

**MULHERES, REPRODUÇÃO E AIDS:
AS TRAMAS DA IDEOLOGIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DE GESTANTES HIV+**

por

Regina Helena Simões Barbosa

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz,
como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Doutor.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karen Mary Giffin.

Dezembro, 2001

AGRADECIMENTOS

À dedicada e comprometida ‘pequena – grande’ equipe de saúde que comigo compartilhou suas experiências e sentimentos, minha admiração. Eles estão aqui representando todos os profissionais de saúde que, apesar das inúmeras dificuldades e obstáculos no exercício do trabalho que um dia idealizaram, continuam lutando e sonhando com a utopia de uma vida melhor para nosso sofrido povo.

Às gestantes que protagonizaram essa pesquisa que, igualmente, não temeram expor suas dores mas também suas alegrias e esperanças, minha emocionada homenagem. Com elas aprendi um pouco mais sobre a coragem e a força das mulheres para enfrentarem um mundo tão injusto e sofrido. Também elas estão aqui representando todas as Marias, Marias, as muitas brasileiras *“que não perdem a mania de ter fé na vida”*.

À Karen Giffin que, muito mais que orientadora, tornou-se, ao longo desses anos, minha parceira de reflexões e lutas e, sobretudo, uma amiga do peito. Sem nossas férteis trocas de idéias e de energias militantes e, especialmente, sem sua ‘maternagem’ e estímulo nos momentos em que me desesperei, eu não teria conseguido chegar ao final deste trabalho.

À Cristiane da Silva Cabral, minha ‘cria’ acadêmica, afilhada e amiga. Sua competente e sensível atuação enquanto assistente de pesquisa tornou o trabalho de campo menos solitário. Nossas animadas conversas me permitiram perceber questões importantes acerca do que víamos e ouvíamos no campo.

Aos meus colegas do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, com quem venho compartilhando idéias e práticas ao longo desses muitos anos na área de Saúde Coletiva. Com eles, continuo a acreditar no ‘que fazer’ coletivo, no compromisso social de nosso conhecimento e de nossa instituição, a Universidade pública, pelo que incansavelmente lutamos.

À minha mãe, com quem aprendi o sentido e a profundidade do sentimento da maternidade. Sua incondicional dedicação às ‘filhotas’ e sua obstinação em estar sempre buscando se aperfeiçoar como pessoa e mãe me motivam no mesmo sentido.

À minha irmã, Léca, que me ensina o que é a coragem, a garra e a alegria de viver.

Aos meus filhos Pedro e Tiago, dois jovens que me enchem de orgulho e que vêm me ensinando a difícil arte de ser mãe. Com eles, aprendo muito sobre o amor. Através deles, percebo minhas limitações e tenho a oportunidade de crescer.

Ao Zé, meu companheiro de vida, com quem venho aprendendo a ser mulher, profissional e militante. Sua crença inabalável nos valores humanos me dão sustentação e coragem para seguir em frente. Seu amor incondicional me faz acreditar que a união entre um homem e uma mulher é possível.

RESUMO

O eixo central desta pesquisa é a discussão da maternidade no contexto da epidemia de hiv/Aids e suas implicações para o campo reprodutivo, particularmente no que se refere à assistência à saúde das gestantes hiv+.

O objeto do estudo é a gravidez hiv+, tanto pela ótica de mulheres hiv+ grávidas, quanto de profissionais de saúde que as assistem. A interface entre o serviço de saúde e as gestantes hiv+ foi um dos aspectos centrais da pesquisa.

Teoricamente, foram adotados dois conceitos, ambos referenciados no marxismo: i) o conceito de **ideologia**, usado para interpretar como as ideologias de gênero e médica atuam na intermediação das relações entre as gestantes hiv+ e os serviços de saúde, e ii) o conceito de **gênero** que, na perspectiva do feminismo marxista, postula a indissociabilidade entre os mecanismos de opressão das mulheres e os que promovem, no capitalismo, as desigualdades sociais.

Foi utilizada a metodologia qualitativa, com o uso de duas técnicas de coleta de dados: a observação participante das atividades assistenciais do serviço de saúde e entrevistas individuais semi-estruturadas com gestantes hiv+ e a equipe assistencial, totalizando 27 entrevistas. Os temas abordados foram: representações de gênero, a maternidade, a gravidez hiv+ e a avaliação da assistência à saúde. Com os profissionais de saúde, foram incluídos os dilemas éticos relacionados às decisões reprodutivas das mulheres hiv+. O *locus* da pesquisa foi um programa de referência na assistência às gestantes hiv+ localizado em um hospital público do Rio de Janeiro.

Os resultados relacionados às entrevistas com as gestantes apontaram para as estreitas conexões entre gênero e classe social na conformação da vulnerabilidade feminina ao hiv. Foi evidenciado que a gravidez hiv+ se sobrepõe às dificuldades de sobrevivência anteriores, o que exige do serviço de saúde suportes sociais adicionais, inclusive para assegurar a eficácia do tratamento de prevenção da transmissão vertical. A assistência à saúde foi avaliada, pelas pacientes, de forma positiva, particularmente em função do suporte psico-social oferecido.

A observação do serviço e as entrevistas com os profissionais de saúde mostraram que, embora a ideologia médica, entrelaçada à ideologia de gênero, estructure e informe práticas e posturas profissionais, os profissionais desta equipe são sensíveis para perceber os problemas e dificuldades sócio-familiares das pacientes, sensibilizam-se com suas agudas carências sociais e mobilizam-se para oferecer-lhes suporte social, sendo que este, no limite, torna-se necessário para garantir a eficácia da intervenção médica. Por fim, manifestam senso crítico sobre as atuais políticas de saúde que se refletem, entre outras, em agudas carências e deficiências no serviço público, e percebem a necessidade de integrar, na assistência à saúde, as dimensões afetiva, familiar e social, expressando o anseio pela integralidade na assistência à saúde.

Identificou-se, portanto, apesar das limitações do modelo e da ideologia médica, um campo potencial para transformações nas práticas de saúde que apontam para a assistência integral à saúde na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos.

ABSTRACT

The central point of this research is the discussion of motherhood in the context of the HIV/AIDS epidemic and its implications on the reproductive field, particularly on health care for the HIV+ pregnant women.

The research object is HIV+ pregnancy, from the points of view of pregnant HIV+ women and health professionals who assist them. The connection between the health services and the HIV+ pregnant women was one of the central aspects of the study.

Theoretically, two concepts, grounded on Marxism, were adopted: i) the concept of **ideology** interpreted the role of both gender and medical ideologies in the intermediation of the relations between HIV+ pregnant women and health services; and ii) the concept of **gender** that, from the feminist Marxism approach, points to the inseparable connections between gender oppression and capitalist exploitation.

The qualitative methodology was chosen and two data assessment techniques were used: the participative observation of health care activities and individual semi-structured interviews with HIV+ pregnant women and the health staff, totaling 27 interviews. The addressed themes were: gender representations, motherhood, HIV+ pregnancy and the evaluation of health assistance. The health professionals ethical dilemmas related to the reproductive decisions of the HIV+ women were included. The research locus was a HIV+ pregnant women reference attendance program, located at a public hospital in Rio de Janeiro.

The results related to the pregnant women pointed out to the deep connections between gender and social class in the conformation of female vulnerability to HIV. It was shown that HIV+ pregnancy is leading to new problems that overcome previous surviving difficulties. This demands from the health care services additional social supports to ensure the efficiency of the vertical transmission prevention treatment. The patients have evaluated positively the health attendance, particularly due to the psycho-social support provided.

The health service observation and health professionals interviews showed that, although the medical ideology interlaced with the gender ideology, structures and informs professional practices and postures, these professionals are sensitive to perceive the surviving difficulties of their patients. They feel touched by their deep social privations and mobilize themselves in order to provide them with some social support. This is, after all, necessary to ensure the medical intervention efficiency. These professionals express a critical view over the current health policies which result, among others, in deep needs and deficiencies in the public service. Finally, they aspire to integrate the affective, familiar and social dimensions to health care approach, pointing to the concept of 'integrality' in health assistance.

In despite of the medical model and ideology, it has been identified a potential field to changes in the health practices that points to the integral health attendance in the perspective of sexual and reproductive rights.

ÍNDICE

	Página
LISTA DE ANEXOS	vi
Capítulo	
I. O PROBLEMA DA PESQUISA: AIDS E MATERNIDADE	1
1.1 Apresentação	
1.2 A Saúde Reprodutiva e a Epidemia de hiv/Aids no Brasil	
1.3 A Vulnerabilidade Feminina ao hiv	
1.4 O Conceito de Vulnerabilidade: o ‘social’ invade a definição epidemiológica de ‘risco’	
1.5 A Transmissão Vertical: as crianças entram em cena, as mães permanecem em segundo plano	
1.6 Dilemas e Desafios Éticos no Cenário da Transmissão Vertical	
II. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	40
2.1 Considerações Filosóficas Preliminares sobre o Materialismo Histórico e Dialético	
2.2 O Conceito de Ideologia	
2.3 O Feminismo Marxista	
2.4 A Proposta Metodológica	
III. OS TEMAS CENTRAIS DA PESQUISA: AS CONEXÕES ENTRE AS IDEOLOGIAS DE GÊNERO E MÉDICA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES HIV+	78
3.1 A Construção Histórica da Maternidade enquanto Ideologia	
3.2 A Modernização da Ideologia de Gênero no Brasil	
3.3 Rumo a uma ‘Transição de Gênero’: a atualização das desigualdades sociais	
3.4 Ciência, Ideologia Médica e o Corpo da Mulher	
IV. OS DADOS DO CAMPO	102
4.1 As gestantes hiv+	103
4.1.1 Quem são as entrevistadas? Um breve perfil sócio-econômico e demográfico	
4.1.2 Contextos Familiares, Histórias de Vida e Vulnerabilidade ao hiv	
4.1.3 Perspectivas de Gênero, a Maternidade e a Gravidez hiv+	
4.1.4 A Avaliação da Assistência à Saúde	

Capítulo	Página
4.2 O programa de Assistência às Gestantes hiv+: o Modelo Biomédico em Foco	169
4.2.1 A Observação Participante: as práticas apreendidas no cotidiano	
4.2.2 Os Profissionais de Saúde por eles mesmos: as entrevistas	
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	287
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	294
ANEXOS	vi

LISTA DE ANEXOS

Anexo	Página
I. Roteiro de Entrevista – Gestante	305
II. Roteiro de Entrevista – Profissional de Saúde	308

*À memória de minha avó Gegê,
a mulher mais doce que conheci.
Se todos tivessem um 'colo' como o dela,
a Humanidade seria mais feliz.*

CAPÍTULO I

O PROBLEMA DA PESQUISA: AIDS E MATERNIDADE

“ Durante quase dois séculos, todos os ideólogos lhes prometeram mundos e fundos se assumissem suas tarefas maternas: sede boas mães e sereis felizes e respeitadas. Tornai-vos indispensáveis na família e obtereis o direito de cidadania”
(Badinter, 1985)

“Acontece que a perda pode vir de várias formas, e que a perda da possibilidade de ter um filho é muito semelhante à perda de um membro da família. Trata-se de uma redução de nosso potencial Estou experimentando a perda de alguém que nunca existiu, mas se trata de alguém que sempre sonhei conhecer um dia....”
(depoimento de uma mulher HIV positiva - Dossiê Panos, 1993)

1.1 APRESENTAÇÃO

O eixo central desta pesquisa é a discussão da maternidade no contexto da epidemia de hiv/Aids e suas profundas implicações sociais e políticas para o campo reprodutivo, particularmente no que se refere à assistência à saúde das mulheres hiv+.

O objeto do estudo é a gravidez hiv+, tanto pela ótica de mulheres hiv+ grávidas, quanto de profissionais de saúde que as assistem. Analisa-se, como eixo central da interpretação dessa problemática, como as ideologias de gênero e médicas atuam na intermediação e conformação das relações entre as gestantes hiv+ e os serviços de saúde, delimitando as formas como as mulheres são percebidas e assistidas pelos profissionais de saúde.

Esta proposta de pesquisa insere-se no esforço para melhor compreender o impacto que a infecção pelo hiv vem tendo sobre a vida de milhares de mulheres, particularmente no que tange a um aspecto tão fundamental da vivência feminina, como o é a maternidade. A inclusão de profissionais de saúde que aconselham e assistem as gestantes hiv+ pretende elucidar o entrelaçamento entre as ideologias médica e de gênero, supondo-se que estas reforçam e reproduzem, concreta e simbolicamente, o sistema médico, podendo contribuir, em última análise, para a reprodução das desigualdades sociais e de gênero.

Considerando que a maioria das mulheres brasileiras afetadas pelo hiv estão submetidas, antes mesmo de se descobrirem infectadas, a dramáticas condições de sobrevivência que afetam profundamente suas vidas, a assistência à sua saúde num momento tão especial e delicado reveste-se de suma importância. Neste sentido, a atualização da discussão sobre os Direitos Reprodutivos neste campo é pertinente e urgente. Historicamente, o feminismo vem reivindicando direitos não reprodutivos, como o acesso à contracepção e ao aborto, além das demandas por uma sexualidade livre e prazerosa que não implique em uma gravidez não desejada. Porém, a maioria das mulheres da população brasileira não só tem acesso precário a métodos de controle da fecundidade como também não usufrui do 'direito à reprodução', ou seja, ser mãe por escolha, pelo desejo e pelo prazer de ter filhos e, principalmente, poder criá-los em condições materiais e afetivas dignas.

A epidemia de hiv/Aids, na medida em que cresce aceleradamente entre a população feminina, vem atualizando muitas questões relacionadas à reprodução e, conseqüentemente, à saúde reprodutiva. Um dos mais difíceis dilemas associados às decisões neste campo refere-se à maternidade no contexto da soro-positividade. Até muito recentemente, a possibilidade das mulheres infectadas transmitirem o vírus para seus bebês era muito alta, sem falar que uma parcela considerável delas era - e ainda é - diagnosticada apenas quando grávidas. O drama provocado por essa situação era agravado pelo fato de não se dispor, até então, de recursos terapêuticos que minimizassem o problema da transmissão mãe-filho.

Porém, com os resultados animadores obtidos através do protocolo ACTG 076 (administração de medicamento anti-retroviral durante a gestação e o parto e, posteriormente, no recém-nato), que reduz sensivelmente as taxas de transmissão vertical (TV), alguns serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro estruturaram-se para atender as gestantes hiv+, visando reduzir o número de crianças infectadas através de suas mães. É na interface entre essa assistência e as mulheres grávidas hiv+ que esta pesquisa imergiu, com o objetivo de compreender como estão se dando suas relações com os profissionais de saúde que as aconselham, atendem e, certamente, influenciam suas vivências, escolhas e decisões reprodutivas.

Porém, mesmo com as perspectivas mais animadoras na prevenção da TV, muitas questões permanecem: sendo o bebê o alvo principal desta intervenção médica, como as mulheres estão sendo consideradas quanto à sua própria saúde e tratamento? No caso das mulheres hiv+ que desejam engravidar, estarão elas sendo devidamente informadas sobre os riscos e também sobre as possibilidades de terem um filho nessa situação? Caso sim, o aconselhamento dado respeita suas necessidades, decisões e desejos? Que suporte está sendo oferecido - do ponto de vista médico, emocional e social - para as mulheres que se descobrem infectadas em meio a uma gestação? Como a pobreza agrava uma situação por si já bastante difícil onde, freqüentemente, as mulheres hiv+ têm que cuidar de um marido doente e, eventualmente, de outros filhos e familiares, antes de cuidarem de si próprias? Estudos recentes sobre o tema mostram que muitas mulheres, mesmo sabendo-se hiv+, desejam um filho, o que pode representar para elas um alento e uma esperança de vida.

Outras optariam por interromper a gravidez mas o direito a um aborto legal e seguro é ainda utópico em nosso país, especialmente para as mulheres pobres. Circundando essas e outras questões reprodutivas está a situação de pobreza que potencializa e agrava esse quadro, deixando poucas, às vezes nenhuma, possibilidade de opção para esta parcela da população brasileira, historicamente excluída do acesso e do exercício de 'direitos'. Paralelamente, e concomitantemente, as políticas neoliberais em curso, através dos 'ajustes estruturais', estão provocando um agravamento da situação social no país. Uma das conseqüências dessa política é a diminuição de investimentos em políticas sociais, o que afeta particularmente o setor saúde. Esse quadro vem gerando drásticas conseqüências nos serviços públicos de saúde, o que se reflete, entre outros aspectos, na qualidade da assistência oferecida.

No campo das ideologias, os profissionais de saúde, especialmente os médicos, estão sujeitos às seculares representações da medicina sobre o corpo e a sexualidade feminina, o que resulta em práticas assistenciais que não consideram as mulheres enquanto sujeitos com direitos e desejos a serem considerados e respeitados. Na prevenção da TV, o foco de preocupação continua sendo a criança, para quem voltam-se todos os esforços 'salvacionistas'. Isto sugere que a mulher-reprodutora-mãe deveria, mais uma vez, abdicar de si mesma para responder às necessidades e demandas da sociedade, do Estado, da família e dos serviços de saúde, reprodutores de uma ordem econômica, social e política injusta e excludente.

Para analisar teoricamente este problema, o conceito marxista de ideologia será adotado para interpretar como determinadas representações simbólicas atuam para mistificar, encobrir, naturalizar e/ou universalizar mecanismos de dominação e exploração para, assim, reproduzi-los. O que estará sendo focado são as inseparáveis conexões entre as ideologias de gênero, com especial foco sobre o papel materno, e a ideologia médica, histórica aliada na construção social do papel materno. Ideologia é aqui compreendida enquanto um sistema de idéias e valores que veiculam os interesses dominantes, visando assegurar a reprodução das desigualdades sociais, de gênero e de raça/etnia. Neste sentido, a ideologia de gênero define uma identidade social para as mulheres onde a função reprodutiva ocupa lugar central. A ideologia médica, por seu lado, produz um discurso que, por um lado, naturaliza e, por outro, medicaliza o corpo feminino, circunscrevendo-o ao lugar reprodutivo, a despeito da massiva e explorada inserção das mulheres no mundo produtivo. Essas diversas instâncias ideológicas estão permanente e organicamente imbricadas e atuam num mesmo sentido, de manutenção do poder pelos grupos dominantes, assegurando a reprodução de desigualdades.

Metodologicamente, a análise hermenêutica-dialética aponta para as contradições e conflitos gerados por este processo pois os sujeitos oprimidos também resistem e (re)constróem sentidos sobre suas experiências de vida, re-significando-as. Portanto, o enfoque hermenêutico-dialético propõe a apreensão e compreensão de complexos processos que são simultaneamente materiais e simbólicos, objetivos e subjetivos e que produzem respostas conflituosas e contraditórias, tanto de acomodação quanto de resistência. Assim,

estaremos buscando, nas representações simbólicas dos atores sociais que serão objeto desta pesquisa - mulheres hiv+ e profissionais de saúde - tanto a reprodução de ideologias quanto os mecanismos de resistência a elas. Portanto, o que é socialmente subjetivado enquanto idéias próprias, idéias naturais e/ou idéias universais poderá ser desvelado e, na sua relação com o contexto social mais amplo, transformado.

O feminismo marxista estará teorizando as articulações entre as esferas produtiva e reprodutiva e entre a divisão social e sexual do trabalho para interpretar a posição explorada da maioria das mulheres na sociedade de classes. Parte-se, aqui, da premissa filosófica da indissociabilidade entre vida material e simbólica, o que nos leva a não desvincular a análise dos processos simbólicos, que constroem uma representação hegemônica da feminilidade, dos processos materiais - econômicos, sociais e políticos - que inscrevem as mulheres em um sistema social que explora o trabalho reprodutivo e produtivo feminino para maximizar suas vantagens. Através desse referencial, as relações sociais entre os sexos são dialeticamente compreendidas enquanto uma dimensão das relações sociais, sendo que estas, por seu lado, não perdem sua dimensão sexuada. Postula-se aqui, portanto, a transversalidade do gênero na classe social (Kergoat, 1996).

Esta posição tem profundas implicações para o processo de pesquisa, não só para tornar visíveis questões que usualmente não são consideradas 'problemas a serem investigados' - como sói acontecer com as questões de vida da maioria das mulheres - como para teorizá-las e, conseqüentemente, poder transformá-las. Portanto, representa uma clara ruptura com a pretensa neutralidade da ciência e assume explicitamente uma posição engajada na luta por transformações sociais, aí incluídas as relações entre os sexos.

O tema da maternidade, assim, é privilegiado para explicitar e compreender essas conexões na medida em que a definição ideológica das mulheres enquanto mães é um dos principais pilares de sustentação deste sistema. Neste sentido, o conceito de transição de gênero (Giffin, 1994), ao estabelecer as conexões dialéticas entre produção e reprodução, social e de gênero, permite analisar o aprofundamento da exploração do trabalho produtivo e reprodutivo das mulheres, o que pode ser evidenciado através da necessidade crescente das mulheres-mães produzirem renda para assegurar a reprodução familiar/social. Assim, o discurso que celebra a conquista de independência e autonomia, alcançadas através da inserção das mulheres no mercado de trabalho remunerado, representa uma naturalização ideológica que encobre, além da superexploração do trabalho feminino, doméstico e produtivo, a persistência da dupla jornada de trabalho e a crescente dificuldade de constituição e preservação de laços humanos afetivos e solidários entre homens e mulheres e entre pais e filhos, num contexto de fragmentação e desestruturação dos vínculos familiares. É, portanto, por efeito da ideologia que esse discurso, que toma as mulheres enquanto categoria universal, faz parecer que essas 'conquistas' são frutos da vontade, dos anseios e desejos das mulheres por independência e liberdade, inclusive a sexual (Giffin, 1999).

Portanto, a epidemia de Aids constitui-se num campo privilegiado para se compreender a persistência e o aprofundamento das desigualdades sociais, de gênero e de raça/etnia. A análise do discurso epidemiológico, hegemônico neste campo, é fértil para o desvendamento não só das nuances da desigualdade social como do papel político-ideológico das ciências na reprodução deste sistema social. Para compreender essa questão, o conceito de vulnerabilidade ao hiv ilustrará como a noção ainda prevalente de causalidade, nas ciências da saúde, atribui o risco para a infecção pelo hiv a determinações biológicas, individuais e comportamentais, desconsiderando, ou minimizando, a conjunção de fatores sociais, econômicos, políticos e ideológicos que direcionam a trajetória desta epidemia. Em contraste, a vulnerabilidade feminina será aqui enfocada através da articulação entre as desigualdades sociais e de gênero.

O modelo biomédico será problematizado em sua funcionalidade político-ideológica ao sistema capitalista. Afinal, o discurso da medicina sobre o corpo e a sexualidade feminina vem historicamente desempenhando um estratégico papel na definição das ideologias de gênero, reforçando especialmente o ideal da mulher-reprodutora-mãe, naturalizando-a a partir de sua biologia. Associado a isso, a maternidade será analisada enquanto um campo histórico, simbólico e ideológico, e serão problematizadas, no espaço do serviço de saúde, essas persistentes representações ideológicas que orientam e informam as práticas profissionais.

Para captar e imergir no mundo subjetivo e simbólico dos atores sociais em questão, adotou-se a metodologia qualitativa enquanto caminho para se compreender o significado e a intencionalidade de discursos e práticas, buscando-se apreender as ideologias que informam as representações simbólicas e as práticas, explorando-se os conflitos, as acomodações e resistências (Anyon, 1990) gerados por este processo.

O locus escolhido para a realização desta pesquisa foi um programa de assistência às gestantes hiv+ situado em um hospital público do Rio de Janeiro. Algumas características foram consideradas para esta escolha: a existência de uma equipe multiprofissional com larga experiência neste tipo de assistência, além de uma constante e diversificada clientela de gestantes hiv+ em acompanhamento, o que garantiu a abordagem de um rico mosaico de situações de vida das mulheres/pacientes entrevistadas.

Para possibilitar uma análise abrangente que contemplasse as discrepâncias entre discursos e práticas, duas técnicas de coleta de dados foram adotadas: a observação participante das atividades de rotina do programa e entrevistas individuais semi-estruturadas com gestantes hiv+ e com a equipe assistencial, totalizando 27 entrevistas. Os temas abordados com as gestantes foram: contextos familiares e histórias de vida, representações de gênero, particularmente do papel materno, conflitos entre papéis produtivos e reprodutivos, o impacto e a (con)vivência com o hiv, incluindo as decisões reprodutivas, e a avaliação da assistência à saúde recebida. Com os profissionais de saúde, além desses temas, incluiu-se os dilemas éticos no campo reprodutivo e a análise crítica sobre este programa assistencial, os serviços e a política de saúde.

A interface entre os profissionais desta equipe e as pacientes foi, portanto, um dos aspectos centrais da análise, assumindo-se que, além da assistência médica propriamente dita, o suporte social e o apoio emocional para as gestantes hiv+ revestem-se de suma importância para o enfrentamento de uma questão de vida difícil e dolorosa. Portanto, o enfoque que confronta as ideologias que informam as práticas destes profissionais às vivências, desejos e necessidades das mulheres hiv+ pretende representar uma valiosa contribuição para a formulação de propostas assistenciais efetivamente integrais, como idealmente preconiza o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Assim, o objetivo final desta pesquisa é poder contribuir para uma melhor assistência à saúde de mulheres afetadas pelo hiv, onde os(as) profissionais que as assistem possam compreender suas escolhas e desejos para além de seus papéis sociais e reprodutivos, rumo a uma concepção de Direitos Reprodutivos que, de fato, incorpore o direito a uma maternidade desejada, acolhida, compartilhada e assistida, considerando as reais necessidades e anseios das mulheres da população brasileira.

1.2 A SAÚDE REPRODUTIVA E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL

"A proposta de Direitos Reprodutivos significa um confronto político acirrado que se situa nos campos da ética, da moral e das relações de classe, gênero e raça" (Ávila, 1993)

A questão central desta pesquisa é o direito das mulheres hiv+ a uma maternidade desejada, acolhida, compartilhada e assistida. A epidemia de hiv/Aids se sobrepôs aos graves problemas de saúde reprodutiva das mulheres brasileiras e está a exigir, portanto, a atualização da discussão sobre os Direitos Reprodutivos. Há, neste explosivo terreno permeado por interesses políticos diversos, várias contradições que merecem reflexão. Afinal, o Brasil dispõe, desde 1983, de um programa governamental nacional de assistência à saúde das mulheres – o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher/PAISM - considerado um dos mais abrangentes e conceitualmente avançados do mundo. Além disso, o país é signatário de inúmeros documentos e declarações internacionais que estabelecem agendas de compromissos na promoção da saúde e dos Direitos Reprodutivos das brasileiras. Porém, a despeito de quase duas décadas desde a definição do PAISM, o quadro real de saúde da população vem agravando-se. Compõem o cenário da saúde reprodutiva a extensão da prática da laqueadura tubária, sendo esta fortemente associada ao parto cesáreo iatrogênico, o acesso precário a métodos contraceptivos comuns, as preocupantes

estimativas de morbi-mortalidade feminina decorrentes de abortos clandestinos, a persistência de altas taxas de mortalidade materna, entre outros indicadores que revelam um cenário preocupante (Costa, 1999; Aquino et al., 1999; Silva et al., 1999; Lowndes, 1999; Molina, 1999; Melo e Tanaka, 2000).

A epidemia de hiv/Aids, ao se sobrepor a este desolador quadro, torna urgente e imperiosa a necessidade de se atualizar o debate sobre as reais condições para se ter e criar filhos dignamente, num contexto marcado por severas e crescentes desigualdades sociais que atingem, com particular gravidade, as mulheres que vivem em contextos de pobreza e de exclusão social.

Na década de 1980, período em que o PAISM foi definido, o tema da saúde foi uma das preocupações centrais do feminismo, incluindo desde o questionamento em torno do saber e poder médicos até uma crítica contundente à situação dos serviços de saúde, além do empenho em exigir do Estado maior eficácia no funcionamento do sistema de saúde (Ávila, 1993). Os temas da reprodução foram incluídos na agenda política, sendo a saúde um campo básico na demanda por uma democracia efetiva (Ávila, 1993). O PAISM incorporou idéias feministas sobre a assistência à saúde reprodutiva e sexual pela ótica da integralidade, orientando-se através de um processo educativo participativo e dialógico, eixo norteador das ações de saúde. Este momento coincide com uma conjuntura em que o governo brasileiro sofria pressões internacionais para a implantação de políticas de controle de natalidade.

As questões que permearam a ação política das mulheres no campo reprodutivo estão, porém, postas em causa. Segundo análise de Ávila, "a forma simplificada ou mecanicista como foi tratada a contraposição entre maternidade obrigatória versus contracepção moderna e libertadora mostrou-se insuficiente tanto no nível teórico quanto político"(1993:382). Giffin, ao analisar essa questão já no início da década de 1990, denominou o processo de controle da fecundidade no Brasil de modernidade perversa, mostrando que, paralelamente aos modernos meios contraceptivos ofertados (majoritariamente a pílula e a laqueadura tubária), a maioria das brasileiras, condicionadas pela situação de pobreza, pela falta de opções e acesso a direitos sociais, nunca pôde, de fato, realizar suas escolhas reprodutivas livremente: ou não podiam ter mais filhos, mesmo desejando-os, devido às dificuldades materiais para criá-los, ou não conseguiam evitá-los pelo mesmo motivo, num ciclo perverso que incluía a alta mortalidade por abortos provocados em condições precárias e clandestinas (Giffin, 1992). Mesmo o parto hospitalar, um procedimento moderno que reduz, em tese, os riscos de morte materna, e praticado no Brasil há várias décadas, revela sua face discriminatória: o inadmissível número de partos cesáreos ainda realizados podem provocar graves complicações e estão associados à alta morbi-mortalidade de mulheres, a despeito de recentes tentativas do governo brasileiro de coibir este tipo de procedimento (Melo e Tanaka, 2000)

Os dados de mortalidade materna, no Brasil, nos equiparam aos países mais pobres da América Latina. Sendo este um indicador sensível de desigualdades no acesso a serviços de

saúde de qualidade, e sendo o país um dos mais equipados, no continente, em termos de rede assistencial com alta resolutividade tecnológica, constatamos que a saúde reprodutiva das brasileiras ainda dista muito do ideário dos documentos internacionais. Como aponta Oliveira,

“A mortes maternas traduzem com fidedignidade as condições de assistência oferecidas às mulheres que, em pleno exercício de sua capacidade reprodutiva, repentinamente, se tornam vítimas da falta de qualificação, da desorganização e da desarticulação do sistema de saúde” (2001:8)

Já em 1987, a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, realizada em Nairobi, no Quênia, colocou pela primeira vez, em nível internacional, a discussão sobre o problema da morte de mulheres por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério. Um segundo momento importante em que se discutiu essa questão foi em 1990, por ocasião da Conferência da Infância. Nessa reunião, os países presentes – inclusive o Brasil – foram signatários da Declaração e Plano de Ação para a redução em 50% de suas taxas de mortalidade materna. Essa meta foi re-enfatizada em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo, e em 1995, na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, China (Melo e Tanaka, 2000). O Brasil foi também signatário destes documentos, sendo que a delegação brasileira teve atuação protagonista na definição e ampliação dos Direitos Reprodutivos.

Como hoje se constata,

"Infelizmente, a realidade não se alterou desde 1985 e a meta de redução da mortalidade materna em 50% até 2000 não irá ser alcançada. Assim, todos os planos de ação preconizados ou mesmo assinados – Conferência da Infância, Conferência do Cairo e Conferência de Beijing – não foram cumpridos, sendo que os direitos das mulheres à vida, ao planejamento familiar e a uma melhor qualidade de assistência ainda não foram alcançados em nosso país" (Melo e Tanaka, 2000)

A crescente incidência do vírus hiv entre mulheres revela outras faces da questão. Mesmo com a disponibilização da intervenção que reduz a TV na rede pública de saúde do país, o problema das baixas cobertura e qualidade da assistência pré-natal, aliado à demora na realização do teste anti-hiv nas gestantes, retardam o diagnóstico e o início do procedimento preventivo, o que, neste caso, pode trazer prejuízos irreversíveis às mulheres e seus bebês. Para o imenso contingente de mulheres que ainda não têm sequer acesso a serviços de pré-natal, está sendo proposta a realização do teste rápido no momento do parto, ao menos para as que conseguem vaga numa maternidade pública. Essa proposta é também problemática pois há que se considerar que o momento do parto não é adequado para uma testagem deste tipo. Sem falar que, no plano ético, muitos médicos ainda julgam desnecessário acolher a decisão das gestantes sobre a realização do teste anti-hiv no pré-natal (Simões Barbosa & Casanova, 2000).

Dados recentes mostram que a infecção pelo hiv nas mulheres tende a aprofundar o quadro de desigualdades no campo reprodutivo. Mesmo com novas alternativas de tratamento anti-retroviral (ARV) oferecidas, desde 1995, na rede pública de saúde, a queda de mortalidade por Aids em mulheres não tem mostrado a mesma magnitude que a observada entre homens. Além disso, a infecção pelo hiv atinge as mulheres mais precocemente que os homens, sendo que poucos estudos clínicos e epidemiológicos têm sido direcionados para as associações entre o hiv e as DST femininas, os distúrbios menstruais, a menopausa e a reposição hormonal (Melo e Villela, 1999)

Na prevenção da TV, o atual governo brasileiro reconhece que as iniciativas implementadas na rede pública de saúde foram importantes mas não suficientes para alcançar e beneficiar a maioria das portadoras do hiv e seus filhos. A razão reconhecida é que muitas mulheres ainda têm filhos sem receberem assistência pré-natal ou ingressam tardiamente no programa para que possam ser beneficiadas pela detecção precoce do hiv (Melo e Villela, 1999). Porém, o que não está sendo discutido nem reconhecido é que a intervenção medicamentosa para a prevenção da TV pode trazer conseqüências negativas para o tratamento da infecção nas próprias mulheres hiv+, pois o uso de ARV na gestação pode provocar o desenvolvimento de vírus resistentes e dificultar o controle futuro da infecção na mulher (esse aspecto será melhor discutido adiante).

No campo preventivo, um paradoxo importante tem sido espantosamente negligenciado: sendo as campanhas preventivas, até então, baseadas no estímulo ao uso de preservativo (masculino ou feminino) ou na abstinência sexual, coloca-se aqui uma séria contradição entre reprodução e sobrevivência. Como identificado por Giffin e Vermelho (2001), isto significa dizer que ou as mulheres se 'salvam' da epidemia ou reproduzem. Afinal, se a maioria das mulheres se proteger do hiv, não mais procriarão. Se desejarem ter filhos, estarão se expondo a um risco de vida. Essa questão vem sendo apontada desde a década de 1980 (Treichler, 1989) mas não mereceu ainda a devida atenção. O fato é que, após quase 20 anos de epidemia, muitos dilemas reprodutivos relacionados ao hiv permanecem intocados, esquecidos, negligenciados ou negados.

Este será um dos eixos de análise que permeará este trabalho, cujo foco principal é, efetivamente, o direito à reprodução em condições de escolha livre, informada e assistida e com condições de vida dignas para se ter e criar os filhos.

OS MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE: INTEGRALIDADE OU DESINTEGRAÇÃO?

É pertinente, portanto, retomar a discussão sobre políticas e modelos assistenciais em saúde relacionados à epidemia de hiv/Aids tendo-se em conta que, na conjuntura brasileira atual, constata-se drástica redução de investimentos estatais em setores sociais, o que se reflete, entre outras conseqüências, na qualidade da assistência pública à saúde.

Como analisa Almeida (2000), as políticas de saúde, atualmente, estão voltadas para a contenção e a diminuição do gasto sanitário, sendo este excessivamente centrado na assistência médica e nos procedimentos de alto custo, na perspectiva estrita de controle de demanda e da utilização de serviços. As soluções preconizadas são a privatização, a flexibilização e a diminuição do papel do Estado no setor. Entre outros efeitos dessa política, destaca-se a perda da integralidade na atenção à saúde e a diminuição do acesso aos serviços públicos, com possível aumento das desigualdades sociais (Almeida, 2000). Neste contexto, o aumento da racionalidade da assistência médica aparece como a única saída possível, entendida como aumento da eficiência e eficácia na utilização de recursos, numa perspectiva tecnicista aparentemente ‘neutra’ e utilitária. Porém, a avaliação pela ótica da qualidade mostra que é necessário não apenas ter um belo programa e ‘boas intenções’ para assistir adequadamente a saúde das mulheres: é preciso desenvolver a capacidade de gerenciar os serviços e formar profissionais de saúde orientados para uma assistência integral e humana, com equidade e sem o uso abusivo de tecnologias médicas, o que implica em questionar politicamente o sistema de saúde, já que o uso abusivo de tecnologias é resultado da lógica mercantil (Silver, 1999)

No caso da Aids, algumas particularidades devem ser consideradas. Como aponta Galvão, para além de substanciais empréstimos do Banco Mundial que, em termos de recursos, diferenciam este programa governamental dos demais, as ações governamentais continuam verticalizadas, não conseguindo estabelecer cooperação entre burocracias e formas específicas de gerenciamento institucional, o que certamente dificulta ou mesmo impede sua integração com outros programas de saúde, dentre os quais o PAISM. Outra questão relevante, e também relacionada à política do Banco Mundial para a Aids, é o risco da ‘terceirização de serviços de caráter social’ (Galvão, 2000:220), supondo-se que as inúmeras ONGs/Aids possam substituir as ações estatais neste campo. Entre outras conseqüências, as ONGs/Aids abandonaram o ativismo que questionava e cobrava políticas de saúde relacionadas ao hiv/Aids para gerenciar projetos de prevenção focalizados, descontínuos e de curto alcance (Bouchara apud Galvão, 2000:103). Vale aqui ressaltar que a política de ‘terceirização’ dos serviços de assistência social, assim como as políticas sociais focalizadas, direcionadas para os grupos populacionais mais ‘vulneráveis’, é parte da estratégia neoliberal que busca, assim, entre outras questões, garantir a governabilidade (Laurell, 2000)

Neste contexto, o PAISM, como, de resto, todo o sistema público de saúde, deteriora-se. Como apontam Diniz e Villela,

“É [...] num contexto de precariedade da assistência à saúde reprodutiva, de busca crescente e maciça pela esterilização, e de gradual retração do setor público – tanto em termos de provisão de serviços quanto de controle sobre o setor privado - , que a epidemia de HIV/Aids se alastra entre as mulheres” (1999:130).

O modelo preconizado pelo PAISM pressupõe investimentos na formação de recursos humanos (bem) preparados para abordar a saúde pela ótica da integralidade. Um retrocesso nesse sentido, entre outras questões, pode estar contribuindo para um re-fortalecimento do modelo biomédico, reforçando posturas limitadas e/ou discriminatórias para com as mulheres.

Barbosa e Lago (1998) detiveram-se na análise dos recentes impasses e dilemas relacionados às estratégias do PAISM para o enfrentamento do hiv/Aids entre as mulheres, especialmente aquelas já infectadas. Segundo as autoras, é urgente reconhecer as interações entre a epidemia de Aids e os principais problemas de saúde reprodutiva. Atualmente, sabe-se que as DST aumentam muito o risco de transmissão sexual do hiv. Porém, no Brasil, pouca atenção tem sido dada a essa questão. A insuficiência de dados e estudos sobre a incidência de DST em mulheres é ilustrativa. Outro indicador é o fato das clínicas que tratam de DST serem direcionadas para a clientela masculina; as mulheres, que recebem atenção em ambulatórios ginecológicos, freqüentemente não são diagnosticadas pois seus sintomas, quando detectados, são preconceituosamente vistos e tratados como 'coisas normais de mulheres'; além disso, os profissionais de saúde, como efeito da ideologia médica, geralmente não abordam esses problemas de forma clara e direta com a clientela feminina.

Como constataram Giffin & Lowndes (1998), as atitudes e valores de profissionais de saúde permanecem forjados no contexto de crenças sociais e culturais influenciadas pela ideologia de gênero. Ao pesquisarem, em serviços ginecológicos e de pré-natal, as relações entre representações de gênero e prática médica no momento do diagnóstico de DST em mulheres, as autoras constataram que, mesmo quando as mulheres que procuram um serviço médico desconfiam de uma DST, a maioria dos médicos não as esclarece sobre a transmissão sexual da doença, principalmente quando contraída através de seus parceiros estáveis. Essa postura é justificada, por muitos médicos, como uma dificuldade de se envolver em problemas da esfera íntima da vida de um casal, entre outras razões. Com isso, grande parte dos parceiros dessas mulheres não comparecem ao serviço para se tratarem e muitos, inclusive, as responsabilizam pelo aparecimento da doença. Como concluem, "[...] nesse mundo de contradições, mentiras e meias-verdades, as mulheres estão constantemente sujeitas à culpa e à vergonha, e forçadas ao silêncio sobre seu sofrimento, mesmo quando procuram tratamento, e mesmo quando suspeitam que contraíram uma DST" (1998:20)

Assim, a reprodução da ideologia de gênero através do sistema médico tem reforçado um "silêncio mortal que cerca as DST nas mulheres nesta sociedade, assim como em outras" (Giffin & Lowndes, 1998:23)

No campo da prevenção, não se pode deixar de mencionar as dificuldades de negociação sexual e de divisão de responsabilidades entre o casal trazidos pela cultura contraceptiva introduzida no país, que desencorajou a oferta de métodos que requerem o diálogo e a

participação masculina (Goldstein, 1992). Além disso, as mulheres esterilizadas - que representam um grande contingente de brasileiras – têm dificuldades adicionais para adotar métodos que previnem as DST. Como identificam Barbosa e Lago (1998), os questionamentos trazidos pela epidemia de Aids voltam a colocar em cheque nossas concepções sobre os programas de planejamento familiar, pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino e, inclusive, as DST, o que inclui o hiv. Como apontam, "[...] a situação em que se caracteriza o planejamento familiar como uma demanda feminina e os serviços de DST como uma demanda masculina será questionada somente a partir de uma efetiva integração destes programas para que, ao atender a homens e mulheres, possam ter como concepção básica a preservação da saúde e dos direitos sexuais, entendidos como direitos sociais" (1998:96).

Assim, a perspectiva de integrar as ações direcionadas ao controle das DST/Aids aos programas existentes ainda é remota, assim como a superação das principais dificuldades do Sistema Único de Saúde em tornar seus serviços resolutivos (Barbosa e Lago, 1998).

Dados oficiais mostram as contradições e a persistência de equívocos e preconceitos no campo das ações preventivas. Dos 250 projetos aprovados em recente concorrência do Ministério da Saúde para projetos de prevenção (em 1999), apenas 31 eram dirigidos à população feminina (Melo e Villela, 1999). Dentre esses, a maioria propunha o ‘treinamento’ de mulheres nas habilidades para o uso do preservativo, demonstrando não só a persistência da limitada abordagem comportamental de responsabilidade individual como do impasse entre prevenção do hiv e reprodução.

Como pode ser constatado, o cenário de saúde que estamos vivendo é complexo e grave em muitos sentidos, do nível político-institucional aos modelos assistenciais e educativos, sem minimizar as questões éticas aí implicadas. A análise crítica desta problemática, portanto, torna-se essencial tanto para a redefinição das políticas de saúde no campo reprodutivo quanto para subsidiar a histórica luta das mulheres por seus direitos sociais, aqui incluídos os direitos sexuais e reprodutivos, com particular atenção ao direito a uma maternidade desejada, acolhida, compartilhada e assistida. É nesse sentido que este trabalho pretende contribuir.

1.3 A VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV

A epidemia de Aids tornou-se um campo fértil para novamente se desnudarem as complexas relações entre biológico e social (Sontag, 1984), as estreitas conexões entre ciência, ideologia e política e, por fim, para denunciar os efeitos das desigualdades sociais e de gênero na conformação do processo saúde-doença.

O ‘novo’ perfil epidemiológico da epidemia no Brasil e em outros países latino-americanos, ‘descoberto’ e anunciado no início da década de 1990, vem constatando o crescimento

acelerado da epidemia entre as mulheres, particularmente as mais pobres, sendo que a maioria está sendo diagnosticada tardiamente, tem menos acesso a tratamentos e vive menos e pior que os homens (Melo e Villela, 1999).

