, com ejaculação e sem engolir o esperma;
- . feação receptiva, sem uso do preservativo, com ejaculação e engolindo o esperma, e
- . atividades sadomasoquistas em que há sangramento e precauções não são tomadas.

#### Alto risco de possibilidade de transmissão do HIV

- . penetração pênis-ânus sem uso de preservativo;
- . penetração pênis-vagina sem preservativo;
- . coitus interruptus (coito com retirada do pênis antes da ejaculação) sem uso do preservativo;
- . compartilhar brinquedos eróticos (reciprocamente receptivo)

## ANEXO 2

Rio Grande, agosto de 1998.

ILMA. SR<sup>a</sup>

M. Sc. MARIA JOSÉ CHAPLIN

DIRETORA ASSISTENTE

N/U

Prezada Sr.<sup>a</sup>

Solicito autorização para desenvolver, neste Hospital Universitário, o Projeto de Dissertação de Mestrado do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem em expansão, pela rede REPENSUL, Pólo II, URG-UFPel.

O projeto será realizado com mulheres soropositivas para AIDS que frequentam este hospital, seja levando seus filhos para consultar no ambulatório pediátrico de AIDS, internadas ou frequentadoras do Hospital-Dia.

O período para desenvolvimento do mesmo deverá ocorrer nos meses de agosto a dezembro de 1998.

No aguardo de seu parecer,

Marise Xavier Gonçalves

### ANEXO 3

Rio Grande, agosto de 1998.

ILMO. SR.  
NILDO D'ÁVILA  
MÉDICO PEDIATRA  
N/U

Prezado Sr.

Solicito autorização para participar, novamente, de algumas consultas realizadas junto às mães das crianças HIV positivo que frequentam o ambulatório pediátrico deste Hospital Universitário.

Sou aluna do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem em expansão, Pólo II- URG- UFPel pela rede REPENSUL e estou desenvolvendo, agora, a dissertação de Mestrado.

O objetivo de retornar às consultas é para reencontrar mulheres com as quais desenvolvi uma disciplina do curso, no segundo semestre de 1997, e retomar a discussão com as mesmas, aprofundando questões relativas ao modo como se deu a sua contaminação, e que pretendo clarear em discussões posteriores.

No aguardo de seu parecer

Marise Xavier Gonçalves

## ANEXO 4

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRANDA: Marise Xavier Gonçalves**  
**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Valéria Lerch Lunardi**

### Autorização

Autorizo minha participação no projeto de desenvolvimento da dissertação de mestrado da enfermeira Marise Xavier Gonçalves, o qual propõe ampliar a compreensão sobre os motivos que têm favorecido a contaminação das mulheres pelo vírus HIV, a partir dos discursos de mulheres portadoras do vírus. Aceito que as entrevistas sejam gravadas, para facilitar a dinâmica do trabalho.

Estou ciente de que meu nome e todos os dados levantados nestas consultas serão mantidos em sigilo, e no relatório, terei minha identidade preservada.

Terei, ainda, liberdade de desistir a qualquer momento do processo, sem sofrer qualquer tipo de discriminação.

---

## ANEXO 5

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRANDA: Marise Xavier Gonçalves  
ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Valéria Lerch Lunardi

### GUIA DE COLETA DE DADOS E REGISTRO

#### 1- INTERAÇÃO

Conhecendo a mulher soropositiva

##### **A - DADOS PESSOAIS:**

Nome:

Idade:

Ocupação:

Estado civil:

Escolaridade:

##### **B - DADOS CLÍNICOS:**

Hospitalizações anteriores referentes à doença:

Data do conhecimento da soropositividade:

Possui familiares soropositivos?

##### **C- PERCEPÇÕES:**

Aspectos a serem abordados:

. Que conhecimento tem acerca da doença AIDS ? (fonte(s) de informação, medidas preventivas e cuidados, aceitação ou não dessas informações, dúvidas, crenças,...);

. Dificuldades para aderir às orientações recebidas...

. Uso de medidas e cuidados preventivos usados por esta mulher com o seu(s) parceiros(s)

. como se dá a negociação/ aceitação das medidas preventivas?

. Como vêm se cuidando desde que soube do resultado da soropositividade?

## ANEXO 6

No dia 04 de julho de 1997 foi publicado no Diário Oficial da União as normas que devem ser seguidas para o tratamento de pessoas HIV positivas.

No decorrer da dissertação comentei sobre o Protocolo ACTG 076, que padroniza o tratamento visando a redução da transmissão vertical da Aids. Ele é extenso, mas existem recomendações e esquemas posológicos que devem ser seguidos por obstetras e pediatras.