Mesmo com as evidências acumuladas de que a transmissão do hiv poderia ser heterossexual - afinal, sempre foi esse o padrão de transmissão no continente africano - o discurso científico resistiu em admitir, até o final da década de 1980, que as mulheres estavam sendo rapidamente infectadas pelo hiv. Quando as evidências da Aids em mulheres aumentaram (ironicamente, ‘descobriu-se’ o grande contingente de mulheres notificadas na rubrica ‘outros’), as especulações as associaram às prostitutas, usuárias de drogas injetáveis e mulheres do Terceiro Mundo. As prostitutas seriam os ‘reservatórios de hiv’ que ameaçavam a sociedade. Posteriormente - e paradoxalmente - as mulheres com um único parceiro e em idade reprodutiva - as 'boas moças' - passaram a representar uma 'ameaça' para as futuras crianças que poderiam nascer infectadas. Sobre essa questão, Carovano (1991) denuncia que

“Tanto ‘mães’ como ‘putas’ são definições baseadas em seus relacionamentos com outros, o que reflete as necessidades de homens e crianças, deixando margem para que as mulheres sejam tratadas ou como uma ‘preocupação’ ou como uma ‘ameaça’ para os outros”

A construção social e científica de um modelo de epidemia que ignorou, desde o princípio, seus determinantes econômicos, sociais, culturais e de gênero provocou, e continua provocando, sérias conseqüências para as estratégias de enfrentamento. Até hoje, pouca atenção e recursos têm sido destinados à prevenção, pesquisas e tratamentos relacionados às mulheres. Se levarmos em consideração que a pobreza potencializa a vulnerabilidade ao hiv em função, entre outros, da falta de opções e poder para mudar as circunstâncias que aumentam o risco de infecção, constatamos que a situação das mulheres, especialmente no Terceiro Mundo, é grave. Há uma década atrás, Ramos (1991) já denunciava que

“de uma doença moderna, dos países ricos e resultante de comportamentos extravagantes, a AIDS virou o oposto: hoje temos uma epidemia do atraso, tremendamente concentrada em países pobres e resultante de comportamentos tradicionais”

A construção de uma conceituação epidemiológica equivocada sobre a transmissão do hiv é apenas um dos aspectos que desnuda, no seio das ciências biomédicas, os (pre)conceitos resultantes do entrelaçamento entre a ideologia médica e de gênero (essa discussão será aprofundada no Capítulo III).

Entre outras conseqüências, a Aids feminina foi invisibilizada pela própria definição médica de risco sexual, baseada nas dicotomias ideológicas 'heterossexual/homossexual' e 'mulher da casa/mulher da rua', sendo ambas historicamente acionadas pelo discurso médico para garantir a ‘família higiênica’ (Costa, 1989). Não é de surpreender, portanto, que o enfoque médico-epidemiológico sobre a aids não tenha 'vislumbrado' a transmissão

heterossexual e a previsível feminização da epidemia. Podemos supor que essa questão persiste, já que as 'mulheres da casa' estão sendo, em sua maioria, diagnosticadas quando e porque grávidas, ou seja, somente quando reproduzem.

Mais recentemente, a caracterização epidemiológica de mulheres infectadas como 'donas de casa' pode ser também problematizada, já que pressupõe um grande contingente de mulheres que não trabalham fora do lar. Segundo indicadores sócio-econômicos, o ingresso das mulheres na força de trabalho representou, ao longo do século XX, uma tendência contínua e crescente, acentuando-se a partir dos anos 1970 (DIEESE, 1997). Estudos recentes, no Brasil, mostram que a taxa de atividade econômica feminina vem aumentando, particularmente na forma de trabalho autônomo, já que este possibilita uma maior flexibilidade na jornada de trabalho, o que é crucial para mulheres, que têm que conciliar as obrigações familiares com a necessidade de uma ocupação remunerada (Ludermir, 2000). Empurradas para o trabalho fora de casa, as mulheres vêm enfrentando taxas mais altas de desemprego e salários menores que os homens (DIEESE, 1997). Nos países do Terceiro Mundo, a maioria das mulheres são freqüentemente encontradas trabalhando no setor informal da economia (Ludermir, 2000). Porém, a investigação dos efeitos do desemprego feminino tem sido 'problemática' porque as mulheres casadas sem um trabalho remunerado formal continuam sendo metodologicamente classificadas como 'donas de casa' e não como desempregadas (Ludermir, 2000), problema já identificado desde a década de 1970 (Aguiar, 1983)

Essa dificuldade 'metodológica', associada à crescente informalização do mercado de trabalho, leva a crer que a maioria das mulheres transitam continuamente entre o mundo doméstico e o mundo produtivo, a maioria contribuindo com sua renda, freqüentemente gerada no próprio âmbito doméstico, para o sustento familiar. Portanto, cabe indagar como as mulheres infectadas estão sendo categorizadas enquanto 'donas de casa', sendo que essa representação pode, mais uma vez, obscurecer e dificultar estratégias preventivas e assistenciais adequadas.

A construção científico-ideológica da epidemiologia da Aids revela claramente essa questão: da 'peste gay' do início dos anos 80, vemos hoje um panorama devastador onde o hiv está tirando milhares de vidas jovens, especialmente entre as populações que vivem em situação de pobreza e miséria, particularmente nos países periféricos.

Porém, a literatura científica especializada só recentemente vem se apercebendo destes 'equivocos' conceituais e metodológicos. Parker & Camargo (2000), por exemplo, revendo extensa literatura internacional, constatam que atualmente co-existem, e se inter-relacionam, diferentes vulnerabilidades à infecção pelo hiv. Estes autores problematizam, entre outras questões, as formas insuficientes e simplistas como os dados notificados são coletados, impedindo qualquer análise mais realista da situação. No Brasil, o único indicador coletado que pode ser relacionado, mesmo que indiretamente, às condições sócio-econômicas, é o nível de escolaridade. Mesmo assim, é elevado o número de casos sem informação a respeito do grau de instrução. Os próprios epidemiologistas estão

reconhecendo a limitação de seus modelos conceituais e de seus instrumentos de análise para a compreensão de uma epidemia que espelha as várias e complexas dimensões das desigualdades sociais, de gênero e raciais/étnicas.

Recentemente, Bastos & Szwarcwald (2000) teceram considerações (auto)críticas sobre a limitação da abordagem quantitativa de 'fatores de risco' para o hiv/aids, mostrando como o enfoque epidemiológico centrado no indivíduo não permite explicitar a contento os múltiplos determinantes sociais envolvidos no risco. Segundo eles, a epidemiologia capta, no limite, as relações causais entre o risco individual e as taxas de prevalência do hiv em determinada população estudada. Concluem esses autores que

"Somente a partir de amplo conjunto de informações oriundas de análises realizadas em diversos níveis e levando em conta variáveis que vão desde a biologia e o psiquismo individual à estrutura sócio-econômica e às culturas, será possível estabelecer os reais fundamentos de avaliações da efetividade das ações preventivas e terapêuticas ao nível da saúde coletiva" (Bastos & Szwarcwald, 2000)

O que merece ser aqui pontuado é que os principais instrumentos conceituais e metodológicos do campo da saúde começam a ser problematizados após quase 20 anos de epidemia, evidenciando os inúmeros obstáculos para se produzir conhecimentos que abranjam os complexos processos sociais que conformam as trajetórias de saúde e doença.

'A ÁFRICA ESTÁ AQUI!'

O que inicialmente os epidemiologistas norte-americanos categorizaram como a 'aids-africana', significada como 'a aids-do-outro', ou seja, do negro, pobre e culturalmente 'primitivo' e 'exótico' - numa concepção impregnada por preconceitos ideológicos de cunho social, racial e cultural - vem denunciando, na verdade, o aprofundamento das desigualdades sociais no mundo contemporâneo, onde os ajustes econômicos de cunho neo-liberal, impostos globalmente, atingem indiscriminadamente as populações pobres de todos os países, inclusive dos chamados 'desenvolvidos'. Assim, a 'aids-heterossexual-africana' (Ramos, 1991), uma construção ideológica da Epidemiologia, é uma imagem metafórica que ilustra exemplarmente as limitações das ciências, particularmente as da saúde, para compreender e traçar estratégias de enfrentamento calcadas nos determinantes reais de vulnerabilidade das diversas populações humanas.

Portanto, nunca é demais insistir na sinergia entre o crescente empobrecimento de parcelas significativas da população - especialmente daqueles segmentos que estão indelevelmente relegados às margens do processo produtivo, condenados à marginalidade social - e a vulnerabilidade ao hiv. O Brasil pode ser tomado como caso exemplar para ilustrar essa questão, demonstrando como não se pode mais omitir ou minimizar as íntimas conexões entre doença e desigualdades sociais. Nosso país é hoje considerado uma referência internacional por sua decisão de ofertar universalmente o tratamento antiretroviral (ARV)

na rede pública de saúde. Porém, muitas questões sociais subjazem, impedindo que uma parcela significativa da população afetada pelo hiv não se beneficie do tratamento oferecido. Como recentemente denunciaram Rosenthal e Scheffer, "Quem assiste pacientes de Aids no Brasil sabe que há muita gente no andar mais baixo da escala social para quem o drama da doença revela-se igualmente desesperador. Só que, ao contrário da África, temos à disposição os mais modernos recursos e as mais potentes drogas. Apesar disso, ainda vemos no Brasil a doença transformar pessoas em mortos-vivos à margem da cidadania.[...] Trata-se do novo paciente terminal de Aids, cujo prognóstico pouco depende do acesso a serviços de qualidade e tratamento de ponta.[...] Muitos desses doentes nem sequer existem oficialmente, pois não têm registro de nascimento ou não são contabilizados pelos censos. Eles vêm da leva dos desempregados sem renda, sem comida e sem teto. São também adolescentes de rua, viciados em crack, usuários de drogas injetáveis. São crianças órfãs, que viram pai e mãe desaparecerem por causa da Aids. São milhares de presidiários ou ex-detentos, pois o HIV movimenta-se com facilidade para fora das grades. São cada vez mais mulheres oprimidas ou violentadas. Minorias discriminadas sujeitas a toda forma de opressão e exploração. O drama da Aids reproduz, nas camadas mais baixas do Brasil, a realidade da tragédia do continente africano. Em comum, além da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, são pobres e miseráveis, cidadãos de segunda linha, que integram os pelo menos 45 milhões de brasileiros que sobrevivem em condições subumanas, para os quais a Aids é mera coadjuvante do destino imposto pela perversa lógica social.[...] Quando encaminhados a serviços de saúde, recebem a atenção integral a que todos os pacientes de Aids têm direito no Brasil. Mas não conseguem se beneficiar dos progressos da medicina e das conquistas do ativismo. Da mesma forma, não são atingidos pelas campanhas de prevenção. Não aderem ao tratamento complexo. Não compreendem as recomendações médicas. Não sabem ler. Não têm relógio nem noção de tempo para tomar as doses de remédio na hora certa. Com o estômago vazio, seus organismos não absorvem a medicação. Não têm lugar para ir após a alta hospitalar. Sofrem com sucessivas internações, cada vez mais debilitados. Sem parentes nem amigos, definham e morrem. Exatamente como morrem os doentes de Aids na África" (Folha de São Paulo, 2000)

Este dramático relato explicita os limites da atenção à saúde quando não há distribuição eqüitativa de renda, acesso a serviços de assistência social ou quando sequer políticas sociais compensatórias estão sendo implementadas. Vale lembrar que Engels, no século XIX, já observava que determinados grupos sociais marginalizados poderiam não atingir patamares mínimos para o acesso, mesmo que limitado, aos bens de serviço e, sobremaneira, a bens culturais (Engels, 1977).

O QUE MOSTRAM OS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Nos países periféricos, a Aids vem difundindo-se pela 'população em geral' - eufemismo para designar a população pobre - através da transmissão heterossexual, sendo ímpar seu impacto na África Sub-Sahariana. Porém, acredita-se que a epidemia atingirá em pouco tempo estas mesmas proporções no sul e sudeste da Ásia. O modo como a epidemia foi veiculada pelos meios de comunicação também se diferencia: inicialmente, se fez conhecida como a “peste gay” - influência do padrão inicial de transmissão nos EUA - embora nos países mais pobres da África já se falasse de uma “slim disease” (“doença do emagrecimento”), o que só posteriormente foi correlacionado com o quadro sintomatológico da Aids.

As estatísticas mais recentes demonstram claramente, além da pauperização, a crescente feminização da epidemia: dos nove milhões de óbitos devido à Aids que ocorreram no mundo desde o começo da epidemia, quatro milhões correspondem a mulheres (UNAIDS & WHO, 1998), sendo que as taxas de transmissão na população feminina estão crescendo em ritmo mais acelerado do que entre os homens.

No Brasil, 210 452 casos da doença foram notificados desde 1980. Deste total, 155 792 (74,0%) são do sexo masculino e 54 660 (26,0%), do sexo feminino (Ministério da Saúde/MS, 2001a).

De uma razão de sexo de 28 homens para uma mulher em 1985, constatou-se que, em 1997/98, existia, na faixa etária de 15 a 19 anos, um homem com Aids para cada mulher (Vermelho et al., 1999). Nos demais estratos etários, a razão é de 2 homens para cada mulher (MS, 2001a). A tabela abaixo ilustra a evolução histórica da razão homem/mulher desde o início da epidemia.

Tabela I - Distribuição dos casos de Aids entre indivíduos de 15 a 19 anos de idade, segundo Ano de Diagnóstico e Razão por Sexo. Brasil. 1990-2000*

Ano de Diagnóstico	Sexo		Razão H/M
	Masculino	Feminino	
1980	1	0	1/0
1982	10	0	10/0
1983	37	2	18/1
1984	121	7	17/1
1985	532	9	28/1
1986	1109	65	17/1
1987	2479	259	10/1
1988	3873	542	7/1
1989	5330	815	7/1
1990	7445	1244	6/1
1991	9689	1892	5/1
1992	11827	2780	4/1
1993	12962	3478	4/1
1994	13754	4002	3/1

1995	14578	4816	3/1
1996	15792	6060	3/1
1997	15470	6809	2/1
1998	15154	7193	2/1
1999	11907	5811	2/1
2000	5560	2843	2/1
Total	147630	48637	3/1

*2000 Dados preliminares até 31/12/00, sujeitos a revisão.

Fonte: CN-DST/Aids - Ministério da Saúde

Os casos de transmissão por meio de prática heterossexual, no ano de 1986, correspondiam a 3% do total; em 1997, já representavam 28,0%. Só durante o ano de 1999, o crescimento desta forma de transmissão foi da ordem de 25,3% (MS, 2000).

Entre os homens, no período 1994-98, observou-se um percentual de crescimento de 10,2 % das notificações, enquanto que, nas mulheres, o crescimento foi da ordem de 75,3%, no mesmo período. O número de casos femininos notificados cresceu 71%, em todo o período referido, cerca de nove vezes mais que o observado entre os homens (MS, 2000)

Apesar disso, a 'invisibilidade' do problema ainda persiste, inclusive entre a comunidade científica. As mulheres consideradas em 'risco' ainda são, predominantemente, as trabalhadoras sexuais e usuárias de drogas injetáveis. Mais recentemente, constatou-se o crescimento da infecção no segmento feminino classificado como 'donas de casa', o que, como já apontando, também pode significar uma representação irreal sobre a real situação de vida das mulheres.

Para ilustrar as desigualdades de classe, gênero e raça/etnia, dados internacionais mostram que, nos EUA, dos 13 105 casos de Aids notificados entre mulheres em 1997, 10 458 (80%) foram entre as Afro-Americanas e Latino-Hispânicas. Do mesmo modo, das 473 crianças notificadas no mesmo período, 402 (85%) eram Afro-Americanas e Latino-Hispânicas (Centers for Disease Control and Prevention/CDC, 1998a). Em uma década, a proporção de casos de Aids entre mulheres e adolescentes naquele país triplicou (de 7%, em 1985, a 22% em 1997). O hiv/Aids foi, em 1996, a quarta causa de morte entre mulheres de 25 a 44 anos e a primeira causa de morte entre mulheres Afro-Americanas desta mesma faixa etária. É surpreendente constatar que as mulheres Afro-Americanas e Latino-Hispânicas, juntas, representam menos de um quarto da população feminina norte-americana mas compõem os três quartos (76%) dos casos de Aids notificados em mulheres. Além disso, com os avanços obtidos através dos tratamentos que controlam a evolução da infecção, a mortalidade vem decaindo, embora seu decréscimo seja em menor escala entre as mulheres do que entre os homens (CDC, 1998b).

Dados do Brasil confirmam essa última questão: a queda da mortalidade por Aids em mulheres não tem mostrado a mesma magnitude daquela observada em homens, o que pode ser explicado, em parte, pela maior demora na realização do diagnóstico em mulheres. A maioria das mulheres brasileiras, dentre as que têm acesso a serviços de saúde, está sendo

diagnosticada durante o acompanhamento pré-natal, quando grávidas. Esse fato explicita múltiplos interesses políticos envolvidos no controle sobre as questões reprodutivas. O próprio protocolo 076, como será melhor visto adiante, representa uma intervenção quimioterápica preventiva que tem como foco principal a preservação da saúde do bebê. Porém, o que não está sendo devidamente considerado é que essa intervenção pode trazer conseqüências negativas para a saúde das mulheres hiv+. Só recentemente pesquisadores começam a se preocupar com a possibilidade de desenvolvimento de vírus resistentes nas mães mas, principalmente, nas crianças (UNAIDS/UNICEF, 1998).

Ademais, assiste-se a uma intensa medicalização da Aids, paralelamente à sua banalização. Apesar das críticas já expostas, a Aids, cada vez mais, tem deixado de ser considerada um problema social para se tornar, crescentemente, um problema médico e de laboratórios (Melo e Villela, 1999), o que evidencia as íntimas conexões entre doença e interesses empresariais. A própria cronificação da doença, ao par de ter representado um aumento da esperança e da qualidade de vida para os portadores do hiv, ‘congelou’ a doença na sua forma mais lucrativa. Há que se considerar, ainda, que a maioria dos recursos investidos em pesquisas na área básica provém destas poderosas empresas farmacêuticas transnacionais, que hoje detém o poder de definir agendas de prioridades, sendo que essas, naturalmente, são as potencialmente mais lucrativas. Como analisa Galvão,

“ [...] para a indústria farmacêutica, esses efeitos colaterais e relativos fracassos [de alguns produtos quimioterápicos] pouco importam. Uma nova geração de medicamentos está por vir; as pessoas com HIV/Aids necessitam dessas novas terapias, e a infecção pelo HIV não pára de crescer em todo o mundo. É um mercado certo e cativo” (2000:207-208)

Ao analisarem as estreitas relações entre o ajuste estrutural, as políticas neoliberais, seus severos efeitos sobre os programas de saúde, educação e bem estar social e as políticas de Aids, Parker, Galvão e Bessa reconhecem que

“Embora a vasta maioria das pesquisas sociais e comportamentais realizadas em resposta à Aids tenha deixado de lado essas questões, uma conscientização crescente de que a Aids é fundamentalmente uma questão política [...] e que mesmo as mais eficientes tecnologias para prevenção, tratamento e assistência dependem de lutas políticas para sua implementação, inevitavelmente nos obrigam a começar a fazer face a uma gama mais ampla de forças estruturais que moldaram a epidemia e condicionaram nossas respostas a ela” (1999:20)

1.4 O CONCEITO DE VULNERABILIDADE: O SOCIAL 'INVADE' A DEFINIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE 'RISCO'

A compreensão do que hoje se define como vulnerabilidade feminina ao hiv/Aids, quando analisada pela ótica de gênero, implica em ‘desnaturalizar’ o corpo feminino e tomá-lo a

partir dos contextos histórico, social, econômico e político que determinam os inúmeros riscos a que as mulheres estão submetidas.

O conceito de vulnerabilidade, aplicado à epidemiologia da Aids desde os trabalhos pioneiros de Jonathan Mann e outros investigadores da Universidade de Harvard, EUA, vem buscando explicar a maior ou menor possibilidade de infecção de determinado grupo humano através da conjunção de fatores individuais, sociais, econômicos e políticos em uma dada sociedade. Esse conceito, portanto, pressupõe ir além de uma abordagem limitada que considere somente os comportamentos individuais e/ou biológicos como determinantes do risco. E, mais além, coloca em questão a própria concepção de risco tradicionalmente adotada pela epidemiologia (Villela, 1998).

Parker e Camargo classificam o Brasil como uma “complexa síntese em que estão virtualmente presentes todos os diferentes fatores sócio-econômicos identificados como estruturantes da vulnerabilidade relacionada à Aids” (2000:10). Segundo esses autores, o país conjuga e entrelaça formas variadas de desigualdade e opressão, conjuntamente com uma ampla gama de fatores estruturais e ambientais que produzem e reproduzem forças sociais identificadas como os ‘motores da epidemia’, tais como os movimentos migratórios internos, a falta de poder das mulheres, submetidas simultaneamente à opressão econômica e de gênero, o encolhimento do mercado formal de trabalho e, por fim, a desintegração social provocada pelo crime organizado e o tráfico de drogas. Circundando esse quadro e agravando-o, há a baixa incorporação de valores de cidadania, a falta quase absoluta de mecanismos de proteção social e um frágil e insipiente sistema de bem estar social em processo de desmantelamento (Parker e Camargo, 2000)

Como concluem esses autores,

"Em suma, enquanto virtualmente todos os fatores estruturais e ambientais associados à vulnerabilidade aumentada ao HIV/AIDS – em particular, entre os pobres – estão presentes no Brasil de hoje – muitas vezes em expansão -, dentre as estruturas potencialmente mitigadoras do impacto desses fatores, como os sistemas de bem-estar e as redes de proteção social [...], poucas parecem de fato em operação no país, de modo que pudesse efetivamente auxiliar na resposta às fontes potenciais de vulnerabilidade” (Parker e Camargo, 2000: 10)

Nesta perspectiva, a vulnerabilidade feminina deve ser analisada como resultante de comportamentos e vivências relativas à sexualidade e à identidade de gênero, e a condições sociais mais amplas, como a associação entre pobreza e gênero, o acesso das mulheres a serviços de saúde e a existência, ou não, de políticas públicas direcionadas às mulheres. Parker e Camargo (2000) situam as mulheres pobres no que provavelmente sejam as condições mais extremas de vulnerabilidade enfrentadas por qualquer grupo populacional. Do ponto de vista da vulnerabilidade biológica, vários estudos vêm mostrando que a transmissão homem-mulher do hiv (assim como de outras DST) é de duas a quatro vezes mais eficiente que a transmissão mulher-homem. Isso se explica pelas características

fisiológicas dos órgãos genitais femininos, que têm maior superfície de mucosa exposta, o que aumenta a possibilidade de sofrerem lesões ou lacerações durante o ato sexual, facilitando a entrada do hiv. As DST, freqüentemente assintomáticas nas mulheres, potencializam o risco feminino de infecção ao fragilizarem as barreiras naturais à infecção pelo hiv. Além disso, o sêmen tem concentração de hiv significativamente maior que o líquido vaginal, o que torna as mulheres mais expostas (Bastos & Szwarcwald, 2000).

Torna-se cada vez mais evidente que a vulnerabilidade biológica das mulheres está intimamente relacionada à sua vulnerabilidade social e sexual. O sexo coercitivo, o incesto, os casamentos forçados e o estupro, entre outros, são fatos cotidianos - e muitas vezes invisíveis - na maioria das sociedades. Mas não é somente em situações extremas que a vulnerabilidade das mulheres é perceptível: mesmo aquelas que não vivenciaram situações de violência sexual encontram-se em posição desvantajosa em relação à prevenção do hiv. Negociar o preservativo com o parceiro, recusar o sexo inseguro ou exigir o uso de proteção são posições muito difíceis de serem assumidas pelas mulheres, especialmente as que são pobres e estão em relações estáveis. Colocar em cheque a fidelidade do parceiro pode implicar, muitas vezes, na possibilidade de agressão física, na desconfiança e recriminação, no abandono e, conseqüentemente, na perda de sustento econômico e emocional. A situação se agrava quando as mulheres têm filhos (Goldstein, 1992). No terreno da dupla moral que rege a cultura sexual, a maioria dos homens não revela que mantém relações sexuais fora do casamento. Neste sentido, o eixo de muitas campanhas informativas centrado na (suposta) fidelidade mútua é irreal, já que não questiona o comportamento masculino. O 'fator de risco' que implica estar casada persiste para mulheres em sociedades culturalmente distintas, desde a América Latina até a Índia.

As mulheres que se sabem infectadas pelo hiv também constituem um grupo altamente vulnerável: seu tempo de sobrevivência é menor quando comparado ao dos homens, seu diagnóstico geralmente é feito tardiamente e elas têm menor e pior acesso aos tratamentos disponíveis, além de cuidarem de si próprias somente após atenderem as necessidades de atenção à saúde da família, especialmente dos filhos (Villela e Diniz, 2000). Como pontua Denenberg (1997), "[...] este desequilíbrio se deve, provavelmente, a complexos determinantes psico-sociais relacionados ao papel das mulheres como cuidadoras da família, por sua relativa pobreza e pelo paternalismo e mesmo hostilidade com que o sistema médico aborda seus problemas. A investigação inadequada e o diagnóstico do HIV/AIDS em mulheres é algo típico da desconfortável relação que a medicina tem com a população feminina".

Todos esses fatores têm condicionado negativamente o acesso das mulheres infectadas a um tratamento adequado, além do fato de que tampouco têm sido objeto de investigações que busquem responder a suas especificidades biológicas.

Outros aspectos da saúde reprodutiva das mulheres também não estão sendo suficientemente investigados na interação com a infecção pelo hiv. Por exemplo, disfunções menstruais e menopausa precoce são queixas frequentes de mulheres hiv+ e ainda pouco, ou nada, investigadas. Tampouco se sabe sobre a interação entre hormônios e antiretrovirais para as mulheres que desejariam a terapia de reposição hormonal (Melo e Villela, 1999)

Além disso, antigos paradoxos permanecem: o condom masculino, a única opção acessível para a maioria da população, continua sendo uma prerrogativa dos homens. A falta de tradição no uso deste contraceptivo na cultura brasileira, em parte reforçada pelo discurso médico que o define como 'inseguro', agrava essa situação, já que muitas mulheres não confiam neste método de barreira nem para prevenir a gravidez. O alto índice de esterilização das brasileiras é outro preocupante obstáculo, já que é difícil associar um segundo - e problemático - método contraceptivo a outro já existente e eficaz.

O preservativo feminino, um método em princípio sob o controle das mulheres, é ainda uma promessa. Apesar de estudos preliminares de aceitabilidade mostrarem resultados promissores, inclusive no Brasil, duas questões são preocupantes: seu alto custo e o fato de que suas características de manuseio exigem acompanhamento de profissionais de saúde treinados e capacitados para tal. Tendo em conta que o sistema público de saúde brasileiro encontra-se em estado de desmantelamento, no que se inclui o PAISM, não é difícil imaginar que essa alternativa preventiva é, no momento, pouco plausível.

Os microbicidas, outra possibilidade de proteção sob controle das mulheres, ainda estão em fases intermediárias de estudo. Aliás, muitas reivindicações e pressões políticas tiveram que ser feitas por entidades de mulheres para que recursos fossem, finalmente, alocados em pesquisas sobre esta alternativa preventiva. A notícia mais recente sobre essa opção, porém, não é animadora: a ONU informa que ela só estará disponível para comercialização no prazo de 6 anos, o que é desalentador frente à rapidez com que o hiv dissemina-se entre a população feminina (Jornal O Globo, 27/6/2001).

Essas e outras complexas questões perpassam o cenário da Aids, revelando um campo onde se movem interesses econômicos empresariais, políticas estatais, organizações não governamentais, entre outros atores que participam de um jogo político complexo e, por vezes, invisível. É ilustrativo o atual embate de países periféricos - com a liderança ativa do governo brasileiro - contra as indústrias farmacêuticas transnacionais em torno da quebra de patente dos medicamentos ARV, o que os tornaria consideravelmente mais baratos. Não se sabe ainda a que termo chegará essa difícil e desigual disputa mas, se tomarmos como parâmetro a submissão do atual governo brasileiro às regras econômicas ditadas pelos países hegemônicos, não devemos estar otimistas.

Por fim, no campo da prevenção do hiv/aids, a questão do poder nas relações entre homens e mulheres não pode ser negligenciada. Em pesquisa anterior, constatamos que mulheres pobres em parcerias estáveis, apesar de estarem suficientemente informadas sobre seus riscos para o hiv, não detinham poder para alterar essa situação (Simões Barbosa, 1993).

Poder, porém, deve ser compreendido de forma ampla, para além da esfera afetiva-sexual das relações entre homens e mulheres: implica também em ter acesso a serviços de saúde, empregos e salários decentes, moradia, condições adequadas para criar os filhos, segurança pública, entre outras questões imediatas e urgentes de sobrevivência. Afinal, como preconizar o sexo seguro para mulheres que sequer conseguem ter acesso a exames preventivos de rotina? Ou para as que desejam engravidar ?

Portanto, muitas questões subjazem neste cenário complexo, onde as relações sociais, familiares e entre os gêneros estão profundamente imbricadas e circundadas pelo contexto sócio-econômico, o que limita, para a maioria da população, para além da preservação da própria vida, as possibilidades de prevenção e acesso aos cuidados com a saúde.

Vale pontuar que, mais recentemente, o reconhecimento de que a pobreza é uma questão central na determinação da vulnerabilidade ao hiv vem se ampliando, o que pode ser evidenciado através de inúmeros artigos e publicações internacionais (Parker & Bastos, 2000). Porém, julgamos necessário demarcar uma posição que evite a naturalização desta questão. Em última análise, torna-se imprescindível explicitar que o sistema capitalista não só produz e reproduz estruturalmente a pobreza, como determina os rumos de pesquisas, tratamentos e estratégias preventivas. Portanto, se não se tiver essa questão em mente, corre-se o risco de se constatar, através de pesquisas financiadas por instituições que sustentam esse sistema, que a 'pobreza' influi e agrava os efeitos da epidemia de aids e que deve-se tomar a pobreza como fator limitante na prevenção do hiv/Aids, num círculo sem saída e sem soluções.

1.5 A TRANSMISSÃO VERTICAL: AS CRIANÇAS ENTRAM EM CENA, AS MÃES PERMANECEM EM SEGUNDO PLANO

Os impasses ocasionados pela crescente progressão da infecção pelo hiv entre as mulheres são, sem dúvida, de grande magnitude e complexidade e colocam em cena o problema de milhares de crianças que estão sendo infectadas através de suas mães, sendo que muitas delas já vivem ou viverão em situação de orfandade. Os dados apresentados abaixo ilustrarão esse dramático problema.

Uma das conseqüências diretas do acometimento da Aids em mulheres é a transmissão perinatal - ou vertical - do hiv (TV). Analisando-se os números globais da epidemia, dados recentes do Programa de Aids das Nações Unidas (UNAIDS) estimam que aproximadamente 1 600 infecções novas por dia ocorrem em crianças com idade inferior a 15 anos, sendo a TV a principal responsável por tal cenário (UNAIDS/UNICEF, 1998). Desde o início da epidemia, mais de 4 milhões de crianças já foram infectadas, sendo que quase 90% destas encontram-se em países da África, onde altas taxas de fertilidade associam-se a uma alta prevalência de mulheres grávidas infectadas pelo hiv (UNAIDS/UNICEF, 1998).

Desde o início da epidemia, aproximadamente 8.2 milhões de crianças (abaixo de 15 anos) ficaram órfãs em função da morte prematura de seus pais soropositivos, o que vem gerando um grave problema social. A nível global, aproximadamente 42 milhões de pessoas já se infectaram e 11.7 milhões de pessoas, sendo 9 milhões de adultos e 2.7 milhões de crianças, já desenvolveram sintomas da Aids. Além disso, doenças associadas ao hiv/Aids foram responsáveis pela morte de aproximadamente 2.3 milhões de pessoas, entre as quais 460 mil eram crianças abaixo de 15 anos; mais de 90% destas mortes ocorreram em países em desenvolvimento (UNAIDS/UNICEF, 1998)

Na medida em que novos - e importantes - avanços são feitos pela ciência através dos seus produtos quimioterápicos, testemunhamos crescentes disparidades. No que se refere à TV, até anos recentes não havia nenhuma intervenção possível e eficaz para prevenir que mulheres soropositivas grávidas transmitissem o hiv para seus filhos. Atualmente, há uma gama de recursos terapêuticos disponíveis para a prevenção da TV, o que abre novas possibilidades para as mulheres hiv+ que estejam considerando a possibilidade e viabilidade de uma gravidez.

Grandes avanços na prevenção da TV iniciaram-se em 1994, quando os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - órgão governamental americano - anunciaram os resultados de uma pesquisa feita nos Estados Unidos e França, conhecida como protocolo ACTG 076 (Aids Clinical Trials Group Study - 076), onde a administração oral de AZT em mulheres soropositivas grávidas reduziu o risco de transmissão vertical em quase 70%. Assim, o risco de infecção do bebê, que anteriormente era, em média, de 25% sem a ingestão do AZT, caiu para 8% com o uso deste, ressaltando-se que estes percentuais correspondem às mulheres que não amamentam (UNAIDS/UNICEF, 1998). Este protocolo, na íntegra, pressupõe que o AZT seja administrado oralmente cinco vezes ao dia a partir da 26ª semana de gestação, de modo intra-venoso durante o trabalho de parto, e quatro vezes ao dia, durante seis semanas, ao recém-nascido. Esta passou a ser, desde 1995, a intervenção padrão em alguns países centrais, o que vem tendo impacto significativo na redução das taxas de TV.

Os dados que evidenciam a brusca redução da TV nos E.U.A são amplamente comemorados pelas autoridades americanas uma vez que, de acordo com o CDC, entre 1992 e 1996, houve uma queda de 46% nos casos de AIDS pediátrica adquirida por transmissão vertical, o mesmo se repetindo em 1997, com uma queda de 30%. Mais ainda, a intervenção, segundo o modelo do ACTG 076, é saudada não só por salvar vidas mas também por gerar benefícios de custo-efetividade, ou seja, possibilitar a economia de dólares! Sem este tipo de intervenção, estima-se que nasceriam anualmente, nos EUA, 1 750 crianças infectadas, demandando um gasto de 282 milhões de dólares para seu tratamento médico. Por outro lado, estima-se um custo anual de 67.6 milhões de dólares com a prevenção da TV, alcançando-se uma economia de 105.6 milhões de dólares só com relação à assistência médica (CDC, 1998a).

Na medida em que a TV pode ocorrer tanto durante a gravidez, quanto no parto ou através do leite materno, outras questões, além da disponibilidade de medicamentos ARV, são necessárias para tornar viável uma estrutura que seja capaz de proporcionar o conjunto de ações necessárias à prevenção da TV. Assim, é necessário que as mulheres sejam captadas e assistidas o mais precocemente possível pelos programas de pré-natal para que possam receber a atenção e o tratamento necessários. Soma-se a isto a disponibilidade de serviços para testagem anônima e voluntária com aconselhamento de boa qualidade, os quais, por seu turno, devem estar acompanhados da oferta de infra-estrutura médica, psicológica e social, bem como de alternativas à amamentação.

No entanto, como garantir essas condições de assistência em meio a disparidades e desigualdades sociais que tanto afetam o acesso da população aos serviços de saúde? Algumas pesquisas, por exemplo, demonstraram que, enquanto aproximadamente 75% das pessoas infectadas pelo hiv nos EUA e Europa têm conhecimento de sua sorologia, 80 a 90% dos indivíduos infectados nos países pobres nunca fizeram um teste anti-hiv e continuam sem noção de seu status sorológico (The Johns Hopkins University Division of Infectious Diseases, 1998). Assim, um dos maiores sucessos no que tange à intervenção primária para prevenção da transmissão do hiv permanece inatingível para a maioria das populações.

As barreiras para implementação do ACTG 076 em diversas localidades e países não se restringem à disponibilidade de serviços para testagem: o custo desta intervenção é altíssimo para algumas nações, como ilustra o caso da Costa do Marfim, na África, onde tanto a prevalência do hiv quanto a taxa de fertilidade são elevadas, o que levaria o país a gastar 70% do total de seu orçamento disponível para o custeio de medicamentos, caso adotasse as ações preconizadas pelo ACTG 076 (esta estimativa exclui gastos com testagem e aconselhamento) (UNAIDS & WHO, 1998).

Na tentativa de diminuir ou minimizar tais disparidades, vários estudos estão sendo desenvolvidos com o intuito de se encontrar alternativas viáveis para a prevenção da TV em países periféricos. Em fevereiro de 1998, resultados preliminares de uma pesquisa realizada na Tailândia, e divulgada pelo CDC, mostraram que a administração de AZT nas últimas semanas de gestação, durante o parto e, posteriormente, no recém-nascido, diminuiu o risco de transmissão vertical em 51%, ou seja, caiu para 9.2% o risco de infecção do recém-nascido de mãe hiv+ (mais uma vez, este percentual pressupõe a não amamentação) (UNAIDS, 1999). Novos estudos sobre outras versões resumidas estão sendo testadas em países pobres, no intuito de se viabilizar a aplicação dessa intervenção (UNAIDS, 1999). Não se pode deixar de registrar, no entanto, que as versões reduzidas não alcançam a mesma eficácia que a intervenção completa .

Porém, muitos outros problemas permanecem, sendo a recomendação de suspensão do aleitamento natural uma das mais difíceis questões, o que também evidencia as disparidades sociais. Nos países industrializados, a infecção através do leite materno atingiu

percentuais insignificantes, enquanto que, nos países pobres, entre um terço e a metade das infecções em crianças são decorrentes do aleitamento materno (UNAIDS & WHO, 1998). Algumas razões concorrem para esta lamentável realidade. Estima-se que mais de nove em cada dez mulheres dos países periféricos não sabem que estão infectadas e, portanto, não podem optar por outros modos de alimentar seus filhos. Além disso, há que se considerar que, na maioria das culturas, a amamentação é significada como inerente à maternidade. Ademais, em vista de alarmantes índices de mortalidade infantil, muitas e intensivas campanhas de incentivo ao aleitamento materno têm sido desenvolvidas nos países periféricos, inclusive no Brasil. Essas campanhas enfatizam que o leite materno protege o bebê de várias doenças, que o próprio ato de amamentar é benéfico para a saúde das mulheres, além da ênfase no aspecto afetivo da interação mãe-filho. Portanto, não amamentar pode representar uma decisão extremamente difícil para a maioria das mulheres. Além disso, a escolha pela alimentação artificial pode ser muito prejudicial para o bebê caso não hajam condições sanitárias adequadas em seu meio, o que o expõe a outras doenças infecciosas que podem levá-lo precocemente à morte. Não se pode minimizar que a amamentação prolongada tem efeito contraceptivo, que o leite artificial não é acessível ao orçamento da maioria das famílias e que este pode, ainda, denunciar o status sorológico de uma mulher hiv+, podendo expô-la à estigmatização e rejeição social (UNAIDS & WHO, 1998).

Todas estas questões, que contribuem para aumentar as distâncias entre países centrais e periféricos em relação aos benefícios conquistados pela ciência médica, também estão presentes dentro das nações ricas, revelando suas diferenças sociais internas, ou os 'bolsões de pobreza' que brotam em meio à abundância de recursos e bens.

A PREVENÇÃO DA TV NO BRASIL: A DISTÂNCIA ENTRE INTENÇÕES E REALIDADE NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

O Ministério da Saúde brasileiro, através de sua Coordenação Nacional de DST/Aids, implementou a administração do AZT endovenoso e oral às gestantes e seus bebês na rede pública de saúde em 1996, logo após a publicação dos resultados do protocolo ACTG 076. Mais recentemente, em vista dos atuais estudos e recomendações internacionais sobre a prevenção da TV, atualizou os procedimentos deste protocolo (MS, 2001b). Porém, mesmo com a adoção da versão completa do ACTG 076 e com a disponibilização dos recursos necessários (medicamentosos e laboratoriais) na rede pública de saúde, os autores das 'Experiências Exemplares' avaliam que

“ [...] o PN DST e AIDS depara-se com obstáculos de ordem operacional, que ultrapassam sua esfera de intervenção e que são, paradoxalmente, resultantes da política de saúde em nosso país. Assim, a má qualidade do pré-natal, a incapacidade operacional dos laboratórios públicos em realizar os testes de maneira ágil, e a reticência da comunidade médica são

alguns entre os vários nós que dificultam a obtenção de resultados satisfatórios” (UNAIDS/ABIA, 2000)

Note-se que este último documento de normas e diretrizes para a prevenção da TV do Ministério da Saúde é tecnicamente impecável. Além das orientações clínicas, medicamentosas e laboratoriais em acordo com o que de mais atual se preconiza para esta intervenção, recomenda-se que as mulheres, e também seus parceiros, devem ser ouvidos, consultados e informados sobre questões que dependem, em última análise, de sua decisão (como fazer ou não o teste no pré-natal, conhecer potenciais efeitos deletérios de alguns medicamentos sobre sua saúde e a do bebê, entre outras), além da recomendação, para os profissionais de saúde, do oferecimento de apoio psicológico nas várias fases desse processo. Além disso, orienta-se os procedimentos a serem adotados no momento do parto e enfatiza-se a necessidade imperiosa de suspensão do aleitamento natural e sua substituição por alimentação artificial. Porém, todas essas orientações e recomendações técnicas que consideram, em algum nível, os direitos das mulheres e casais, não consideram a realidade dos serviços de saúde, evidenciando-se uma enorme distância entre intenções e possibilidades reais de execução.

Note-se, ainda, que o Rio de Janeiro é considerado, pelos autores das ‘Práticas Exemplares’, como um dos dois estados brasileiros onde esses obstáculos têm sido reduzidos em função da maior integração entre o Programa de Aids e o PAISM (UNAIDS/ABIA, 2000). Porém, se aqui são constatadas falhas graves na cadeia de procedimentos recomendados para a diminuição da TV, pode-se imaginar o que ocorre no restante dos municípios brasileiros.

Portanto, a prevenção da TV coloca em evidência, entre outras questões, a necessidade de articulação entre os vários níveis de assistência à saúde e revela o estado precário da rede de saúde pública no país. Ademais, também explicita a questão da qualidade da assistência na medida em que, em todos os níveis de intervenção sobre a TV, reconhece-se a necessidade de aconselhamento, suporte emocional e, em última instância, o respeito aos direitos humanos daqueles afetados por essa grave questão: a mulher, seu bebê, seu parceiro e sua família.

A EPIDEMIOLOGIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL

No Brasil, o registro da TV do hiv começou a aparecer nos boletins epidemiológicos em 1985. Neste ano, foram notificados 2 casos de Aids em crianças menores de 13 anos, período correlato ao registro dos primeiros casos femininos. Desde então, o número de casos de Aids em crianças vem aumentando, sendo que, até o final do ano 2000, 80,9 % dos casos em menores de 13 anos foram devidos à TV (MS, 2000). Somente no período entre 1999/2000, essa forma de transmissão foi responsável por 90,2 % dos casos pediátricos no país (MS, 2000).

Se o nível de escolaridade for tomado como indicador de situação sócio-econômica, constata-se, entre as mulheres hiv+, um perfil de empobrecimento crescente, concomitante à mudança do perfil de transmissão. O nível de escolaridade dos casos notificados vem diminuindo progressivamente, sendo que as mulheres já apresentavam menor grau de escolaridade desde o início da epidemia. Dados de 1987 mostram que, excluindo-se os casos sem essa informação, 40% dos homens declararam ter até o 1º grau, contra 76% das mulheres; intensificando esta diferença, no ano de 1997, 70% dos homens fizeram esta declaração, comparado com 81% das mulheres (Vermelho et al., 1999). Estes dados, embora insuficientes para abarcar a extensão da pobreza relacionada à vulnerabilidade ao hiv, apontam para a associação entre feminização e pauperização.

Na tabela 2, podemos constatar este incremento da infecção pelo hiv em menores de 13 anos, tanto em relação ao número absoluto de casos quanto ao aumento percentual ano após ano (MS, 2000).

Tabela 2

Distribuição dos casos de AIDS entre indivíduos menores de 13 anos de idade segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição perinatal. Brasil, 1983-2000

Ano	Nº casos	%
1985-1990	457	47,3
1991	275	70,3
1992	363	78,7
1993	405	80,7
1994	551	82,6
1995	662	85,5
1996	797	89,2
1997	829	92,7
1998	700	90,7
1999	517	90,5
2000	175	90,2
Total	5731	80,9

Fonte: MS, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Brasil, 2000

Na medida em que, no Brasil, o teste anti-hiv foi introduzido enquanto rotina na assistência pré-natal, a maioria das mulheres está sendo diagnosticada quando grávida. Comunicar um resultado positivo neste momento é uma questão delicada, difícil e dolorosa para a qual a maioria dos profissionais de saúde não está –e não se sente - preparado (Simões Barbosa &

Casanova, 1999). O momento da gestação talvez seja o único na vida reprodutiva das mulheres em que os serviços de saúde oferecem maior interesse, atenção e disponibilidade. Os dados sobre mortalidade materna no Brasil revelam a baixa cobertura e qualidade da assistência pré-natal. Mesmo entre mulheres que freqüentam um serviço de pré-natal, a mortalidade em decorrência de complicações no parto é muito alta: em 1999, considerando-se todos os óbitos por causas maternas, 56,5% das falecidas haviam recebido assistência, contra 17,4% que não o fizeram, o que indica a baixa qualidade e cobertura desta assistência tanto no acompanhamento da gestação quanto na realização do parto (Melo e Tanaka, 2000).

Documentos e acordos internacionais ressaltam a importância e a urgência da prevenção da transmissão vertical e apontam para suas implicações econômicas: a busca de alternativas à amamentação (oferecimento de alimentação artificial ou bancos de leite), o incremento na oferta e acesso ao aconselhamento e testagem gratuita e voluntária, o acesso às informações que permitam às mulheres fazer escolhas informadas e conscientes, bem como acesso aos tratamentos já disponíveis, além, é claro, da importância da captação precoce das mulheres grávidas pelos programas de pré-natal. Porém, no preocupante quadro da assistência pública à saúde no Brasil, como esperar que todas as ações necessárias à prevenção da TV sejam implementadas, desenvolvidas e articuladas em todas as suas etapas?

Neste cenário de estudos, documentos, recomendações, procedimentos e normas, podem ser apreendidas manifestações da ideologia médica relacionada às mulheres hiv+. Vistas como 'potenciais transmissoras do vírus' para os filhos, aquelas que conhecem seu diagnóstico vêm sofrendo pressões para que não tenham mais filhos (Lea, 1998). As opções por um aborto legal e seguro para as que desejarem interromper a gravidez não estão dadas, particularmente no Brasil, onde ainda se luta pelo direito restrito ao aborto nos poucos casos previstos em lei promulgada há décadas atrás. A laqueadura tubária também não é mencionada enquanto uma possível opção para as mulheres hiv+ que não desejam mais ter filhos, embora saiba-se que, informalmente, ela é estimulada nos serviços de saúde. Este cenário evidencia as contradições entre o enaltecimento do papel materno e sua condenação e/ou interdição quando a maternidade torna-se socialmente problemática e indesejável. Tal situação mostra claramente um desrespeito aos princípios éticos e aos direitos sexuais e reprodutivos. Afinal, se é reconhecido, ao menos formalmente, que as mulheres hiv+ têm o direito de continuar exercendo sua sexualidade, seu acesso à contracepção e aos métodos de barreira eficazes deveriam ser facilitados. E caso desejem engravidar, mesmo conhecendo as possibilidades de transmitir o vírus para o futuro filho, deveriam receber orientação e suporte médico e emocional adequado para levar a termo uma boa gestação.

Estudo recente sobre a tomada de decisões reprodutivas de mulheres hiv+ no Canadá (Hoogbruin, 1999) constata que estas, ao conhecerem a infecção que as afeta, sofrem um profundo impacto em sua identidade sexual e em suas relações íntimas. Os avanços médicos que oferecem esperanças de aumento de sobrevida e diminuição das chances de transmissão vertical, representam para elas um alento. Porém, a decisão de ter ou não filhos

nesse contexto é muito difícil e sofrida. Dentre as entrevistadas, muitas vivenciaram a situação de se descobrirem infectadas durante a gravidez. Os conselhos médicos que receberam aconselhavam o aborto. O 'aconselhamento' médico era, via de regra, técnico e impessoal. O objeto de preocupação era, geralmente, a sobrevivência do futuro bebê. O suporte emocional para ajudar a mulher a enfrentar uma situação dessas foi, muitas vezes inexistente. A sensação do risco de transmitir o HIV para o futuro filho era, segundo depoimentos, o ponto essencial quando a mulher considerava a possibilidade de uma gravidez. Em muitas ocasiões, as mulheres não foram devidamente esclarecidas quanto à redução do risco quando se utiliza o AZT durante a gravidez. Outra questão que surgiu entre essas entrevistadas foi a preocupação com os possíveis efeitos deletérios do AZT na saúde das crianças, questão ainda pouco conhecida. Tomando-se em conta que esses problemas existem num país de Primeiro Mundo, reconhecido pela qualidade e eficiência de seu sistema de saúde, não é difícil imaginar o que poderá estar ocorrendo nos países de Terceiro Mundo, especialmente em momento de grave crise econômica e de desmonte de serviços públicos de assistência à saúde.

Nos últimos anos, a partir do protocolo 076, surgiu um fundamentado temor de que se impusessem testes obrigatórios a todas as mulheres grávidas, ou seja, sem seu consentimento e sem aconselhamento pré e pós-teste adequados, ao menos como são preconizados. Essa situação ocorre em muitos países, inclusive no Brasil, onde muitos médicos, informalmente, assumem a postura de solicitar o teste anti-HIV sem o conhecimento da gestante, justificando-se com o argumento de que estão protegendo a vida da futura criança, um 'inocente' que ainda não pode tomar decisões que irão afetar sua vida (Simões Barbosa & Casanova, 2000). Evidentemente, essa questão ocorre majoritariamente nos serviços públicos de saúde, onde as mulheres, em sua maioria pobres, destituídas de conhecimentos, de direitos e de poder político, não questionam, legal e eticamente, tais atitudes. Além do desrespeito à decisão de fazer ou não o teste (definido juridicamente como 'voluntário') e o perigo de expor a mulher a toda sorte de discriminação, há que se considerar o contexto emocional de tal situação: receber um resultado positivo sem estar psicologicamente preparada, em meio a uma gravidez que, por si só, pode implicar em sentimentos e emoções contraditórios para as mulheres, é, no mínimo, destruturante. Este é um dos grandes temas éticos que envolve a vulnerabilidade das mulheres infectadas e que será melhor abordado adiante.

Mesmo havendo consenso sobre a urgente necessidade de se reduzir as taxas de transmissão vertical e minorar o impacto que o HIV/AIDS está tendo sobre as taxas de mortalidade infantil em muitos países, toda iniciativa que implique em desenvolver estudos com mulheres HIV+ e, muito especialmente, sobre sua reprodução, constitui ainda um desafio para as organizações de mulheres que trabalham nesse campo, principalmente no que concerne ao respeito aos direitos humanos das mulheres infectadas, em especial, seus direitos sexuais e reprodutivos.

Segundo análise de Villela (1998), a abertura do governo brasileiro para a sociedade civil através de sua Coordenação Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde, financiando investigações e intervenções com grupos específicos da população (muito embora essa fosse uma exigência de organismos financiadores, como o Banco Mundial), não incluiu as mulheres enquanto sujeitos e objetos de uma política sobre a Aids. Só foram incluídas como 'grupos específicos' as trabalhadoras sexuais e, mesmo dentre essas, eram priorizadas ações relacionadas às suas atividades profissionais, relegando-se a um segundo plano suas questões de vida afetivo-conjugal que as expõem ao risco de infecção como qualquer mulher. Além disso, as mensagens preventivas dirigidas às mulheres pelos meios de comunicação - "reduza o número de parceiros" ou "exija o preservativo" - são totalmente irreais e inadequadas se consideramos o perfil das mulheres mais atingidas pela epidemia: pobres, jovens, dependentes financeira e emocionalmente de seus parceiros e/ou familiares e desconhecedoras de seu risco para o hiv.

Esse discurso persiste, a despeito do contra-discurso de ativistas, pesquisadoras e profissionais de saúde envolvidas nesta questão: o atual Ministro da Saúde, ao lançar publicamente a campanha de prevenção nas vésperas do Carnaval do ano de 1999, fez um apelo público às mulheres, conclamando-as a serem incisivas ao exigirem dos parceiros o uso do preservativo (Jornal Nacional, 10/02/99).

A MATERNIDADE HIV+ NA PERSPECTIVA DAS MULHERES AFETADAS

Só recentemente as questões relacionadas à maternidade hiv+ vêm sendo objeto de estudos que enfocam essa problemática através das vivências, expectativas e conflitos vividos pelas mulheres afetadas.

Recente pesquisa com mulheres hiv+ em São Paulo investigou o que elas identificavam como apoio ou ajuda necessária para melhorar sua qualidade de vida: 31% citaram um emprego e as demais, comida, apoio profissional, casa, dinheiro e remédios para elas e seus familiares (Paiva et al., 1998). Esses dados mostram que as difíceis condições de sobrevivência seguem sendo a fonte principal de dificuldades para essas mulheres, o que não as diferencia da maioria das brasileiras, com o agravante da doença. Dentre as entrevistadas, a maioria tinha a responsabilidade de cuidar de outros membros doentes da família. Quando indagadas sobre as principais motivações que as levavam a continuar lutando pela vida, 58% afirmou que eram os filhos, 19% citou sua 'vontade de viver' e o restante referiu as amigas e a família, assim como a fé religiosa.

Um estudo pioneiro desenvolvido entre mulheres de baixa renda no sul do país (Knauth, 1997), anterior ao protocolo 076, ao analisar as conexões entre Aids, maternidade e relações familiares, buscou compreender como o hiv incide sobre as decisões reprodutivas, quais os significados atribuídos pelas mulheres hiv+ à maternidade, que estratégias acionam para fazer face à doença e, por fim, quais as implicações da doença e da maternidade para as relações familiares. Os resultados mostraram, entre outros aspectos,

que as decisões das mulheres hiv+ em levar adiante ou não uma gravidez relaciona-se com o tipo de aliança conjugal existente: as que resolveram levar adiante a gravidez estavam em fase de consolidação da aliança, onde ter um filho significava fortalecer esse vínculo. As que optaram pelo aborto após conhecerem sua sorologia estavam em alianças estáveis ou não estavam em aliança.

Para as que engravidaram sabendo-se portadoras do vírus, ou mesmo já sintomáticas, um filho significava algo que as fazia sentirem-se mais fortes e capazes de resistir à doença, o que demonstra o significado afetivo e simbólico da experiência da maternidade, mesmo em situação tão adversa. Os temores que essas grávidas experimentavam durante a gravidez eram dramáticos: medo de que a criança não sobrevivesse à doença, angústia por não poder amamentar, medo de sua própria morte e, por decorrência, temor pelo futuro da criança, entre outros. Assim, as crianças que nasceram nesta situação eram cuidadas intensamente pelas mães, como se suas vidas estivessem em suas mãos. Como conclui a autora, "as crianças nascidas sob a ameaça da AIDS, sejam doentes ou não, conferem uma outra razão à vida dos pais. Elas representam uma espécie de desafio contra a doença: enquanto esta representa a morte, as crianças simbolizam a vida" (Knauth, 1997:56).

Um filho, portanto, pode tornar-se uma forte razão para lutar contra a própria doença. Em função disso, muitas vezes os sintomas da mãe 'desaparecem' ou ficam latentes. É nesse sentido que "as mães HIV+ se consideram numa posição privilegiada em relação às mulheres infectadas que não têm filhos ou cujos filhos são doentes" (Knauth, 1997:57). Assim, os objetivos que essas mulheres se colocam quando vêem sua morte anunciada pela Aids é o de viver o maior tempo possível a fim de garantir uma relativa auto-suficiência dos filhos. Neste sentido, a família consanguínea aparece como elemento chave pois representa o principal recurso com o qual os membros de classes populares, em particular as mulheres hiv+, podem contar para contornar as conseqüências da doença. Além disso, a própria fragilidade ocasionada pelo diagnóstico propicia um momento privilegiado para que a família consanguínea testemunhe suas qualidades e as consagrem como 'boas mães', ou seja, aquelas que colocam os filhos acima de suas próprias necessidades (Knauth, 1997). Outro estudo recente enfocou as representações de mulheres hiv+ sobre a maternidade (Cabral, 1998). Tal pesquisa foi desenvolvida entre mulheres hiv+, com e sem filhos, assistidas num hospital público do Rio de Janeiro. Quanto às representações sobre o significado de ter um filho, a maioria das entrevistadas referiu-se, em consonância com os dados de Knauth (1997), ao desejo e expectativa de continuidade de suas próprias vidas. Entre as que ainda não tinham filhos, o problema se colocou de forma dramática: o desejo de ser mãe foi interdito pela condição sorológica, o que gerava intenso sofrimento emocional. Por outro lado, as mulheres hiv+ que já tinham filhos atribuíam a eles sua principal motivação para lutar contra a doença.

Outra questão importante levantada pelo estudo refere-se à decisão de ter ou não um filho sabendo-se contaminada: quase todas as mulheres - não grávidas e sabedoras de sua

condição sorológica - afirmaram que não teriam um filho, apesar de sentirem enorme desejo neste sentido. O risco de gerar uma criança infectada as impedia de concretizarem esse desejo. Porém, embora o protocolo 076 ainda não estivesse disponibilizado no momento da pesquisa, as entrevistadas desconheciam inteiramente as possibilidades de terem filhos não infectados que, na época, eram da ordem de 67%, o que revela o quanto a postura profissional não considera o direito das mulheres tomarem livremente suas decisões reprodutivas. Conclui a autora que

"há um conflito entre essa enfermidade, ainda letal para a maioria, e o desejo de ser mãe, ou seja, o conflito mítico e eterno entre a vida e a morte. [...]. Em nossas sociedades, o valor social da mulher ainda reside, em grande parte, na sua capacidade reprodutiva, o que se sente mais intensamente entre mulheres dos setores populares. Estar grávida é uma forma de dar continuidade ao seu ser para além da morte. É uma forma de identidade e de definir o significado de suas vidas." (1998:101).

São, portanto, estas representações permeadas por ideologias que se manifestam através de conflitos, impasses e sentimentos contraditórios, que a presente pesquisa se propôs a investigar, pretendendo contribuir para uma discussão ainda muito incipiente e relegada - apesar dos quase 20 anos de epidemia - e que se constitui "num dos dilemas de mais difícil solução": ser mãe em tempos de Aids (Panos, 1993).

1.6 DILEMAS E DESAFIOS ÉTICOS NO CENÁRIO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Como já mencionado, muitos dilemas econômicos, sociais e éticos estão colocados para a abordagem da TV, especialmente no âmbito dos serviços de saúde. A recomendação de suspensão do aleitamento, a defesa da obrigatoriedade do teste anti-hiv para todas as gestantes, a falta de informações claras e objetivas sobre as possibilidades de prevenção da TV para as mulheres hiv+ que desejam engravidar, o aconselhamento pré e pós teste como preconizado, entre outros, são questões que exigem investimentos na formação de recursos humanos adequadamente preparados para este tipo de trabalho.

Outra questão que merece análise diz respeito aos estudos experimentais, geralmente promovidos por grandes laboratórios farmacêuticos transnacionais, que são desenvolvidos e testados entre as populações pobres de países periféricos, o que levanta várias questões éticas: se são feitos estudos-piloto com drogas que se mostram eficazes, as populações testadas terão acesso garantido a elas? No caso das mulheres, qual o sentido em detectar a infecção pelo hiv se não se oferece o tratamento e o suporte necessários a elas?

Considerando-se que o tratamento com monodrogas, como o AZT, é desaconselhado pela rápida resistência que produzem, porque universaliza-se essa conduta com as grávidas? Neste caso, a quem se protege: mãe e filho ou somente o bebê? Enfim, quem decide sobre essas questões: o Estado e suas instituições, a indústria farmacêutica, ou as pessoas e comunidades afetadas, homens, mulheres e/ou casais?

Como pode-se constatar, a rápida disseminação do hiv entre as mulheres é uma questão dramática e que tende a se agravar, tornando-se cada vez mais o que se chamou de “tripla ameaça”: a primeira é a sua própria contaminação, o que compromete radicalmente suas vidas; a segunda é a transmissão do vírus para suas crianças, durante a gestação ou o parto; e a terceira é que as mulheres estão tendo suas vidas afetadas pela epidemia, independentemente de estarem infectadas ou não, na medida em que estarão, cada vez mais, cuidando de familiares, companheiros e amigos doentes (Panos, 1993).

Segundo Betances (1998), seriam quatro os mais difíceis dilemas que as mulheres hiv+ estão enfrentando, além de sua própria doença:

1. as que estão grávidas e a conseqüente decisão de levar a gravidez adiante: a notícia de que está infectada pelo hiv pode representar, para uma mulher, o limite de sua maternidade pois geralmente tem que enfrentar um pessimismo geral que lhe diz que sua gravidez poderia equivaler à morte de uma criança ou sua orfandade num futuro não muito distante. Assim, quando uma mulher tem que encarar, além da rejeição social, a limitação de sua maternidade, está frente a um novo problema que a impede de viver de forma plena e positiva. A recomendação para que não tenha filhos pretende evitar que nasçam mais bebês infectados, o que, do ponto de vista epidemiológico, tem sentido. Mas existem ao menos duas questões a serem consideradas: a mulher não é levada em conta enquanto pessoa, a não ser na condição de mãe, sendo que, neste caso, a possibilidade de tornar-se mãe é recriminada; e o desejo de ser mãe em uma mulher hiv+ pode aumentar, dado que é uma forma legítima de sentir que sua existência se prolonga através de um filho. Assim, estamos diante de problemas éticos que transcendem o enfoque médico-epidemiológico.
2. uma vez grávida, a mulher hiv+ pode ter uma gestação de risco, não só devido aos fatores clínicos de sua condição sorológica mas também porque a isso se somam a discriminação e a rejeição dos profissionais de saúde, as restrições legais quanto à possibilidade de interromper a gravidez e toda a carga moral que sobre ela recai.
3. as mulheres hiv+ podem ter filhos infectados. A possibilidade disto ocorrer varia, inclusive em função da intervenção terapêutica durante a gestação, ao menos para as que têm acesso ao tratamento preventivo da TV. Essa situação coloca várias questões, a saber: i) existem fatores como a falta de informação adequada, os mitos sobre a doença, atitudes inadequadas dos profissionais de saúde e também a falta de apoio social. Este ponto requer uma atuação institucional e política que transcende, na maioria das vezes, o marco estreito das políticas e práticas institucionais estabelecidas, visto que confronta os limites do modelo biomédico; ii) muitas mulheres hiv+ acreditam - por falta ou omissão deliberada de informações - que seus filhos não têm nenhuma possibilidade de sobrevivência; porém, como os tratamentos para a redução da transmissão vertical são cada vez mais promissores, muitas coisas poderiam e deveriam estar sendo feitas para ajudar as mulheres hiv+ que desejam engravidar; iii) a preocupação com o futuro de seus filhos pode significar uma rápida deterioração de sua saúde física e emocional, o que pode desencadear o aparecimento da Aids mais precocemente; iv) a falta de apoio social institucional para lidar

com essa situação pode contribuir para a orfandade das crianças, transformando-as em um peso econômico adicional às famílias empobrecidas. Outro ponto problemático é quando os filhos de mães hiv+ vão para a escola pois, muitas vezes, são recusados, discriminados ou até impedidos de frequentá-la.

Assim, tornam-se urgentes e necessários estudos sobre a transmissão vertical que abordem essas questões e dilemas para além da ótica médico-epidemiológica. A ideologia médica, ao reduzir a vida e a saúde à dimensão biológica individual, não considera os fatores subjetivos, familiares e sociais que atuam no processo saúde-doença, especialmente em se tratando de uma questão que implica em discriminação, rejeição social e estigmatização. No caso da TV, está em foco a reprodução, o que torna essa questão politicamente explosiva.

Portanto, julgamos relevante incluir, nesta pesquisa, a abordagem dos dilemas e desafios éticos que estão colocados no âmbito dos serviços de saúde em suas relações com as mulheres hiv+. Afinal, a qualidade da assistência à saúde que estas gestantes estão recebendo pode contribuir para ajudá-las a enfrentar tão difícil situação. Mas pode também, ao contrário, agravar situações de vida já difíceis e sofridas, geralmente circundadas por precárias condições de vida e debilitados suportes sociais e comunitários, o que pode contribuir para tornar esse difícil e doloroso problema em mais uma 'cruz' a ser carregada pelas mulheres.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Dois conceitos centrais orientarão a análise do objeto da pesquisa: **ideologia** e **gênero**, ambos tomados pela perspectiva do materialismo histórico e dialético (doravante denominado 'marxismo').

Será particularmente focalizada a *ideologia de gênero* enquanto substrato simbólico que sustenta e reproduz a subordinação social das mulheres. Por seu lado, essa subordinação será compreendida como fenômeno integrante, indissociável, dos mecanismos de exploração e dominação engendrados pelo sistema capitalista. Portanto, as desigualdades de gênero serão aqui compreendidas enquanto uma das manifestações das desigualdades sociais. Decorrente dessa interpretação, o gênero será aqui interpretado como dimensão dialeticamente articulada à classe social, ou seja, **o que 'idealmente' - ou ideologicamente - se representa como 'mulher' realiza-se em condições materiais de vida circunstanciadas pela classe social.**

Esses conceitos estão, portanto, intimamente articulados e em mútua relação, na medida em que as ideologias de gênero contribuem para manter e reproduzir a divisão sexual do trabalho, o que, por seu lado, está articulado, no capitalismo, à divisão social do trabalho. Como decorrência, a categoria 'mulheres', aqui, será sempre referida a 'mulheres situadas na classe social'. Ou, dito de outra forma, o que se discursa sobre as (novas) condições sociais das mulheres, na contemporaneidade, será permanentemente confrontado com a experiência real de vida de mulheres socialmente situadas em classe.

2.1 CONSIDERAÇÕES FILOSÓFICAS PRELIMINARES SOBRE O MATERIALISMO HISTÓRICO E DIALÉTICO

Não é nosso objetivo, no âmbito desta pesquisa, tecer extensas considerações filosóficas mas, tendo em vista que muitas interpretações reducionistas e mecanicistas, portanto, a-dialéticas, sobre o marxismo resultaram em sérios equívocos teóricos e políticos, julgamos pertinente definir uma posição sobre os princípios filosóficos que orientarão a discussão conceitual.

Há ainda outra importante motivação epistemológica e política para re-afirmar a tese materialista dialética no debate contemporâneo sobre o gênero: o retorno, também no campo teórico feminista, do idealismo, da idéia de que 'idéias subversivas transformam o mundo', agora transfigurado enquanto 'luta discursiva'.

Como identifica Castro, muito do feminismo contemporâneo inclina-se acentuadamente para as teorias 'pós': pós-estruturalismo, pós-marxismo e pós-feminismo. Nestas correntes,

“...celebram-se as diferenças culturais, investe-se na política de identidades, rejeita-se, no plano discursivo, o capitalismo e também o marxismo, este último estereotipado como perspectiva 'economicista' e totalizante - o que fatalmente resultaria em totalitarismo político - alegando-se que este, mesmo enfatizando a igualdade, tenderia a homogeneizar diferentes experiências sociais, considerando o proletariado como único ator de mudanças e, com isso, negando outras manifestações de opressão (Castro, 2000:98)

A própria noção de revolução - enquanto possibilidade de transformação radical e empreendida coletivamente - foi abolida desse léxico pois *“...seria uma 'meta narrativa' incompatível com uma ideologia que preza o 'eterno presente' ”* (Castro, 2000:98). Ainda segundo Castro, essas tendências movem-se *“... na 'luta discursiva', ou seja, na 'luta pelo controle dos termos e regras do discurso', e rompem com a 'unidade-de-teoria-e-prática-marxista, a revolução como processo’ ”* (2000:98). Como decorrência política, a própria ênfase numa agenda de defesa por diferenças, pela afirmação de identidades diversas, por igualdade de oportunidades e direitos para 'as mulheres' - tomadas enquanto uma categoria universal - reflete uma posição *“...sem investimento nas condições materiais que tornaria possível o exercício dos direitos”*. Portanto, a referência desta tendência é *“...a uma mulher genérica, desterrada da classe e da classe-e-raça”* (Castro, 2000:99).

O materialismo, enquanto concepção filosófica, assume a premissa de que toda a existência se manifesta enquanto matéria em movimento. Desta forma, os fenômenos, tanto naturais quanto sociais, não são abstrações do pensamento nem idéias abstratas, mas *fenômenos reais, específicos, em lugar e tempo determinados, sob condições particulares de existência e em processo de mudança permanente* (Berman, 1997). Decorrente deste posicionamento filosófico, assume-se que há um mundo real fora da consciência e cuja existência a precede; que a consciência é um reflexo desse mundo material mas com ele interage, transformando-o e, dialeticamente, transformando-se; a consciência, o mundo do pensamento e das idéias, em suma, o mundo simbólico, é capaz, através da *interação* prática, de apreender o mundo, compreendê-lo e agir sobre ele, transformando-o. Mas também pode mistificá-lo, encobrindo as causas reais, concretas, materiais da persistência de desigualdades sociais.

Thompson, ao interpretar o pensamento filosófico de Marx e Engels, entende que, para eles,

"(...) as formas de consciência dos seres humanos são determinadas pelas condições materiais de sua vida. O pensar, o conceber e, mais geralmente, a produção de idéias devem ser vistos não como processos autônomos, e muito menos como processos que prescrevem o curso da história; antes, porém, como processos que estão interligados com a - e essencialmente determinados pela - atividade mundana dos seres humanos produzindo coletivamente seus meios de subsistência" (1995:51).

Nas palavras do próprio Marx,

"a produção das idéias, das representações, da consciência está, de início, diretamente entrelaçada com a atividade material e com o intercâmbio material entre os homens, como a linguagem da vida real. O representar, o pensar, o intercâmbio espiritual dos homens aparece aqui como a emanação direta de seu comportamento material" (Marx, 1984, apud Minayo, 1992).

A tese materialista interpreta que, historicamente, a divisão entre trabalho manual e intelectual possibilitou àqueles engajados no trabalho mental produzirem idéias que 'pareciam' ter uma existência independente ou não estariam condicionadas aos processos materiais de produção da vida humana. Segundo Marx e Engels,

"A partir desse momento [da divisão entre trabalho manual e intelectual], a consciência pôde realmente gloriar-se de ser algo mais do que a consciência da prática existente, de realmente representar algo sem representar nada de real; deste momento em diante, a consciência está numa posição de se emancipar do mundo e passar a criar a teoria 'pura', a teologia, a filosofia, a ética, etc" (Marx e Engels apud Thompson, 1995:53)

Portanto, o sistema de idéias dominantes, a cada época, é dependente e derivado das condições econômicas, das relações de classe e das relações sociais de produção. Como interpreta Thompson, *"Ideologia, em Marx, é um sistema de idéias que expressa os interesses da classe dominante, mas que representa relações de classe de uma forma ilusória"* (1995:54), ou seja, enquanto um sistema de idéias que se apresenta como a-histórico, natural e, portanto, imutável.

No plano epistemológico, a compreensão materialista-dialética sobre o mundo social requer *interação* entre pensamento e experiência, o que significa ultrapassar a noção (ainda) hegemônica da observação objetiva, neutra, distanciada e imparcial. O conceito de *práxis* fundamenta a concepção marxista sobre o processo de conhecimento. Como define Kosik,

*"No conceito da **práxis**, a realidade humano-social se desvenda como o oposto do ser dado, isto é, como formadora e, ao mesmo tempo, forma específica do ser humano. A **práxis** é a esfera do ser humano"* (1976:201-202, grifo no original).

Assim, a existência humana não é apenas 'enriquecida' pela obra humana: *"na obra e na criação humana - como em um processo ontocriativo - é que se manifesta a realidade e, de certo modo, se realiza o acesso à realidade"* (Kosik, 1976:202). Dessa forma, a *práxis* revela o ser humano como ser 'ontocriativo', como ser que cria a realidade humano-social e pode, portanto, compreender essa realidade, social e natural. Dessa forma, *"A práxis do homem não é atividade prática contraposta à teoria; é determinação da existência humana como elaboração da realidade"* (Kosik, 1976:202, grifo no original)

Essa concepção filosófica de *práxis* implica, epistemologicamente, que observador e observado, sujeito e objeto de conhecimento, se influenciam mutuamente. Portanto, a realidade é apreendida apenas por um sujeito ativo no processo de conhecer, tanto objetiva quanto subjetivamente, através de envolvimento, conceituação e ação; a verdade não é comprovada como uma abstração, mas através da interação sensível com o próprio fenômeno. Essa postura filosófico-epistemológica também exige que o conhecedor compreenda sua própria natureza e suas circunstâncias históricas específicas: ele, assim, se objetiva no processo de conhecer.

Na conjugação da tese materialista com o método dialético, o mundo concreto - natural e social - é compreendido como um mundo em permanente movimento, de onde decorre sua historicidade, sendo que as sociedades humanas fazem parte da natureza, dela dependendo, com ela interagindo, transformando-a e transformando-se. Natureza e sociedade encontram-se, portanto, em relação de **mútua determinação**, em um processo histórico. Assim, o método dialético de compreender a natureza e o mundo social *"é o reconhecimento dessa ontologia, do ser-come-vir-a-ser, no contexto, na ligação e orientado no tempo"* (Berman, 1997).

Esse sistema filosófico, epistemológico, ontológico e político - que pretende *conhecer para transformar e que transforma conhecendo* - confronta e questiona radicalmente a visão dominante de ciência e de conhecimento oriundas do idealismo, do mecanicismo e do positivismo: não existem idéias 'em si', conhecimento 'puro', verdades universais, objetivas, neutras e atemporais. Essas representações da verdade são ideológicas, ou seja, pretendem legitimar e manter sistemas sociais que se apóiam na exploração da maior parte da humanidade para assegurar o privilégio de uma elite dominante.

Decorrente desse posicionamento, a construção sócio-cultural sobre o que significa *ser mulher* esteve calcada sobre a noção, amparada e legitimada pela ciência, de inferioridade biológica, invertendo o que pode ter significado outrora um poder feminino. Esta noção, por

seu turno, foi um dos principais alicerces para a elaboração das ideologias de gênero, como será analisado adiante (Capítulo III).

O feminismo marxista, consoante com esses princípios filosóficos, epistemológicos, ontológicos e políticos, irá desenvolver uma teorização sobre a condição das mulheres que: i) articula a subordinação das mulheres aos mecanismos mais amplos de dominação e exploração, particularmente no capitalismo; as mulheres, portanto, não são tomadas enquanto categoria universal mas transversalizadas na classe social; ii) não dissocia as condições materiais da existência das elaborações simbólicas que as explicam, justificam ou questionam; assim, o conceito de ideologia aplicado ao gênero vai desnudar os interesses do capitalismo na opressão e exploração das mulheres, o que assegura, juntamente com outros mecanismos, a manutenção e reprodução deste sistema social; e iii) não dissocia a luta política pela emancipação das mulheres do enfrentamento do capitalismo, embora reconheça suas especificidades e particularidades; portanto, somente uma sociedade socialmente justa e igualitária possibilitará a afirmação das mulheres enquanto sujeitos livres, autônomos e criativos, lado a lado com homens, crianças e velhos, de todas as raças e etnias, enfim libertos - através de sua práxis política emancipadora - da exploração/subjugação.

2.2 O CONCEITO DE IDEOLOGIA

A HISTÓRIA DO CONCEITO: NEUTRO OU NEGATIVO-CRÍTICO?

Segundo Lowy, o conceito de ideologia carrega uma "*acumulação fantástica de contradições, de paradoxos, de arbitrariedades, de ambigüidades, de equívocos e de mal entendidos*" (1991:12), o que o torna um dos mais complexos nas Ciências Sociais. Inicialmente, no embate com os idealistas neo-hegelianos, Marx o emprega significando ilusão, falsa consciência, concepção idealista na qual a realidade é invertida e onde as idéias aparecem como o motor da vida real

Como interpreta Eagleton,

"Tal 'mistificação', como é comumente conhecida, com freqüência assume a forma de camuflagem ou repressão dos conflitos sociais, da qual se origina o conceito de ideologia como uma resolução imaginária de contradições reais" (1997:19)

Posteriormente, Marx empregou a noção de ideologia como dependente e derivada das condições econômicas e das relações de produção de classe (Thompson, 1995), o que implicou, conceitualmente, em associar as formas ideológicas de consciência às condições

econômicas da produção. Como explicitou Marx, *"Exatamente como a nossa opinião sobre uma pessoa não se baseia no que ela pensa de si mesma, assim [não podemos] julgar tal período de transformação pela sua própria consciência"* (Marx, apud Thompson, 1995:55).

Uma terceira concepção de ideologia em Marx seria, como identifica Thompson (1995), a 'latente', ou seja, nunca por ele nomeada, explicitada ou formalizada, mas subentendida em várias passagens de seus escritos da maturidade. Nessa interpretação, Marx procurava compreender fenômenos histórico-sociais que não se 'enquadravam' em seu esquema teórico explicativo. Assim, ele percebeu que determinadas formas simbólicas herdadas do passado permaneciam constitutivas dos costumes, das práticas e das crenças cotidianas. Sobre essa concepção, Thompson interpreta que

"É uma concepção que nos obriga a examinar as maneiras como as relações sociais são criadas e sustentadas por formas simbólicas que circulam na vida social, aprisionando as pessoas e orientando-as para certas direções" (1995:62).

Em Marx, ideologia é claramente um conceito crítico, que significa sempre, em todos os sentidos empregados, ocultamento de aspectos importantes da realidade. Mas, no decorrer da história, o conceito foi paulatinamente sendo re-interpretado e, em muitos casos, neutralizado. Em Lênin, ideologia adquiriu o sentido de representar qualquer concepção da realidade social que tivesse vínculo com uma posição de classe. Esse importante teórico e dirigente político da revolução soviética cunhou o termo 'ideologia socialista' como bandeira de mobilização política, apontando para a necessidade do proletariado superar a ideologia burguesa elaborando sua própria 'visão de mundo' (Lowy, 1991). Mannheim, um teórico não marxista que adotou o conceito de ideologia, distinguiu essas duas concepções e criou o termo "utopia" para denominar o sistema de idéias críticas, transformadoras, que almejam uma realidade ainda inexistente mas potencialmente possível. Lukács, como Lênin, empregou o termo 'ideologia do proletariado' significando as idéias que expressam e promovem os interesses desta classe.

Porém, Lowy interpreta que, em todas as definições marxistas de ideologia, está implícito um posicionamento filosófico e político: as visões sociais de mundo, ou as ideologias, são socialmente *situadas* e implicam numa tomada de posição crítica, portanto, política.

Esse ponto de vista situa a compreensão da ideologia no campo da complexidade das relações sociais pois, como pontua Lowy,

“(...) existe um enfrentamento permanente entre as ideologias e as utopias na sociedade, correspondendo, em última análise, aos enfrentamentos das várias classes sociais ou grupos sociais que as compõem” (1991:17),

o que configura um campo marcado por contradições e conflitos que geram estratégias de acomodação, de resistência e/ou de confrontação ao sistema de idéias dominante (Anyon, 1990).

É fundamental, portanto, não suprimir, minimizar ou descaracterizar do conceito de ideologia seu conteúdo negativo, crítico, o que lhe confere força política e implica em assumir e denunciar, explicitamente, os sistemas de exploração e opressão. Este é o ponto central do argumento que será aqui desenvolvido, necessário para um re-posicionamento teórico-político nesses tempos de pós-modernidade e de relativismo quase absoluto.

Outro ponto que merece discussão é a relação entre ideologia e prática social. A pergunta que filosoficamente se coloca é: a realidade social pode ser mudada através das idéias transformadoras ou esse processo se dá no sentido oposto, ou seja, emana, ou se potencializa, através das condições objetivas materiais? O próprio Marx respondeu dialeticamente a essa questão: *"A teoria materialista segundo a qual os homens são produtos de circunstâncias e da educação esquece que as circunstâncias se transformam precisamente pelos homens e que o próprio educador precisa ser educado"* (Marx, apud Lowy, 1991).

Segundo Lowy (1991:24), nesta concepção se concretiza a conexão dialética entre o objetivo e o subjetivo, entre o material e o simbólico. É essa perspectiva que estará aqui orientando a conceituação de ideologia.

IDEOLOGIA ENQUANTO FORMAS SIMBÓLICAS QUE SUSTENTAM RELAÇÕES DE EXPLORAÇÃO E DOMINAÇÃO

Nunca o mundo social humano conheceu, como no capitalismo contemporâneo, uma circulação tão generalizada de formas simbólicas e nunca estas exerceram tanta influência sobre as formas de se representar o mundo. Como advoga Thompson, *"... a natureza e a abrangência da circulação de formas simbólicas assumiu [atualmente] um aspecto novo e qualitativamente diferente"* (1995:9), na medida em que os meios técnicos e as instituições orientadas para a acumulação capitalista possibilitaram a produção, reprodução e circulação das formas simbólicas numa escala antes impensável. O poderoso império do que hoje se denomina 'meios de comunicação de massa', que se expandiram notavelmente através dos progressos na transmissão e codificação eletrônica, é uma questão que não pode ser

dissociada de qualquer análise conseqüente sobre as elaborações simbólicas das sociedades contemporâneas. Nas últimas décadas, sobretudo, com a veloz evolução das telecomunicações e da informática, tornou-se possível nos relacionarmos com o mundo de formas virtuais, aparentemente sem um substrato material.

Em vista disso, nunca o conceito de ideologia foi tão pertinente, na medida em que nossas idéias, juízos, sentimentos e comportamentos estão sendo cada vez mais profundamente moldados por essa poderosa 'indústria cultural', esse fenômeno de 'mediação [mercantilizada] da cultura', controlada por poderosos interesses econômicos e políticos (Thompson, 1995), que modela 'corações e mentes'. Um dos aspectos centrais dessa questão reside no fato de que a ideologia penetra cotidianamente em nossas vidas na intimidade, dentro das casas, no seio das famílias, interpondo-se, inclusive, entre as relações afetivas, intermediando-as ou mesmo substituindo-as.

Uma cena brasileira pode ilustrar a questão: uma jovem pobre, solteira, grávida, desempregada, dependente de drogas, soropositiva, dependente de um familiar para morar, se vestir e comer e esperançosa de que o filho que espera possa salvá-la da (auto)destruição emite um discurso triunfal e orgulhoso sobre as 'conquistas das mulheres': 'primeiro, nós conseguimos o direito ao voto; depois, fomos à luta, trabalhamos, nos sustentamos e não aceitamos mais o poder machista dos homens'. Essa jovem não é fictícia: ela é uma das personagens desta pesquisa e talvez a que melhor represente o poder da ideologia: as 'mulheres fortes e independentes' de sua imaginação chegam a ela através de idealizadas personagens televisivas e a fazem, por sutis mecanismos, sentir-se identificada; em sua sofrida história de vida não existiram mulheres assim: sua mãe, também dependente de drogas, a abandonou quando ainda criança; a tia que ora a acolhe é uma mulher viúva, frágil, 'nervosa' e dependente de uma minguada pensão para sobreviver; suas 'amigas' da rua, da 'night' [expressão aculturada usada por jovens para designar a vida noturna], vivem como ela: prestam favores sexuais em troca da droga, estão permanentemente sujeitas a toda sorte de violência, não conseguem estruturar suas vidas e suas relações afetivas de maneira estável e desenvolvem várias outras formas de dependência: do cafetão, do fornecedor de droga e, em situações extremas, de suas famílias. Porém, embora sua vida concreta seja o oposto de seu discurso sobre 'as mulheres', o seu *sentimento* de orgulho e identificação com uma imagem simbólica de mulher é real.

Mas a questão não é simples, transparente e nem auto-evidente: nossa personagem, em outro momento de seu depoimento, também manifesta um agudo senso crítico sobre o contexto de vida que a levou à dependência. Analisa que sua vida não poderia ter sido

diferente dadas as circunstâncias onde nasceu e foi criada. Entende que sua mãe não pôde criá-la com afeto e cuidado protetores por ter sido, ela própria, abandonada, embora essa consciência crítica não minimize seu sofrimento e a falta que sente de uma *mãe*. Manifesta uma visão crítica sobre a sociedade 'falsa e hipócrita' em que vivemos e percebe que as oportunidades oferecidas não são iguais para todos. Demonstrando ter preservado alguma auto-estima, lamenta-se por não ter conseguido desenvolver, até então, seu potencial criativo mas não se furta a sonhar com um futuro melhor para si e para a filha que espera. Seu bebê está lhe infundindo a força e a esperança de conseguir superar a dependência química e poder, enfim, construir uma vida digna.

Essa história de vida, tão comum nas periferias pobres das cidades brasileiras, serve-nos como ponto de partida para ilustrar a complexa conceituação de ideologia. Na fala da nossa personagem, pode-se identificar manifestações da ideologia de gênero quando ela representa - e se identifica com - a imagem da mulher independente, forte e autônoma, 'dona de sua vida e de seu destino'. Mas ela também expressa uma consciência crítica sobre o mundo em que vive e sobre as desiguais oportunidades para o auto-desenvolvimento, o que pode, à primeira vista, parecer paradoxal. Mas não o é se entendermos que as elaborações simbólicas estão sempre permeadas por contradições e confrontadas com as experiências de vida. Portanto, assume-se aqui que há, por parte dos sujeitos sociais, uma permanente re-elaboração e re-construção de sentidos para compreender, justificar e direcionar suas vidas, o que confere à análise da ideologia uma complexidade particular.

Portanto, ideologia é mais que sua tradicional concepção enquanto 'sistema de pensamento' ou 'sistema de crenças' usualmente referida à ação social e/ou à prática política institucionalizada. Como propõe Thompson, ideologia está também referida " ... às maneiras como o sentido é construído e usado pelas formas simbólicas de vários tipos, desde as falas lingüísticas cotidianas até as imagens e textos complexos" (1995:16). Para apreendê-la, portanto, há que se investigar os contextos sociais dentro dos quais essas formas simbólicas são empregadas e articuladas, o que requer que perguntemos " ... se - e, se for o caso, como - o sentido é mobilizado pelas formas simbólicas, em contextos específicos, para estabelecer e sustentar relações de dominação" (Thompson, 1995:16). Portanto, este sentido de ideologia é negativo e, conseqüentemente, crítico, o que significa perguntarmos, sempre, se o sentido construído pelas formas simbólicas serve ou não para manter relações de poder que sustentam e perpetuam os mecanismos de dominação e exploração.

Em Marx, o critério para sustentar relações de dominação é entendido, explícita ou implicitamente, em termos de *relações de classe*. Para ele, são as relações de dominação e de

subordinação *de classe* que constituem o eixo principal da desigualdade e exploração nas sociedades humanas em geral, e na capitalista, em particular. No enfoque aqui proposto, estas relações estão transversalizadas pelas desigualdades de gênero e raciais/étnicas que, no capitalismo, assumem feição própria, em estreita correlação com os mecanismos de exploração de classe. Essa discussão será aprofundada adiante, na apresentação do feminismo marxista.

A concepção de ideologia aqui proposta ainda se distingue de outra, ainda corrente, que a interpreta como um 'cimento social' que permite a estabilização das sociedades, unindo seus membros através de valores e normas coletivamente compartilhados (Thompson, 1995). Assume-se, portanto, que há uma *complexidade* na mobilização de sentidos simbólicos nos vários espaços - públicos e privados - da vida social que permite que as relações de exploração e dominação se mantenham.

Portanto, faz-se necessário distinguir ideologia e sistemas simbólicos: estes últimos não são ideológicos em si mesmos; tornam-se ideológicos na dependência das maneiras como são usados e entendidos em contextos sociais específicos. Como coloca Thompson, o que interessa, na análise da ideologia, são os "usos sociais das formas simbólicas" ou, dito de outra forma, "*...se, em que medida e como (se for o caso) as formas simbólicas servem para estabelecer e sustentar relações de dominação nos contextos sociais em que elas são produzidas, transmitidas e recebidas*" (1995:18). Desta forma, coloca-se em primeiro plano a qualificação de formas simbólicas como ideológicas em relação a contextos sócio-históricos específicos nos quais elas são empregadas e onde atuam. Com essa premissa, evita-se a tendência de se pensar a ideologia apenas, ou principalmente, em relação às formas de poder institucionalizadas no Estado e veiculadas através de seus aparelhos institucionais/legais. Sem desconsiderar a importância que essas instâncias desempenham no exercício do poder - no campo designado como 'política' - estes espaços, contudo, não são os únicos territórios para a maioria das pessoas na maior parte do tempo. Portanto, é fundamental investigar como a ideologia se manifesta na vida comum, cotidiana, de atores sociais socialmente situados em uma estrutura de classes.

Eagleton, no mesmo sentido, pensa que a "*força do termo ideologia reside na sua capacidade de distinguir entre as lutas de poder que são, até certo ponto, centrais a toda uma forma de vida social e aquelas que não o são*" (1997:21)

Kosik denominou 'mundo da pseudoconcreticidade' o complexo de fenômenos que povoam o mundo cotidiano da vida humana. Segundo ele, esse mundo pseudoconcreto "*... com sua regularidade, imediatismo e evidência, penetra na consciência dos indivíduos*

agentes, assumido um aspecto independente e natural [...]" (Kosik, 1976: 11). Este autor denomina 'fetichização' das relações humanas o fenômeno onde *"o mundo humano se manifesta à consciência diária [...] como um mundo já pronto [...]"* (1976:63), portanto, como independente e desvinculado (alheio à) da ação humana. Ainda segundo ele,

"Este mundo não se manifesta ao homem como realidade por ele criada, mas como um mundo já feito e impenetrável, no seio do qual a manipulação se apresenta como engajamento e atividade" (1976:64).

É, portanto, no âmbito da vida cotidiana que a ideologia se realiza, naturalizando os acontecimentos comuns e rotineiros da vida comum e criando a sensação de que o mundo está dado, desde 'fora' e, portanto, fora do alcance da ação individual e coletiva.