Transcreverei estas recomendações e esquemas posológicos que resumem o Protocolo, e que facilitam a compreensão, para o leitor. Àqueles que desejarem conhecer as normas na íntegra, que contempla as doses de medicamentos aplicadas conforme o estágio da doença e idade do paciente, poderão encontrá-las na íntegra no Diário Oficial, citado acima.

### **Portaria nº 874 de 03/07/97- Ministério da Saúde**

#### IV- Redução da transmissão vertical

Recomenda-se que:

- 1- Seja oferecido o teste anti-HIV a toda a gestante com aconselhamento pré e pós teste, independentemente de referirem ou não situação de risco para a infecção pelo HIV.
- 2- Seja oferecido AZT a toda gestante HIV assintomática, independentemente do nível de CD4 e carga viral, a partir da 14ª semana de gestação até o final do parto, com reavaliação do tratamento no pós parto.
- 3- Para gestantes infectadas pelo HIV com CD4 < 500mm<sup>3</sup> e carga viral elevada e/ou sintomáticas, poderão receber terapêutica anti-retroviral combinada, a critério médico, após discussão dos riscos com a paciente, de acordo com o "Consenso Sobre Terapia-Retroviral para Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV- 1997", da Coordenação Nacional de DST e Aids. Até o momento não existem dados na literatura que garantam a eficácia na redução da

transmissão vertical e/ou segurança para o feto com a utilização de outro anti-retroviral que não o AZT.

- 4- Seja oferecido AZT intravenoso à parturiente desde o início do trabalho de parto ou quatro horas antes da cesariana eletiva até o término do parto.
- 5- Seja oferecido AZT (solução oral) ao recém-nato até a 6ª semana de vida.
- 6- Criança nascida de mãe contaminada pelo HIV não receba aleitamento materno. Por conseguinte, deve ser fornecido leite artificial, com fórmulas apropriadas, até o segundo ano de vida.

#### **Esquemas Posológicos:**

##### 1- Gestante:

AZT oral (comprimidos de 100 mg) – iniciar a partir da 14ª semana e continuar até o parto. Dose diária: 500 mg.

##### 2- Parturiente:

AZT injetável IV (frasco ampola de 200 mg) – iniciar com 2 mg/kg na primeira hora, seguindo-se de infusão contínua com 1 mg/kg/hora até o final do parto.

##### 3- Criança:

AZT solução oral (frasco de 2000 mg/200 ml) – iniciar até 12 horas após o nascimento, na dose de 2 mg/kg a cada 6 horas, durante 6 semanas.

## **DECLARAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PESSOA PORTADORA DO VÍRUS DA AIDS**

Considerando que a Aids, do ponto de vista da medicina, é uma doença como as outras; que a Aids é uma epidemia mundial e é preciso um esforço coletivo mundial para detê-la; que não existe perigo de contágio da Aids exceto por meio das relações sexuais, de transfusão sanguínea e da passagem da mãe ao feto ou bebê; que do ponto de vista planetário é a Humanidade que se encontra soropositiva, não existindo uma "minoridade" de doentes; que contra o pânico, os preconceitos e a discriminação a prática da solidariedade é essencial.

Proclamamos que

- 1- Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, cientificamente fundada sobre a Aids, sem nenhum tipo de restrição. Os portadores do vírus têm direito à informações específicas sobre sua condição.
- 2- Todo portador do vírus da Aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- 3- Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
- 4- Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV, qualquer que seja sua raça, sua nacionalidade, sua religião, sua ideologia, seu sexo ou orientação sexual.
- 5- Todo portador do vírus da Aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que tende a recusar aos portadores do vírus um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação nas atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória a ser punida por lei.
- 6- Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
- 7- Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para a Aids sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
- 8- Ninguém será submetido aos testes de Aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de Aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, para controle de transfusões e transplante, e estudos epidemiológicos e nunca para qualquer tipo de controle de pessoas ou

população. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser informados por um profissional competente.

- 9- Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde ou o resultado dos seus testes.
- 10- Todo portador do vírus tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

## **DIREITOS PREVIDENCIÁRIOS**

### **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço**

O portador do HIV tem direito a efetuar o levantamento do FGTS de acordo com o disposto na Lei 7670/88, independentemente de rescisão contratual ou de comunicação à empresa onde trabalha.

### **PIS/PASEP**

Somente o paciente de Aids tem direito de efetuar o levantamento do PIS/PASEP, de acordo com a Lei 7670/88, operacionalizada pela Caixa Econômica Federal. O paciente deve comprovar o saldo da sua conta vinculada inativa e apresentar laudo médico.

### **Auxílio-Doença**

O portador de HIV tem direito de receber o auxílio doença mesmo que esteja desempregado por período inferior a 12 meses. O seu direito vigora imediatamente após sua filiação ao INSS, não havendo necessidade de se aguardar nenhum prazo.