Assim, para a maioria das pessoas, as relações de poder e dominação que as afetam mais diretamente são aquelas que ocorrem na vida do dia a dia: a casa, a família, o local de trabalho, a escola, os amigos, a turma de pares, a vizinhança, o bairro, etc. É na cotidianidade que as pessoas se situam, agindo e interagindo, falando e escutando, formando idéias e opiniões sobre o que é relevante para si e buscando elaborar sentidos e objetivos para suas vidas. Esses contextos estão organizados de formas complexas e implicam na diversidade de desigualdades e assimetrias de poder e de recursos. O estudo da ideologia, portanto, deve abarcar a dimensão da vida cotidiana tanto quanto o conjunto de instituições que atuam na esfera política e que exercem pressões estruturais mais amplas, relacionando-os e articulando-os.

Essa conceituação de ideologia também permite, segundo Thompson (1998), evitar a tendência, ainda persistente, de se pensar a ideologia como uma pura 'ilusão', como uma imagem distorcida e invertida do que é 'real'. Como argumenta,

"... o mundo social raramente é tão simples como essa visão pode sugerir. Como pessoas, nós estamos imersos em conjuntos de relações sociais e estamos constantemente envolvidos em comentá-las, em representá-las a nós mesmos e aos outros, em verbalizá-las, em recriá-las e em transformá-las através de ações, símbolos e palavras" (1995:19).

Portanto, o mundo da representação simbólica não é abstrato e em oposição ao que é 'real': ele é um aspecto real e constitutivo da vida social. É nele que se travam as lutas de contestação, tanto através de palavras e símbolos, quanto de ações políticas coletivas.

No campo metodológico, Thompson argumenta que o objeto da pesquisa sócio-histórica, para além de seus grandes acontecimentos estruturais, é também um campo subjetivo, construído, em parte, pelos sujeitos que, no curso de sua vida cotidiana

"... estão constantemente interessados em compreender a si próprios e aos outros, em produzir ações e expressões significativas e em interpretar ações e expressões significativas produzidas pelos outros" (1995:32-33).

Portanto, interpretar a ideologia é explicitar a conexão entre o sentido mobilizado pelas formas simbólicas e as relações de dominação que esse sentido mantém, sempre articulando os discursos com os contextos sócio-históricos onde eles são produzidos.

Thompson chama a atenção para outro aspecto importante: os indivíduos não são, nunca, receptores passivos de mensagens ideológicas; há um processo contínuo de compreensão e interpretação, discussão, apreciação e incorporação. Assim,

*"... o processo de apropriação das formas simbólicas é ativo e potencialmente crítico, no qual as pessoas estão envolvidas num contínuo **esforço para entender**, um esforço que procura dar sentido às mensagens que recebem, responder a elas e partilhá-las com os outros" (1995:37, grifo no original).*

Thompson (1995) identifica, com fins metodológicos, alguns modos de operação da ideologia, ou seja, alguns mecanismos usuais através dos quais o sentido serve para estabelecer e sustentar as relações de dominação na vida social. Esquemáticamente, o poder dominante pode legitimar-se i) *promovendo* crenças e valores compatíveis com ele; ii) *naturalizando* e *universalizando* tais crenças de modo a torná-las óbvias e aparentemente inevitáveis; iii) *denegrindo* idéias que possam desafiá-lo; iv) *excluindo* formas rivais de pensamento, mediante uma lógica não declarada mas sistemática; e v) *obscurecendo* a realidade social de modo a favorecê-lo.

Thompson, ao sugerir esses modos de operação e suas estratégias, ressalta que essas são apenas indicações e que não esgotam a totalidade das formas de operação da ideologia. E chama a atenção para uma questão fundamental no processo de interpretação: as manifestações da ideologia devem ser sempre analisadas em relação a contextos sócio-históricos específicos, através dos mecanismos particulares de transmissão de formas simbólicas destes contextos e através do exame do *sentido* que as formas simbólicas - ideológicas ou não - possuem para os sujeitos em questão. Porém, para empreender tal análise, particularizada e contextualizada, é imprescindível ter um quadro de referência geral, quando teorizamos sobre a sociedade em questão, seu modo de produção, suas relações de poder, os mecanismos - materiais e simbólicos - que permitem manter e reproduzir desigualdades e, sobretudo, as expressões hegemônicas de ideologia.

IDEOLOGIA E REPRESENTAÇÃO SOCIAL: UM DEBATE CONCEITUAL

É tarefa urgente elucidar as possíveis relações entre esses dois conceitos, na medida em que tem sido freqüente utilizar os termos *ideologia* e *representação social* como se fossem equivalentes. Portanto, retomar e re-afirmar o conceito de ideologia - especialmente por este reter um potencial crítico, questionador e transformador - adquire relevância teórico-política, especialmente nesses tempos pós-modernos marcados por um relativismo quase absoluto, onde o posicionamento filosófico, teórico e, por conseqüência, político, ficou relegado, ou "ultrapassado", como muitos afirmam. Minayo (1992), por exemplo, entende que Marx elabora sua teoria sobre as representações sociais através do conceito de ideologia. Para esta autora, bastante representativa no campo da saúde coletiva, esses conceitos são equivalentes.

Representação social pode ser definida como *um sistema de valores, noções e práticas que dão aos indivíduos a possibilidade de orientação no mundo social e material* (Goulart, 1992). Seria um conceito de feição operacional e mais relacionado à vivência e percepção do mundo cotidiano que o conceito de ideologia que, segundo Goulart (1992), estaria referido à superestrutura social, concretizando-se nas idéias e valores dominantes veiculados pelas instituições políticas, jurídicas, científicas, religiosas e outras. Porém, o argumento que será aqui apresentado postula que separar essas instâncias – superestrutura e infraestrutura ou estrutura e ação social – expressa uma visão mecanicista e binária da questão.

No campo da pesquisa social, usualmente tomamos como alvo de análise as representações de indivíduos concretos, inseridos em contextos particulares de vida. Seus discursos sobre si mesmos e sobre suas vidas advém de suas experiências, de sua cultura, de sua comunidade de referência, sendo esta socialmente situada. Estas representações sociais, portanto, expressam uma vivência referenciada em uma determinada visão de mundo que é real, coerente e com sentido para esses indivíduos. Como interpretar nesse universo as expressões de ideologia ?

Em cada contexto social particular, cabe-nos, no processo de pesquisa, estranhar o que é apresentado como natural e contextualizar o discurso simbólico dos indivíduos-alvo dentro de suas circunstâncias sócio-históricas, o que inclui, entre outros, suas (auto)representações *enquanto classe, gênero e raça/etnia*. Na prática, isto significa perguntarmo-nos: os atores sociais em foco compreendem-se *criticamente* enquanto sujeitos situados na classe, no gênero e/ou na raça/etnia ou *naturalizam* suas circunstâncias de vida enquanto 'destino natural'? Para ilustrar essa interpretação, pode-se tomar como exemplo a ideologia do igualitarismo burguês, que infunde a crença de que a sociedade oferece as mesmas chances para todos e que,

conseqüentemente, todo e qualquer indivíduo, independente de sua posição de classe, gênero e/ou raça/etnia, pode alcançar posição de riqueza, status e prestígio se dedicar-se com afinco ao trabalho. O efeito dessa ideologia na subjetividade cria, entre outros, o sentimento de inferioridade e de fracasso pessoal ou de incapacidade 'natural' para atingir metas de ascensão social, criando nos indivíduos a sensação de impotência para mudar seu 'destino'.

Porém, a questão não é simples e não basta uma distinção conceitual esquemática. Para avançar neste debate, tomaremos a argumentação original de Saffioti e Almeida (1995) sobre as relações entre ideologia e representações.

Segundo estas autoras,

"O gênero, assim como a classe social e a raça/etnia, condiciona a percepção do mundo circundante e o pensamento. Funciona, assim, como um crivo através do qual o mundo é apreendido pelo sujeito. [...]. A postura aqui esposada não consiste em reduzir tudo a gênero, mas em afirmar que ele, como também a raça/etnia e a classe social, são fundantes das relações sociais, pois regulam as relações homem-mulher e as relações mulher-mulher" (1995:23).

Ao se posicionarem sobre os conceitos de representação e ideologia, Saffioti & Almeida, tomando como referência o debate entre Guattari e Lauretis, assim problematizam a questão: estaria a representação situada na 'malha fina', ou seja, nos processos micro-sociais (ou moleculares, nos termos de Guattari), enquanto a ideologia estaria referida às instâncias macro-sociais e, portanto, legitimadas do ponto de vista do poder hegemônico? Ou a ideologia também se realiza nos espaços moleculares das relações sociais? A posição das autoras é que ambos os postulados estão corretos pois

"os processos de singularização, sejam individuais ou coletivos, processam-se, em última instância, no registro da sociedade. Não se trata, obviamente, nem da sociedade como um todo, o que seria uma ficção, nem de sua parte dominante, mas de sua parcela oprimida. O fato de os produtos simbólicos desta última não receberem o aval da 'sociedade oficial' não significa que ela não constrói representações dos eventos concretos, representações estas que entram em competição com as inscritas no nível molar" (1995:24).

Ou seja, há, nesta visão, uma conexão dialética entre representação e ideologia e, neste sentido, os oprimidos também elaboram seu próprio discurso ancorado em suas construções simbólicas sobre o mundo, mesmo que estas não sejam socialmente legitimadas e reconhecidas. Como afirma Saffioti, *"os considerados excluídos da história [...] também fazem história. [...] Assim como a história dos vencidos existe, também existem as representações das classes/categorias subalternizadas" (1995:51).*

Porém, as representações gestadas no nível 'molecular' das relações sociais são muito mais instáveis, volúveis e subversivas pois a ideologia dominante, por razões intrínsecas, tem recursos para manter uma (aparente) coerência e estabilidade que são necessárias à sua própria manutenção. Assim, segundo Saffioti & Almeida, *"parece mais adequado pensar as representações em ambos os níveis e em competição"* (1995:25), ou seja, tanto no nível superestrutural quanto no âmbito concreto e cotidiano das relações sociais.

Saffioti & Almeida fazem uma distinção conceitual - que também é analítica - entre ideologia e representação. A primeira consistiria num projeto político de estruturação da sociedade por inteiro, segundo os interesses da classe social, ou categoria social, que o elaborou. Assim, pode-se falar em ideologias de classes, de raça/etnia e de gênero. A ideologia tem, então, a pretensão de *"expressar o 'interesse comum', o 'interesse geral', o 'interesse de todos' "* (1995:48), sendo esta pretensão inatingível e mistificada pois a sociedade é permeada por interesses contraditórios e mesmo antagônicos. Porém, segundo elas, é importante pontuar que a ideologia não contém somente idéias ilusórias, falsas: se não contivesse também idéias 'verdadeiras', não teria condições de se manter e se adaptar às mudanças conjunturais e históricas.

Aqui faz-se, segundo Saffioti & Almeida, uma diferenciação entre ideologia e representação: esta última aspira à completude, ou seja, os sujeitos concretos, ao produzirem representações, fazem do fenômeno representado um retrato inteiro, o que confere sentido à sua existência, justificando-a, explicando-a e orientando suas ações. Estas autoras também distinguem representação e vivência: a representação re-figura a vivência, ou seja, *"trata-se das imagens que as vivências assumem no nível simbólico e de cuja elaboração o inconsciente, individual e coletivo, participa ativamente"* (1995:49). Porém, não se deve perder de vista que as representações repousam sobre a base material, que condiciona um determinado tipo de relação social, o que *"equivale a dizer que o contexto material permeia o nível simbólico, o nível das representações, e que estas constituem um dado do real"* (1995:49). Assim, *"a representação é a subjetivação da objetividade que, na condição de mola propulsora da ação, volta para o mundo da objetividade"* (1995:50).

Uma segunda questão pertinente à definição de representação, e que adquire centralidade para a discussão de gênero, é o aspecto *relacional* que uma representação necessariamente contém:

"(...) constituir uma representação significa, assim, fazer o reconhecimento de uma relação. Representam-se as mulheres por referência aos homens, do mesmo modo como se procede com as classes e as raças/etnias em interação. [...] Re-presentar significa, pois, tornar a conhecer relacionalmente,

situar de novo, re-significar por referência a outros" (Saffioti & Almeida, 1995:50).

Por fim, uma terceira diferenciação é proposta pelas autoras: a representação não promove necessariamente a inversão dos fenômenos, característica básica da ideologia. A relação social não pode prescindir da representação pois esta é a *mediação* [simbólica] das relações dos seres humanos com a natureza e entre si. Ou seja, a representação é fundante da simbolização (enquanto fenômeno psíquico/subjetivo e social) que nos torna humanos e nos permite estabelecer relações, conosco e com os outros. Assim, os seres humanos se relacionam com imagens, de si próprios e de outros. Mesmo numa sociedade utópica, igualitária e acolhedora das diferenças, as representações continuarão a mediar as relações sociais, ao passo que a ideologia, enquanto reprodutora de mecanismos de dominação e exploração, não será mais necessária.

Portanto, essa compreensão pressupõe uma articulação dialética entre o sistema de idéias e valores dominantes que mantém e reproduz as desigualdades sociais - o que definimos como ideologia - e as representações que expressam sentimentos e vivências que informam, direcionam e mediam as ações e relações na vida social cotidiana, também perpassadas pela ideologia.

2.3 O FEMINISMO MARXISTA

Para definir conceitualmente o feminismo marxista, será contextualizada a emergência do feminismo contemporâneo enquanto movimento social e a posterior teorização que resultou no conceito de **gênero**. O que estará em debate é a possibilidade deste conceito, de *per se*, constituir-se numa teoria social, ou se, ao tornar visíveis, nomear e teorizar as dimensões sexuadas das relações sociais, deve ser tomado a partir do quadro de referência de teorias sociais críticas sobre a sociedade como um todo. Portanto, nossa intenção, aqui, é problematizar o conceito de gênero para, em seguida, tomar uma posição que justifique e fundamente o feminismo marxista.

O CONTEXTO DE EMERGÊNCIA DO FEMINISMO E DA ELABORAÇÃO CONCEITUAL DE GÊNERO

A originalidade e o potencial crítico do conceito de gênero devem-se, em parte, ao fato de ter sido gerado no bojo de um movimento de mulheres, em um contexto de lutas sociais. Foi a partir da consciência coletiva de opressão, inicialmente sobre o corpo e sexualidade,

estendendo-se, posteriormente, para a crítica à ciência ocidental, que a elaboração feminista sobre o gênero foi construída. Portanto, na sua gênese, gênero articulou, dialeticamente, teoria e práxis e, no campo epistemológico, sujeito e objeto de conhecimento, sendo a teorização uma ferramenta para *compreender*, *denunciar* e *transformar* a situação de opressão e exploração das mulheres.

Como pontua Giffin,

"... nasceram juntas a percepção da opressão e da possibilidade de transformação: a partir da auto-identificação coletiva como 'mulher', elaboração de uma crítica ao significado naturalizante/biologizante de 'mulher'. Esta crítica estabeleceu 'mulher' como categoria política, com uma proposta de produção de conhecimento em que o objeto a ser estudado (mulher) ao mesmo tempo deve ser re-significado" (1999:81)

Esse ‘*standpoint*’, ou esse *ponto de observação socialmente situado* a partir de uma experiência de opressão, aproximava as mulheres de outros setores sociais explorados e oprimidos, como os trabalhadores e/ou os povos pertencentes a (ou descendentes de) outras raças/etnias. Porém, o questionamento feminista sobre a opressão das mulheres indubitavelmente colocou em cena questões novas e originais, que não haviam sido ainda problematizadas: a dimensão política do corpo, da sexualidade e das relações íntimas, a relevância da esfera doméstica para a produção e a reprodução social, entre outros aspectos da vida social até então ‘privatizados’ e/ou ‘naturalizados’. Questionar essas dimensões ‘privadas’ possibilitou, a partir do feminismo, um repensar crítico sobre a relação natureza/cultura, corpo/mente, razão/emoção e teoria/práxis transformadora; no plano social, colocou-se em questão as relações entre esfera pública e privada, trazendo-se para o debate público questões até então excluídas da política e da ciência. Portanto, o feminismo inegavelmente alargou, em muitos sentidos, a crítica teórica e prática sobre a exploração e a opressão social e demonstrou que as lutas emancipatórias não se travam exclusivamente nos planos econômico, social e político. Como decorrência, instâncias como a família, o casamento, a sexualidade e a vida privada puderam ser expostas enquanto espaços onde se exercem relações de poder e de controle social.

A consciência das mulheres sobre sua opressão é antiga na história humana. Porém, é somente na década de 1960 que, no bojo de outros movimentos contestatórios e libertários, o feminismo emergiu, enquanto movimento social e político, para denunciar a situação de opressão e exploração da maioria das mulheres em praticamente todas as sociedades humanas. Em momento subsequente, empreendeu um processo de elaboração teórica que procurou

explicações para as causas da opressão feminina, o que redundou no questionamento sobre a ciência institucionalizada, identificada enquanto um dos importantes sustentáculos da opressão feminina. Tal 'ponto de observação', no entender de muitas feministas, rompeu a concepção binária e dicotômica da racionalidade científica ocidental - oriunda do cartesianismo - rumo a um paradigma dialético e relacional (Giffin, 1999).

Assim, o conceito de *gênero* foi elaborado para se contrapor à argumentação que atribui às características biológicas sexuais das mulheres sua posição social subalterna. Tornou-se necessário demonstrar que não são propriamente as características sexuais, mas a forma como estas são socialmente representadas ou valorizadas, aquilo que se diz ou se pensa sobre elas, que vai constituir, efetivamente, o que é masculino ou feminino em dada sociedade e em dado momento histórico. Para se compreender o lugar e as relações entre homens e mulheres em determinado contexto social importa observar não exatamente seus sexos biológicos, mas tudo o que socialmente se construiu sobre os sexos. O debate vai se constituir, então, através de uma nova linguagem, na qual *gênero* torna-se um conceito chave (Louro, 1997).

Gênero como categoria teórica veio, portanto, colocar em cena uma parte da realidade social até então sem visibilidade: as experiências das mulheres no espaço privado da vida social. Romito (1997), apoiada na formulação bachelardiana, argumenta que o fato científico não existe por si só, *in natura*: ele é uma re-construção do pensamento a partir de um referencial teórico. Neste sentido, a elaboração conceitual do gênero inicia-se pela formulação de questões de pesquisa que, até então, *não* eram consideradas como objetos legítimos de conhecimento. Emergem, neste primeiro momento, estudos e denúncias sobre questões cotidianas de vida das mulheres que não eram problematizadas, ou eram interpretadas "cientificamente" como pertencendo à esfera da natureza - biológica, genética, psicológica ou espiritual - feminina.

Romito denomina este primeiro momento de *nomeação*, quando as feministas criaram *nomes* para qualificar, tornar visíveis e denunciar sofridas experiências de vida das mulheres. Daí surgem questões como 'violência doméstica', 'violência sexual', 'mulheres espancadas', 'assédio sexual', 'estupro' e outras. Desta forma, "*nomear envolve tornar visível o que era invisível, definir como inaceitável o que era aceitável e insistir que o que era naturalizado é problemático*" (1997). Subseqüentemente, o processo de *teorização* expressou a necessidade de se elaborar referenciais explicativos para a opressão feminina. Por fim, e como decorrência desse processo, a própria ciência ocidental, e seus pressupostos de racionalidade, objetividade e imparcialidade, foram postas em causa: as mulheres assumem-se enquanto sujeitos de

conhecimento e enquanto sujeitos políticos que lutam para transformar uma situação de opressão/subordinação.

Como fica evidenciado, a elaboração teórica sobre o gênero esteve, no início deste processo, dialeticamente articulada à práxis social e política de mulheres organizadas. A *experiência* de opressão, coletivamente compartilhada em grupos de reflexão, gerou, num processo contínuo e crescente, uma *consciência crítica* sobre a sociedade opressora e a necessidade de *teorização* que identificasse as causas da opressão feminina e fornecesse subsídios para a luta política emancipadora/transformadora. Esta perspectiva, portanto, implicava numa relação dialética entre teoria e prática social/política e entre vida pública e privada, sendo a teorização motivada pelas transformações sociais pretendidas.

Portanto, a epistemologia feminista, assim como o marxismo, denunciou as ligações, em todos os campos do conhecimento, entre a produção científica e o contexto social, político e histórico, a despeito das tentativas de negá-las. Além de explicitar essas ligações, valorizou-as. Mas, como lembra Romito, *“a mudança social não é só essencial para reformular conceitos científicos; é também central para garantir que a pesquisa, os dados e as teorias produzidos serão de alguma maneira utilizados”* (1997) pois não há sentido em produzir conhecimentos críticos se o contexto social não estiver ‘pronto’ para absorvê-los e aplicá-los, ou se os movimentos sociais e políticos não existirem para direcionar e exercer controle sobre o processo de mudanças pretendido. Assim, o feminismo, ao lançar a bandeira de luta "o pessoal é político", trouxe para a arena política a opressão exercida sobre as mulheres no espaço de suas vidas privadas e empreendeu um movimento coletivo que vem buscando transformar esta situação de opressão.

O FEMINISMO MARXISTA: O GÊNERO TRANSVERSALIZADO NA CLASSE SOCIAL

A associação entre feminismo e marxismo, nos momentos iniciais do feminismo contemporâneo, embora tensa, foi também intensa e fecunda. Hennesy & Ingraham (1997) interpretam que havia, entre ambos, uma afinidade 'natural' na luta teórica-política que almejava transformações nas situações de exploração e opressão. O materialismo histórico é um conhecimento crítico elaborado pelo ponto de vista de explorados/oprimidos, assim como o feminismo. Portanto, a luta das mulheres, neste momento inicial, não apartava a dimensão das desigualdades sociais da opressão de gênero, o que estava associado à luta contra o capitalismo (Hennesy & Ingraham, 1997).

Castro, no mesmo sentido, identifica pontos de interesse comuns entre o marxismo e o feminismo. Segundo ela, ambos

"compartem [...] a ênfase na materialidade existencial (para alguns feminismos, a vida cotidiana, para outros, a textual, e, para outros ainda, o cenário histórico - hoje, o capitalismo em formato neoliberal), considerando que essa materialidade se sustenta por práticas em um real vivido e um real idealizado e ideologizado (em instituições, no privado e no público, e na micro-política das relações sociais)" (2000:99).

As feministas encontraram, no marxismo, conceitos que poderiam potencialmente explicar as estruturas sociais através das quais as mulheres são exploradas e oprimidas. Mas, como apontam Hennessy & Ingraham (1997), essa aproximação não se deu a-criticamente: as feministas desafiaram os limites do marxismo e, com isso, expandiram seu potencial teórico-crítico de forma que este pudesse incorporar a dimensão sexuada das relações sociais.

Embora o feminismo marxista nunca tenha sido hegemônico nos países de capitalismo avançado, exerceu, ao longo das décadas de 1960 e 1970, considerável impacto e influência sobre as teorizações feministas. Discussões sobre a divisão sexual do trabalho, as conexões entre produção e reprodução social e o significado econômico do trabalho doméstico foram algumas questões centrais para a maioria das vertentes feministas. Porém, a partir da década de 1980, em função de um retrocesso conservador coincidente com a institucionalização do feminismo na área acadêmica, esse referencial foi gradativamente perdendo espaço, sendo questionado, desacreditado ou mesmo banido. Hennessy & Ingraham (1997) ressaltam, contudo, que muitas feministas dos países dependentes, sobretudo as engajadas em movimentos sociais contra a exploração capitalista, continuaram a ter no feminismo marxista sua referência principal.

Muitas explicações poderiam justificar o distanciamento do feminismo da perspectiva de enfrentamento do capitalismo. Uma delas foi, sem dúvida, a fragorosa derrocada do sistema soviético e, com ele, das interpretações marxistas de viés funcionalista, mecanicista, economicista e/ou determinista. Para além deste traumático fenômeno histórico e político, há que se considerar que, ao longo da década de 1990, o capitalismo, na sua versão neo-liberal, empreendeu sua marcha triunfante por todo o globo - através do fenômeno denominado 'globalização' - resultando, num curto espaço de tempo, em concentração de riqueza ímpar, no desmonte da seguridade social, na crescente privatização dos estados, com a conseqüente retração das políticas sociais, na desregulamentação da legislação trabalhista, redundando na precarização e terceirização do trabalho, entre outros fenômenos que vêm fragmentando as relações sociais e enfraquecendo os vínculos associativos. Este processo global tem

resultado, especialmente (mas não apenas) nos países dependentes, no aprofundamento da pobreza e da exclusão social. No plano ideológico, a propagação do fim da história e, como efeito da derrocada soviética, das utopias, juntamente com a descrença popular na participação política formal, aliado ao fenômeno da corrupção sistêmica e do roubo sistemático do estado pelas elites dominantes, entre outras questões, geraram um sentimento de apatia e desesperança que certamente vem influenciando também intelectuais, cientistas sociais, feministas e outros segmentos antes engajados na luta contra o capitalismo. Este difícil momento também se reflete na desmobilização e retração dos movimentos sociais e sindicais (Hennessy & Ingraham, 1997).

No plano da produção teórica, Benoit (2000) interpreta que o feminismo a-crítico, ao se restringir cada vez mais a uma crítica da cultura desvinculada dos mecanismos econômicos e políticos, não poderia levar à frente uma luta radical pela emancipação das mulheres sob o capitalismo. Prova disso, para esta autora, é o fato de que a conquista, ao menos parcial, de direitos civis e igualdade de oportunidades de trabalho foram inquestionavelmente alcançadas pelas mulheres burguesas de forma jamais imaginada em outros períodos históricos. Porém, as mulheres da classe trabalhadora, ao contrário, pouco ou nada conquistaram nas últimas décadas.

Brito (2000), ao focar os efeitos da globalização e reestruturação produtiva em sua relação com a divisão sexual do trabalho e as relações de gênero, mostra claramente essa questão. Segundo esta autora, a reestruturação produtiva tem implicado em uma ‘nova’ divisão econômica entre centro e periferia, apoiada em uma ‘nova’ base de dependência. Nesta conjuntura, em que o capital re-organiza a produção internacional aproveitando-se dos baixos salários e da frágil regulamentação do trabalho em países do Terceiro Mundo, há uma clara tendência de otimizar a exploração da força de trabalho feminina. Através deste processo,

“ A busca do lugar e do processo de produção mais barato em qualquer região do planeta levou ao que se tem qualificado de ‘nova preferência pelo emprego das mulheres’ (Benería, 1994 apud Brito, 2000) e, por sua vez, a sua proletarianização”(Brito, 2000:197)

Segundo análise de Benoit (2000), a globalização apoiou-se em uma ideologia patriarcal anterior ao capitalismo e dela aproveitou-se para incorporar, utilizar e explorar a divisão sexual do trabalho, sustentando-se em um sistema de valores baseado, entre outros, na desvalorização das funções desempenhadas pelas mulheres. Não coincidentemente, o trabalho das mulheres nas indústrias é caracterizado pela repetitividade, monotonia, pelo ritmo intenso e ainda organizado nos moldes do *taylorismo* nos setores de produção que mais empregam

mulheres (Brito, 2000). O fato é que três dos fenômenos ligados à globalização - a multiplicação das 'indústrias maquiladoras', as 'sweat shops' (onde o trabalho é super-explorado), os empregos em tempo parcial e as formas de trabalho precárias - atingem principalmente as mulheres, particularmente as de países dependentes e as imigrantes (Benoit, 2000).

Concomitantemente, surge uma contra-ideologia de gênero dentro e a partir de agências reguladoras do capitalismo, como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, que passaram a financiar pesquisas sobre a pobreza e as chamadas 'dimensões sociais do ajuste' [neoliberal], com forte ênfase sobre a equidade de gênero. Benoit interpreta que a política dessas agências, que traçam estratégias de controle social,

" (...) fornece uma face humana às instituições de Bretton Woods e uma aparência de compromisso com a mudança social. Todavia, uma vez que está funcionalmente divorciada das principais reformas macroeconômicas, essa análise raramente constitui uma ameaça para a agenda econômica neoliberal" (2000:86).

Castro (2000), ao criticar a desvinculação do feminismo hegemônico deste cenário onde se aprofunda a exploração do trabalho feminino, analisa que este, ao acompanhar uma tendência acadêmica fortemente influenciada por correntes pós-estruturalistas, onde discursos e narrativas tornam-se o campo privilegiado de embates teóricos, desvincula-se crescentemente da análise crítica sobre as reais condições de vida da maioria das mulheres. A tal ponto que as acaloradas discussões sobre a divisão sexual do trabalho, antes interligadas aos mecanismos de exploração de classe, praticamente desapareceram do cenário feminista acadêmico.

Com essas críticas, porém, não se pretende anular ou minimizar o potencial crítico e transformador do feminismo, que é inegável. Afinal, ao questionar e confrontar a opressão social das mulheres, colocou-se em cheque a moral sexual, a família como instância repressora, a instituição do casamento e, como decorrência, a monogamia e a heterossexualidade, entre outras questões imbricadas no controle político-ideológico sobre a reprodução social. Esses questionamentos penetraram no âmago da ideologia conservadora que sustenta um sistema social intrinsecamente explorador e opressor. Mais ainda: o feminismo trouxe a público e politizou dimensões da vida social até então tidas como 'privadas' e, portanto, apartadas do debate político público. Denunciou que o âmbito das relações afetivas, amorosas e sexuais é também perpassado por mecanismos de controle social/ideológico. Portanto, o que se advoga, aqui, é o imperativo de se associar essa crítica a um posicionamento teórico e político sobre - e contra - o capitalismo, o que implica em

considerar que as dimensões sexuadas da vida social integram os mecanismos de exploração, de classe e de gênero.

O feminismo marxista, portanto, não desvincula as conexões históricas entre a opressão das mulheres e o capitalismo e, em decorrência, suas propostas de transformação social almejam, em última instância, a superação de todas as formas de exploração e opressão. Ingraham & Hennessy (1997) postulam que, se o feminismo pretende ser um movimento social que aspira representar as necessidades de *todas* as mulheres, precisa confrontar suas próprias visões parciais e incorporar um posicionamento crítico sobre o capitalismo (1997).

CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS SOBRE O CONCEITO DE GÊNERO

Em decorrência desta interpretação, *gênero* será aqui tomado como um 'conceito meio', isto é, uma forma de ampliar o olhar e entender a trajetória em torno da qual a dominação masculina foi-se estruturando, material e simbolicamente, concomitante e articuladamente à constituição da sociedade de classes (Araújo, 2000). Esta distinção torna-se necessária pelo fato de que muitas teorizações sobre o gênero, particularmente as inspiradas nas teorias pós-estruturalistas, tornaram-se 'totalizadoras', ou seja, assumiram um modelo próprio e autônomo de análise das relações de dominação/subordinação, centrado quase exclusivamente na construção dos significados e símbolos das identidades masculina e feminina, desconhecendo e/ou secundarizando as práticas materiais e suas intersecções com outras clivagens, particularmente a de classe social.

Assim, gênero enquanto 'conceito totalizador' terminou por estabelecer a centralidade dessa noção para o entendimento da vida social. Como pontua Araújo, "*o conceito de gênero vem se tornando um código cultural de representação e aparece como mero efeito discursivo, desvinculado dos contextos sócio-econômicos concretos*" (2000:70).

No mesmo sentido, Benoit (2000) entende que a categoria gênero, tal como é elaborada pelo feminismo atualmente hegemônico, é "*um modelo conceitual do jogo das interações simbólicas, neste caso, esta forma social gênero é constituída pela polaridade 'feminino/masculino'*" (2000:82). Como decorrência,

*"... as **relações de gênero** são apenas relações entre pólos complementares, não permitindo que seja pensada qualquer superação do processo de divisão de trabalho que subordina e oprime a[s] mulher[es], a partir da oposição contraditória entre classes sociais"* (Benoit, 2000:82, grifo no original).

AS PREMISSAS DO FEMINISMO MARXISTA

O feminismo marxista vai teorizar o gênero baseando-se nas categorias filosóficas constituintes do marxismo. Partindo da premissa materialista dialética, enfoca, entre outras questões, i) as articulações entre vida material e simbólica, estabelecendo as conexões entre produção e reprodução social, entre divisão social e sexual de trabalho e, em última análise, entre o sistema de gênero e o de classe social; ii) as relações entre natureza e sociedade e entre ciência e ideologia, estratégicas para a desnaturalização do gênero; e iii) as relações entre teoria e práxis, o que legitima as mulheres como sujeitos de um conhecimento teórico-prático, potencialmente crítico e transformador.

Assim, partindo da divisão social do trabalho, o feminismo marxista articulou-a à divisão sexual do trabalho e às conseqüentes dimensões sexuadas da vida social, econômica, simbólica e cultural de homens e mulheres, socialmente situados na sociedade de classes. Assumiu, portanto, que o gênero está transversalizado na classe social e, conseqüentemente, que as experiências de opressão de gênero são socialmente distintas.

O 'paradigma da transversalidade' das relações sociais de sexo, formulado por feministas do campo de gênero e trabalho, aponta para as imbricações entre sistema de produção e sistema familiar, enfatizando que a divisão técnica do trabalho se justapõe à divisão sexual do trabalho (Brito, 2000).

Para Araújo (2000), o marxismo permitiu ao feminismo, entre outras questões, a desnaturalização do gênero, situando sua gênese num processo gerado *nas e pelas* relações sociais, em contextos sócio-históricos determinados; além disso, a economia política, ao analisar o processo de trabalho capitalista, permitiu ao feminismo situar o lugar do trabalho doméstico no ciclo produtivo e reprodutivo; e, por fim, a análise sobre a ideologia ofereceu subsídios para se pensar as dimensões simbólicas e culturais que sustentam e mantêm as relações de exploração e opressão sobre as mulheres.

Engels, no entender de Araújo (2000), fez uma importante contribuição teórica para o feminismo quando estabeleceu os elos históricos entre condições materiais, surgimento da propriedade privada e a opressão das mulheres. Com isso, mostrou que

"o lugar social das mulheres não era expressão de uma 'natureza feminina' inata, identificando a relação entre homens e mulheres como relações de opressão e situando nos processos sócio-econômicos os elementos que conduziram à dominação masculina" (2000:66).

Por outro lado, a *economia política*, ao estabelecer a relação dialética entre produção e reprodução social, forneceu as bases necessárias para se proceder a uma crítica sobre o valor

do trabalho doméstico no próprio ciclo de produção/reprodução, assim como para o entendimento dos caminhos através dos quais a exploração de classe e a opressão de sexo se articulam (Araújo, 2000). O trabalho doméstico é retirado, portanto, do âmbito das relações privadas, e situado no interior de um processo mais amplo. O conceito marxista de *alienação*, por seu lado, permitiu compreender o papel que o trabalho doméstico viria a assumir no processo produtivo, tomando uma aparência naturalizada e tornado-se gradativamente 'coisificado', apresentando-se, por conseguinte, como exterior aos indivíduos que dele participam (Araújo, 2000).

No plano político, o feminismo marxista postula a indissociável conexão entre a luta das mulheres e a luta de classes e, pelo fato do capitalismo ser uma totalidade social, essa luta deve se travar não só no plano econômico mas também no da cultura, o que inclui a ciência. Porém, para as feministas marxistas, e em oposição ao feminismo culturalista, a cultura não constitui a totalidade da vida social mas uma (importante) arena da produção social. Portanto, a análise da ideologia adquire relevância para interpretar a formação de subjetividades modeladas no/pelo gênero mas sem desconectá-la das bases materiais da divisão sexual do trabalho e da divisão da sociedade em classes sociais (Hennesy & Ingraham, 1997).

Uma extensa agenda de temas foi desenvolvida pelo feminismo marxista a partir das categorias conceituais do marxismo.

Sendo o trabalho uma categoria central na análise marxista, o trabalho feminino vem sendo interpretado como socialmente necessário e historicamente essencial à acumulação capitalista. Uma das principais polêmicas no feminismo marxista girou em torno do trabalho doméstico, por algumas interpretado como trabalho produtivo no âmbito da reprodução - ou seja, embora não remunerado, ele seria orgânico e funcional ao sistema econômico - e, por outras, como trabalho improdutivo e, portanto, secundário à produção capitalista.

Benoit, apoiada na interpretação do próprio Marx, argumenta que o desenvolvimento tecnológico, ao se tornar um poderoso meio de substituir o trabalho humano, transformou-se, no capitalismo, em seu oposto, ou seja,

"(...) em poderoso meio de multiplicar infinitamente o número dos que podem trabalhar, ao destruir concretamente todas as diferenças entre a força de trabalho masculina e feminina, instaurando a mais absoluta e brutal igualdade, a da força de trabalho disponível para a exploração" (Benoit, 2000:84).

Como Marx havia previsto, *"... a maquinaria, ao lançar todos os membros da família do trabalhador no mercado de trabalho, reparte o valor da força de trabalho do homem por toda sua família"*, rebaixa o valor do trabalho masculino e, conseqüentemente, dali para diante, todos *"os membros da família precisam fornecer não só trabalho, mas mais-trabalho*

para o capital, para que uma família possa [sobre]viver" (Marx, apud Benoit, 2000:84). Dessa forma, não só as mulheres como também as crianças e jovens da classe trabalhadora são reduzidos à condição de simples força de trabalho sob exploração do capital.

Embora a previsão de Marx sobre as transformações que ocorreriam sob o capitalismo tenha, em grande parte, se confirmado, ele, de fato, não abordou a questão da divisão sexual do trabalho no interior da família e a subordinação das mulheres aos homens. Para ele, a libertação das mulheres dar-se-ia com a superação do modo de produção capitalista, que, em tese, eliminaria todas as formas de opressão, exploração e subjugação de toda a sociedade.

Engels, porém, baseado em análise antropológica, contribuiu para o entendimento sobre as origens históricas da desigualdade feminina ao associar a instauração da propriedade privada à subordinação das mulheres aos homens, segundo ele o marco inicial da luta de classes. Segundo Moraes (2000), essa interpretação, ao historicizar as instituições humanas, permitiu compreender a família como organização social onde a divisão do trabalho é também uma divisão sexual entre funções masculinas e femininas.

Outras feministas, posteriormente, levaram à frente a teorização sobre as relações de produção e as contingências do processo de reprodução social para explicar a posição das mulheres na sociedade de classes. Mitchell (apud Giffin, 1991), por exemplo, empregou a dialética 'produção-reprodução social' para definir e explicar a subalternidade e a opressão das mulheres, entendendo que a exploração no trabalho e o confinamento à casa, na família, eram duas posições indissociáveis que conformavam a opressão feminina. No mesmo sentido, Moraes interpreta que

"as vicissitudes da condição feminina decorrem da complexa dialética entre os papéis e lugares socialmente atribuídos às mulheres e que dizem respeito, especialmente, ao lugar na produção de bens (a esfera da produção), à sexualidade e ao cuidar de crianças" (2000:91),

a esfera da reprodução, sendo esta última socialmente desvalorizada.

AS RELAÇÕES SOCIAIS DE SEXO: A DIMENSÃO SEXUADA DAS RELAÇÕES SOCIAIS

Muito do debate feminista pautou-se pelo entendimento do gênero enquanto uma das dimensões das relações sociais. Como apontava Marx, o que distingue um sujeito oprimido de um não-oprimido é o tipo de relação social em que está o primeiro, sendo que esta distinção depende do lugar que essa relação social (no caso do gênero, entre homem e mulher) ocupa na estrutura de poder e na produção de riquezas e de cultura, em um dado tempo e em determinada sociedade. Essa perspectiva *relacional*, portanto, é fundamental para se conceber

um sujeito que é contraditório, histórica e socialmente situado e resultante de relações sociais que permeiam a vida material e simbólica. Portanto, como propõe Saffioti (1992), a relação *eu-outros* deve ser central e os indivíduos são, nesta perspectiva, a história de suas relações, tomando-se em conta o caráter estrutural de sua constituição e capturando a natureza ‘em movimento’, sempre cambiante, das relações sociais.

Como também advoga Castro,

"...com o conceito de gênero, pretende-se ampliar o debate para as relações sociais e se sugere que, se as relações sociais são várias e se autocondicionam, então tanto classe quanto gênero, de per si, seriam referências insuficientes para darem conta [da totalidade] do real, inclusive do real imaginado (ideologias) [...]" (2000:100).

Neste sentido, Saffioti (1987) entende que existem clivagens entre classe, gênero e raça/etnia, sendo essas as três identidades sociais fundamentais na estruturação da sociedade. Esses três eixos se articulam, segundo Saffioti (1987), como um 'nó', sendo que cada entrecruzamento apresenta propriedades próprias e distintas das encontradas em cada um dos eixos separadamente, ou seja, cada nó apresenta uma lógica contraditória própria. Lauretis (1994), no mesmo sentido, concebe

"... um sujeito engendrado não só na experiência de relações de sexo, mas também nas de raça e classe: um sujeito, portanto, múltiplo, em vez de único, e contraditório, em vez de simplesmente dividido" (1994:208).

A vertente francesa do feminismo marxista trouxe importantes aportes teóricos ao introduzir o conceito de *prática social*, o que (re)coloca o gênero, para além de uma representação simbólica, na materialidade das relações sociais.

Kergoat, uma importante representante dessa corrente, postula uma interessante definição para o gênero ou, como prefere denominar (sem esquecer que a nomeação do conceito marca uma posição), *relações sociais de sexo*. Essa autora afirma que “*relações sociais de sexo e divisão social do trabalho são duas proposições indissociáveis que formam um sistema*” (1996). Segundo ela, o feminismo fez emergir as categorias de sexo como categorias sociais, mostrando que os papéis sociais de homens e mulheres não são produtos de um destino biológico mas, sobretudo, são construções sociais que têm uma base material - e não apenas ideológica, como na interpretação que prioriza o patriarcado. Assim, o conceito de divisão sexual do trabalho forneceu essa base material - histórica, social e econômica - que permitiu a crítica sobre os modos de conceituação das Ciências Sociais, via de regra com pretensões de neutralidade, universalidade e que naturalizam as características sexuadas do trabalho feminino.

Para Kergoat, o conceito de ‘relações sociais de sexo’ nos leva a “*uma visão sexuada dos fundamentos e da organização da sociedade, sendo que estes estão ancorados, primeiramente, na divisão sexual do trabalho*” (1986). Mas, segundo esta autora, essa abordagem deve se integrar em uma análise global de sociedade, contribuir para fazê-la avançar e se articular aos outros elementos da dinâmica social. Dessa forma, o conceito de *relações sociais de sexo* se prende à noção de *prática social*, o que significa o reconhecimento de práticas sociais diferenciadas segundo o sexo. Dessa forma, segundo Kergoat (1986), o que estava fora do campo sociológico torna-se objeto legítimo de questionamento. A compreensão de prática social é, portanto, indispensável para: a) permitir a passagem do abstrato ao concreto; b) definir os atores de outra forma do que como puro produto das relações sociais; c) poder pensar simultaneamente o material e o simbólico; d) restituir aos atores sociais o sentido de suas práticas, para que o sentido não seja dado de fora, por puro determinismo.

Essa conceituação permite superar históricas dicotomias filosóficas, epistemológicas e políticas pois, ao inserir o conceito de gênero no conjunto das relações sociais, não as reduz às lutas de classes, e o ‘dialetriz’: toda relação social é sexuada, enquanto que as relações sociais de sexo são perpassadas por outras relações sociais. Assim, as relações de classe são analisadas enquanto relações que imprimem conteúdo e direção concreta às relações sociais de sexo. Inversamente, as relações de sexo são entendidas como emprestando conteúdos específicos às outras relações sociais.

Com isso, pode-se pensar a totalidade do social em todas suas dimensões, tanto macro quanto micro estruturais, o que permite superar o determinismo mecanicista, já que se pressupõe a existência de “sujeitos” que são determinados pelas relações sociais mas, dialeticamente, agem sobre elas, construindo, tanto individual quanto coletivamente, suas vidas.

Desta forma, o conceito de *relações sociais de sexo* leva, por um lado, a um trabalho de desconstrução, quando mostra que a dimensão sexuada deve ser levada em conta na construção de categorias de análise das Ciências Sociais. Por outro, o trabalho de construção mostra-se na elaboração de instrumentos conceituais aptos a analisar a dinâmica complexa do conjunto das relações sociais.

Assim posta a questão, pode-se analisar a articulação dialética entre as esferas da produção e da reprodução social. Kergoat (1996) introduz uma relevante discussão sobre as diferentes concepções acerca das relações entre essas duas esferas e que põe em questão a hierarquização das relações sociais.

Segundo ela, para se evitar o risco conceitual de se cristalizar as relações sociais em dado momento, o que conduz ao risco do determinismo mecanicista, torna-se necessário adotar uma definição dialética e, portanto, dinâmica, de relações sociais: “*relação significa contradição, antagonismo, luta pelo poder, recusa a considerar que os sistemas dominantes (capitalismo, patriarcado) são totalmente determinantes e que as práticas sociais apenas refletem essas determinações*” (Kergoat, 1986). Assim, ao articular as esferas de produção e reprodução, trabalha-se simultaneamente sobre dois grupos de relações sociais: relações entre os sexos e relações de classe, que a autora chama, respectivamente, de relações de opressão e exploração. Esse enfoque permite analisar a relação indissociável entre vida reprodutiva/doméstica e produtiva das mulheres sem incorrer numa separação binária entre essas duas esferas.

Portanto, dialetizar gênero e relações sociais implica considerar que

“a relação entre os sexos não se esgota na vida conjugal, mas é ativa no lugar de trabalho, enquanto que a relação de classes não se esgota no lugar do trabalho, mas é ativa, por exemplo, na relação com o corpo ou na relação com as crianças” (Kergoat, 1996:22-23)

2.4 A PROPOSTA METODOLÓGICA

Visto que o objeto de análise desta pesquisa situa-se no campo da subjetividade e das representações simbólicas, foi adotada a metodologia qualitativa enquanto caminho para acessar, compreender e interpretar o significado dos discursos e das representações dos atores sociais em foco.

A METODOLOGIA QUALITATIVA

A metodologia pressupõe as concepções epistemológicas e teóricas adotadas, em consonância com as técnicas que permitem apreender o mundo social em sua complexidade, e a capacidade de articular os conceitos e categorias teóricas com o material empírico, ou seja, com a realidade que analisamos. O método, então, não é exterior, mas a própria *alma* do conteúdo, porque faz a relação entre o pensamento e a existência e vice-versa (Minayo, 1992).

A metodologia qualitativa é aquela que incorpora a questão do *significado* e da *intencionalidade* como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (Minayo, 1992). Enquanto proposta teórico-metodológica, pretende tornar explícitos os *significados* do

comportamento social do ponto de vista dos indivíduos e da coletividade enquanto *representação*.

No estudo qualitativo, a totalidade coletada visa, em última instância, atingir o conhecimento de um fenômeno histórico que é significativo em sua singularidade (Minayo, 1992). Pressupõe que um número limitado de casos é expressivo de uma situação social mais abrangente.

Para Haguette (1987), a escolha da metodologia qualitativa não se faz em oposição à quantitativa, o que reflete uma visão maniqueísta e binária da questão, mas *“como uma necessidade e uma urgência dentro da sociologia para aqueles que estão convencidos de que a sociedade é uma estrutura que se movimenta mediante a força da ação social, individual e grupal”*.

Como argumenta Minayo (1992), o termo ‘metodologias qualitativas’ carrega uma imprecisão, uma dificuldade histórica de se posicionar frente à especificidade do social. Ele supõe uma afirmação da qualidade contra a quantidade, refletindo a luta teórica entre o positivismo e as correntes compreensivas em relação à apreensão dos significados. Porém, o debate metodológico no campo das Ciências Sociais aponta para uma possível e desejável complementaridade entre as duas abordagens e um reconhecimento das especificidades de cada método em relação ao objeto em análise.

O DESENHO E AS ETAPAS DA PESQUISA DE CAMPO

Um serviço público de saúde que assiste gestantes hiv+, localizado na cidade do Rio de Janeiro, foi escolhido enquanto espaço para a realização do trabalho de campo. A justificativa para tal escolha ampara-se nos seguintes motivos: i) a existência de um programa de assistência a gestantes hiv+ estruturado, com uma equipe multiprofissional especializada e experiente neste tipo de assistência; ii) este programa é referência para o sistema público de saúde; iii) existe um fluxo permanente de gestantes hiv+ sendo assistidas, o que garantiu a inclusão de uma diversidade significativa de mulheres; iv) a equipe deste programa, por atuar no treinamento de outros profissionais e serviços de saúde na prevenção da TV, tanto no Rio de Janeiro quanto em outros municípios e estados brasileiros, assume importância estratégica para a análise do modelo e da ideologia médica na assistência à saúde das mulheres hiv+.

Devido à representatividade e importância deste programa, optou-se pelo estudo de caso, descartando-se a coleta de dados em outros serviços de saúde. Esta opção metodológica possibilitou uma permanência mais longa no campo e, conseqüentemente, uma observação

minuciosa e em profundidade da dinâmica assistencial. A inserção e o envolvimento da pesquisadora por um período de tempo prolongado em um campo institucional fortemente hierarquizado e marcado por relações de poder constituiu-se em rico manancial de dados para a análise da ideologia médica.

Foram escolhidas duas técnicas para a coleta dos dados empíricos: a observação participante e a entrevista individual semi-estruturada. Essas duas técnicas, distintas e complementares, permitiram i) uma maior abrangência de análise; ii) a abordagem das relações entre profissionais de saúde e pacientes no cotidiano do serviço de saúde; e, por fim, iii) a apreensão de discrepâncias e coerências entre discursos e práticas.

A observação participante teve como objetivo captar, através do acompanhamento das atividades assistenciais rotineiras do serviço, como se dão as relações entre profissionais e pacientes e entre os próprios profissionais enquanto equipe, visando confrontar, através de comparação com as entrevistas individuais, coerências e incoerências entre discursos e práticas, contradições entre intenções e práticas e, por fim, identificar conflitos entre posturas profissionais informadas pela ideologia médica e a vivência pessoal dos profissionais de saúde, nos marcos do modelo biomédico.

A observação participante geralmente ocorre durante um período de tempo suficiente para que o pesquisador possa coletar dados através da participação na vida cotidiana do grupo em questão. O pesquisador, ao acompanhar as atividades cotidianas, observa as pessoas para ver como se comportam, conversa para descobrir as interpretações que têm sobre as situações vividas, podendo comparar e interpretar as respostas dadas em diferentes situações (Goldenberg, 1997). Nesta etapa, faz-se minuciosa e detalhada descrição de todos os passos do processo, desde a seleção dos problemas até os resultados finais pelos quais as conclusões foram alcançadas e fundamentadas, no sentido de explicitar o método e minimizar o ‘viés’ do pesquisador. Com isso, os pares que estarão avaliando a pesquisa poderão melhor julgar os procedimentos e as condutas adotadas (Becker, 1993).

Em momento subsequente à observação participante, foram realizadas 20 entrevistas individuais com gestantes que estavam em acompanhamento no programa (ver roteiro no Anexo I). O roteiro abordou histórias de vida, representações de gênero, particularmente a questão da maternidade, a (con)vivência com o hiv, o suporte afetivo, familiar e social e, por fim, a avaliação da assistência recebida. Garantiu-se, através dessas 20 entrevistas, uma diversidade de situações de vida conjugal, familiar e social que revelaram, em parte, a complexidade da vulnerabilidade feminina ao hiv. As entrevistas com as gestantes foram encerradas quando se esgotou a compreensão dos temas propostos.

Quanto aos profissionais de saúde, toda a equipe do programa foi entrevistada, totalizando 7 entrevistas. O roteiro abordou os seguintes temas: representações de gênero e do papel materno, as vivências profissionais e pessoais relacionadas à gestação hiv+, dilemas éticos relacionados às decisões reprodutivas no contexto da infecção pelo hiv, valores afetivos, sociais e morais que informam as posturas tomadas no aconselhamento às gestantes hiv+ e a avaliação crítica da qualidade da assistência oferecida (ver roteiro no Anexo II).

A entrevista semi-estruturada, enquanto técnica de pesquisa, pretende apreender principalmente os dados ‘subjetivos’, ou seja, aqueles que se referem às atitudes, valores, opiniões e vivências dos atores sociais. Este tipo de entrevista focaliza um ou mais temas (previamente definidos em roteiro aberto) que orientam o entrevistado, embora deixando-o livre para expressar-se. Parker et al. (1995) postulam a entrevista como o método mais importante na pesquisa qualitativa porque pressupõe um contato mais íntimo, profundo e confiável entre entrevistador e entrevistado. Além disso, oferece a possibilidade de se apreender as variações individuais e as diversidades culturais e sociais, que podem ser bem exploradas. A entrevista semi-estruturada deve desenvolver um formato que possa ser reproduzido, em linhas gerais, com todos os informantes.

A HERMENÊUTICA-DIALÉTICA NA INTERPRETAÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS

Para a interpretação dos dados, foi adotada a proposta hermenêutica-dialética que pressupõe, segundo Thompson (1995), três níveis interligados de abordagem: a análise sócio-histórica, a análise discursiva e a interpretação/re-interpretação, que realiza a síntese, ou o concreto pensado.

A hermenêutica-dialética está aqui colocada não só como uma técnica de tratamento de dados mas como uma referência teórica já que, como observa Thompson, *“A divisão entre discussão teórica e análise prática perpassa profundamente as Ciências Sociais, deixando, muitas vezes, os usuários de ambas em lados opostos de um enorme abismo”* (1995:355).

Hermenêutica significa, etimologicamente, explicação e interpretação de um pensamento. No caso da pesquisa qualitativa, a hermenêutica pretende a apreensão de uma realidade simbólica a ser compreendida. Como define Gadamer (apud Minayo, 1992), hermenêutica *“é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos”*, através da linguagem. Thompson, similarmente, entende que o *“estudo das formas simbólicas é fundamentalmente e inevitavelmente um problema de compreensão e interpretação”*

(1995:357), sendo que as formas simbólicas se expressam através de ações, falas e textos significativos que podem ser compreendidos.

Este autor lembra que a hermenêutica interpreta um campo que é, ele mesmo, já interpretado, pois os sujeitos que constituem o campo social em análise são, como os próprios analistas, capazes de compreender, de refletir e de agir fundamentados nessa compreensão e reflexão. Portanto, na pesquisa social, o objeto de nossas investigações é, ele mesmo, “*um território pré-interpretado*” ou, para além de um campo-objeto, também um “*campo-sujeito*” (Thompson, 1995:358-359). Isto não é, porém, um problema indesejável para a pesquisa mas, antes, uma “*... condição de possibilidade do tipo de conhecimento que pode ser conseguido na esfera sócio-histórica*” (Thompson, 1995:360).

Há ainda outro aspecto a ser considerado: o mundo sócio-histórico se constitui como um ‘campo de força’, um território de poder e conflito onde o significado pode estar obscurecido (Thompson, 1995). Portanto, ao focalizar a atenção nas inter-relações entre significado e poder, nas maneiras pelas quais as formas simbólicas expressam relações de dominação, a análise da ideologia adquire um caráter distintivo e crítico pois levanta novas questões referentes aos usos das formas simbólicas, o que será melhor examinado adiante.

Para a hermenêutica, a linguagem é o núcleo central da comunicação, estando inserida na história social dos indivíduos. Portanto, ocupa um tempo e espaço peculiares que devem ser dimensionados. Também o pesquisador está imerso na história e na cultura, o que faz com que a hermenêutica seja inevitavelmente condicionada pelo contexto da relação entre pesquisador e pesquisado.

No processo de pesquisa, a hermenêutica traz para o primeiro plano as condições cotidianas de vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo. A compreensão de sentido orienta-se por um consenso possível entre o sujeito agente - o ator social - e aquele que busca compreender. Estabelece-se, então, uma relação de intersubjetividade que leva o pesquisador a penetrar na opinião do outro, na busca de sua racionalidade e verdade (Minayo, 1992).

Com isso, a hermenêutica distingue-se do saber técnico que faz da compreensão um conjunto de regras disciplinadoras do discurso. Apóia-se na reflexão histórica que concebe o intérprete e seu objeto como *momentos do mesmo contexto*. O contexto objetivo da comunicação é a linguagem transmitida na qual vivemos (Minayo, 1992).

A dialética, segundo Chávez (1986), é o método de interpretação que apreende os fenômenos humanos/sociais enquanto fenômenos históricos, portanto, em permanente

movimento e transformação e resultantes de contradições e conflitos - as 'molas propulsoras' do movimento.

Para apreender cada fenômeno em sua particularidade, sem desvinculá-lo da totalidade histórica, o método dialético parte do concreto real, ou seja, de um fenômeno particular, em sua existência material concreta, para, através de um processo de abstração, ou concretização progressiva, objetivá-lo enquanto *concreto pensado*, que é a síntese entre o abstrato e o concreto (Chávez, 1986). Neste processo, analisa-se a inter-relação entre os elementos que constituem o fenômeno e suas conexões com a totalidade histórica. Por isso, o método dialético, ao pretender a análise da totalidade, busca integrar o particular ao universal mas sempre tendo em vista que o mundo real é cambiante; por isso, as idéias, os pensamentos e os conhecimentos são, de certa forma, sempre relativos a um determinado momento do processo histórico.

A dialética, enquanto conceito historicamente construído, assume, segundo Minayo (1992), as seguintes significações: a) a razão humana pode mais que simplesmente descrever a realidade, na medida em que as condições de racionalidade são também produtos da ação humana objetivada; dessa forma, a razão exerce a crítica e ultrapassa os pré-conceitos; b) a tradição cultural que se expressa na linguagem está marcada pelo caráter ideológico das relações de poder, o que torna todo conhecimento necessariamente situado; c) o conteúdo crítico do método deve buscar uma interpretação que seja também transformação: é uma concepção teórico-crítica; d) o pensamento é condicionado historicamente; portanto, a crítica deve estar direcionada não só para as condições materiais da existência mas também para as superestruturas, para o mundo simbólico das idéias e representações da realidade (Minayo, 1992).

A complementaridade entre essas duas abordagens - hermenêutica e dialética - mostra-se fecunda pois ambas: a) tratam as manifestações simbólicas, a linguagem e o trabalho do pensamento como expressões históricas; b) partem do pressuposto que não há observador imparcial nem ponto de vista exterior ou fora da história; c) são modos pelos quais o pensamento produz racionalidade sem ser 'exterior' ao trabalho da razão (como no positivismo); d) estão referidas à práxis (Minayo, 1992).

Assim, a hermenêutica-dialética leva à compreensão do *texto*, da *fala*, do *depoimento* como resultantes de um processo social e de um processo de conhecimento, cada qual com significado específico, porém, articulados entre si.

Thompson propõe três fases para o processo interpretativo: a análise sócio-histórica, a análise discursiva e a interpretação/re-interpretação.

Na análise sócio-histórica, busca-se re-construir as condições sociais e históricas das formas simbólicas produzidas por determinado grupo social, que deve estar contextualizado em termos de sua inserção material/social concreta . Leva-se em conta situações de espaço-tempo, os campos de interação, as instituições sociais e as relações sociais por elas estabelecidas, entre outros.

Na análise discursiva, toma-se em conta a organização interna das formas simbólicas, expressas através da linguagem. O que está em foco, nesta fase, é a interpretação do discurso, da narrativa, da fala dos atores sociais, quando se busca apreender o sentido que estes atribuem ao que comunicam/expressam sobre si mesmos e seu mundo. Aqui, deve-se levar em conta não só as regularidades do discurso mas também suas incoerências, contradições e conflitos, já que estes podem ser mais reveladores que as coerências e consensos. É importante fazer aqui uma pontuação metodológica: os sujeitos sociais sempre procuram expressar sua visão de mundo de forma coerente. Portanto, no processo de entrevista, cabe ao pesquisador problematizar, argumentar, confrontar e debater, com o entrevistado, seus pontos de vista, no sentido de explicitar eventuais incoerências e conflitos.

Na fase de interpretação, o pensamento procede por síntese, ou seja, por construção criativa de possíveis significados ou de explicação interpretativa do que está representado. Porém, para Thompson (1995), o processo de interpretação vai além da análise sócio-histórica e da análise discursiva: ao desvelar o caráter transcendente das formas simbólicas, realiza uma re-interpretação:

“estamos [aqui] reinterpretando um campo pré-interpretado; estamos projetando um significado possível que pode divergir do significado construído pelos sujeitos que constituem o mundo sócio-histórico” (1995:376),

o que torna o processo interpretativo arriscado, cheio de conflitos e aberto à discussão.

Portanto, *“A possibilidade de um conflito de interpretação é intrínseco ao próprio processo de interpretação” (1995:376).*

Thompson enfatiza que essas três fases da interpretação não devem ser tratadas como estágios separados mas *“como dimensões analiticamente distintas de um processo interpretativo complexo” (1995:365).*

Por fim, cabe ressaltar que todo o processo interpretativo está ancorado no referencial teórico proposto. Ao se propugnar a indissociabilidade entre teoria e prática, assume-se que há uma tomada de posição epistemológica-conceitual-política que estará orientando o processo interpretativo. No marxismo, o referencial teórico é crítico, ou seja, questiona, problematiza e denuncia uma sociedade que se baseia na dominação, na exploração e na opressão. Como será

discutido a seguir, o conceito de ideologia permite empreender o que Thompson chama de “crítica da dominação”:

“... a interpretação da ideologia possui uma conexão intrínseca com a crítica da dominação, ela está metodologicamente preparada para estimular uma reflexão crítica sobre as relações de poder e dominação, e esta reflexão inclui, em princípio, a reflexão dos sujeitos que estão inseridos nessas relações” (1995:416, grifo no original).

Portanto, a análise da ideologia, por enfatizar as inter-relações entre significado e poder, assume um caráter crítico distinto e próprio. Neste sentido, algumas observações preliminares fazem-se necessárias.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS SOBRE A ANÁLISE DA IDEOLOGIA

Em primeiro lugar, como já apontado, o pesquisador, em muitos sentidos, re-interpreta um campo pré-interpretado, o que é, segundo Thompson, “...uma condição de possibilidade do tipo de conhecimento que pode ser obtido na esfera sócio-histórica” (1995:360).

Em segundo lugar, há que se considerar que os sujeitos que constituem o mundo social estão inseridos em tradições históricas, ou seja, são parte da história, e não apenas observadores ou espectadores. Há que se considerar, portanto, a “historicidade da experiência humana”, ou seja, que a experiência humana é sempre um processo em construção.

Em terceiro lugar, Thompson (1995) lembra-nos que o mundo sócio-histórico é um *campo de força*, um território de poder e conflito, onde o ‘significado’ pode ser uma máscara que obscurece ou oculta as relações de dominação. Portanto, a análise da ideologia assume um caráter distintivo e levanta novas questões concernentes aos usos das formas simbólicas e às relações entre interpretação, auto-reflexão e crítica.

Dessa forma, a interpretação da ideologia procura mostrar e ressaltar como, em circunstâncias específicas, o sentido mobilizado pelas formas simbólicas alimenta e sustenta o exercício da dominação.

ETAPAS DA INTERPRETAÇÃO

Na fase de análise sócio-histórica, a interpretação da ideologia busca apreender as relações de dominação que caracterizam o contexto específico em análise. No caso desta pesquisa, estará em foco a interpretação das ideologias de gênero e médicas e seus

entrelaçamentos no espaço-campo de um serviço de saúde, *locus* privilegiado para o exercício de relações de dominação.

Na fase da análise discursiva, buscar-se-á identificar, nos discursos das gestantes e dos profissionais de saúde, as expressões de ideologia através de seus variados mecanismos de manifestação (descritos no item 2.1).

Por fim, a análise da ideologia é um processo de “*síntese criativa*”. Na síntese, busca-se articular os resultados da análise sócio-histórica aos da análise discursiva, referenciando-os à interpretação das relações de dominação e exploração que caracterizam a sociedade como um todo e o contexto particular em foco. A criatividade revela-se no processo de construção ativa do sentido pelo pesquisador (Thompson, 1995).

Thompson chama a atenção para os riscos e conflitos necessariamente presentes, pois a interpretação da ideologia projeta um significado possível, um dentre outros que podem conflitar ou divergir entre si. Além do mais, a análise da ideologia significa uma intervenção potencial sobre a vida social, isto é, “*uma projeção que pode intervir nas próprias relações sociais que o objeto de interpretação serve para sustentar*”, o que implica em que

“Interpretar uma forma simbólica como ideologia é abrir a possibilidade à crítica, não apenas de outras interpretações (inclusive as interpretações dos que constituem o mundo social), mas também das relações de dominação em que estes sujeitos estão inseridos” (1995:380)

Por fim, cabe ressaltar que, ao se interpretar a ideologia, deve-se identificar e explicitar as expressões de resistência e de rebelião que podem emergir das representações dos atores sociais em foco. Dessa forma, pode-se compreender o quanto o significado serve para reafirmar e também *questionar* as divisões já estabelecidas, para sustentar ou transformar as relações sociais existentes. Como Thompson aponta,

*“...quando nós nos engajamos na interpretação da ideologia, nós nos estamos engajando na interpretação das formas simbólicas que são produzidas e recebidas por **sujeitos capazes de entendimento**”* (1995:413, grifo meu),

ou seja, sujeitos que também assumem posturas críticas e conscientes frente à sociedade que os explora e oprime. Assim, a própria situação de pesquisa pode provocar a reflexão crítica entre e por esses sujeitos, levando-os a questionarem suas idéias, pensamentos e representações.

O processo de interpretação dos dados empíricos, nesta pesquisa, ocorreu em vários níveis, etapas e dimensões, como exposto a seguir:

1. análise do discurso das mulheres/gestantes entrevistadas. A análise sócio-histórica, neste caso, foi delineada através do conteúdo das próprias entrevistas, quando se buscou conhecer suas histórias de vida, origens familiares, processos migratórios, estratégias de sobrevivência, entre outros aspectos que conformam o mundo sócio-histórico.

2. análise dos dados colhidos através da observação participante, quando o contexto cotidiano do serviço de saúde e as relações de poder que ali se realizam foram interpretados como relações mediadas por ideologias.

3. análise do discurso dos profissionais de saúde, já então contextualizados no serviço de saúde através do momento anterior. Nesta etapa, buscou-se confrontar discursos, representações, percepções e sentimentos com as práticas captadas através da observação participante.

No momento final, de interpretação/re-interpretação, buscou-se articular os dados dessas diversas etapas entre si, visando compreender as inter-conexões entre a ideologia de gênero e a ideologia médica neste contexto particular.

CAPÍTULO III

OS TEMAS CENTRAIS DA PESQUISA: AS CONEXÕES ENTRE AS IDEOLOGIAS DE GÊNERO E MÉDICA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES HIV+

Neste capítulo, serão apresentados os temas centrais relacionados ao objeto da pesquisa e que orientarão a interpretação dos dados. Esses temas articularão os contextos materiais de vida das mulheres à elaboração das ideologias de gênero e médica e a correlata definição histórica do papel materno. Por fim, a ideologia e o modelo biomédico relacionados ao campo reprodutivo serão problematizados, atualizados e contextualizados a partir da gravidez hiv+.

Na seqüência, serão apresentados os seguintes temas: a constituição da maternidade enquanto ideologia, a constituição da ideologia de gênero no Brasil, a transição de gênero e, correlatamente, seu reflexo sobre a família e, por fim, o modelo e a ideologia médica no campo reprodutivo, atualizados através da gravidez hiv+.

Estes temas, analisados através dos conceitos de ideologia e do feminismo marxista, serão historicamente contextualizados e estarão embasando e orientando a análise da interface entre a gravidez hiv+ e o serviço de saúde.

3.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA MATERNIDADE ENQUANTO IDEOLOGIA

A *maternidade* é uma questão central na constituição e na sustentação das ideologias de gênero. Maternidade será aqui conceitualmente interpretada enquanto uma construção social enraizada material e simbolicamente e, embora variando segundo diferentes contextos históricos, sociais, econômicos e políticos, constitui o núcleo prioritário da definição dos papéis e identidades historicamente atribuídos às mulheres.

A partir do século XVIII, em meio às profundas transformações econômicas, sociais, políticas e culturais que cimentavam as bases materiais e simbólicas da emergente sociedade capitalista, *ser mãe* consolidou-se como a principal missão feminina. Como veremos, emergem, dialeticamente articuladas, a família nuclear burguesa e a nova definição social das mulheres enquanto *esposas e mães*, situadas nesta esfera privada. Como Leon associa,

“As relações entre gênero e família se vêem como uma relação dialética. Ao mesmo tempo que estrutura as relações familiares, o gênero está constituído por essas. Essa perspectiva enfatiza a relação da família com outras relações

sociais e permite inseri-la em contextos políticos e econômicos definidos por outras relações [sociais], entre elas as de classe, etnia e idade” (1994: 36).

O papel materno, ou as formas como as mulheres *maternam* - como cuidam dos filhos, como significam afetivamente os vínculos mãe-filho, como os socializam para seus futuros papéis sociais, entre outros – são socialmente definidos e estão sempre relacionados às formas como as sociedades se organizam para a produção e a reprodução. Assim, todas as sociedades encontraram meios de produzir sua subsistência material e de organizar e significar, consoante com esta, a procriação.

Nas sociedades antigas, a produção e a reprodução eram organizadas de acordo com as normas de parentesco. Nas modernas, o mundo produtivo organiza-se em relações de mercado e classe. Além disso, as relações da produção material e a ampliação dos vínculos públicos, políticos e associativos que essas relações possibilitam - configurados no Estado - dominam e definem as relações familiares, uma esfera central da reprodução social. Porém, na medida em que a produção saiu da esfera doméstica familiar, a reprodução tornou-se ainda mais imediatamente definidora e limitadora das atividades cotidianas das famílias e das próprias mulheres.

Como aponta Chodorow ,

"A maternação das mulheres é central para a divisão do trabalho por sexos. A função materna das mulheres tem profundos efeitos nas suas vidas, na ideologia sobre elas, na reprodução da masculinidade e desigualdade dos sexos, e na reprodução de determinadas formas de força de trabalho. As mulheres como mães são agentes decisivos na esfera da reprodução social" (1990: 28)

Até onde a função materna é uma questão circunscrita pela natureza biológica é uma discussão que se trava até os dias de hoje. Afinal, quando olhamos para o mundo animal, ao qual pertencemos, é inegável que as fêmeas desempenham, na maioria das espécies, a função de gerar, parir, aleitar e cuidar dos filhotes até sua independência para sobreviverem. Mas não cabe aqui determo-nos sobre o debate biológico-social sobre a maternidade, embora o discurso ideológico sobre ela tenha se ancorado na tese do *instinto materno*. A natureza quase sagrada do amor materno é um valor e uma representação profundamente arraigados nas sociedades até nossos dias.

Um breve olhar para a História permite situar a emergência e consolidação de uma nova forma de organização familiar - a *família nuclear burguesa* - e a correlata definição social das mulheres enquanto *esposas e mães*.

Ariès, ao focar a história da família a partir da vida cotidiana, mostrou como o *sentimento* de família, como o conhecemos, data de fins do século XVII e início do século

XVIII. É neste período que ocorre “(...) *o recolhimento da família longe da rua, da praça, da vida coletiva, e sua retração dentro de uma casa melhor defendida contra os intrusos e melhor preparada para a intimidade*” (Ariès, 1978:23).

Assim, o processo de **privatização da vida familiar** está historicamente articulado à emergência da família nuclear burguesa, que constituirá a base social da sociedade capitalista.

Engels (1981) associou as formas de organização familiar ao surgimento da propriedade privada e do Estado. Para ele, a família patriarcal e individual moderna corresponde ao desenvolvimento da propriedade privada, constituindo a premissa para a cisão histórica, própria da era burguesa, entre esfera pública e esfera privada, sendo que esta última se desenvolve simultaneamente com a propriedade e a família.

É, portanto, neste espaço privatizado que surge um sentimento novo entre os membros da família, particularmente entre mãe e filho: “*o sentimento de família, ‘essa cultura’, centralizava-se nas mulheres e crianças, com um interesse renovado pela educação das crianças e uma notável elevação do estatuto da mulher*” (Ariès, 1978:25).

Ariès interpreta que esse sentimento, de recolhimento e valorização da intimidade, significou a incorporação do modelo de sociabilidade próprio do individualismo liberal burguês, correlato à constituição do indivíduo ‘livre’ para competir no mercado.

Não casualmente, o apego pelas crianças emerge neste período:

“E a mãe encontrava sua alegria no meio de seus filhos, que não mais pertenciam a um meio intermediário entre o ser e o não ser: ‘a companhia de meus filhos é minha única delícia’. Observamos aqui ao vivo a relação entre os progressos do sentimento da infância e os progressos da higiene, entre a preocupação com a criança e a preocupação com a saúde, outra forma dos laços que uniam as atitudes diante da vida às atitudes diante da morte” (Ariès, 1978:268).

A educação das crianças - neste momento, já formalizada na instituição escolar - passa a ser o investimento prioritário da família, demonstrando a necessidade de qualificá-las para disputarem o mercado de trabalho.

Assim,

“a família moderna [...], separa-se do mundo e opõe à sociedade o grupo solitário de pais e filhos. Toda a energia do grupo é consumida na promoção das crianças, cada uma em particular, e sem nenhuma ambição coletiva: as crianças, mais do que a família” (Ariès, 1978: 271).

As transformações na família proletária foram mais tardias, ocorrendo já no século XIX. É somente a partir deste período que os trabalhadores agrícolas passaram a residir em

casas próprias, separadas dos patrões. Esse fato demarcaria, segundo Ariès (1978), a incorporação do modelo burguês de família pela classe trabalhadora.

Portanto, as elaborações sociais e culturais sobre o significado da maternidade estão historicamente associadas à emergência do capitalismo, um sistema social que transforma e revoluciona desde as regras mercantis até os mais íntimos sentimentos que unem os indivíduos entre si.

Badinter (1985) situa entre os séculos XVIII e XIX a emergência da representação de maternidade tal como a conhecemos, ou seja, baseada na idéia do amor natural, instintivo, das mulheres por seus filhos. É a partir de 1760 que surgem as primeiras publicações recomendando às mulheres que cuidassem de seus filhos, o que incluía forte ênfase sobre a amamentação. Segundo Badinter, o que distingue esses textos dos de períodos anteriores é

"(...) a exaltação do amor materno como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. [...] Nesse fim do século XVIII, o essencial, para alguns, é menos educar súditos dóceis do que pessoas, simplesmente: produzir seres humanos que serão a riqueza do Estado" (1985: 146).

É, portanto, na emergência do Estado e das nações modernas que surgem as preocupações com a necessidade de crescimento populacional. A mudança de postura em relação à criança estava, portanto, vinculada a essas mudanças e à necessidade do Estado de se afirmar enquanto potência (Badinter, 1985). Correlato ao fomento do crescimento populacional, surgiram discursos sobre a inerência da maternidade, dos benefícios que esta trazia para as mulheres e os conseqüentes malefícios quando este objetivo não era realizado. Neste discurso, as mulheres foram consagradas como o eixo da família, responsáveis pela casa e pela criação de filhos moral e fisicamente sadios, os 'futuros cidadãos honrados de quem dependiam os destinos das nações'.

Esse 'apelo' foi sendo gradativamente correspondido, já que este novo papel permitiria às mulheres alcançar um status social valorizado: tornarem-se necessárias à sociedade através do trabalho reprodutivo familiar, com a conseqüente valorização de sua posição social. "*Sede boas mães, e sereis felizes e respeitadas. Tornai-vos indispensáveis na família, e obtereis o direito de cidadania*" (Badinter, 1985:147), era a mensagem implícita.

Embora a transição para este novo papel transcorresse lentamente, as mulheres do final do século XVIII, e sobretudo as do século XIX, tanto as abastadas quanto as pobres, introjetaram o papel da 'boa mãe'. Inicia-se, segundo Badinter (1985), a 'era das provas de amor', tornando-se o bebê e a criança os objetos privilegiados da atenção materna. Não casualmente, data do século XIX a presença de um novo personagem no seio das famílias: o

médico, que torna-se um fiel cúmplice e conselheiro das mães, passa a difundir as normas higiênicas que irão regulamentar o cuidado com a saúde das crianças.

Porém, as mulheres pobres, camponesas e operárias, viviam outra realidade e sua tardia adesão ao novo papel materno deu-se por outros percursos. Seus filhos começavam a trabalhar ainda na infância, já contribuindo para a subsistência familiar. As precárias moradias da época revelam que não havia espaço para a intimidade familiar. As mães não tinham tempo para cuidar dos filhos, muito menos para promover-lhes atenção, carinho e educação. As taxas de fecundidade, ainda altas, faziam com que as mulheres pobres tivessem muitos filhos, o que tornava irrealizável o ideal de dedicação materna.

Ao final do século XVIII e início do século XIX, a mortalidade de crianças pobres ainda era altíssima, assim como seu abandono em asilos, o que demonstra que

"...subsistem grandes diferenças entre as atitudes das mães, que reagem de maneira muito diferente segundo sua classe social.[...] Problema e necessidade para umas, imposição ou opção para outras, a chegada do filho à família é diferentemente vivida pelas mulheres" (Badinter, 1985:227).

Com a consolidação do Estado capitalista, a função paterna passa a ser gradativamente assumida por instituições sociais que, doravante, transmitirão os valores da ordem, do respeito e da obediência, preparando os futuros cidadãos para uma vida 'digna e laboriosa', já então como força de trabalho 'livre' e, preferencialmente, disciplinada e submissa. O Estado, assim, passa a controlar a família através de suas instituições, com especial empenho e colaboração dos médicos.

Badinter vê nisso a substituição do patriarcado familiar pelo 'patriarcado de Estado'. As crianças da classe trabalhadora eram o objeto primordial dessa 'preocupação' e dessa política 'pedagógica' pois deveriam ser adequadamente socializadas para sua futura função enquanto força de trabalho explorada. O surgimento das instituições sociais, portanto, refletiu a necessidade de aperfeiçoar o controle político-pedagógico sobre a classe trabalhadora. A medicina e o aparato sanitário desempenharão, como examinaremos adiante, papel estratégico nessa política.

3.2 A MODERNIZAÇÃO DA IDEOLOGIA DE GÊNERO NO BRASIL

Um olhar sobre a história brasileira do último século permite compreender como aqui se instituiu uma ideologia de gênero que ancorou os interesses do capitalismo para que este se apropriasse vantajosamente da força de trabalho feminina reforçando os papéis domésticos e

familiares das mulheres. Ao longo deste processo, as mulheres entraram massivamente na força de trabalho em condições desvantajosas e sem que houvesse uma re-definição da divisão sexual do trabalho doméstico.

O debate político público sobre a moralidade sexual, o casamento e as relações entre os gêneros, iniciado na década de 1920, tornou-se de vital importância para a implementação do projeto de desenvolvimento econômico que garantisse a manutenção da estabilidade social. Este projeto político, segundo Besse (1999), pretendia, entre outros aspectos, assegurar o engajamento das mulheres, e da família, nas tarefas de reprodução social segundo os interesses dominantes.

Assim, o emergente sistema de gênero, enquanto produto do conflito social e político, tornou-se um dos pilares sobre os quais ergueu-se e legitimou-se a nova organização do Estado brasileiro.

Do ponto de vista econômico, o trabalho remunerado feminino foi tornando-se cada vez mais necessário à subsistência familiar (para análise da força de trabalho feminino nos primeiros Censos brasileiros, ver Saffioti, 1969). Porém, no plano político-ideológico, restava um problema: como conciliar o emprego feminino com a necessidade de ligar estreitamente as mulheres a seus deveres familiares e a preservar a divisão sexual do trabalho dentro da família?

Essa contradição não teria solução a longo prazo mas, nas primeiras décadas do século XX, os discursos políticos, sociais e culturais dominantes passaram a defender que o emprego feminino, já que inevitável, só era admissível se permitisse às mulheres manterem-se seus papéis familiares, preservando os estereótipos da feminilidade. Como aponta Besse,

"Era crucial para a estabilidade da família (e, por extensão, para a ordem pública) e essencial para os empregadores que buscavam manter baixos os custos da mão de obra, que o emprego feminino continuasse a ser 'complementar' ao emprego masculino" (1999:147).

Assim, o Estado brasileiro passou a intervir cada vez mais na esfera 'privada' da vida social. Os médicos, entre outros profissionais, foram atores fundamentais na elaboração e difusão desse discurso ideológico que pretendia, além de exercer controle político sobre os movimentos sociais contestatórios, criar uma força de trabalho competente e submissa mediante a promoção da organização familiar, da saúde e da moralidade 'comportada'. Para esse fim, tornou-se fundamental "... ajudar a disseminar os padrões burgueses de higiene e moralidade" (Besse, 1999:92).

A recomendação para o casamento, apoiada no discurso higiênico, proclamava a necessidade moral e médica de todos os indivíduos se casarem e orientava as escolhas conjugais "... *de modo a melhor preservar a higiene social e a ordem pública*" (Besse, 1999:73).

Concomitantemente, o Estado promulgava leis para regulamentar o trabalho de mulheres e crianças, refletindo o novo consenso social sobre a importância de proteger a infância, cabendo ao Estado o direito e a responsabilidade de controlar o modo como as famílias cuidavam dos filhos. Para tal missão, um número crescente de profissionais de saúde, assistentes sociais, professores e outros correlatos assumiam a tarefa de 'educar' as mães pobres, pois proteger as crianças 'desfavorecidas', significava, para além de interesses humanitários, a necessidade de evitar que as futuras gerações tornassem-se 'perniciosas' à sociedade. O sentido moral-ideológico dessa verdadeira 'cruzada' expressava-se enquanto a redenção do país da 'degeneração moral' e, correlatamente, da 'anarquia política' (Besse, 1999).

As técnicas de controle social, fundamentais para a elaboração e difusão dessa ideologia, amparavam-se crescentemente no discurso 'moderno' das classes profissionais urbanas ascendentes. Esses profissionais liberais, representando os interesses das classes dominantes e do Estado, procuravam impor padrões novos e mais funcionais de relações familiares, agora baseados na 'ciência'. Como analisa Besse,

"Mediante a promoção de meios mais sutis de controle (exercidos através de escolas, serviços médicos, organismos de assistência social, tribunais e legislação, bem como de novos apoios estatais a iniciativas da Igreja), o Estado [brasileiro] procurava legitimar o casamento e a família nuclear como instituições biologicamente naturais e socialmente necessárias para todas as classes sociais e, com isso, assegurar a permanente subordinação dos interesses individuais das mulheres aos interesses coletivos" (1999:7).

O discurso profissional apregoava a transitoriedade do emprego feminino, que deveria estar voltado apenas para complementar o bem estar da família. Paralelamente, o setor de serviços expandia-se rapidamente e os empregadores 'descobriam' que as mulheres estavam 'naturalmente' mais qualificadas para estes novos postos de trabalho, evidentemente com salários mais baixos que os homens e sem 'violentar' sua feminilidade e seu papel doméstico.

Besse chama de 'nova lei biológica do trabalho' as considerações profissionais - médicas, jurídicas e legislativas - que surgiram para regulamentar o trabalho feminino, sem, contudo, emancipar as mulheres da antiga "*lei biológica da condição de esposas e mães*" (1999:151).

A partir da década de 1930, constituiu-se, no Brasil, uma força de trabalho segmentada por sexo, quando formulou-se uma legislação específica para regulamentar o trabalho feminino e que procurava proteger a maternidade das trabalhadoras. A estrutura sexuada do emprego revelava como o trabalho das mulheres era, 'naturalmente', uma extensão de seu trabalho doméstico. As mulheres pobres, particularmente, já empregavam-se principalmente como empregadas domésticas. Como Besse mostra,

"Em sua enorme maioria, as mulheres encaminhavam-se para funções 'femininas' aborrecidas, rotineiras e não-prestigiadas, que raramente pagavam um salário compensador, tornando uma ilusão a meta de real independência. Com menos opções de trabalho que os homens, as mulheres tinham menos poder de barganha e, por isso, precisavam trabalhar por remuneração consideravelmente menor do que os homens de mesmo nível educacional" (1999:165).

Desta forma, o Estado brasileiro, respondendo às necessidades da expansão econômica, empreendeu inúmeras tentativas de modernizar a família para uma reprodução social 'eficiente'. O sistema de gênero, que surgiu a partir da década de 1930, foi profundamente moldado pelas tradições autoritárias e pela estrutura hierárquica de classes do Brasil, desempenhando papel essencial na manutenção, sob novas formas, das desigualdades sociais (Besse, 1999).

Embora a ideologia não diferencie, esse novo sistema de gênero afetou diferentemente e, por vezes, contraditoriamente, as mulheres das diferentes classes sociais. Embora no plano jurídico formal todas tenham conquistado os direitos de cidadania plena, a maioria das brasileiras não conseguiu exercer quaisquer direitos. Além disso, ocupando empregos mal remunerados, seus salários apenas suplementavam a renda familiar e estavam longe de lhes permitir alcançar qualquer autonomia individual. Como conclui Besse, "... compreender a revisão do sistema de gênero no Brasil do início do século XX é essencial para que se entenda de que modo ocorreu a modernização sem perturbar fundamentalmente a estrutura de desigualdade" (1999:12)

3.3 RUMO A UMA 'TRANSIÇÃO DE GÊNERO': A ATUALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

O conceito de *transição de gênero* (Giffin, 1994) explicita as mais recentes transformações que vêm provocando profundo impacto nos papéis e identidades femininos. Apontando que, nas famílias da classe trabalhadora, a diminuição do número de filhos e a entrada de outros membros da família na força de trabalho não permitiu a essa classe sair da

pobreza, analisa as contradições nas estratégias de sobrevivência das famílias de baixa renda que passam a requerer tanto a renda de mães com filhos pequenos como a dos próprios filhos menores de idade. Nestas condições, o aumento da oferta de mão de obra em atividades ‘informais’ diminuiu os ganhos de todos, homens e mulheres; a necessidade de cuidados com os filhos menores passou a ser confrontada com a necessidade da mãe trabalhar fora; e a necessidade de renda dos filhos menores vem dificultando sua escolarização, condição essencial para almejar um futuro melhor.

Na medida em que a reprodução depende cada vez mais da participação das mulheres na força de trabalho remunerada, a necessidade destas gerarem renda tornou-se uma obrigação, inclusive aceita pelos homens (Giffin, 1994). Esta *transição de gênero* é ideologicamente representada como uma ‘nova mulher’ que conquista independência através de seu trabalho remunerado, o que encobre a intensificação da exploração da classe trabalhadora e o aprofundamento da ‘dupla jornada’ das mulheres, contribuindo para a reprodução das desigualdades de classe social:

*“... a inserção crescente da mulher de baixa renda no mercado de trabalho remunerado é um indicador da derrota da classe trabalhadora na sua luta por melhores salários. Na medida em que facilita o trabalho remunerado da mulher empregadora, é um dos mecanismos que garante as vantagens relativas desta classe na reprodução da **sua** força de trabalho, sua qualificação melhor e, portanto, a manutenção da desigualdade entre as classes. A ideologia da ‘nova mulher’ que controla sua fecundidade e atua no mercado de trabalho remunerado normaliza e legitima a transformação....”* (Giffin, 1994).

A maternidade é exemplar para ilustrar essa discussão: embora persista, no imaginário social, o ideal de realização feminina através da dedicação aos filhos, as condições de vida das mulheres pobres para realizar este ideal estão longe disto. Sem desconsiderar as imensas recompensas afetivas que os filhos proporcionam, especialmente para aqueles(as) que têm poucas oportunidades para realizações pessoais, profissionais e/ou culturais, como ter tempo para conviver com os filhos tendo que trabalhar exaustivamente, ganhando tão pouco e sem tempo e energia livres para estar emocionalmente disponível para eles? Com quem deixá-los enquanto se está trabalhando a maior parte do tempo e não se conta - ou não se tem - uma família próxima que ajude a cuidar, socializar e educar as crianças? Como estimulá-las para o estudo quando os pais e parentes abandonaram a escola tão precocemente, e eles mesmos precisam ganhar renda, premidos pelas necessidades de subsistência? Esta situação evidencia a distância entre um discurso que idealiza – ideologiza - a ‘conquista da independência’ feminina e a realidade concreta de vida da maioria da população.

A transição de gênero, portanto, remete à discussão da família enquanto “[...] *um locus preponderante de articulação entre as esferas de produção e reprodução, tanto material quanto ideologicamente*” (Giffin, 1994). Esta discussão é aqui pertinente na medida em que, para a classe trabalhadora, a família constitui-se em uma das principais – quando não a única – base de apoio material e afetivo para assegurar a sobrevivência individual e coletiva.

FAMÍLIA E REDES DE APOIO SOCIAL

Partindo da constatação da diversidade de situações familiares encontrada no continente latino-americano, Aguirre & Fassler sugerem que a expressão 'arranjos familiares' seria mais adequada para caracterizar a organização familiar no continente. Este termo pressupõe o reconhecimento de uma ampla diversidade de expressões familiares, o que permite distinguir entre a família como uma construção ideológica e a real experiência de homens e mulheres que vivem em diferentes arranjos domésticos (Aguirre & Fassler, 1994). Essa interpretação, portanto, confronta a ideologia da família nuclear como 'norma' e confirma a estreita dependência entre as transformações macro-estruturais da sociedade e a dinâmica estruturação – econômica, social, cultural e afetiva – da família (Vaitsman, 1994).

Jélin observa que a imagem de um grupo doméstico mantido por um único salário - do provedor - foi poucas vezes alcançado na prática, especialmente nas classes trabalhadoras. Tanto no passado quanto no presente, o salário do chefe da família operária é complementado pelos salários de filhos e filhas jovens e solteiros. Até pouco tempo, e em menor medida, também pelo trabalho assalariado de mulheres casadas sem filhos. A grande mudança das últimas décadas reside no aumento da participação, na força de trabalho, das mulheres casadas com filhos menores, o que demonstra o aprofundamento da crise econômica e seu impacto na subsistência familiar (Jélin, 1994). Em 1980, por exemplo, 20% das brasileiras casadas trabalhavam; em 1990, essa proporção aumentou para 38% (Bruschini, 1994). Jélin argumenta que, somente quando as taxas de participação de mulheres casadas, e das casadas com filhos, começam a subir - e especialmente em atividades econômicas que implicam sair de casa e da domesticidade - é que o modelo de estruturação da família começa a ver-se ameaçado de desintegração (1994).