### **Aposentadoria por invalidez**

Somente o portador de Aids ou portador de HIV que tenha desenvolvido qualquer doença incapacitante poderá se aposentar por invalidez.

### **Auxílio da Previdência**

O portador de HIV/Aids tem direito a receber um salário mínimo, a chamada "pensão vitalícia", desde que comprove ser completamente sem recurso.

## **Pensão por Morte**

A pensão por morte para os familiares dependentes corresponde a 50% do que a pessoa recebia pela aposentadoria.

## **DIREITOS TRABALHISTAS**

### **Teste anti-HIV para admissão de funcionários**

O empregador é livre para decidir quem deve empregar, mas NÃO lhe é permitido exigir o teste sorológico como condição de admissão ou de manutenção do funcionário no emprego. A imposição de tal condição caracteriza violação ao direito da intimidade dos trabalhadores, restrição ou discriminação.

### **O portador de HIV pode trabalhar em qualquer tipo de atividade**

Não há risco de contágio nas relações sociais dos portadores de HIV com as demais pessoas. A infecção pelo HIV, por si só, não significa limitação alguma de aptidão para o trabalho. Existem, porém, atividades que não são recomendadas nesse caso devido ao risco de ferimentos ou de contaminação: uma equipe médica deve opinar sobre tais situações específicas.

### **Não se pode demitir o empregado por ser portador de HIV**

É vedada a dispensa arbitrária do portador de HIV, de acordo com o disposto no artigo 7º da Constituição Federal. No caso de ocorrer tal arbitrariedade, o empregado deve recorrer ao Poder Judiciário para fazer valer seus direitos.

### **Atestados Médicos**

Se as faltas ao trabalho forem devidamente justificadas, o portador de HIV não poderá ser despedido, nem durante o tempo que estiver gozando de licença-saúde.

## **DIREITOS CIVIS**

### **Indenização por contaminação pelo HIV através de sangue**

O artigo 159 do Código Civil diz: "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar prejuízos a outrem, fica obrigado a reparar o dano". Os artigos 1539-1540 garantem direito à indenização, tratamento e pensão.

## **A mulher portadora de HIV tem direito de engravidar**

A mulher portadora de HIV deverá, no entanto, ser informada dos problemas que pode ter, das condições de assistência, dos medicamentos e formas de tratamento existentes, bem como das possibilidades de seu filho nascer infectado pelo vírus da imuno-deficiência humana.

## **Aborto**

O HIV, por si só, não justifica o aborto, de acordo com a Lei vigente.

## **Partilha de bens de casais homossexuais**

Deve ser ajuizada ação, como se trata de dissolver sociedade comercial-dissolução de sociedade de fato. Já há jurisprudência favorável no Brasil, inclusive garantindo aos parceiros gays direitos a plano de saúde do companheiro e partilha de herança.

## **Casal heterossexual amasiado (concubinato)**

Para os casos em que há convivência marital de fato, deve ser ajuizada ação de dissolução de sociedade de fato, combinada com meação concubinária.

## **Creches e estabelecimentos escolares não podem proibir matrícula de crianças ou adolescentes, nem dispensar professores e funcionários portadores de HIV**

Portaria interministerial n.º 769/92 estabelece que "são injustificadas e não devem ser exigidas a realização de teste sorológico compulsório, prévio à admissão ou matrícula de aluno, funcionário e professor, e a exigência de teste para a manutenção da matrícula, sua frequência e prestação de serviços nas redes públicas e privada de ensino de todos os níveis".

## **Pessoas infectadas pelo vírus da Aids na comunidade escolar**

Conforme prevê a Lei Federal, são assegurados à criança e ao adolescente, portadores ou não de HIV, todos os direitos previstos no Estatuto da Criança e Adolescente.

## **Sigilo médico sobre seu diagnóstico**

Segundo o Código de Ética Médica, Art. 102: "É vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, ou dever legal, permanecendo tal proibição ainda que o fato seja do conhecimento público, ou que o paciente tenha falecido"

## **Direitos do portador de HIV em relação aos convênios médicos ou odontológicos**

Segundo Resolução n.º 1401/93 do Conselho Federal de Medicina, "as empresas de seguro-saúde, empresas de Medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza".

### **Pensão alimentícia**

Tem o direito a receber pensão alimentícia o portador de HIV que não dispõe de bens e condições de sustento próprio e quando o parente a quem solicita pode fornecê-lo.

### **Utilização de imóvel**

O portador de HIV/Aids tem direito de uso e gozo sobre a coisa alugada, não podendo sofrer restrição de qualquer natureza, desde que observe o regulamento do prédio ou contrato de locação.