Estará em curso, então, uma crise na família atual? Estará ela, enquanto instituição histórica, desaparecendo ?

Durham (1983) argumenta que, para responder a essas questões, é necessário analisar em que medida as variações familiares existentes correspondem a adaptações ou extensões do

modelo hegemônico ou até que ponto implicam em sua contestação. Para tal análise, porém, é necessário distinguir o significado da família para as diferentes classes sociais.

Segundo interpreta esta autora, para as classes populares, o aumento de famílias matrifocais, sem provedor masculino estável, *“podem ser antes uma demonstração da impossibilidade de organizar a existência em termos mínimos aceitáveis do que, na verdade, um modelo alternativo de família”* (Durham, 1983: 34). Na medida em que se preserva a tradicional divisão sexual do trabalho – pai-provedor e mãe-doméstica - mesmo em lares onde as mulheres contribuem para o sustento familiar, *“exceções ao modelo, mesmo freqüentes, não significam necessariamente nem sua contestação nem a emergência de modelos alternativos”* (1983: 35).

Vasconcelos, ao analisar o significado da família para a classe trabalhadora, argumenta que, para esta classe,

“A vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória, para a transmissão de conhecimentos e informações e para a compensação da pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato” (1999:9)

Assim, a família representa, para os trabalhadores, um espaço de conformismo e adaptação mas também de resistência a esta sociedade exploradora e opressora. Ao mesmo tempo que mantém e reforça a subordinação feminina, protege as mulheres e crianças da violência social; reproduz a dominação masculina mas também é um espaço de resistência à subordinação dos homens ao mundo do trabalho; assegura a reprodução da força de trabalho para o capital mas garante a sobrevivência material e simbólica da própria classe trabalhadora. É não só núcleo de tensões e conflitos mas o lugar onde se obtém prazer, afeto e reconhecimento (Vasconcelos, 1999).

Com a decadência da família centrada na autoridade patriarcal e a entrada em cena dos valores da 'modernidade', que proclamaram a importância da autonomia individual e a liberalização da sexualidade, surgiram anseios das mulheres por um reconhecimento de sua individualidade. Vaitsman identifica que *“os conflitos entre os valores igualitários e as práticas hierárquicas presentes na estrutura da família conjugal moderna a floraram e ela entrou em crise, transformou-se”* (1994:17)

A extensão desses valores 'modernos', que implicam na liberdade para a eleição do cônjuge sobre a base do amor romântico, e a crescente expectativa social de dar vazão a sentimentos, implicaram também no reverso: a liberdade de cortar vínculos quando o amor

acaba ou quando a convivência é conflituosa (Vaitsman, 1994). A relativa autonomia econômica das mulheres contribuiu para essa situação.

Mas se, por um lado, as aspirações das mulheres por maior independência e liberdade tornaram-se 'universais', por outro, a preservação da família continuou a requerê-las tanto no mercado de trabalho como em seus papéis de gênero tradicionais, em suas funções domésticas e agregadoras, especialmente considerando-se a tendência crescentemente competitiva e desagregadora do mundo atual. Este processo produz conflitos e contradições para as mulheres das camadas populares que, se por um lado, aspiram a maior liberdade e autonomia, por outro, lutam para conciliar a necessidade de gerar renda com a árdua tarefa de preservar a agregação familiar e mesmo de 'constituir sua própria família' em situações onde é freqüente o abandono do homem/provedor/pai em função de suas dificuldades de competir no mercado de trabalho, e a conseqüente falta de preenchimento de seu papel de provedor.

Vasconcelos (1999) ressalva que o neoliberalismo, através dos programas de ajuste da economia, tem funcionado como fator desagregador da sociedade, o que aumenta a vulnerabilidade das famílias, particularmente entre os mais pobres. O aumento de famílias chefiadas por mulheres é um indicador desta situação. A questão migratória, que atinge especialmente os homens em idade produtiva, é também sintoma dessa conjuntura crescentemente desagregadora.

Estudos dos anos 70 em países latino-americanos constataram que, nos momentos de maiores dificuldades econômicas, sociais e políticas, a inserção das famílias em redes maiores de parentesco e vizinhança assumiu importante papel na criação de mecanismos de sobrevivência (Lomnitz, 1975). Como confirma Jélin (1994), as redes horizontais de mútua ajuda continuam a funcionar, na cotidianidade, como sistema de seguridade social informal ao qual se recorre em situações de emergência, como doença e morte, perda de emprego, crise de habitação, proteção frente à violência, entre outras. Estas redes são formadas e mantidas basicamente por mulheres, no âmbito da domesticidade. Este fenômeno estrutura as relações sociais urbanas cotidianas e sua necessidade tende a crescer na proporção inversa dos serviços públicos ofertados pelo Estado, especialmente em contextos econômicos recessivos.

Há que se considerar, porém, que nem toda a população urbana está imersa em redes de relações informais, e que estas nem sempre são estáveis e previsíveis, especialmente em situações de amplo desemprego. Atualmente, há evidências de que as situações de pobreza e incerteza mais extremas estão associadas justamente ao enfraquecimento ou à ausência de tais redes de pertencimento. Como aponta Castel,

“... a ausência de participação em qualquer atividade produtiva e o isolamento relacional conjugam seus efeitos negativos para produzir a exclusão, ou melhor... a desfiliação. A vulnerabilidade social é uma zona intermediária, instável, que conjuga a precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de proximidade.” (1998:24)

Ademais, a longo prazo, as redes de ajuda mútua não podem - ou não conseguem - substituir os serviços de bem-estar do Estado. Estas podem chegar a se fortalecer nestas situações mas também destruir-se quando a carga de demanda é excessiva para os recursos e as pessoas que podem satisfazê-las (Jélin, 1994).

Atualmente, a separação e/ou abandono do homem-provedor-pai parece levar quase inexoravelmente ao aprofundamento da pobreza e da vulnerabilidade das mulheres e seus filhos nesta situação. Neste contexto desagregador, cada vez mais bebês já nascem ‘sem pais’, sendo filhos de mães (adolescentes ou não) que sequer constituíram uma relação de convivência com o pai biológico. Um estudo epidemiológico realizado em 1992, em Pelotas, RS, mostrou que, das 6 mil crianças nascidas naquele ano, 8% do total já nasciam sem “pai”, neste sentido. Porém, entre as mães nas faixas de renda igual ou inferior a um salário mínimo, essa proporção era de 20% (Victoria et al., 1988). A possibilidade dos pais biológicos ‘assumirem’ seus filhos depende principalmente de recursos financeiros nem sempre disponíveis nos setores de baixa renda. Giffin e Cavalcanti confirmam o agravamento dessa questão: em 1996, na região sul do país, 21% das crianças abaixo de 15 anos viviam em famílias em que falta pelo menos um dos pais, sendo que, na região nordeste, essa proporção era de 34% para crianças da mesma faixa etária (Giffin e Cavalcanti, 1999)

Nestes casos, estamos frente à precarização das redes sociais **no interior** da família, na medida em que o ‘núcleo reprodutivo’ é reduzido ao núcleo biológico ‘mãe e filho’, que pode ser acolhido, ou não, por outras relações familiares, geralmente também constituídas por mulheres, como mães, avós, irmãs ou tias.

Contribuindo para o agravamento da situação, há que se considerar, a partir dos anos 80, a retração na oferta de serviços públicos, efeito direto e perverso das políticas neo-liberais em curso, cujas conseqüências recaem especialmente sobre as mulheres, as principais encarregadas das tarefas reprodutivas. Alguns estudos mostram que, nestas situações extremas, as mulheres contam mais com a ajuda e proteção de seus parentes consangüíneos que de seus companheiros ou maridos (Jélin, 1995).

Além disso, as mulheres pobres de países periféricos têm sido um dos atores privilegiados pelos governos e agências financeiras para o desenvolvimento de políticas ‘mínimas’ e focais, sendo que elas, sob a premência da dramática situação de sobrevivência

cotidiana de suas famílias, intercambiam lealdade política por bens mínimos que reforçam sua submissão à discriminação de gênero (Laurell, 2000).

Portanto, os efeitos da transição de gênero, num contexto de agravamento das condições de sobrevivência, circundam e condicionam as relações familiares, o que afeta particularmente as condições para se ter e criar filhos e, em última análise, toda uma geração de jovens nascidos neste contexto.

3.4 CIÊNCIA, IDEOLOGIA MÉDICA E O CORPO DA MULHER

Como argumenta Berman (1997), a ciência de uma sociedade não existe isoladamente: é uma função importante e poderosa da própria sociedade e seus usos e práticas estão, historicamente, sob o controle de seu setor dominante. Porém, não são só os **usos** da ciência que são politicamente controlados: a própria ideologia que norteia a construção do conhecimento científico “(...) *tanto reflete a crescente polarização social e econômica entre governantes e governados como a reforça com dicotomias conceituais que justificam sua existência: cérebro versus corpo, natureza versus criação, etc*” (Berman, 1997:248).

Dessa forma, o pensamento dualista, surgido na Grécia antiga, e o paradigma mecanicista que emergiu a partir do século XVI, inauguram a ‘nova ciência’ que vai se tornar, no capitalismo, “(...) *o alicerce ideológico para a permanente subordinação das mulheres no mundo ocidental*” (Berman, 1997:252).

Assim, as concepções da medicina sobre o corpo enquanto ‘máquina’, e do médico como um ‘mecânico’, inauguradas no século XVII, produziram metáforas sobre o corpo feminino ainda atuantes no imaginário social. Um exemplo contemporâneo é o parto cirúrgico, tomado pelos médicos como o parto ‘perfeito’ porque inteiramente dominado pela tecnologia médica e onde a mulher não desempenha papel ativo (Martin, 1984).

O enfoque biomédico, consoante com os paradigmas da moderna ciência ocidental, passou a definir e tratar a doença enquanto um transtorno funcional, orgânico e individual, cabendo ao médico restaurar nos indivíduos sua ‘normalidade’ funcional, produtiva e reprodutiva. Em decorrência, a prática médica, ideologicamente, homogeneiza os indivíduos, suprimindo suas condições sociais, de sexo/gênero, de cultura e de raça.

Boltansky (1979) analisou como, no capitalismo, as práticas médicas, enquanto mecanismos de reprodução, estão imbricadas em uma estrutura de classes através, de um lado, do uso do corpo, cujas determinações primeiras estão relacionadas ao sistema produtivo e, de outro lado, da medicina científica que, do ponto de vista ideológico, exerce sobre aquele um

poderoso controle. Contudo, para além de corpo produtivo, o corpo feminino, também corpo reprodutivo, encerra aspectos particulares que o tornam objeto de intervenção e controle político.

A história da afirmação da medicina científica sobre o saber empírico feminino relacionado à saúde exemplifica as estreitas conexões entre o controle político sobre a reprodução, a proscricção do saber feminino e a definição ideológica das mulheres enquanto esposas e mães.

SABER MÉDICO X SABER FEMININO: UMA HISTÓRIA DE EXPROPRIAÇÃO

Durante séculos, as mulheres desempenharam importante papel como enfermeiras, conselheiras, aborteiras, parteiras. Por isso, foram as principais afetadas pelo processo de instauração da medicina científica como profissão, iniciado na Europa Ocidental por volta do século XV (Meloni, 1999).

A competição entre médicos e parteiras estendeu-se por séculos. Durante o século XVI, as parteiras tentaram juntar-se ao Colégio de Físicos, sem sucesso. Sem acesso ao conhecimento científico institucionalizado e às universidades, elas foram tendo, pouco a pouco, usurpada sua hegemonia na prática obstétrica (Meloni, 1999).

A desarticulação da curandeira, da parteira, da mulher que manejava ervas e poções é concomitante à caça às bruxas, que atinge seu apogeu na Europa dos séculos XV e XVI, levando milhares de mulheres às fogueiras inquisitoriais, a maioria acusada de exercer a cura. O discurso médico e o discurso inquisitorial vão, lado a lado, instituindo a bruxa na parteira e na curandeira. Como mostrou Michelet, um historiador do século XIX,

“O único médico do povo, durante mil anos, foi a feiticeira. Os imperadores, os reis, os papas, os mais ricos barões tinham alguns médicos de Salerno, mouros, judeus, mas a massa de todo o Estado consultava apenas a mulher sábia (...) Isso valia uma recompensa. Elas a tiveram. Foram pagas em torturas, em fogueiras...[...]A feiticeira, finalmente, está morta, não pelas mãos do inquisidor, mas pelas do médico, do botânico, do químico, do sábio naturalista, que lhes roubam as funções, doravante oficiais.” (Michelet, 1992:30-31)

Associando a institucionalização de um sistema médico de saber e poder à necessidade de disciplinar o corpo para submetê-lo e adaptá-lo às difíceis condições do trabalho industrial, Muraro relaciona que

“Quando cessou a caça às bruxas, no século XVIII, houve grande transformação na condição feminina. A sexualidade se normatiza e as mulheres se tornam frígidas, pois orgasmo era coisa do Diabo e, portanto, passível de

punição. Reduzem-se exclusivamente ao âmbito doméstico, pois sua ambição também era passível de castigo. O saber feminino cai na clandestinidade, quando não é assimilado como próprio pelo saber médico masculino, já solidificado. As mulheres já não têm mais acesso ao estudo como na Idade Média e passam a transmitir 'voluntariamente' aos seus filhos valores patriarcais, já então totalmente introjetados por elas. [...] E, com a caça às bruxas, se normatiza o comportamento de homens e mulheres europeus, tanto na área pública como no domínio do privado. E assim se passam os séculos. A sociedade de classes, que já está construída nos fins do século XVIII, é composta de trabalhadores dóceis que não questionam o sistema" (1991:16-17)

A medicina desempenhará, a partir de então, um papel estratégico na disciplinarização dos corpos, particularmente do corpo feminino. O discurso médico institucionalizado passa a medicalizar o corpo feminino, definindo-o como doentio e sujo e necessitando, portanto, de intervenção médica: a menstruação passa a ser descrita como doença, a gravidez, parto e puerpério são cercados de regras e proibições, as dores menstruais e ovulatórias se tornarão objeto de conduta medicamentosa; as secreções vaginais indicam sinal de infecção e, mais recentemente, a menopausa também torna-se passível de intervenção.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CONTROLE MÉDICO SOBRE A REPRODUÇÃO NO BRASIL

No Brasil, os primeiros programas específicos destinados aos cuidados materno-infantis datam do final do século XIX. Nas décadas de 1910 e 1920, o poder crescente do movimento eugenista, de forte cunho racista, havia elevado o bem-estar da mãe e da criança a um novo status de prioridade. Seus defensores, a maioria médicos, associavam a nova 'ciência do aperfeiçoamento moral e físico da espécie humana' à promoção da 'harmonia social e da saúde política' (Besse, 1999). Neste período, a medicina investiu enfaticamente sobre a importância da relação mãe-filho: estabeleceu-se a relação entre aleitamento e mortalidade infantil e, através de argumentos científicos de base biológica, os médicos tentavam demonstrar que a mulher deveria se situar no lar e se dedicar de 'corpo e alma' à maternidade.

A expansão de serviços públicos de saúde, iniciada na década de 1930, juntamente com a ampliação da assistência à saúde das mulheres, emerge em função das preocupações com a saúde materno-infantil (Meloni, 1999). Neste contexto, o que se define como 'saúde da mulher' passa a ser a 'mulher de boa saúde para gerar filhos sadios'.

Neste processo, os médicos passaram a definir regras para a moderna criação 'científica' das crianças, além de promoverem iniciativas privadas e públicas para 'protegê-

los'. As mulheres passam a ser enaltecidas como agentes protagonistas do projeto higiênico, principais colaboradoras na promoção de uma 'pátria saudável'.

Inicialmente, o discurso médico definia a mulher como o sexo naturalmente adequado para os cuidados com a infância; segundo os médicos, tudo na organização biológica das mulheres estaria voltado para a procriação. Dessa forma, ironicamente, a 'inferioridade' biológica da mulher passa a ser significada positivamente.

Posteriormente, ampliou-se a idéia de diferença anatômica para o psiquismo, definindo-se uma diferença mental: a mulher é mais delicada, sujeita a emoções, sem controle, frívola, volúvel, inconstante. A partir daí, o matrimônio passa a ser, por razões biológicas, útil e necessário para controlar e estabilizar psiquicamente as mulheres (Nunes, 1991).

A sexualidade feminina, que deveria ser estritamente controlada, é transformada em uma necessidade conjugal. Dessa forma, o casamento tornou-se uma medida profilática contra doenças, sendo que, para as mulheres, não cabia a satisfação sexual mas a conjugal. Se a falta de casamento é fator provável de adoecimento, seu incentivo passa a ser encarado como medida profilática (Nunes, 1991)

A família, a formadora moral e psíquica dos cidadãos 'normais e saudáveis', também poderia ser foco de transmissão de estigmas degenerativos. Portanto, a infância, as relações familiares, as formas de aliança, os papéis sexuais, tudo passa a ser pensado e normatizado pela ciência médica (Costa, 1989).

Durante este processo, delineou-se, no meio médico, os princípios da 'maternidade científica moderna': ser boa mãe tornou-se uma profissão moderna, baseada em habilidades desenvolvidas e em conhecimento especializado das etapas de desenvolvimento infantil, ancorados nos modernos conhecimentos higiênicos. Os cuidados do pré-natal, a puericultura e a pediatria tornam-se, assim, essenciais para a ampla difusão dessa estratégia pedagógico-ideológica, tanto nos segmentos médios e altos das classes médias urbanas quanto nos meios populares das periferias das grandes cidades. Muitos destacados médicos apelavam publicamente pela cooperação das mães, como o discurso de proeminente médico da época ilustra:

"Sois, mães caríssimas, a árvore social que deve dar bons frutos, e nós, médicos, higienistas e partidários da eugenia, devemos fazer o amanhã do solo e a conservação da planta feliz e nobre, porque a agricultura social é a ciência do futuro, e a árvore fecunda que é a mulher deve ser o símbolo da nossa força e da nossa glória" (Besse, 1999: 110).

A partir da década de 1920, a higiene transmuta-se no projeto eugênico, baseado na idéia de ‘aperfeiçoamento físico e moral da espécie humana’. Nesse período, muda o discurso médico: toda mulher passa a ter uma base biológica degenerada que a predispõe para comportamentos anti-sociais. Ela se aproximaria, assim, do selvagem e do criminoso.

Os estudos psiquiátricos sobre a natureza feminina ‘confirmavam’ que, embora as mulheres estivessem voltadas para o amor, também eram capazes de se tornarem autoras de perigosos atos criminais. Neste período, as mulheres já representavam 37,4% da força de trabalho no país, sendo que, nas camadas populares dos grandes centros urbanos, muitas desfrutavam de relativa liberdade, como as escravas libertas, as mestiças e mesmo as brancas pobres que se sustentavam, o que representava uma ameaça à ordem e moralidade social. Portanto, para o discurso médico deste período histórico, *"toda mulher torna-se potencialmente uma prostituta"*, cabendo à medicina prevenir essa ‘tendência’, submetendo cada mulher à vigilância sanitária e policial constante, através de uma rígida legislação reguladora. (Nunes, 1991).

Esse discurso viabilizou as estratégias para tornar as mulheres cada vez mais incapacitadas para gerirem suas vidas. Instituiu-se a mulher-reprodutora-mãe, assexuada e, sob vigilância médica, totalmente voltada para a vida doméstica e a criação dos filhos.

Embora a tese neo-maltusiana sobre os riscos do crescimento populacional date do final do século XIX, havia sido temporariamente secundarizada do discurso médico. Afinal, durante o período de expansão industrial, a economia capitalista necessitava de ‘braços’ para comporem a força de trabalho.

Até a década de 1960, a atenção médica privilegiava o ciclo gravídico-puerperal, o que era justificado pela preocupação com a alta mortalidade infantil. A partir de então, o discurso ‘científico’ sobre o ‘perigo de explosão demográfica’ nos países dependentes emerge com força política. Surgem as entidades que vão promover as ações de controle de natalidade, no Brasil e em outros países latino-americanos. A eficácia de tal política foi tão evidente que as taxas de fecundidade no Brasil começam a declinar rapidamente já a partir dos anos 1960 (muito embora não se possa desconsiderar outros fatores sócio-econômicos e culturais que influenciaram este processo: a urbanização e a formação de pólos industriais, entre outros, alterariam substancialmente o padrão familiar em relação ao número de filhos)

Assim, a disseminação de idéias e práticas referentes ao desenvolvimento e à necessidade de tecnologias contraceptivas, realizadas pelas entidades de planejamento familiar e pelas escolas médicas, foram fundamentais para consolidar e ampliar a

medicalização no que se refere ao controle da reprodução. São idéias e práticas que, tomando o corpo feminino apenas do ponto de vista do controle de sua capacidade reprodutiva, na dualidade 'ser mãe/não ser mãe', e responsabilizando exclusivamente as mulheres pela prática contraceptiva, transformaram as expectativas femininas em relação à vida reprodutiva.

Atualmente, os indicadores de saúde reprodutiva não deixam margens a dúvidas de que o corpo das mulheres continua sendo objeto de políticas medicalizantes, de intervenções tecnológicas desnecessárias e de descaso com a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, como demonstram as inaceitáveis taxas de esterilização feminina, parto cesáreo e mortalidade materna.

Como denunciou Illich,

"Desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar, formou-se um grupo de ginecologistas: a própria feminilidade transformou-se em um sintoma de uma necessidade médica tratada por universitários, evidentemente do sexo masculino. Estar grávida, parir, aleitar são outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero que o especialista decide que é demais" (Illich, 1975)

A medicalização da reprodução é atualmente potencializada pela crescente intervenção tecnológica, o que agora inclui a manipulação genética sobre a concepção. O 'admirável mundo novo' tornou-se possível. Em pouco tempo, poder-se-á programar geneticamente seres humanos apropriados para determinadas funções. Não basta mais controlar a produção e a reprodução: trata-se de controlar a vida (e também a 'alma') segundo os interesses dos grupos dominantes, entre os quais figuram médicos-pesquisadores-empresários que agora 'patenteiam' o genoma humano (Berman, 1997).

AS ESTRATÉGIAS MÉDICO-PEDAGÓGICAS ATUALIZADAS

"(...) o mundo do trabalho não pode ser concebido de forma transcendental ao mundo social, havendo, ao contrário, vigorosas alianças entre ambos, as quais, por meio de práticas particulares, criam e recriam aqueles sistemas simbólicos estruturados de forma objetiva na realidade social"
(Fonseca, 1996:70)

Segundo Boltanski (1979), os médicos, para afirmarem-se enquanto 'autoridade científica' sobre os pacientes das classes populares, desenvolveram estratégias pedagógicas que, entre outras, os desqualificam, inferiorizam e/ou desvalorizam. No campo sanitário

abundam exemplos que ilustram como este enfoque educativo reduz as mulheres a seres incapazes de cuidarem de seus filhos sem as devidas prescrições médicas.

A persistência dessa postura pedagógico-ideológica pode ser detectada, contemporaneamente, nas práticas educativas do próprio PAISM. D'Oliveira e Schaiber (1999), por exemplo, identificaram o tenso e contraditório exercício do poder médico nas ações educativas orientadas pela perspectiva de gênero do PAISM. Ao analisarem a interação entre saberes técnico-científicos e saberes práticos em grupos educativos com usuárias de uma unidade de saúde de São Paulo, essas autoras observaram o quanto o 'mundo da vida', ou seja, o mundo real das mulheres-pacientes, não se 'encaixa' exatamente nos modelos que o serviço pode incorporar. Segundo elas, isto ocorre

“[...] por falta, reducionismo, quando o modelo é estritamente biomédico, situação em que o serviço, quando ouve e acolhe o problema – o que não é comum – não oferece qualquer solução nesse plano do mundo da vida. Por outro lado, quando o modelo busca escapar do reducionismo biológico (como é o caso do pretendido pelo PAISM e pela instituição estudada), o mundo da vida parece também não conseguir penetrar as relações que se dão no serviço – já que as profissionais parecem buscar um tipo idealizado de sujeito tão pouco relacional que, na resolução fornecida pelo serviço, exige atos e comportamentos jamais pretendidos pelas usuárias, porque significam uma subversão total do que valorizam e querem para si como mulheres em relação com seus parceiros” (D'Oliveira e Schraiber, 1999:345)

Como Boltansky, elas identificam, no discurso profissional, estratégias pedagógicas que, usando diminutivos e simplificações, infantilizam e fragilizam as usuárias. Mesmo a intenção assumidamente emancipadora do PAISM, que almeja estimular liberdade decisória nas mulheres usuárias torna-se, segundo elas “... *quase uma ordem técnica do serviço (tal como 'seja livre!')*” (1999: 346). Instaure-se, na verdade, uma nova 'norma técnica' para uma 'nova mulher': ser independente, controlar a reprodução, ter prazer, dialogar com o marido e ter os mesmos direitos que os homens. Porém, como lembram as autoras, liberdade e autonomia não são concessões, muito menos imposições: são conquistas possíveis se ancoradas em condições concretas para sua realização. Afinal, muitas dessas usuárias não querem questionar seus companheiros pois deles dependem e, por isso, temem perdê-los. Muitas outras não problematizam as hierarquias de gênero e a divisão sexual do trabalho e, conseqüentemente, não sentem necessidade de transformar suas relações. Ou seja, há em jogo uma questão de códigos e valores morais e culturais – ideológicos, em última análise - que não são considerados pelo discurso técnico-profissional.

Portanto, como questionam essas autoras,

“[...] como identificar-se com o feminino se a posição institucional proporciona uma relação assimétrica, em que o poder e o saber estão polarizados na profissional que, de um lugar não identificado como igual ao feminino, propõe um novo feminino ? É possível, do ‘alto deste poder’, conceder poder para as mulheres?” (D’Oliveira e Schraiber, 1999:348)

Ironicamente, é através do PAISM que o modelo biomédico pode ser desvelado em várias nuances: conceitualmente libertário, ele se transmuta, através da ideologia médica, em novas formas de imposição de valores e modelos de identidade; o diálogo e a troca que deveriam orientar a prática educativa, a despeito das ‘boas’ intenções e embora almejando o ‘empoderamento’ das mulheres, reproduzem uma autoridade profissional que, no limite, inviabiliza a prática dialógica e transformadora pretendida.

Vaitsman complementa essa análise ao colocar em foco a tensão, no âmbito dos serviços de saúde, entre a ‘tradição’ de uma cultura institucional fortemente enraizada e as demandas por novos padrões de comportamento que pressupõem mudanças no próprio sistema de significados da sociedade. Assim,

“... em virtude de os códigos ‘anteriores’ não desaparecerem, permanecendo subjacentes e orientando os comportamentos, a relação entre permanência e mudança é sempre incerta, inesperada e mesmo paradoxal” (Vaitsman, 2000:4)

A instituição de saúde é portadora de uma história social, política e cívica que determina, em grande parte, o padrão de interação entre seus membros, que partilham de uma identidade coletiva na qual a autonomia dos médicos e sua centralidade na hierarquia institucional são elementos centrais e definidores. Um dos pontos de tensão e conflito refere-se, segundo Vaitsman (2000), à coexistência de distintas categorias ou grupos profissionais que portam diferentes habilidades, conhecimentos, práticas e valores profissionais, operando num contexto fortemente hierarquizado e segmentado, onde o médico exerce a hegemonia do poder.

Sobre essa questão, Fonseca, ao focar as conexões entre gênero e trabalho em serviços de saúde, destacou as contradições que podem ser evidenciadas através do confronto entre o atributo médico – o ‘tratar’ – e o da enfermagem – o ‘cuidar’. Neste sentido, identifica um ‘afrontamento’ de lógicas que atestam *“(...) a dificuldade de conciliar o modelo médico-hospitalar e a lógica dos cuidados” (1996:64)*. Aqui, ‘tratar’ está associado a uma postura técnica, impessoal e emocionalmente distanciada do paciente. O ‘cuidar’, ao contrário, por ser associado ao trabalho doméstico feminino, traz implícitas qualidades como abnegação, disponibilidade, delicadeza e honestidade no lidar com o outro, o paciente. Desta forma, a

enfermeira, profissional associada à imagem da mulher, é portadora de uma subjetividade intrinsecamente voltada para “(...) *servir, para doar-se e para cuidar*” (1996:66).

Desta forma, a instituição hospitalar

“(...) mostra-se como autêntico ‘campo de forças’, movido por jogos concorrenciais, em que seus agentes sociais – enfermeiras/médicos/doentes – parecem comportar-se, antes de tudo, como ‘deveriam fazê-lo’, ou seja, de acordo com as profecias de seu próprio destino enquanto sujeitos sociais” (1996:72),

e também sexuados. Fonseca identifica os conflitos que permeiam o cotidiano do trabalho profissional em saúde associando o sistema de privilégios e hierarquias às origens de classe, de gênero e de raça/etnia de seus agentes sociais.

Desta perspectiva, as enfermeiras encontram-se inseridas numa divisão técnica do trabalho de forma a não interferir na lógica do ‘tratar’, domínio exclusivo dos médicos. Reproduzem-se, desta forma, as lógicas excludentes do tratar e do cuidar, que garantem a centralidade da medicina científica, perpetuando mecanismos de exploração e dominação operantes na vida social.

A IDEOLOGIA MÉDICA NO ÂMBITO CLÍNICO: A CONSULTA COMO ESPAÇO PEDAGÓGICO-NORMATIVO

Mitjavila e Echeveste (1994) dedicaram-se à análise do que denominam 'anatomia da medicalização', enfocando particularmente o aspecto pedagógico atuante na consulta clínica. Segundo as autoras, as condutas, representações e relações sociais exercidos no âmbito da consulta médica desempenham um papel socializador e são julgadas segundo padrões de normalidade, exercendo um controle pedagógico-normativo e, portanto, ideológico.

O consultório médico opera como um dos muitos espaços onde, no nível das representações simbólicas, a maternidade é despojada de sua condição social. No discurso médico, ela aparece naturalizada em virtude de “... *um padrão de normalidade construído sobre as bases biológicas da capacidade reprodutiva das mulheres, cujas expressões materiais são dadas pela gravidez, parto e cuidado com as crianças*” (Mitjavila e Echeveste, 1994: 288-289). Evidencia-se, aqui, uma função ideológica pois, mesmo com a crescente medicalização da reprodução, determinadas questões continuam a ser representadas como 'naturais', afeitas a uma essência biológica. Sobre essa questão, Doyal interpreta que

“... é na naturalização desses acontecimentos que residem as bases ideológicas dos tipos de normalidade que regem a prática médica. Sua presença

em diferentes tipos de argumentos médicos é freqüente, aparecendo como força retórica e manifestando-se indiferente às variações nas características sócio-econômicas ou culturais dos contextos assistenciais" (1981)

Segundo Mitjavila e Echeveste (1994), seriam parâmetros significativos na estruturação do discurso médico sobre a maternidade: 1. atribuição ao corpo da mulher de valor social inferior ao do filho, com evocação ao 'natural' altruísmo da mãe; 2. naturalização do confinamento doméstico da mulher, ou seja, a mãe 'normal' é a que está disposta a organizar a totalidade de sua vida em função do cuidado com os filhos, a despeito de suas precárias condições de sobrevivência e/ou do trabalho remunerado, que a requer fora de casa a maior parte do tempo; e 3. enquanto as obrigações maternas são 'naturais', as paternas são eletivas, podendo, inclusive, estarem completamente ausentes da abordagem médica

Assim, *"a orientação naturalizadora da maternidade [...] é uma constante no discurso médico"* (Mitjavila e Echeveste, 1994:290). Isso ocorre como decorrência da projeção, no espaço técnico, das representações de gênero dominantes no mundo social. Desta forma, a medicina tipifica diferentes circunstâncias sob códigos que contêm modelos de normalidade pré-estabelecidos, o que caracteriza a estruturação da ideologia médica. Quando o foco de análise é dirigido para o espaço onde se realizam as interações entre médicos e pacientes - a consulta - pode-se observar como a ideologia de gênero é pedagogicamente reconstruída e reproduzida na relação médico-paciente.

MATERNIDADE NO CONTEXTO DA AIDS: A IDEOLOGIA MÉDICA ATUALIZADA

Com o surgimento da epidemia de Aids, na penúltima década do século XX, (re) surgem antigos e novos dilemas associados à reprodução, e conseqüentemente, à maternidade. Muitas gestantes que se descobrem soropositivas decidem continuar a gravidez pois a perspectiva de um filho pode representar, nesta situação, uma esperança de vida. Como declarou uma médica de um hospital de Nova Iorque, *"para muitas mulheres, a maternidade é vista como a afirmação da vida diante da miséria, da dependência de drogas, do racismo, da AIDS e talvez da perda de outras crianças"* (Panos, 1993). Outros relatos sugerem que *"...muitas mulheres grávidas soropositivas que decidem ter seus filhos, justificam-se através de crenças religiosas e de pressões familiares"* (Panos, 1993). O fato é que as mulheres se vêem diante de uma contradição: a mesma sociedade que as definiu como procriadoras, rejeita-as e recrimina-as se, caso soropositivas, desejam ter um filho.

Mais recentemente, o protocolo 076 instaurou um outro momento da relação médico-gestante hiv+: ‘salvar’ o bebê tornou-se uma missão que, no limite, não deixa margem de escolha para as gestantes hiv+ que não desejam ter esse filho, geralmente devido ao temor de contaminá-lo. Por outro lado, persiste, nos serviços de saúde, a posição de interditar a maternidade para as mulheres hiv+ que desejam engravidar (Simões Barbosa & Casanova, 1999), o que revela a permanência da autoridade médica sobre as decisões reprodutivas.

Desta forma, as estratégias sanitárias medicalizadoras da reprodução humana atuam também através do médico clínico, deste requerendo o exercício cotidiano de interpretar, tipificar e, por vezes, atuar sobre problemas sociais que, de algum modo, possam dificultar uma medicalização bem sucedida de problemáticas de interesse sanitário, como é o caso da maternidade hiv+. Este é, portanto, um campo privilegiado para se apreender as estratégias medicalizadoras da reprodução, onde se atualiza a ideologia médica.

CAPÍTULO IV

OS DADOS DO CAMPO

Os dados empíricos, coletados através da observação participante e das entrevistas com gestantes hiv+ e com os profissionais da equipe de saúde, serão apresentados na ordenação exposta a seguir¹.

Primeiramente, será feita uma breve caracterização da instituição pesquisada. Em seguida, serão analisados os dados relativos às gestantes entrevistadas, na seguinte seqüência: perfil sócio-econômico e demográfico; contextos familiares e trajetórias de vida; representações de gênero e maternidade; a gravidez hiv+ e a avaliação da assistência e do serviço de saúde.

Subseqüentemente, segue-se a análise dos dados da observação participante e, por fim, das entrevistas com os profissionais de saúde, na seguinte seqüência: perfil dos entrevistados; trajetórias profissionais; representações de gênero e maternidade; dilemas éticos no campo reprodutivo e avaliação do programa de assistência às gestantes hiv+.

BREVE CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA: A INSTITUIÇÃO E O PROGRAMA EM ANÁLISE

A instituição escolhida como campo de pesquisa é um hospital pediátrico público do Rio de Janeiro, com um tradicional setor de assistência pré-natal onde foi implantado, desde 1995, um programa de assistência às gestantes hiv+². Este programa acompanha essas gestantes e, posteriormente, no setor de pediatria, seus bebês, até o resultado conclusivo de sua sorologia. A equipe do pré-natal é constituída por obstetra, infectologista, psicólogo, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

Durante o pré-natal, o protocolo 076 é oferecido às gestantes, assim como outros anti-retrovirais (ARV) que se façam necessários. As pacientes recebem ainda apoio psico-social e orientações educativas sobre o parto, aleitamento artificial e cuidados específicos com os bebês. O objetivo principal do programa, ao trabalhar com uma equipe multiprofissional, é alcançar taxas de transmissão vertical (TV) similares às dos países de primeiro mundo, o que já está ocorrendo.

¹ O trabalho de campo contou com a dedicada, sensível e competente participação de Cristiane da Silva Cabral, minha assistente de pesquisa e promissora pesquisadora.

² A fim de se preservar o sigilo e anonimato dos entrevistados, a instituição não será identificada.

A taxa de TV obtida pelo programa está em torno de 2,0%, resultado excelente e similar ao dos EUA. Um total de 425 gestantes foram atendidas, sendo a taxa de adesão ao protocolo completo em torno de 90%, o que significa que apenas 10% das gestantes não realizam todas as etapas da intervenção preconizada (dados acumulados até setembro de 2001).

Além do protocolo 076, estava em curso, no momento da pesquisa de campo, um protocolo de pesquisa resultante de convênio com uma instituição de ensino estrangeira. Através deste, estava-se testando os efeitos de uma combinação de drogas - além do AZT oral estabelecido pelo protocolo 076, do Ministério da Saúde - sobre as taxas de TV. Existiam alguns critérios para inclusão das gestantes neste estudo (o que será mais adequadamente abordado no item 4.2.1).

A vigência deste protocolo internacional, e as atribuições dele decorrentes, se confundem com o cotidiano do serviço — observação pertinente ao menos para o período em que o acompanhamos — o que será melhor analisado em suas diversas nuances e facetas ao longo de todo o item 4.2.

Participaram das entrevistas tanto as gestantes que se tratavam através do protocolo 076 quanto as que eram acompanhadas através deste protocolo internacional pois não julgamos metodologicamente relevante separar e/ou excluir as entrevistadas em função de quaisquer critérios dessa natureza.

É importante também mencionar que uma parte dos membros da equipe deste programa criou uma ONG com o exclusivo objetivo de angariar fundos e doações para as gestantes. Através dela, garantiam o fornecimento de leite artificial para todas as pacientes, cestas básicas e, eventualmente, um pequeno enxoval para os bebês daquelas mais necessitadas. Por vezes, medicamentos específicos que não são fornecidos pelo governo são comprados através dos recursos desta ONG, assim como vale transporte, cartão telefônico e outras necessidades prementes que surgem no cotidiano da assistência, como será revelado ao longo do capítulo que se segue.

4.1. AS GESTANTES HIV+

4.1.1 QUEM SÃO AS ENTREVISTADAS? UM BREVE PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

■ As gestantes entrevistadas estavam compreendidas na faixa etária entre 18 e 37 anos, sendo que a média das idades foi 24,3 anos, configurando um grupo jovem:

Faixa Etária	Freq. absoluta
18-19	3
20-24	7
25-29	5
30-34	3
35-37	2
Total	20

- A maioria das entrevistadas é legalmente solteira mas estão em relações de parceria estável e co-habitação:

Estado civil	Freq. absoluta
Solteira	16
Casada	3
Separada	1
Total	20

Situação Conjugal Atual	Freq. absoluta
Vive com companheiro	14
Vive sozinha	2
Tem companheiro mas não vivem juntos	1
Outros casos*	3
Total	20

* Nesta situação estão mulheres que estão morando com familiares, geralmente suas mães

- Embora em arranjos a princípio nucleares, a história conjugal da maioria dessas mulheres é marcada pela “circulação” de parceiros, ou pela “não permanência” dos mesmos:

História conjugal	Freq. Absoluta
Único companheiro	5
Mais de um companheiro	15
Total	20

- A maioria das entrevistadas já tinha outros filhos:

Existência de filhos	Freq. absoluta
Mulheres sem filhos	8
Mulheres com filhos	12
Total	20

- Dentre as que já tinham filhos, a maioria foi mãe ainda na adolescência:

Idade da Primeira Gestação	Freq. absoluta
14 a 16 anos	5
17 a 20 anos	3
21 a 24 anos	4
Sem filhos	8
Total	20

- Cinco gestantes tinham apenas um filho anterior a esta gestação; metade delas tinham entre 2 e 3 filhos e apenas uma entrevistada já tinha quatro filhos:

Número de filhos	Freq. absoluta
1 filho	5
2 filhos	3
3 filhos	3
4 filhos	1
Sem filhos	8
Total	20

- Corroborando a hipótese de “não permanência” dos homens, seja por uniões desfeitas ou relacionamentos de curta duração, a história conjugal das entrevistadas que tinham filhos mostra a variação do número de parceiros-pais de seus filhos:

Paternidade biológica	Freq. Absoluta
Filhos de mesmo pai	4
Filhos de pais diferentes	8
Sem filhos	8
Total	20

- O fenômeno de pauperização da epidemia de Aids pode ser deduzido através do grau de escolaridade. Como pode ser constatado, a quase totalidade das entrevistadas não cursou além do primeiro grau escolar:

Escolaridade	Freq. Absoluta
1º grau incompleto	11
1º grau completo	5
2º grau incompleto	2
2º grau completo	2
Total	20

- A análise das profissões das entrevistadas mostra sua inserção predominante no âmbito do que, de modo generalizado, pode ser caracterizado como ramo de prestação de serviços:

Profissão *	Freq. absoluta
Aux. de costura	1
Aux. escritório	1
Aux. rouparia	1
Aux. serviços gerais	1
Aux. de casamento	1
Costureira	1
Cozinheira	1
Do lar	2
Empregada Doméstica	2
Encadernadora	1
Operadora de caixa	1
Recreadora de creche	1
Sem profissão**	6

Total	20
-------	----

* Muitas que declaram possuir qualificação profissional não trabalham regularmente na área de formação. Empregam-se também como empregadas domésticas e/ou em vendas autônomas.

** As que se declaram sem profissão, na verdade, trabalham eventualmente com vendas autônomas, fornecimento de refeições, costuras e outros trabalhos que são caracteristicamente realizados no âmbito do lar.

■ Podemos constatar que o desemprego atinge uma parcela importante dessas mulheres:

Ocupação atual	Freq. absoluta
Aux. escritório	1
Aux. rouparia	1
Aux. serviços gerais	1
Do lar	2
Doméstica	1
Encadernadora	1
Feirante	1
Desempregadas	9
Outros*	3
Total	20

* Nestes casos, há uma mulher que sobrevive com a pensão de seu parceiro, já falecido, e duas que são sustentadas, no momento, por familiares.

■ A variabilidade nas faixas de rendimento, pessoal e/ou familiar, é bastante circunscrita mas fica evidenciada a extrema pobreza dessas mulheres e de suas famílias:

Faixas de renda — pessoal	Freq. absoluta
Até um salário mínimo* (inclusive)	1
De um a dois salários mínimos (inclusive)	2
De dois a três salários mínimos (inclusive)	4
Não souberam informar	13
Total	20

Faixas de renda — familiar*	Freq. absoluta
Até um salário mínimo (inclusive)	1
De um a três salários mínimos (inclusive)	4
De três a cinco salários mínimos (inclusive)	3
De cinco a sete salários mínimos (inclusive)	3
Mais de sete salários mínimos	3
Não souberam informar	6
Total	20

* Salário mínimo referência da época do trabalho de campo: R\$ 136,00.

■ A análise segundo bairro de moradia das entrevistadas mostra que o serviço de saúde recebe, majoritariamente, pacientes de sua própria área de referência, mas também pacientes de outros municípios e da zona oeste do Rio de Janeiro.

Área de Planejamento	Freq. absoluta
AP 3.1	11
AP 3.3	2
AP 5.1	1
AP 5.2	1
AP 5.3	1
Outros municípios	4
Total	20

- Apesar dos baixos rendimentos, boa parte das mulheres tem que dispor de parte de sua renda familiar para o pagamento do aluguel do domicílio onde moram:

Tipo de moradia	Freq. Absoluta
Moradia própria	9
Moradia alugada	8
Moradia de familiar	3
Total	20

- A grande maioria declarou ter algum tipo de religião:

Religião Mencionada	Freq. absoluta
Católica	6
Evangélica	3
Universal	1
Cristã	1
Espírita	2
Não tem religião	8
Total	20

- Mais da metade das entrevistadas tomou conhecimento de sua sorologia para o hiv durante o pré-natal:

Sorologia descoberta durante pré-natal	Freq. Absoluta
Não	8
Sim	12
Total	20

- Sobre as formas de contaminação, prevaleceu a sexual, embora a maioria não soubesse ao certo com quem infectou-se:

Formas de contaminação	Freq. absoluta
Parceiro atual *	2
Parceiro anterior **	12
Profissional (prostituição)	1
Usuária de droga e/ou prostituição	1
Não sabe ***	4
Total	20

* este dado é impreciso, na medida em que alguns parceiros atuais ou se recusavam a fazer o teste ou não haviam ainda recebido o resultado de seu teste

** inclui parceiros estáveis com co-habitação e parceiros eventuais, sem co-habitação

*** uma entrevistada 'suspeita' de uma transfusão de sangue após um aborto espontâneo; as demais 'suspeitam' de algum parceiro anterior mas, como perderam qualquer contato com eles, não podem confirmar

■ É sempre impactante receber um diagnóstico positivo para o hiv em meio a uma gestação e, como se não bastasse, a maioria das entrevistadas ou não sabia que estava sendo submetida a tal investigação sorológica ou, na melhor das hipóteses, foi apenas comunicada:

Aconselhamento para teste anti-HIV	Freq. Absoluta
Não	14
Sim	6
Total	20

■ Além das duas entrevistadas cujos atuais parceiros atuais são sabidamente hiv+, apenas outras duas têm outros membros da família também infectados:

Grau de parentesco	Freq. Absoluta
Filhos *	1
Irmãos	1
Total	2

* Merece destaque, aqui, uma entrevistada que já perdeu o companheiro anterior e a filha mais velha, sendo que o filho do meio e o atual parceiro são também hiv+. Ela não sabe se o atual parceiro já estava contaminado ou se infectou-se através dela.

4.1.2. CONTEXTOS FAMILIARES, HISTÓRIAS DE VIDA E VULNERABILIDADE AO HIV

"....quanto à reprodução, o ideal de liberdade e auto-decisão por parte das mulheres só pode realizar-se se estão dadas as condições materiais para fazê-lo. A realidade social dista muito deste ideal" (Jélin, 1994)

Com o objetivo de se delinear a vulnerabilidade social e de gênero das entrevistadas, a entrevista iniciou-se através do resgate de suas histórias de vida. Elas foram convidadas a relatarem a história de suas famílias de origem, mesclando-as às suas próprias trajetórias de vida.

Quatro questões centrais emergiram destes relatos e serão, a seguir, analisadas: i) seus contextos sócio-familiares em processo de desestruturação e fragmentação; ii) a persistência da família de origem como a principal, quando não única, base de apoio e sustentação material e afetiva; iii) a centralidade das figuras maternas na agregação familiar e a marcante ausência dos homens-provedores-pais; e iv) a necessidade de seu trabalho remunerado para assegurar a sobrevivência familiar.

O CONTEXTO DAS ENTREVISTAS: SOBRE O PAPEL DA EMOÇÃO NA PESQUISA

*“Longe de impedir a possibilidade de conhecimento confiável,
a emoção, tanto quanto o valor, deve ser mostrada como
necessária a esse conhecimento”*
(Jaggar, 1997:170)

Trazer à tona fatos e acontecimentos marcantes, tanto do passado quanto do presente, fez com que muitas emoções aflorassem. Estar gerando uma vida em meio a uma ameaça de morte tornou a entrevista um momento significativo, não só de trocas e reflexão, quanto de reelaborações e re-significações sobre as experiências familiares, passadas e presentes. Muitas entrevistadas verbalizaram que a entrevista estava sendo o único espaço em que podiam expressar e compartilhar sentimentos relacionados à difícil e contraditória situação que estão vivenciando. Ao abordar questões tão íntimas e vitais, a entrevista propiciou, para muitas, um momento onde lembranças, alegrias, tristezas, angústias e esperanças foram acolhidos e compartilhados.

Para a pesquisadora, realizar entrevistas em momento tão delicado da vida dessas mulheres representou um desafio que exigiu sensibilidade, empatia, capacidade de escuta atenta e acolhedora e, especialmente, sabedoria para detectar fronteiras que não poderiam ser ultrapassadas no limite de uma pesquisa. Não raras vezes, a pesquisadora foi também tomada por emoção, particularmente ao perceber que estava merecendo a confiança dessas mulheres, que abriam seus segredos, sua intimidade e suas emoções mais profundas, algumas nunca antes compartilhadas com seus companheiros ou familiares próximos.

Ficou evidenciado, através do contexto emocional das entrevistas, que a maioria das entrevistadas não desfruta, no seu atribulado dia a dia, de oportunidades para o exercício da reflexão e da troca afetiva. Poucas podiam confidenciar a outros, mesmo os íntimos e próximos, as preocupações decorrentes do diagnóstico para o hiv. Ficou patente a quase ‘clandestinidade’ quanto a esta questão que, não raro, era ocultada até das próprias mães.

Como decorrência do estigma que ainda cerca a Aids, aliado à sensível situação de uma gravidez, uma gama de sentimentos conflituosos foram trazidos por essas mulheres: a

culpa pela possibilidade de contaminar o filho junto ao alívio de saber que existem recursos para minimizar esse risco; seu auto-julgamento enquanto ‘mães irresponsáveis’ junto à oportunidade de se provarem ‘boas mães’; o afastamento de suas famílias de origem, antes percebidas como ‘repressoras’, junto à re-significação dessa ‘repressão’ enquanto cuidado e proteção dos filhos contra os ‘perigos da vida’.

Das histórias narradas, algumas se destacaram pela garra e força para se reerguerem em meio a situações desestruturantes. Outras, menos dramáticas, revelaram o quanto carências e privações materiais podem afetar profundamente suas vidas, particularmente no que se refere à criação dos filhos.

Por outro lado, observou-se o desejo e a busca por uma vida melhor, para si próprias e, especialmente, para os filhos. Como veremos, a maioria delas não ‘entrega os pontos’: reagem, lutam, resistem, buscam situações de vida mais satisfatórias, fazem planos e têm sonhos. Os filhos são, geralmente, suas principais motivações para essa resistência: são eles que lhes infundem força e ânimo para não desistirem frente a tantos obstáculos e dificuldades.

Para algumas, a precariedade, instabilidade e insegurança que marcaram suas vidas desde suas famílias de origem não lhes propiciou condições materiais e afetivas para criar os filhos; nesses casos, eles foram entregues aos cuidados de avós. Mas o desejo de reestruturarem-se para poder tê-los consigo está sempre em seu horizonte. Outras, apesar das adversidades, conseguiram manter os filhos junto a si mas se surpreendem por terem conseguido sobreviver, física e emocionalmente, a tantas dificuldades e privações.

Enfim, cada entrevista constituiu-se num momento único e intenso, onde cada personagem pôde revelar-se por inteiro, expondo sua individualidade, sua riqueza humana, suas contradições, sua capacidade de lutar e, especialmente, de sonhar com uma vida melhor.

SOBRE AS FAMÍLIAS DE ORIGEM: EVIDÊNCIAS DA TRANSIÇÃO DE GÊNERO

A transição de gênero permitiu analisar, em meio às transformações sociais em curso, o contexto familiar das entrevistadas. Como constatado, a significativa ausência do provedor masculino faz com que o papel reprodutivo das mulheres dependa cada vez mais da sua própria participação na esfera produtiva. Este cenário foi identificado nas trajetórias familiares da maioria das entrevistadas, como será caracterizado a seguir.

UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO DAS SITUAÇÕES FAMILIARES

Através de suas histórias familiares, buscou-se reconstituir o cenário da infância e adolescência: a cidade natal, as formas de sobrevivência familiar, a migração, o relacionamento intra-familiar, o grau de coesão entre os membros da família, as figuras familiares de referência afetiva e/ou a ausência de um dos pais foram algumas das questões levantadas. Como se pôde perceber, a vulnerabilidade social e de gênero dessas mulheres está relacionada a situações bastante diversas e diferenciadas, envolvendo uma gama de contextos sócio-econômicos, familiares e conjugais.

Mas há, contudo, um cenário comum à maioria delas: severas privações materiais, famílias cindidas por processos migratórios, significativa ausência da figura paterna, primeira gravidez na adolescência, relações conjugais instáveis e efêmeras, períodos de insegurança econômica causada por desemprego ou sub-emprego; para muitas entrevistadas, retorno à casa materna e/ou impossibilidade de criarem seus filhos, entregues aos cuidados de avós.

Sem pretensão de esquematizar uma realidade complexa, pode-se caracterizar, no universo pesquisado, três cenários familiares, num *continuum* que vai de um extremo a outro e onde as extremidades representam a minoria dos casos.

1. um pequeno grupo de entrevistadas constituiu, à semelhança ou em oposição às suas famílias de origem, um arranjo conjugal solidamente estruturado: um único companheiro, um projeto familiar partilhado, filhos planejados e a busca conjunta por maior segurança e estabilidade econômica. Rosemary³ ilustra o segundo caso: essa mulher, oriunda de uma família desestruturada - seu pai saiu de casa quando era criança e sua mãe, uma mulher 'farrista', nunca se ocupou dos filhos - foi criada pela avó, sua figura afetiva de referência. Rosemary, ao contrário de sua história familiar, buscou no casamento a segurança e estabilidade que não teve. Seu marido é, segundo ela, um homem inteiramente dedicado à família e um pai exemplar. Ambos planejaram ter filhos somente quando tivessem estruturado uma vida estável e segura. Somente após a aquisição de sua casa própria, recentemente comprada, resolveram ter o segundo filho, de quem está grávida.

2. o grupo majoritário de entrevistadas pode ser assim caracterizado: famílias separadas pela migração, separação conjugal de seus pais, sendo a maioria dos pais ausentes; interrupção dos

³ Para preservar o sigilo e anonimato das entrevistadas, os nomes referidos são fictícios.

estudos para trabalhar; para a maioria delas, a primeira gravidez na adolescência; vários filhos de parceiros diferentes, muitos deles ausentes; experiências conjugais instáveis e de curta duração; períodos de insegurança econômica causada por desemprego ou sub-emprego; eventualmente, retorno à casa materna e/ou seus filhos criados pelas avós. Alguns casos relatados a seguir ilustrarão esse cenário de vida.

Jaqueline: essa mulher, nascida num pobre vilarejo nordestino, começou a trabalhar aos 9 anos para, juntamente com seus dez irmãos, assegurar a sobrevivência familiar, agravada quando seu pai abandonou a família. Jaqueline saiu da casa materna aos 13 anos quando, grávida, foi morar com o parceiro que, segundo ela, é alcoólatra e ‘farrista’ e nunca assumiu qualquer responsabilidade no sustento familiar. Tiveram mais dois filhos e, neste ínterim, emigraram para o Rio de Janeiro. Jaqueline lutou arduamente manter os filhos consigo mas, mesmo trabalhando em dois empregos, não conseguiu sustentá-los sozinha. Dois deles foram, então, morar com sua mãe em sua cidade natal. Sua mãe, muito pobre, só pôde cuidar de seus filhos graças ao dinheiro que ela lhe enviava regularmente. Seu marido, um homem agressivo e descontrolado, ‘destruía’, em seus acessos alcoólicos, os poucos bens que conseguia comprar. Quando finalmente conseguiu separar-se dele, teve que enviar também o filho caçula aos cuidados de sua mãe, quando começou a re-construir, mais uma vez, sua casa, sua vida e a esperança de dias melhores. Esta mulher, contudo, não desanimou: uniu-se recentemente a outro homem, desta vez um companheiro ‘trabalhador’ e ‘amigo’, de quem espera um filho. Tem esperanças, agora, de estabilizar sua vida para poder trazer seus filhos para junto de si, seu maior desejo. Porém, uma ‘nuvem’ paira sobre sua felicidade atual: o companheiro ainda não foi comunicado de seu diagnóstico e ela teme sua reação.

Helenice: essa mulher, de 29 anos, tem 3 filhos de pais diferentes, todos ausentes. Sua mãe biológica, por razões sobre as quais não consegue falar, ‘deu’ os filhos para outras famílias criarem. Ela não oculta seu ressentimento e mágoa por esse abandono e, embora sua família adotiva a tenha acolhido e criado como filha ‘verdadeira’, acredita que o fato da mãe tê-la rejeitado marcou profundamente sua vida. É sua mãe adotiva quem cria seus 3 filhos, além de ajudá-la eventualmente com alimentos e algum dinheiro. Relata, magoada, que a mãe biológica tentou aproximar-se recentemente, na tentativa de resgatar um vínculo perdido. Ela, porém, não quis saber da mãe pois, como desabafa, “...é muito fácil querer ser mãe agora, né? depois que os filhos tão criados. Eu não quis saber...”. A trajetória de vida desta mulher foi sempre precária e insegura. Seu atual companheiro é sua primeira experiência conjugal estável: estão juntos há 3 anos e ela decidiu dar-lhe um filho, mesmo sabendo-se hiv+. A situação de sobrevivência deste casal, no entanto, é dramática: ela não está trabalhando devido

ao seu estado de saúde, extremamente debilitado por uma grave tuberculose. Ele ganha o suficiente para pagar o aluguel de um cômodo. Conseguem alimentar-se graças a uma cesta de alimentos que ela recebe em função do tratamento para tuberculose. Estão ambos preocupados com o término do tratamento pois, agora, terão também um bebê para sustentar.

Carmen: esta jovem de 19 anos e que espera seu terceiro filho, revela, através de sua história, o contexto de vida dos jovens criados nas violentas periferias urbanas. Seu atual companheiro, um rapaz que frequenta o meio funk, encontra-se preso, acusado de homicídio (segundo ela, acidental). Teve seu primeiro filho aos 14 anos, fruto de uma aposta com as amigas: engravidou para conquistar um rapaz de sua turma que não queria namorá-la. Vencedora da aposta, viveu com ele por 2 anos, tiveram o segundo filho e separaram-se quando ela envolveu-se com o atual companheiro. Suas duas filhas foram criadas por sua mãe, com quem voltou a viver após a prisão do companheiro. Sua mãe, separada de seu pai, com quem perdeu qualquer contato, vive com um novo companheiro que a ajuda a sustentar os netos e, agora, a filha. Carmen, abalada por seu diagnóstico e pela prisão do companheiro, re-avalia a precariedade de sua vida e agora alimenta esperanças de conseguir constituir, enfim, sua própria família: quando o companheiro sair da prisão, têm planos de construir sua 'casinha' para viverem com aos filhos.

Maria é uma mulher cuja vida foi marcada pelo abandono materno: sua mãe saiu de casa para viver com outro homem e afastou-se dos filhos. Maria foi criada pelo pai, sua figura afetiva de referência. Como tantas outras, parou de estudar para trabalhar e engravidou da primeira filha aos 24 anos. O pai desta filha abandonou-a quando ainda grávida. Pouco depois, foi viver com um homem mais velho, que assumiu sua filha e com quem teve mais dois filhos. Recentemente, esse companheiro faleceu e ela, então, soube que ele tinha Aids, assim como ela própria e dois de seus filhos. A filha mais velha faleceu alguns meses depois, também em decorrência da Aids. Seu novo companheiro, de quem espera esse filho, é hiv+, possivelmente infectado por ela. Sua maior preocupação é ter saúde para poder cuidar do bebê que vai nascer e do outro filho soropositivo. O companheiro está desempregado e já apresenta alguns sintomas da doença. Ela própria não sabe como consegue sobreviver em meio a tantos problemas mas está confiante de que seu bebê será saudável, o que lhe infunde ânimo e esperança.

3. apenas duas entrevistadas trouxeram histórias de vida associadas à marginalidade das drogas e da prostituição. Porém, suas origens familiares são muito distintas: num caso, a família de origem era já totalmente desestruturada; no outro, a entrevistada, oriunda de uma

família bem constituída, optou pela prostituição almejando alcançar um status de vida melhor que de seus pais.

No primeiro caso, está Cláudia, uma mulher de 30 anos, dependente de drogas e que espera seu primeiro filho. Seu pai, falecido recentemente, teve sua vida completamente desestruturada pelo uso de drogas. Ela própria foi iniciada na droga pelo pai que, a despeito de sua loucura, demonstrava-lhe carinho e apego. Sua mãe, que vivia nas ruas quando nasceu, nunca assumiu qualquer vínculo com Cláudia. Sua vida foi sempre errante e incerta: viveu esporadicamente com alguns homens, prostituiu-se para conseguir drogas e nunca conseguiu trabalhar regularmente. Atualmente, vive com uma tia, que a acolheu e a mantém. O pai do bebê que espera, também dependente de drogas, não quer assumir nenhuma responsabilidade com o filho. Cláudia deposita neste filho a esperança de recuperar-se para poder, enfim, estruturar-se e oferecer-lhe uma vida melhor que a sua.

No segundo caso, está Joana, uma jovem de 18 anos que ganhava a vida prostituindo-se. Ambicionando viver melhor, ela relata que escolheu 'o caminho mais fácil e rápido para se ganhar um bom dinheiro': a venda de seu corpo. Seus pais, embora separados, sempre tentaram lhe proporcionar uma vida, embora pobre, digna. Como relata, emocionada, a gravidez a fez mudar o rumo de sua vida, assim como de seu parceiro, que era traficante de drogas e agora trabalha 'de carteira assinada'. Ambos estão esperando ansiosamente a chegada deste filho redentor.

Como se pode constatar, encontrou-se um quadro familiar diverso e complexo. Os relatos permitiram traçar um cenário que evidencia o quanto é difícil constituir uma vida familiar estruturada e estável num contexto de privações, separações e instabilidades.

O CENÁRIO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DAS ENTREVISTADAS

Ao falarem sobre suas origens familiares, muitas entrevistadas, particularmente as que emigraram, atualizaram vivências que pareciam perdidas no passado, nos pobres lugarejos interioranos onde nasceram. As perdas, as carências, as dificuldades e obstáculos que enfrentaram no percurso de suas vidas foram lembrados com emoção. Para algumas, afloraram cenas prazerosas da infância e adolescência ao recordarem das brincadeiras infantis e do desfrute de uma relativa liberdade, típicas da vida no interior e democraticamente disponível para todas as crianças: subir em árvore, tomar banho de rio, comer fruta no pé e participar de festas populares eram acontecimentos prazerosos lembrados com saudades. Porém, as dificuldades não foram esquecidas: a dura luta pela sobrevivência, o emprego que

implacavelmente interrompia a infância, a separação dos pais e, com frequência, a ausência paterna, entre outros, mostram vidas sofridas, marcada por privações, instabilidade, perdas e separações. Uma entrevistada, por exemplo, lembrou, com tristeza, que ela e seus irmãos não podiam participar dos festejos populares de sua cidade por não terem sequer roupas e calçados para a ocasião.

Embora se possa apreender, neste pequeno universo pesquisado, o processo de fragmentação familiar, percebe-se, por outro lado, a permanência dos laços afetivos, de apoio e solidariedade no interior da família. Algumas questões encontradas são recorrentes. Uma delas é a centralidade da figura materna na agregação dessas famílias, correlatamente à relativa ausência da figura paterna. Relacionado a isto, o fenômeno migratório pois, como verificado, a separação geográfica entre os membros das famílias agrava a vulnerabilidade daqueles que emigraram. Como colocado por muitas entrevistadas, o desejo de retorno à cidade natal para estar próxima à família tornou-se agora inviável pois dependem do tratamento especializado para si próprias e, principalmente, para os bebês que esperam, sendo que este recurso não está disponível em suas pobres regiões de origem.

AS RELAÇÕES COM AS MÃES

A lembrança e a saudade das mães que estão distantes ou que já faleceram foi um momento particularmente emocionado das entrevistas. Embora a falta das mães, especialmente neste difícil momento que estão vivendo, fosse dolorosamente sentida, a recordação do afeto e do cuidado que delas receberam lhes permitiu fazer, em algum nível, o reconhecimento de sua atual condição enquanto mulher e mãe.

Algumas entrevistadas, contudo, relataram conflitos com suas mães, sendo que, para três delas, a figura materna esteve ausente. Duas dessas mulheres foram adotadas por outras famílias. Ressentem-se profundamente do 'abandono' materno e avaliam que essa situação as deixou com seqüelas afetivas que agora procuram reparar através de seus filhos. Nestas situações, percebe-se grande sofrimento provocado pela rejeição materna, como expresso através da fala de uma entrevistada:

"[minha mãe] escolheu a vida de viver a vida dela, de ficar na farra, entendeu? E nem lembrou da gente. (...) Ai, começamos a passar dificuldade. Ai, começamos a trabalhar, né? E tamos vivendo até hoje....."

Sobre a predominância das figuras maternas, pode-se caracterizar as famílias investigadas como 'matrifocais': as figuras femininas – as mães - são centrais para o apoio e a

agregação familiar, em meio a um contexto desagregador. Elas representam, na maior parte dos casos, o suporte incondicional que sempre acolhe e apóia os filhos em situações de crise e incerteza. A maioria das entrevistadas referiram suas mães como a figura afetiva mais importante em suas vidas. As falas abaixo ilustram esse sentimento:

"... a minha mãe sempre foi tudo pra mim. Ela sempre foi a pessoa mais importante da minha vida. Ela sempre estava ali, nas horas mais difíceis da minha vida (...)"

"Ah, não sei.....[a mãe] É amigona, sempre me deu muita força pra tudo. Minha mãe nunca foi dessas de 'não faz isso que não vai dar certo' e tal. Ela sempre me deu força, sempre me incentivou".

"Ah, porque ela [a mãe] é tudo pra gente, né? Sem ela... não existe. Só ela mesma e, depois, a minha filha...."

Aquelas entrevistadas cujas mães estão geograficamente distantes demonstram tristeza por não contarem com sua presença e apoio afetivo, particularmente num momento em que sentem-se tão fragilizadas e ameaçadas.

Com relação à figura paterna, poucas entrevistadas referiram-se aos seus pais enquanto referência de segurança e afeto em suas vidas. Na maioria dos casos onde houve separação conjugal, eles se afastaram dos filhos. Em poucos casos, mantém contatos esporádicos e eventualmente ajudam os filhos com algum dinheiro. Em apenas duas situações, os pais, apesar da separação, mantiveram-se presentes na vida dos filhos. Algumas entrevistadas perderam todo contato com os pais sendo que, quando estes eram violentos, o afastamento representou um alívio.

Como se pode constatar, encontrou-se um quadro familiar diverso e complexo. O relato das histórias familiares permitiu compor um cenário que evidencia o quanto é difícil constituir uma vida familiar estável num contexto de privações, separações e instabilidades. Muitas entrevistadas estão vivendo, além do drama de descobrir sua sorologia em meio a uma gravidez, situações de desemprego (seu próprio e/ou do parceiro), de rompimento conjugal ou de doença do cônjuge associada ao hiv.

Embora as situações de vida encontradas não possam ser tomadas como representativas do universo de mulheres afetadas pelo hiv, elas possivelmente compõem um micro-mosaico que ilustra o quanto a vulnerabilidade feminina nas camadas de baixa renda está associada às difíceis condições de sobrevivência e à dependência de contarem ou não com o apoio de suas famílias, aliado à ausência de qualquer suporte social extra-familiar que as ampare em momentos de maiores dificuldades. Também evidenciou-se, através de algumas histórias familiares, que há uma busca por famílias 'substitutas' quando aquela de origem não

consegue representar o *locus* da socialização afetiva que provê referenciais de vida para as pessoas.

Claro está que este quadro não pode ser generalizado pois, embora em minoria, encontrou-se também famílias unidas e solidárias. Em dois casos, essas famílias, extensas, formadas por parentes e agregados, moram no mesmo bairro, convivem estreitamente e ajudam-se mutuamente.

Para aquelas cujas famílias estão geograficamente distantes, a situação torna-se particularmente difícil. Nestes casos, verificou-se que suas redes sociais de apoio são inexistentes ou frágeis: algumas delas contam com algum apoio de irmãos ou parentes que aqui residem. Mesmo nestes casos, os familiares geralmente moram em bairros distantes e só encontram-se eventualmente. Poucas delas referiram-se ao apoio de amigos ou de redes comunitárias que as ajudem ou com quem partilhem seus problemas. E por mais que a equipe de saúde procure oferecer um suporte social mínimo para elas, este nem sempre é suficiente em meio a tantas privações e carências.

A experiência de gravidez na adolescência, vivida por muitas entrevistadas, demonstra o quanto é difícil enfrentar esta situação em um contexto marcado pela pobreza e pela ausência de suportes extra-familiares. Ter um filho ainda muito jovem, fruto de uma relação eventual, geralmente implica no abandono dos estudos e de projetos de vida, sem falar no duro encargo de criar um filho na ausência do pai. Mesmo as que contaram com a ajuda de suas mães, tinham que trabalhar para ajudar no sustento dos filhos.

Merece ser registrado que, entre as que já vivenciaram algumas uniões de curta duração, a busca romântica pelo companheiro ideal e pela estabilidade de uma família conjugal persiste, apesar das muitas frustrações experimentadas. Também é digno de registro o fato de que vários dos atuais parceiros, alguns em uniões recentes, estão aceitando, compreensiva e solidariamente, a notícia de seu diagnóstico para o hiv, contrariando a crença e o discurso que generaliza a situação das mulheres hiv+ 'abandonadas' pelos companheiros. Muitos desses homens estão confortando-as e ajudando-as a superarem o impacto da notícia. Alguns estabeleceram verdadeiros 'pactos de vida e morte' com suas parceiras ao recusarem-se a usar o preservativo e/ou a se testarem. Em apenas três casos houve ruptura/abandono da relação por parte dos parceiros, sendo que, em um deles, este já tinha a própria doença em evolução e, ao que tudo indica, apresentava um quadro neurológico que parecia estar afetando seu equilíbrio psíquico. Nos outros dois casos, as entrevistadas assumiram que a relação já estava desgastada antes do recebimento do diagnóstico. Além delas, duas mulheres têm

planos de separar-se dos atuais parceiros após o nascimento dos filhos, em função de conflitos e insatisfação anteriores.

A transição de gênero está aqui plenamente evidenciada: na maioria das famílias estudadas, as mulheres trabalham desde muito jovens, inicialmente para contribuir no sustento da família de origem. Quando saem de casa, permanecem trabalhando, mesmo quando têm filhos pequenos. Nos casos em que esses são criados pelas avós, sua contribuição financeira é fundamental para seu sustento. Apenas três entrevistadas estavam, no momento da entrevista, dedicadas à vida doméstica. Seus parceiros, empregados, estavam podendo mantê-las nessa situação. Uma delas, contudo, considera essa situação provisória, já que pretende voltar a trabalhar quando o filho estiver maior. Ela admite que não se sente segura na estreita dependência do companheiro.

A imagem mais pregnante que emerge deste cenário familiar – complexo, diverso e instável - é que o padrão contemporâneo de conjugalidade - várias uniões de curta duração, separações freqüentes, figura paterna ausente -, os filhos que vão sendo gerados neste contexto, aliados às precárias condições de sobrevivência, não parecem ter implicado em maior liberdade e realização para essas mulheres.

Através dos relatos, fica evidente que o desejo/projeto de ser mãe, mesmo que precocemente e, muitas vezes, em situações instáveis e adversas, é uma das poucas - às vezes, a única - experiência gratificante que confere sentido às suas vidas e, em muitos casos, um novo senso de responsabilidade. A perspectiva de ter um filho foi, para muitas entrevistadas, significativa o suficiente para que buscassem situações mais estruturadas e estáveis. As duas entrevistadas que vivenciaram situações de marginalidade social - uma, pela dependência de drogas e outra, pela prostituição - ilustram as transformações radicais que um filho pode motivar.

Como se viu, a fragmentação e instabilidade ocasionada pela separação conjugal e pelo abandono paterno já é observável entre os pais das entrevistadas, supostamente de uma geração em que as uniões eram mais estáveis e duradouras. Destaca-se, especialmente entre as mais jovens, a efemeridade e fragilidade de suas experiências conjugais. É como se esses vínculos fossem, a cada geração, tornando-se cada vez mais instáveis e frágeis e, apesar dos desejos e projetos, sem um projeto conjugal-familiar enraizado.

Dentre as entrevistadas mais jovens que não puderam assumir a criação dos filhos, surgiu uma avaliação auto-crítica sobre sua ‘irresponsabilidade’ enquanto mães. Agora, anseiam por estruturar suas vidas para poderem criar os filhos consigo. Também demonstram

mais compreensão e solidariedade com suas próprias mães, agora percebidas de outra forma. Os depoimentos abaixo ilustram essa questão:

"Só que, na minha forma de pensar, era assim: eu teria que ter [os filhos], mas eu não tinha possibilidade de criar e jogava pra cima da minha mãe. Não é bem jogar, é.... eu deixava o compromisso com a minha mãe".

..."eu sou mãe mas eu nunca soube o que é ser mãe...(..) Eu agora consigo ver os dois lados da coisa. Antes, eu só pensava em farra, não queria saber de compromisso com nada, nada me importava. (...) Hoje em dia não! Hoje em dia eu me preocupo, me preocupo com a criança [que espera], em fazer o enxoval da criança.... A minha forma de pensar, hoje em dia, é bem melhor....".

"[atualmente] eu penso mais antes de fazer as coisas. Eu ia muito pro baile, não ficava um dia em casa. Minha mãe brigava muito. Agora, eu já sou mais amiga da minha mãe pelo que ela passou comigo (...) Agora, eu entendo tudo que ela passou comigo e que agora eu tô passando. Agora eu entendo...."

Enfim, as trajetórias de vida das entrevistadas mostraram que essas mulheres, apesar das difíceis circunstâncias que enfrentam, lutam e buscam alternativas de vida mais satisfatórias para si e para seus filhos, sendo que estes são, na maioria dos casos, sua principal motivação para viverem e seguirem lutando.

Algumas delas, ao recapitularem suas vidas, surpreendem-se por terem conseguido sobreviver a tantas situações difíceis e sofridas e seguirem lutando por dias melhores. As falas abaixo ilustram esse sentimento:

"Eu consigo coisas que eu nem sei como é que eu consigo, sem eu mesma esperar...."

"... meu Deus! Como é que eu passei por tanta coisa e ainda continuo aqui, em pé.... E agüentando mais e mais.....".

"Até hoje, eu fico pensando assim: meu Deus do céu! como é que pode uma coisa dessas, né? Como é que eu me 'estraguei' tão cedo a troco de nada!"

Suas histórias e trajetórias de vida, desta forma, permitiram explicitar as formas como o gênero se realiza em contextos sociais que não deixam margem para escolhas e possibilidades de auto-realização. A luta pela sobrevivência, as extenuantes jornadas de trabalho, os minguados salários, a falta de moradia própria, o desemprego, seu próprio e/ou dos companheiros e de outros membros da família e, por fim, a exaustiva e, geralmente, não compartilhada, jornada de trabalho doméstico, as deixa cotidianamente extenuadas e com

poucas condições, físicas e emocionais, para um convívio prazeroso com os filhos. Mesmo assim, a maioria declara que os filhos foram, e continuam sendo, a melhor coisa que aconteceu em suas vidas, como será examinado a seguir.

4.1.3 PERSPECTIVAS DE GÊNERO, A MATERNIDADE E A GRAVIDEZ HIV+

"Partir das falas, dos relatos das mulheres acerca de suas vidas, além do mais, nos permite vislumbrar aspectos relativos à construção mesma de sua identidade, de um senso de si mesmo que emerge a partir da própria história contada. A linguagem, sistema de signos mais importante da sociedade, faz mais real minha subjetividade para mim e para meu interlocutor. Este ponto precisa ser levado mais a sério nos estudos sobre a subjetividade feminina"
(Hita, 1998:208).

Após a caracterização dos contextos sócio-familiares das entrevistadas, foram exploradas suas representações de gênero - sobre si próprias, enquanto *mulheres*, sobre os homens e sobre o relacionamento homem-mulher -, o significado atribuído à maternidade e ao trabalho remunerado, sendo que este último foi confrontado com a criação dos filhos. O objetivo foi compreender como essas mulheres se percebem no mundo, como significam suas atribuições, produtivas e reprodutivas, e como qualificam suas 'responsabilidades' enquanto mulheres-trabalhadoras-mães.

A ideologia de gênero, como apresentada no Capítulo 3, orientou a análise destes temas i) confrontando as representações de gênero com as experiências concretas de vida; ii) relacionando os significados atribuídos à conquista de 'independência feminina' aos contextos de vida que geram uma nova dependência familiar, sobrecarga e acúmulo de funções, produtivas e reprodutivas; iii) explorando as contradições entre discursos e as (im)possibilidades de concretização de anseios por independência; e iv) relacionando essas questões ao exercício da maternidade - como ter e, sobretudo, como criar filhos - com especial foco sobre a atual gravidez hiv+.

É, portanto, no entrecruzamento entre um discurso que valoriza a conquista de independência e a transição de gênero, que requer que as mulheres assumam novas responsabilidades para terem e criarem seus filhos, que buscamos compreender e articular as intersecções entre classe e gênero. Nesta interface, a ideologia, enquanto categoria de análise,

buscou desvelar como uma representação de ‘independência’ se confronta com contextos de vida marcados por carências e privações que fragmentam laços afetivos conjugais, filiais e parentais. Os conflitos e contradições entre discursos e experiências e entre anseios e possibilidades serão destacados enquanto manifestações da ideologia de gênero.

Portanto, no processo de análise, a interpretação buscou descortinar os nem sempre visíveis e/ou percebidos mecanismos de reprodução de desigualdades, de classe e de gênero, mas também identificou resistências, enfrentamentos e transgressões que possibilitam a essas mulheres construir e conferir sentido às suas vidas.

IDENTIDADE DE GÊNERO: A IDENTIFICAÇÃO POSITIVA COM O FEMININO

A grande maioria das entrevistadas (15) re-afirmou positivamente sua identificação com o feminino. Dois atributos foram relacionados às ‘vantagens’ percebidas do ser mulher: a maior **independência**, conquistada através do trabalho remunerado, e a experiência da **maternidade**.

O TRABALHO REMUNERADO E A ‘INDEPENDÊNCIA’

Embora reconheçam que as mulheres (ainda) sofrem discriminações no mercado de trabalho (trabalho igual por salário menor), essas entrevistadas significaram o trabalho remunerado enquanto uma conquista que lhes assegurou maior independência dos homens e do casamento, como demonstram as falas abaixo:

“Eu acho que [o trabalho] tá trazendo coisas positivas porque deixou a mulher menos dependente do homem. Não precisa mais casar pra estar ali, com o homem. Ela já pode trabalhar e, se quiser, morar sozinha. Vai morar sozinha, não depende mais de seus maridos. Eu acho que é bom!”

“Até mesmo porque eu tô acostumada a ter meu dinheiro, entendeu? Mal ou bem, a ter o meu dinheiro. Sempre foi pouco mas sempre fui acostumada assim”

“Só assim [trabalhando] você se acha muito importante, né? Fazer uma coisa sua. Eu acho muito ruim você depender de outra pessoa, ficar submissa àquela pessoa. É muito ruim...”

“Hoje em dia, tá tudo tão diferente! A mulher tá quase tão independente quanto o homem. A mulher trabalha, tem o seu espaço também.... Quase que a mesma coisa que os homens...”

“E ela, trabalhando, ela tem seu dinheiro próprio. Sem trabalhar, não tem. Tem que ficar ... o marido... esperando a boa vontade do marido. E quando tem marido, né? E quando não tem? É fogo!”

Algumas entrevistadas também relacionaram o trabalho remunerado à sua auto-afirmação no mundo público. Segundo elas, o trabalho permite que as mulheres se valorizem, amadureçam, conheçam o ‘mundo’ fora da domesticidade, o que torna a vida mais interessante - “... *querer viver mais, né? Conhecer mais... assim ... o mundo, né?*”, como colocou uma delas - e, por fim, se fortaleçam para o enfrentamento das discriminações a que ainda estão sujeitas, tanto no mundo público quanto no privado. Assim, auto-valorização, amadurecimento, ‘fortalecimento’ emocional e ampliação dos ‘horizontes de vida’ foram significados enquanto conquistas femininas obtidas através do trabalho remunerado.

Apenas uma entrevistada declarou gostar de seu trabalho, valorizando sua realização profissional. Não casualmente, trabalha em creche como recriadora infantil e ‘adora crianças’. Devido à natureza de sua profissão, nunca teve dificuldades para conciliar a criação dos filhos com o trabalho, já que as filhas, quando pequenas, tinham vaga garantida nas creches onde trabalhava.

Uma entrevistada pontuou que as mulheres estão tendo mais oportunidades de emprego que os homens, o que as colocaria em situação de vantagem também nesse campo. Note-se que não houve, aqui, um juízo crítico sobre a competição entre homens e mulheres pelo mesmo mercado de trabalho, o que favorece a diminuição dos salários de ambos.

Merece registro que nenhuma entrevistada questionou as condições desgastantes e exploradas de seu trabalho. Apenas uma delas – a jovem que se prostituía - deixou entrever, em seu relato, insatisfação e inconformismo com empregos extenuantes e mal pagos. Ela justificou sua opção pela prostituição através de seu anseio em viver melhor que seus pais, que sempre ‘deram duro’ e nunca conseguiram ‘melhorar de vida’. Porém, na sua auto-crítica pela ‘vida errada’ que levou, ela hoje deseja uma ‘vida direita’, trabalhando de ‘carteira assinada’, visando proporcionar ao filho que espera uma vida, embora pobre, ‘digna e honesta’. Ela declara, orgulhosa, que seu parceiro, ex-traficante de drogas, regenerado através do amor por ela e pelo filho, também está num emprego ‘de carteira assinada’.

Embora ressaltando as conquistas femininas decorrentes do trabalho remunerado, algumas entrevistadas não deixaram de aludir à excessiva sobrecarga que recai sobre as mulheres, na medida em que ainda são elas as principais – quando não as únicas - responsáveis pela criação dos filhos. A fala de uma entrevistada ironiza, com senso de humor,

a questão: “*Nós [mulheres] temos hoje a ‘quádrupla’ jornada: neném, casa trabalho ... (risos). Ainda tem o marido, que é o quarto! (risos)*”.

Apesar dessa constatação, ela avalia que

“... a gente [as mulheres] já conquistou campo de trabalho, é mais independente, as discriminações diminuíram. Que, antes, a mulher era feita pra casar, cuidar dos filhos, do marido, tomar conta de casa, ficar gorda e velha, né? Agora não, a gente já pode ter uma estrutura. Até ter filho, né? ...que a gente chama de ‘produção independente’, sem ter um pai ao lado e tal, aquela coisa....Ser mulher, hoje em dia, é bem melhor que antes!”.

Como se pode depreender desta fala, o senso crítico sobre a acumulação de responsabilidades coexiste com a exaltação de ‘independência’ e auto-suficiência, chegando ao limite de significar positivamente a ‘produção independente’ – a opção de ter um filho sem um pai afetivo – enquanto uma ‘conquista’ feminina. Note-se que esta entrevistada, em decorrência da dependência de drogas, é, entre todas, a mais dependente, emocional e materialmente. E também a que mais se ressentiu do fato de que seu filho possivelmente não terá um pai afetivo, já que o pai biológico de seu bebê não pretende assumi-lo.

Os conflitos entre a criação dos filhos e a necessidade de trabalhar, contudo, só foram explicitamente reconhecidos enquanto um problema – para si próprias - em momento posterior da entrevista, quando o dilema ‘maternidade x trabalho’ foi colocado em pauta (o que será discutido adiante).

Por fim, merece registro a fala de uma entrevistada que, numa aparente inversão de papéis, declarou que gosta de ser independente e, por isso, gosta de ser mulher. Tal ‘inversão’ parece ser reveladora da precariedade e a ausência da figura masculina, o que será retomado adiante.

O MAL ESTAR COM A CONDIÇÃO FEMININA: ‘EU PREFERIA TER NASCIDO HOMEM!’

Através das 5 entrevistadas que optariam pela condição masculina, expressou-se uma percepção crítica sobre a opressão e a discriminação a que as mulheres ainda estão sujeitas. Foram por elas mencionadas as (sofridas) experiências corporais/reprodutivas, a repressão sobre a sexualidade, o acúmulo de funções e, por fim, as discriminações salariais que implicam, para as mulheres, em salários menores que os homens. O depoimento de algumas dessas entrevistadas ilustram essa representação sobre a condição feminina:

“Então, é melhor ser homem, porque o homem tem que só trabalhar fora. Chega em casa, não faz nada. Muitos são assim, né? Chegam em casa e não fazem nada”

"Eu preferia ser homem, mil vezes!! Não sofre pra ter neném (risos), não tem enjoô e dor de cabeça, não tem nada!"

"...[as vantagens das mulheres] hoje em dia, são poucas. Antigamente, né, ficava em casa, ficava cuidando de filhos, do marido.... Hoje em dia, se a mulher não correr atrás, todo mundo passa fome, né? Então, a vantagem é pouca."

Duas entrevistadas pontuaram, criticamente, que o trabalho remunerado feminino, para além de significar auto-afirmação ou independência, é imprescindível para a sobrevivência familiar. Para elas, não se trata de discuti-lo enquanto uma opção, mas como um imperativo de sobrevivência que não deixa margem a opções. A fala de uma entrevistada expressa não só essa questão como a percepção da incompatibilidade entre o trabalho remunerado e o cuidado com os filhos:

"A mulher trabalha fora porque ela precisa mesmo. [...] A gente, quando tá trabalhando fora ... quando a gente tem um filho, a gente se prende com isso. Quem trabalha fora não pode se prender"

SER MÃE: A REALIZAÇÃO FEMININA

A maternidade e, antes mesmo de ser mãe, a possibilidade de ter filhos - foi significada, pela maioria das entrevistadas, como a principal razão de sua existência. Como sintetizou uma entrevistada,

"Só é mulher mesmo quando é mãe. [...] Ela só se completa mesmo quando é mãe. Ai, ela é uma mulher".

Algumas entrevistadas expressaram a convicção de que as mulheres têm maior capacidade de luta e de disposição para o enfrentamento da vida que os homens por serem mães: os filhos as tornariam mais fortes, determinadas e responsáveis, levando-as a enfrentar qualquer obstáculo para criá-los. A fala de uma entrevistada ilustra essa representação:

"Nós somos mais fortes! A gente tem mais capacidade pra lutar, pra assimilar melhor o sofrimento, as dores... A gente tem mais coragem ...[...] Por isso a gente dá à luz!"

Como pode ser constatado, emergiu uma representação naturalizada da mulher-mãe-trabalhadora, ou seja, daquela que, por ser mãe, vai à luta, trabalha, enfrenta toda sorte de dificuldades e, através disso, se fortalece e se afirma. O reconhecimento de que as mulheres são 'batalhadoras', 'fortes' e 'corajosas' esteve muito associado, na maioria dos discursos, à maternidade: os filhos as fazem assim e é por eles que as mulheres se tornam verdadeiras 'guerreiras'. É, portanto, a maternidade que motiva, prepara e amadurece as mulheres para

assumirem encargos produtivos e reprodutivos com mais responsabilidade e disposição que os homens, como exemplarmente ilustra o relato abaixo:

"Eu tive a P. [filha] sozinha, tive que batalhar, tive que ralar pra caramba, mas não abro mão da minha filha, entendeu? [...] Então, eu acho que a mulher a mulher, tendo filho, sendo obrigada a trabalhar, é bom É bom porque ela amadurece mais rápido, ela tem outra noção da vida, entendeu? É sacrificante mas é um sacrifício que amanhã ... não é agora, é amanhã ou depois, vai valer a pena: você vai ter o que ensinar pro teu filho, vai ter o que contar"

Outros significados atribuídos à experiência da maternidade apontaram para sentimentos de doação, generosidade, completude e realização, como as falas abaixo ilustram:

"Então, eu acho que ser mãe.....pra mim, ser mãe é tudo na vida!! Nossa!! Pra mim, ser mãe é uma coisa tão boa, tão abençoada ...Pô, só de Deus dar o dom de ser mãe.... Nossa Senhora, isso pra mim já é uma coisa demais!!!"

"Ah, é uma coisa maravilhosa, né? Porque você não espera e você vê um bebê bonito.... Você se sente mais segura porque é mãe. Tem que ensinar outras coisas"

"A gente dá tanto carinho, né? É uma compensação, realiza a mulher!! É um sonho da mulher"

"As crianças são muito boas, a gente aprende muito com elas. (...) Eu não te falei? Se eu tivesse dinheiro, eu acho que teria uns dez filhos (risos)!!!"

"Ah, minha realização é ver meus filhos bem. Se eu vejo minhas filhas bem, pra mim tá tudo bem..."

"No meu ponto de ver, a pessoa....desde o momento que ela tem aquela responsabilidade, ao saber que ela tá grávida, já é..... é uma responsabilidade e uma preocupação ao mesmo tempo. Porque é uma responsabilidade pra vida toda, uma coisa que não vai cessar nunca. É uma coisa assim... A pessoa, a mulher, quando descobre que é mãe ... que ela descobre que tá grávida, ela já é mãe"

"Eu acho que não tem [dificuldades para ser mãe]. Eu acho que é uma coisa que você escolhe. Você escolheu ser mãe"

A dimensão sagrada da maternidade surgiu no depoimento de uma entrevistada cuja vida foi transformada através da atual gravidez. Suas palavras expressam de forma eloquente sua emoção:

"[ser mãe] pra ver o filho ou a filha, pra criar, sabe? Aquela coisa é dela, ela pode bater no peito e dizer: é minha! pronto, acabou! Não por uma atitude de querer mandar, não

é isso. Mas é uma coisa que é dela, ninguém tem o direito de tocar, entendeu? De mexer, de magoar ... ninguém! É uma coisa sagrada!"