### **VIVA A VIDA!**

Grupos pela VIDDA:

Rio de Janeiro/Niterói/São Paulo/Espirito Santo/Paraná/Goiás/Rio Grande

A+  
255189ECTX BR  
18852TXSTMU RS  
05022000 1136  
AZC00431 05022000 1128 SCM/RS(F33)  
PORTOALEGRE/RS

TELEGRAMA  
MARISE GONCALVES  
MATHEO TONIETTI, 165  
96201-590 RIOGRANDE/RS

MESTRA: LUTAR POR UM OBJETIVO E UM ATO DE FE. PARABENS PELA  
MERECEIDA VITORIA.  
GLADYLOR

REMETENTE  
GLADYLOR GONCALVES  
RUA RIACHUELO, 860/303  
90010-272PORTOALEGRE/RS

'TELEGRAMA FONADO - UMA OPCAO INTELIGENTE, LIGUE 0800-550-135

+  
255189ECTX BR

32

TELEGRAMA FONADO  
MODO. TELEFONE PARA A  
HOJE E PAGUE DEPOIS

77  
CORREIO  
E COMODU. TELE  
ECT HOJE E PA

Marise,

MUITAS VEZES, AS PALAVRAS NÃO CONSEGUEM  
RESSAR O SENTIMENTO DE ALEGRIA, EMOCÃO E  
CIBARDE QUE NOS INVADI AO COMPARTILHARMOS O SUCESSO  
DAS PESSOAS QUE MORAM, INCONDICIONALMENTE, EM NOS-  
CORACÃO. PARABÉNS PELA CONDUZIDA DO MESTRADO!

DEUSO E ASSAÇO, COM CARINHO E ADMIRACÃO,

JUNTA  
Fev 2000

MARISE!  
"MUITO FELIZ POR TEU SUCESSO"  
LUS ESPERAMOS BASTANTE PELA  
IMPRESSÃO QUE APAREÇA A ESCOLADA!  
ESTAMOS CERTOS DE CRIAR LA!  
QUE AMAMOS DO TEO ES FORÇO,  
VOCÊ SEMPRE ENCONTRE USRINGS  
PARABÉNS! OS DESAFIOS  
SI W. BOM, JUNARA  
SILVA, NARCISO  
& CHUVA

PARABÉNS!  
AMAMOS DA PENSIS-  
GA QUE ALCANÇAMOS AS  
S BELAS VITÓRIAS. VALEU O SUFRU,  
A SUPENÇA, AS LUTAS,  
AS BRIGAS, OS BONS MOMENTOS  
QUE VIVENHAMOS NESTE  
CAMINHO.  
VOCÊ VENCEU!

E nós, com-  
queremos com-  
tilhar este momento  
VITÓRIOSO COM VOCÊ.  
PARABÉNS COM VOCÊ.  
JUNARA, CHUVA, NARCISO  
ROSANAY e SILVA

03.02.00



Parabéns!

"Cada dia é um  
grande momento,  
um presente de Deus,  
e deve ser vivido como  
dádoa única, que  
jamais será repetida."  
Felizidades!

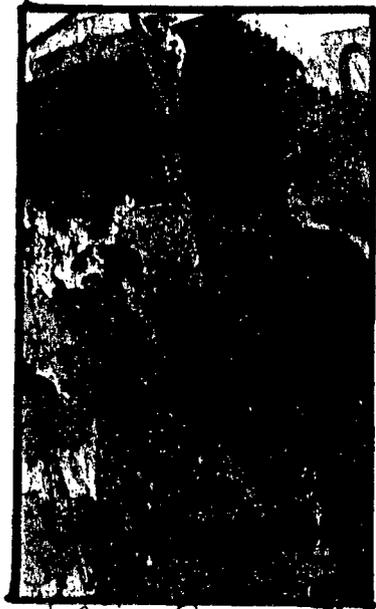
Parabéns! Aproveite de todos os  
Viva esse momento especial  
com muita intensidade. Você  
merece. De quem te goste  
e admire muito.  
Gau e Helena

Caríssima Mestre e Amiga  
graças Todo o esforço da  
a paciência, o dia chegou  
você é MESTRE. Nosso  
cumprimento, apoio e aplauso,  
para a profissional

que tems sido no decorrer destes 14 anos.

fui, Narciso, Rosi  
Sílvia, Claudete.

03102100



Valdina Fournelli.

MARISE,  
QUE TEU BRILHO  
ILUMINE A TODAS  
E SE ESPALHE EM  
CADA NOVA ETAPA DE  
TUJA VIDA.

PARABÉIS!

DAS COLEGAS

Kesli F

MARILYN KELLY

FEB. 2000