Para essa jovem, que se prostituía, este filho está representando um novo sentido para sua vida. Em suas emocionadas palavras,

"E é daquele jeito, porque ela [a mulher que gesta] quer sentir a vontade, o prazer de ser mãe, de engravidar, de sentir cada momento do seu filho. Quer dizer, cada sensação, de dar à luz tudo isso" .

Outra entrevistada, que vive no mundo marginal das drogas, deposita nesse filho a esperança de conseguir estruturar sua vida. Entre outras expectativas, espera poder reparar a rejeição que sofreu da própria mãe:

" [ter um filho] pra poder dar tudo que minha mãe não me deu (risos). Tudo que eu não tive: dar atenção, carinho, cuidar, ser meu amiguinho, parceiro, um pedacinho de mim [...] Eu queria tanto um bebê ...eu queria muito. Queria, não. Eu quero!"

Para esta mulher, este filho está significando a possibilidade de criar vínculos, de cuidar de alguém, de tornar-se necessária, como ela revela:

"Ah, eu me sinto muito feliz. Demais! Nossa! Não vejo a hora de poder brincar com ela o dia inteiro, de cuidar dela...."

Tem consciência, porém, que vencer a dependência das drogas é uma batalha árdua da qual nem todos saem vitoriosos. Ademais, demonstra uma lucidez surpreendente quando pondera que não pode depositar no bebê a responsabilidade por sua recuperação. Em suas palavras,

"Eu tô depositando tudo isso nela [a esperança de superar a dependência das drogas].... que é muita responsabilidade que ela tem. Vai ser minha continuidade... salvação. Mas não é! (risos)..... É, eu não posso jogar toda essa responsabilidade em cima dela, né? "

O depoimento de uma entrevistada, que perdeu sua primeira filha aos 6 meses de idade, remeteu ao 'amor doação' que se realiza através da maternidade. Em suas palavras,

"Ela [a filha] me ensinou o que é amar mesmo. Porque eu não sabia o que era amar. Fui descobrir a partir daí"

Essa mulher também referiu-se ao princípio bíblico que advoga a necessidade da dor para a completude do amor, sendo que essa experiência lhe foi transmitida por sua mãe, que lhe dizia: " *'você só vai saber o que é ser mãe quando você sentir a dor que eu tô sentindo....'*". Desejando provar sua capacidade para se tornar uma boa mãe, ela anseia em repetir a experiência materna:

"... eu queria sentir dor, como todas as mães. Meu sonho era esse: sentir dor, amamentar no peito...."

'NEM TUDO SÃO FLORES': OS CONFLITOS DA MATERNIDADE

Apesar do consenso sobre a centralidade da maternidade para a realização feminina, muitas entrevistadas expressaram-se criticamente sobre determinadas condições para se ter filhos.

Para algumas delas, as mulheres não deveriam ter filhos de forma 'irresponsável', ou seja, sem um relacionamento estável e/ou condições financeiras para proporcionar aos filhos uma vida estável e segura. Para algumas entrevistadas, esse julgamento moral foi auto-crítico, denotando 'arrependimento' pelas circunstâncias 'irresponsáveis' em que tiveram seus filhos. Uma entrevistada, em particular, avaliou as conseqüências negativas por ter tido um filho ainda tão jovem:

"... eu achei que eu fui muito infantil, achei que era brincar de boneca e agora as 'bonecas' [as filhas] tão lá em casa (risos). E eu podia ter aproveitado mais, podia ter estudado, podia ter arrumado um emprego melhor, podia não ser tão dependente da minha mãe e não dar tanto problema pra ela, né?"

Algumas entrevistadas, ao avaliarem as condições ideais para se ter filhos, apontaram a estabilidade da relação conjugal como condição essencial para uma maternidade responsável. Para elas, ter um companheiro é fundamental. Sueli, por exemplo, critica as mulheres 'irresponsáveis' que 'largam' os filhos com as avós e reafirma sua convicção sobre a necessidade de um companheiro:

"Tem que ter um companheiro. Não basta ela querer ser mãe. [...] Eu sou decidida. Eu sempre falei: eu não vou ser mãe solteira, sozinha"

Mesmo reconhecendo que os filhos representam uma forte motivação para enfrentarem os problemas da vida, algumas entrevistadas admitem seus conflitos. Ana, por exemplo, é uma das poucas que assume estar rejeitando o bebê que espera. Descobriu sua sorologia no pré-natal e está ainda fortemente impactada pela notícia, sem saber como dar conta de tantos problemas. Ela já tem 3 filhos, de diferentes pais biológicos, todos ausentes. Seu último parceiro, pai do filho que espera, abandonou-a quando teve conhecimento de seu diagnóstico. Ela voltou a viver com sua mãe e a situação econômica da família é dramática. Reconhece, porém, que os filhos a motivam a continuar vivendo, sendo que ela procura corresponder ao seu afeto sendo uma *boa* mãe. Como diz,

"Eles [os filhos] não me pediram pra nascer, eles não têm culpa de estar aí, né? Eu tenho que dar o que eu posso. Fazer por eles, eu faço: dou bastante amor, que eu acho que é o principal".

Refere-se, ternamente, ao apoio carinhoso que recebe dos filhos quando está desanimada:

"quando eu tô muito pensativa, eles....'o que é, mamãe? te amo!'.... então, fica assim..... por isso tudo... assim, né? Te cativa, levanta teu astral. Às vezes, eu quero baixar o astral, daqui a pouco eles tão[fazendo carinhos].....".

Outra entrevistada também expressou seus conflitos com a maternidade. Cristiane, que já tem um filho, criado por sua mãe, acredita que os filhos 'prendem' a mulher, obrigando-a a deixar de lado outros projetos de vida, além de requerem muita paciência e dedicação. Ela admite que não corresponde a esse perfil materno mas termina por emocionar-se ao reconhecer que seu filho precisa de seu carinho e apoio:

"Ele é muito agarrado comigo (choro). Eu tenho medo de morrer e deixar ele...."

Aliás, os conflitos de Cristiane com sua mãe parecem exercer forte influência sobre suas dificuldades enquanto mãe. Como expresso por ela:

"Quando a gente tem família, é diferente, né? Mas com a minha mãe.... Por exemplo, no caso dessa gravidez aqui, ela já diz que não vai tomar conta, né? Eu vou ter que me virar sozinha"

Cristiane foi a única entrevistada que assumiu sentir desejo de abortar. Além dos conflitos com a mãe, está separada do namorado, de quem diz não gostar. Seus sentimentos depressivos, que se agudizam especialmente quando briga com a mãe, são por ela explicitados:

"Quer saber? A melhor coisa que eu faço é morrer (riso nervoso). Paro com tudo [medicamentos] e eu morro logo. [...] Daí, eu fico pensando: 'bom, deixa pra lá. Depois que o neném nascer, eu resolvo minha vida"

O que se pode detectar, aqui, é o quanto os vínculos parentais, particularmente entre mãe e filha, podem marcar diferentemente as mulheres. Neste último caso, o conflito e a rejeição materna parecem se refletir nas dificuldades de Cristiane assumir o papel materno. Em contrapartida, Viviane, que perdeu os pais quando criança e teve que deixar sua família adotiva quando o pai adotivo tentou abusar dela sexualmente, vivenciou o nascimento de sua primeira filha, tida em condições muito adversas, como uma experiência única e gratificante. Neste caso, a experiência da maternidade foi tão significativa que permitiu a Viviane superar suas perdas e re-significar sua vida, como sua fala explicita:

"Eu falo até hoje que, se eu tivesse condições ... não condições financeiras, porque filho a gente cuida da maneira que a gente pode, né? Se não tem condições [financeiras], a gente não vai cobrir o filho de ouro. Do jeito que eu tive minha filha, eu não tinha nada e, mesmo assim, eu mantenho ela até hoje. Ela tem 3 anos. Graças a Deus, bem forte, bem levada.... E olha que a gente passou por dificuldade nossa Senhora! Entendeu? Então, eu falo que, se eu tivesse condições, eu iria ter mais uns dois ou três filhos...."

A maternidade é por ela significada enquanto aprendizado de vida, amadurecimento e responsabilidade para com outro ser:

"No meu ponto de ver, a pessoa....desde o momento que ela tem aquela responsabilidade, ao saber que ela tá grávida, já é..... é uma responsabilidade e uma preocupação ao mesmo tempo. Porque é uma responsabilidade pra vida toda, uma coisa que não vai cessar nunca"

Viviane qualifica afetivamente essa responsabilidade como um privilégio do ser feminino. Ela valoriza-se especialmente por sua luta para cuidar da filha sem nenhuma ajuda familiar e sem contar com um companheiro ao seu lado. Acredita que a experiência da maternidade a amadureceu e a qualificou para o enfrentamento da vida. Viviane faz duras críticas às jovens que, como ela, têm filhos sem estrutura para cuidar deles e que não assumem a responsabilidade, deixando-os aos cuidados de suas famílias. Para ela, a experiência da maternidade é tão gratificante que nem mesmo o HIV é capaz de ameaçá-la:

"Ah, eu quero ter o meu filho, poder criar o meu filho maravilhosamente. E eu nem tô pensando no negócio do HIV..."

O relato de Márcia demonstra, por outro lado, que muitas jovens podem viver fortes conflitos quando a gravidez interrompe projetos de vida. Ela mostra, através de sua fala, o quanto é difícil assumir seu próprio crescimento e a responsabilidade por um ser frágil, dependente e indefeso:

"É, assim, um medo do que vinha agora pela frente, que a minha vida ia mudar, ia tomar outro rumo. Que, querendo ou não, eu ia ter que crescer, e muito! Porque agora era uma criança pra eu cuidar e eu ia ser responsável por outro ser vivo. Aí, aquilo me deu medo, né?"

A BOA MÃE

Algumas mulheres, como Vanda, expressaram seus valores sobre a 'boa mãe'. Em sua traumática experiência enquanto filha, sofreu maus tratos de seu pai e procura reparar essa

situação com os filhos através do carinho, da paciência e, sobretudo, do diálogo. Em suas palavras,

"Mãe tem que ser compreensiva, né? Mesmo que esteja já perdendo a paciência, a gente tem que ser compreensiva e tentar entender o que tá acontecendo. Porque criança pequena não sabe se explicar. E quando for ficando adolescente, vão começando a perguntar, a falar coisas que você não pode esconder. Você tem que falar, se não, vai aprender na rua. Às vezes, aprende errado, né? Então, você tem que falar tem que conversar com seus filhos"

Tatiana também compartilha essa concepção, ressaltando que somente o diálogo pode evitar que os filhos sofram as perigosas influências do mundo atual. Para ela, não basta reprimir e dar limites aos filhos: a boa mãe deve dialogar abertamente com os filhos sobre todos os assuntos, inclusive aqueles que são tabus. Como se expressa,

"Ser mãe é sempre difícil! Eu acho que ser mãe não é só dar à luz uma criança e pronto! Acho que tem que ter muito carinho, muito amor [...] Eu acho que, em geral, mãe e pai têm que conversar muito com seus filhos sobre drogas, sobre tudo..."

Ao expressar suas convicções, Tatiana remete-se à educação que recebeu e valoriza o diálogo aberto e franco que sua mãe sempre manteve com os filhos. Também reconhece que o controle e a repressão que a mãe exercia sobre ela era uma forma de proteção que visava resguardá-la dos 'perigos do mundo'.

OS CONFLITOS ENTRE TRABALHO E MATERNIDADE

O mundo produtivo e o reprodutivo tornam-se esferas quase antagônicas quando adentramos o mundo dos explorados: salários irrisórios, longas jornadas de trabalho, trabalhos desgastantes aliados à ausência de qualquer infra-estrutura que minimize o trabalho doméstico. Passar mais da metade do dia ausente de casa, retornar esgotada, realizar todas as tarefas domésticas e ainda prestar alguma atenção aos filhos certamente é uma situação impensável para quem dispõe de alguma infra-estrutura, o que geralmente inclui uma empregada doméstica que realiza as tarefas mais pesadas e cansativas.

Portanto, julgamos relevante explorar as estratégias que as mulheres entrevistadas utilizam para conciliar o trabalho remunerado com o cuidado e a criação dos filhos e, especialmente, como avaliam criticamente essa situação. Afinal, ser uma boa mãe implica em ter tempo para a convivência e a intimidade com os filhos, o que requer estar emocionalmente

disponível para o diálogo, a brincadeira e, eventualmente, o paciente auxílio nas tarefas escolares.

É importante ter em mente que, ao se posicionarem sobre o gênero, o trabalho feminino foi significado, pela maioria das entrevistadas, como conquista de independência e autonomia em relação aos homens e ao casamento. Porém, ao abordarmos essa questão em confronto com a maternidade, explorando os conflitos que advém dessa dupla inserção, as preocupações e angústias com a (boa) criação dos filhos emergiram.

Predominou, para a maioria das entrevistadas, a percepção de que o trabalho remunerado feminino gera tensões e conflitos para as mulheres que têm filhos, mesmo para as que não os criam. Os depoimentos a seguir ilustram as preocupações e angústias provocadas pelos riscos a que os filhos estão expostos sem sua presença protetora e o cuidado cotidiano:

"Tá difícil ter filho hoje em dia. Desemprego, crime, droga..... Ainda mais a gente, que tem aids, né? "

"Tá difícil criar filho hoje em dia por causa da dificuldade de emprego, pouco dinheiro. E também a violência, que é muita, né?"

"Tá muito difícil pras mulheres ter filho e ter que trabalhar. Mas quando você tá a fim de ser mãe ter um filho é tão maravilhoso..... você supera tudo e vai em frente..."

"Eu acho que, em geral, pai e mãe tem que conversar muito com seus filhos sobre drogas, sobre tudo: 'nunca faça isso, nunca use droga'....."

"Hoje em dia, tá difícil criar filho. Eles tão muito cabeça dura, não aceita os conselhos dos pais e sempre acham que tão certos. Por isso, não basta reprimir, tem que conversar e muito"

"Então, eu acho isso: a gente não tem, assim, que fazer nossos filhos de escravos mas a gente tem que ajudar, procurar orientar o dia de amanhã, porque eu não sei o dia de amanhã..."

Como os relatos evidenciam, surgem aqui as preocupações com a violência e com as drogas, sinalizando para os riscos a que suas crianças estão expostas, não só como vítimas dessa situação mas especialmente pelo risco de aderirem ao mundo marginal do comércio ilícito de drogas. O diálogo, a conversa, o carinho são, assim, os únicos 'antídotos' disponíveis. Porém, estar fora de casa a maior parte do tempo, chegar extenuada, realizar o trabalho doméstico, dar atenção e carinho aos filhos e com eles dialogar não é tarefa simples.

Uma entrevistada, por exemplo, ao relatar suas inquietações com os filhos adolescentes, teve uma forte crise de choro. Ela passa a maior parte do tempo no trabalho, assim como seu companheiro. Os rendimentos de ambos mal são suficientes para manterem-

se. Seu medo maior é que os filhos, por estarem ‘soltos’, terminem por se envolver com jovens da vizinhança que já estão ‘na vida errada’. Ela, porém, não tem como equacionar o problema pois não pode contar com a ajuda de sua família, que é de outro estado, e tampouco pode parar de trabalhar, já que seu salário é imprescindível para a subsistência familiar.

Outra entrevistada trouxe uma situação paradoxal, onde o desemprego do companheiro lhe é, e certa forma, favorável. Essa mulher sustenta sua família com uma minguada pensão que recebe do ex-marido, já falecido; no momento da entrevista, ela ajudava o atual companheiro, desempregado e hiv+ sintomático, a tirar sua carteira de identidade, o que lhe daria chances de obter um emprego de ‘carteira assinada’; temia, porém, que ele já não tivesse condições físicas para suportar um trabalho regular e pesado. Também receava que, caso ele conseguisse empregar-se, ela não conseguisse, sozinha, dar conta não só das infindáveis tarefas domésticas como dos cuidados com a saúde de um dos filhos, também hiv+, do parceiro, de si própria e do bebê que vai nascer, o que implica em constantes idas a médicos, laboratórios, exames, medicamentos, etc. Portanto, contraditoriamente, um possível e desejado emprego para o companheiro, embora pudesse representar um importante reforço no minguado orçamento familiar, implicaria numa sobrecarga maior para ela. Leve-se em conta que seu bebê, ao nascer, exigirá, além dos cuidados que todo recém nascido necessita, uma atenção especial, o que inclui tomar medicamentos em horários rigorosamente determinados, ir a consultas médicas regulares, além de exames laboratoriais. Como ela desabafa, “... e eu fico pensando: meu Deus! Será que, com ele trabalhando, eu vou agüentar fazer tudo sozinha? Eu vou ter que levar as crianças na escola, buscar, ir em médico Cara! Eu vou ficar exausta!”

Como evidenciado, a maioria das entrevistadas assimilou a ideologia da 'nova' mulher: a que trabalha, é independente, auto-suficiente e que consegue arcar, sozinha, com todas as responsabilidades familiares. Elas expressaram inequivocamente essa representação sobre a independência feminina, valorizando-a. Porém, quando saímos do plano do discurso e adentramos seus mundos concretos, trazendo à tona as maneiras como vivenciam essa ‘independência’, podemos perceber claramente o quanto essa nova responsabilidade as extenua e as impede de viver o mundo doméstico, afetivo e relacional por excelência, de forma satisfatória e prazerosa. Neste momento da entrevista, suas angústias e preocupações com a criação dos filhos foram explicitados, assim como seu esforço para dar a eles uma atenção possível, fazendo-se afetivamente presentes, na medida de seus limites, em suas vidas ainda em formação.

Uma entrevistada admitiu que o fato das mulheres estarem tornando-se provedoras torna os conflitos familiares mais agudos, já que sustentar a família sozinha é uma sobrecarga muito grande para as mulheres. Por outro lado, ao criticar enfaticamente a crescente 'irresponsabilidade' dos homens no sustento e cuidado com os filhos, ela retorna ao ponto inicial: 'mulheres-mães responsáveis x homens-pais omissos' torna-se uma equação que justifica uma situação que, novamente, permanece desvinculada de seus precários e instáveis contextos de vida. Portanto, responsabilidades e irresponsabilidades aparecem naturalizadas como atributos do gênero.

Por outro lado, duas entrevistadas expressaram a insegurança que as mulheres vivenciam quando se restringem à vida doméstica, deixando entrever que um companheiro-provedor não representa mais uma garantia de vida segura e estável. Uma delas admite que deixou de trabalhar por pressões de seu companheiro que, por ser muito 'machista', a quer exclusivamente dedicada à vida doméstica. Porém, pretende voltar a trabalhar assim que seu filho estiver mais crescido, mesmo que tenha que enfrentar o companheiro. Em vista da fragilidade dos vínculos conjugais ou da incerteza e instabilidade do provedor masculino, ela deixa transparecer medo e insegurança por estar tão dependente do parceiro.

A outra, no mesmo sentido, compartilha este ponto de vista: pensa que as mulheres devem trabalhar mesmo quando têm filhos pequenos pois a dependência do marido as deixa em situação vulnerável, como é o seu caso. Arrepente-se de ter deixado o emprego por pressão do marido, que a quer dedicada à vida doméstica. Porém, sua relação conjugal está em crise - em decorrência do 'machismo' do marido - e ela deseja a separação. Receia, porém, não conseguir retornar ao mercado de trabalho, do qual está afastada há algum tempo.

Porém, ao explorarmos mais detalhadamente essa crise conjugal, outras questões puderam ser detectadas. Sua insatisfação com o marido advém de suas atitudes possessivas e controladoras: ele a provoca, a agride verbalmente, controla seus horários, não lhe dá apoio nem atenção e ainda exige sua disponibilidade sexual, o que gera uma situação opressora e insustentável. O problema do HIV sobrepõe-se às suas angústias em relação ao futuro pois teme que nenhuma creche aceite seu filho em função de seu (dela) diagnóstico. Ao imaginar que não terá onde deixar o filho, não sabe como poderá trabalhar para sustentar a ambos, caso se separe do companheiro. Sua família é do interior da Bahia e ela tem consciência de que já não pode retornar à cidade natal devido ao tratamento especializado que ela e o bebê necessitarão receber, não disponível em sua pequena e pobre cidade.

Porém, ao falar sobre o marido, vai gradualmente admitindo, mais para si mesma, que ele está passando por um momento particularmente difícil e que talvez justifique suas reações

exacerbadas. Lembra-se que ele chorou muito quando soube que ela estava infectada. Ele ainda não sabe o resultado de seu exame mas ela teme que ele não suporte a notícia de um diagnóstico positivo. No esforço para compreender o que se passa com o companheiro, admite que seu emprego pode ser um fator estressante: ele é vigilante na Funabem (instituição de menores infratores) e enfrenta, cotidianamente, ameaças, rebeliões, corrupção e violência. Apesar disso, está com muito medo de ser demitido, já que ficou desempregado por longo período de tempo. Como ela própria pôde perceber, a situação do companheiro não é fácil e, provavelmente, ele 'descarrega' sua tensão na mulher, que também está precisando de apoio e afeto.

Essa situação ilustra exemplarmente as estreitas conexões entre as desigualdades sociais e de gênero. Através de uma investigação mais cuidadosa, foi possível trazer à tona as dificuldades que os homens desta classe social vêm enfrentando. Não há aqui absolutamente a intenção de justificar qualquer atitude 'machista' e opressora para com as mulheres, mas não se pode deixar de registrar que, nessas circunstâncias, torna-se difícil manter uma postura serena. Talvez, em outro contexto, os problemas entre este casal pudessem ser equacionados de forma mais amigável e afetuosa.

Como veremos a seguir, as representações das entrevistadas sobre o 'homem-provedor-pai' sinalizam claramente para uma crise do papel masculino.

SOBRE A CONDIÇÃO MASCULINA: A CRISE DO HOMEM-PROVEDOR-PAI

Ao se posicionarem sobre a condição masculina, as entrevistadas revelaram ambigüidades e conflitos: ao serem comparados às mulheres, os homens foram percebidos ora em vantagem – 'eles ainda querem mandar e ter controle' - ora em desvantagem – 'eles estão abalados por não poderem mais sustentar sua família'.

No segundo caso, muitas entrevistadas externaram suas críticas sobre o desemprego e às dificuldades de sobrevivência que afetam particularmente os homens, mas também as mulheres. Neste sentido, ao reconhecerem que essa situação fragiliza os homens e desgasta os relacionamentos, o 'poder masculino' foi relativizado. As 'desvantagens' atribuídas aos homens foram relacionadas especialmente à perda de status econômico, como demonstrado pelas falas abaixo:

"A mulher fica em casa cuidando dos filhos mas o homem... eu acho que sofre mais que a mulher. O homem trabalha mais, o homem tem que botar comida dentro de casa quando a mulher não trabalha..."

"Não tá nada fácil [para os homens]. Pra ninguém tá fácil. Tá difícil.... o emprego, né? Tem muito desemprego"

"É o desemprego, né? Eles [os homens] não têm culpa também. Aí, vai destruindo o lar... as brigas..."

"[Os homens] ...tão passando por uma situação difícil porque agora eles têm concorrentes, né? Ainda mais.... mulheres! Hoje em dia eles não tão mais por cima, não..."

"Por outro lado, eu penso: olha como é que é essa mente [dos homens]! Como ele [o marido] pode falar isso, que a mulher tem que ficar dentro de casa, se ele praticamente não tem condições de sustentar, né? "

Algumas entrevistadas, contudo, retornaram a uma representação naturalizada: os homens seriam mais 'irresponsáveis' em relação ao trabalho por não vivenciarem a experiência da maternidade. Em contrapartida, por serem mães, as mulheres possuem um senso de responsabilidade único: elas 'correm atrás' do emprego, o que implica em assumirem sozinhas o sustento familiar quando os homens-pais se omitem. Para algumas entrevistadas, eles se omitem porque as mulheres-mães estão assumindo este papel. Os depoimentos abaixo ilustram essas representações:

"... o homem ... ele tem um filho mas não gera. Quer dizer, é diferente nesse ponto. Agora, a mãe já gera, já tem um filho, né? (...) Acho que ela sempre ... ela pensa mais nos filhos que o pai"

"... a responsabilidade que ele [pai] tem é só de colocar as coisas dentro de casa e tal. Mas a maior sobrecarga ainda é da mãe"

"Se as crianças tá precisando de alguma coisa, é mais ela [a mãe]. Ela tem que se virar, ver aquilo ali..... eu acho que talvez isso que tá mudando muito a cabeça dos homens, né? No caso, pensar: vou tomar minha cervejinha, o resto é a mulher que segura"

"Agora, a mulher, nessa parte, ela tem mais responsabilidade. Que, às vezes, ela deixa de comprar uma coisa assim... [para si], entendeu? Pra poder comprar as coisas necessárias dos filhos. Agora, o homem já não pensa assim"

"Ah! Mas é o pai [que abandona os filhos]. A mãe não deixa seus filhos por nada mas o pai deixa"

"Pra ele [o filho] ter um pai só lá no papel, pra dizer que tem... Acho que é melhor não ter, já que não tá servindo pra nada. Pra que ter só o nome [do pai]? Leva só o meu"

" [os homens] acham que ela tem que dividir as despesas. Se as crianças tá precisando das coisas, é mais ela. Ela tem que se virar, ver aquilo ali..."

Surgiram também críticas ao ‘machismo’: muitas entrevistadas pensam que os homens ainda são controladores e pretendem ‘mandar’ nas mulheres. Mesmo não estando em situação muito confortável - desemprego, salários baixos - eles não ‘perdem a pose’. Os depoimentos ilustram essa percepção:

“Que, às vezes, eu me arrependo de ter casado, de ter largado meu trabalho e tudo... Que, às vezes, eu penso assim: ‘eu saí da barra da saia da minha mãe e agora, tô com um marido que não quer que eu trabalhe’. Então, eu prefiro ficar sozinha que sofrendo”

“Ah, ser homem! A cada dia que passa, os homens querem mais ser donos de tudo. Sei lá, quer mandar mais que todo mundo... Tá modificando [a situação dos homens], mas eu acho que pra pior”

“... quando o homem tá trabalhando e vê que a mulher tá num trabalho melhor que o dele, nunca quer aceitar. Não aceita. Principalmente quando ela ganha mais do que ele”.

“Eu não queria ser homem, não. Porque é só mandar, mandar, mandar, né?”

“Aí, de repente, ela pensa em arrumar um emprego, pra ajudar até mesmo em casa, né? E, de repente, o marido não quer essas coisas. Aí, ela quer ser independente Ele não permite devido ao tempo que ela está ali, assimsó sendo, ali ... dependente dele, né?”

“ [na visão de seu companheiro] mulher não é pra trabalhar, não. A mulher não pode ser independente. Ele diz que a mulher tem que ficar em casa lavando, passando...”

“É, mas eu acho que a mulher tem que ser independente, ter o dinheiro dela. Mas eles querem que ela não seja, pra eles poderem estar ali, controlar ... Porque aí ela vai depender dele... vai depender dele”

Algumas entrevistadas mencionaram a liberdade social e sexual que os homens desfrutam (‘eles podem fazer o que quiserem que ninguém fala nada’), em contrapartida ao severo controle e repressão moral a que as mulheres ainda estão sujeitas.

Duas entrevistadas, porém, relativizaram sua crítica sobre os homens, reconhecendo que, embora ainda existam ‘machões’, muitos estão mais abertos e sensíveis, como seus próprios companheiros. Elas atribuem parte da insegurança masculina à sua crise enquanto provedores, por elas associada ao desemprego. Por outro lado, embora reconheçam que muitos homens se sentem ameaçados pelo crescimento das mulheres, acreditam que essa crise está possibilitando transformações positivas, já os obriga a aceitar e valorizar a participação da mulher no sustento familiar.

Uma entrevistada radicalizou sua posição sobre os homens ao julgá-los cada vez mais machistas e covardes. Acredita que eles respeitam cada vez menos as mulheres porque

perderam o poder. Porém, sua vida no meio marginal da droga e da prostituição pode influenciar esse julgamento pessimista.

Também merece registro um comentário sobre a necessidade dos homens 'soltarem mais seu lado feminino' para crescerem, amadurecerem e 'perderem o medo das mulheres' porque, afinal, “...*nós não somos esse bicho de sete cabeças!! (risos)*”.

SOBRE A RELAÇÃO HOMEM-MULHER: CRISE, ANSEIOS E POSSIBILIDADES

De uma forma geral, houve consenso, entre as entrevistadas, de que o relacionamento amoroso, como decorrência da maior independência das mulheres, tornou-se mais conflituoso. De acordo com vários depoimentos, as conquistas das mulheres, especialmente no que se refere ao trabalho remunerado, gerou mais competição que cooperação nos relacionamentos conjugais. Ou seja, o fato das mulheres estarem recebendo salários iguais ou até melhores que os parceiros é percebido como fator de desestabilização do relacionamento. Essas entrevistadas julgam que os homens ficaram ameaçados e, por não quererem abrir mão de seu poder, não conseguem lidar com a situação de maior igualdade entre ambos. As falas abaixo expressam esse posicionamento:

“Tá mais difícil [o relacionamento homem-mulher]. Lógico, quando a mulher não tinha capacidade pra encarar as coisas, eu acho que era bem mais fácil. Ela ficava calada. E, hoje em dia, como ela tem seu espaço, tem seu trabalho, tem o seu dinheiro, ela não tem que agüentar aquilo que ela agüentava”

“Mulheres que trabalham fora tem muito mais atrito em casa. É por causa do ciúme, né?”

Algumas entrevistadas, porém, ressaltaram que, apesar das disputas de poder e dos maiores conflitos entre homens e mulheres, muitos casais estão conseguindo estabelecer laços mais equilibrados, igualitários e satisfatórios. Nestes casos, a participação dos parceiros no trabalho doméstico e a relação amorosa onde predomina o respeito, o diálogo e o companheirismo são questões apontadas como essenciais para esses relacionamentos. Referenciam seus próprios parceiros como exemplos de homens sensíveis, amigos e solidários, como demonstram suas falas:

“Então, o pessoal acha que isso foi uma coisa de Deus, né? Que colocou ele no meu caminho pra me ajudar. [...] Ele foi uma pessoa que apareceu na minha vida e que me deu força, que tá comigo até hoje .. Talvez, se eu tivesse sozinha hoje em dia, talvez fosse muito difícil encarar sozinha [o diagnóstico]”

"[ele é] *super legal. Ele me dá força, assim, pra tudo. Às vezes, eu tô em casa de cabeça baixa, até mesmo pensando nas conseqüências, nos riscos [do hiv]..... Ele chega e me bota pra cima*".

Uma única entrevistada relacionou as dificuldades no relacionamento homem-mulher ao excesso de liberdade sexual de ambos. Segundo sua avaliação, tanto homens quanto mulheres não mais se respeitam e não se valorizam. Seu depoimento estendeu a crítica às mulheres que, segundo ela, 'aderiram' ao padrão masculino:

"...hoje em dia, tem mais competição. Fica hoje... fica um tempo...Aí, amanhã já tá com outra. Ou então, tá com você e amanhã tá com outra na rua. E aí fica essa bagunça. Hoje em dia, os rapazes....eles não tão mais ali.... Nem as mulheres, [elas] não tão mais ali, firmes. [...] Elas ficam um tempo ... Aí, acho que enjoa ou aparece outro. É igual aos homens: ta com uma mulher mas, de repente, aparece uma outra ...Esse caso de homem e mulher, é tudo igual! "

Por fim, uma entrevistada, mesmo reconhecendo avanços na relação homem-mulher, assumiu que preferia ter seu filho sozinha, numa espécie de 'produção independente' . Segundo ela, desde jovem, não queria viver com um homem, antevendo uma situação opressora. Pensa que sua atual experiência conjugal confirma suas premonições sobre o casamento: sente-se oprimida e desrespeitada pelo marido e espera seu filho nascer para separar-se, mesmo sem saber como vai conseguir se manter e ao filho, além de cuidar da saúde de ambos.

Como visto, as entrevistadas expressaram posições críticas sobre a relação homem-mulher, apontando para uma crise decorrente de mudanças nos papéis sociais e sexuais de homens e mulheres. Apesar do reconhecimento da autonomia e independência alcançada pelas mulheres, os conflitos de poder que se travam no âmbito das relações conjugais não foram subestimados.

Porém, apesar do reconhecimento de uma crise social cujo efeito mais dramático é o desemprego, nenhuma entrevistada relacionou os conflitos conjugais às suas difíceis condições de sobrevivência. Uma das únicas referências a essa questão é o reconhecimento da extensão do desemprego masculino e a correlata crise do provedor. Mesmo aqui, foi significativa uma representação que naturaliza a mulher-mãe e, dessa forma, justifica sua maior responsabilidade no sustento familiar.

É importante destacar que nenhuma entrevistada referiu qualquer participação anterior em movimentos coletivos, sociais e/ou sindicais. Em tese, esse tipo de inserção permite a

aquisição de uma consciência crítica mais ampla sobre os mecanismos de opressão e exploração, de classe e de gênero. Os depoimentos evidenciam um posicionamento restrito aos limites de seu entorno sócio-familiar. Mesmo aquelas que trabalham como assalariadas - o que, em princípio, propicia uma inserção mais coletiva e politizada no mundo social - expressaram posições que, em última análise, ficam restritas a uma crítica aos papéis sexuais. No limite, houve o reconhecimento, por algumas entrevistadas, de que o desemprego é uma grave questão que afeta a sobrevivência e as relações familiares.

Portanto, a ‘independência’ feminina que, na prática, está significando ter que assumir também a responsabilidade pelo sustento dos filhos, não foi problematizada enquanto super-exploração do trabalho das mulheres e sem que, em contrapartida, isso represente uma melhoria nas condições de vida dos homens de sua classe social.

A ideologia de gênero pode ser apreendida, no limite, através das contradições entre discursos e experiências de algumas entrevistadas. Uma delas, que sustenta sozinha o parceiro e os filhos, conta, orgulhosa, como comunicou ao companheiro que ele podia, caso desejasse, partir: *“Vai e segue teu caminho que eu sustento meus filhos”*. Em seguida, afirmou, convicta, sua auto-suficiência: *“Não gosto de depender de ninguém!”*. Contudo, em momento subsequente, ela admitiu sentir medo de não conseguir dar conta, sozinha, de todos os encargos familiares, o que inclui os cuidados com a saúde dos filhos.

Uma outra entrevistada assim expressou-se sobre as conquistas das mulheres:

“Lógico, quando a mulher não tinha capacidade pra encarar as coisas, eu acho que era bem mais fácil. Ela ficava calada. E, hoje em dia, como ela tem o seu espaço, tem seu trabalho, tem o seu dinheiro, ela não tem que agüentar aquilo que ela agüentava. Acho que isso muda um pouco...”

Porém, essa não foi sua experiência: apesar de ter assumido sozinha o sustento familiar, submeteu-se a uma relação conjugal opressora e violenta, marcada pela agressão física e psicológica contra ela própria e os filhos. Só conseguiu separar-se desse parceiro quando ele decidiu retornar definitivamente para sua terra natal.

Na contramão da ‘independência’ feminina, o relato de uma entrevistada que expressou uma aparente acomodação ao estereótipo feminino - o homem trabalha e a mulher cuida da casa - merece análise atenta. Helenice, uma jovem mulher adotada por uma família, acredita-se profundamente marcada pelo abandono materno. Atribui a esse fato as atribulações e a instabilidade que marcaram sua vida até então. Seu posicionamento sobre o gênero parece refletir essa difícil experiência quando afirma que a maior vantagem de ser mulher é poder ter filhos. Paradoxalmente, contudo, ela não pôde, até o presente, assumir seu

papel materno: seus 3 filhos resultaram de relações eventuais onde os pais biológicos não assumiram qualquer responsabilidade. Em vista da pobreza de sua família, teve que trabalhar arduamente para ajudar no sustento de suas crianças, criadas por sua mãe adotiva. Ao discorrer sobre a condição feminina, Helenice não problematiza a equação ‘homem provedor - mulher doméstica’, situação à qual aspira. Ao mesmo tempo, reconhece que é positivo para as mulheres trabalharem, o que ela sempre fez. Porém, Helenice assume, explicitamente, que gosta do trabalho doméstico e não sente nenhum conflito em ser dona de casa. Faz uma auto-crítica quando diz que as mulheres ‘despreparadas’ não deviam ter filhos, como foi o seu caso. Hoje acredita que foi uma mãe imatura e irresponsável mas pensa que, enfim, vai poder se ‘redimir’ através do filho que agora espera. Apesar de julgar-se imatura e irresponsável, Helenice demonstra ser uma mulher forte e determinada pois decidiu enfrentar todas as barreiras para engravidar deste bebê: sabendo-se portadora do hiv, desejava dar um filho para seu atual companheiro, que ainda não tem filhos. Enfrentou o medo e a insegurança quanto ao seu futuro e da criança mas estava decidida. Como diz, *"Porque eu já sabia [do diagnóstico]. Aí, eu falei: 'vou ter esse filho'. Tentei, consegui falei: 'eu vou em frente!'"*. Atribui sua força e obstinação ao atual relacionamento: é a primeira vez que tem um companheiro amigo, solidário e que lhe dá provas de afeto. Quando descobriu seu diagnóstico, confessa que sentiu medo de perdê-lo. Ele, porém, reafirmou seu amor e o desejo de continuar o relacionamento. Helenice acredita que finalmente encontrou o que idealmente buscava: uma relação de companheirismo que lhe permite concretizar o sonho de constituir sua família. Portanto, tornar-se dona de casa e poder se dedicar ao filho está representando, para ela, a conquista de uma situação que sempre lhe parecera inatingível e da qual não se julgava merecedora.

O caso de Helenice revela também a contradição entre o anseio por uma vida estável e segura e as condições materiais para concretizá-la: quando consegue estabelecer uma sólida união conjugal, suas dificuldades de sobrevivência se agravam. Ela não está podendo trabalhar devido ao seu estado de saúde, debilitado em função de uma grave tuberculose. O companheiro ganha o suficiente para pagar o aluguel de um cômodo e ambos sobrevivem graças a uma bolsa de alimentos que complementa seu tratamento. Paradoxalmente, a cura e a alta deste tratamento significarão, para eles, a fome. Sua esperança é conseguir uma nova ajuda alimentar no programa onde acompanha sua gestação. Essa situação-limite denuncia uma dura realidade: a sobrevivência garantida através da doença. Essa discussão será retomada no item 4.2, quando os profissionais de saúde manifestam sua preocupação com esse novo tipo de dependência: doença-sobrevivência.

ALGUMAS CONCLUSÕES PARCIAIS SOBRE AS ENTREVISTADAS: AS CONEXÕES ENTRE DESIGUALDADES DE CLASSE E DE GÊNERO

As representações predominantes sobre o gênero – a ‘independência’ feminina e a maternidade – nos levantam algumas indagações: o que significa, para essas mulheres, ser independente: afirmar-se autonomamente e ter liberdade de escolha ou ter que assumir a vida sozinha, arcando com todos os encargos familiares? Não se submeter à opressão masculina ou não contar mais com a participação dos homens na subsistência familiar e na criação dos filhos? Enfim, o que significa ser ‘forte’/ser ‘lutadora’: viver só e ter que assumir os filhos sozinhas ?

Como se pôde depreender , a definição ideológica das mulheres enquanto *esposas e mães* está sendo invertida, ou subvertida, pois, na medida em que agora têm que trabalhar para manterem seus filhos, transformam-se em *trabalhadoras-mães*. Neste contexto, em que o trabalho é extenuante e mal remunerado, as condições para cuidar e educar os filhos são, via de regra, muito precárias e insatisfatórias para a maioria delas. Mesmo as que lutam bravamente para corresponder ao modelo ideal de mãe esbarram nos limites colocados por sua condição de classe social.

Os depoimentos permitiram detectar o quanto a 'transição de gênero' atualiza as desigualdades entre os gêneros e está em estreita conexão com o aprofundamento das desigualdades sociais. Essa questão evidencia que as possibilidades das mulheres alcançarem uma posição efetivamente igualitária na sociedade está na estreita dependência de condições materiais que viabilizem essa conquista. No contexto da desigualdade social, a ‘independência feminina’ torna-se um sintoma do aprofundamento da exploração de homens e mulheres.

Merece também ser destacado que as precárias condições de sobrevivência deste segmento da população provavelmente influenciam e agudizam os conflitos conjugais e as lutas e disputas entre os gêneros. As dificuldades que esses homens estão enfrentando permitem supor que sua auto-estima e dignidade estejam abalados, o que possivelmente contribui para reações emocionais que revelam, no limite, medo, fragilidade e insegurança.

Por outro lado, ficou evidenciado que, mesmo em contextos de vida precários e desestruturados, as mulheres anseiam e procuram se realizar através da constituição de sua própria família conjugal. Visto que os relacionamentos amorosos estão difíceis, os filhos tornam-se sua principal fonte de realização afetiva. Mesmo aquelas entrevistadas que tiveram filhos nas mais adversas situações não hesitam em declarar que, apesar de tudo, eles foram – e continuam sendo - a experiência mais compensadora que tiveram.

Por fim, merece destaque a constatação de que os atuais parceiros de muitas entrevistadas, mesmo não sendo os responsáveis por sua contaminação, estão aceitando compreensiva e solidariamente essa situação, apoiando-as e ajudando-as a superarem o impacto do problema. Através desse fato, pode-se constatar que muitos homens dos meios populares são capazes de lidar com uma situação tão delicada de forma madura, compreensiva e solidária. Esse fato nos leva a refletir sobre a complexidade do mundo social, particularmente no que se refere às relações afetivas/amorosas. Afinal, existe um imaginário que crê que a ideologia da dominação masculina está mais fortemente arraigada nos homens das camadas populares. Estes, em consonância com o estigma do ‘pobre-violento-marginal’, são percebidos como mais machistas, agressivos, violentos e dominadores. Esse estereótipo, porém, deve ser relativizado para que se possa perceber como os indivíduos incorporam/introjetam identidades ideologicamente definidas mas podem transformá-las, tornando possível relações amorosas pautadas no afeto e companheirismo. Cabe-nos, portanto, enquanto pesquisadores comprometidos com uma visão crítica e transformadora, descortinar os ‘véus’ da ideologia e relativizar noções e conceitos que universalizam papéis, identidades e comportamentos. Essa universalização, mesmo com o intuito crítico-transformador, pode estar encobrendo mecanismos de reprodução de desigualdades, tanto sociais quanto de gênero.

A GRAVIDEZ HIV+: VIDA E MORTE, DOR E ESPERANÇA

Para analisar o tema da gravidez hiv+, será feita uma distinção entre as mulheres que já conheciam o diagnóstico para o hiv antes da atual gestação e as que descobriram sua sorologia no pré-natal. No primeiro caso, elas haviam superado, ao menos em parte, o impacto deste diagnóstico e elaborado o real significado deste problema. Muitas engravidaram conscientemente e em função das perspectivas mais otimistas trazidas pelo protocolo 076.

Porém, para aquelas que receberam o diagnóstico durante o pré-natal, via de regra sem um aconselhamento adequado, a questão coloca-se de outra forma: muitas ainda estão atordoadas, confusas, com a sensação de morte eminente, sem compreender de onde veio sua contaminação e, em muitos casos, tomadas pelo sentimento de que seus projetos de vida, tão arduamente perseguidos, ruíram. Portanto, os bebês que gestam adquirem um significado vital: tornam-se a principal – quando não a única - razão para lutarem contra os sentimentos de desesperança que geralmente sucedem a notícia deste diagnóstico.

A possibilidade dos bebês nascerem sem o vírus é, para a maioria delas, a principal fonte de motivação e esperança. Porém, sua própria sobrevivência é, também, uma questão crucial: muitas entrevistadas expressaram sua angústia frente à possibilidade de não viverem o suficiente para criarem os filhos até estes se tornarem independentes. Mesmo as que estão em situações conjugais estáveis aparentemente não contam com seus companheiros para, no caso de sua ausência, assumirem a criação dos filhos. Portanto, a possibilidade de sua própria morte assume contornos dramáticos pois o quadro que se lhes afigura - real ou imaginário - é o de desamparo dos filhos, o que gera angústia e preocupação. Neste contexto, deixar em segundo plano as informações referentes à sua própria saúde, sobre o tratamento para retardar a evolução da infecção e a (real) possibilidade de (sobre)viverem, contribui para tornar um momento difícil ainda mais angustiante.

Note-se que, ao chegarem a este serviço de referência, elas recebem uma ‘avalanche’ de informações sobre o tratamento que previne a TV. O intuito dos profissionais de saúde, como será visto adiante, é infundir-lhes esperanças e otimismo. Porém, elas se mostram aturdidas, confusas e revelam medos e culpa relacionados ao bebê e aos outros filhos: de infectarem o bebê, de morrerem e/ou de deixarem os filhos desassistidos. Portanto, as informações dadas, mesmo que otimistas, não exercem o efeito esperado, ao menos neste primeiro momento. Alguns depoimentos ilustram essa situação:

"Será que eu vou morrer antes do meu filho nascer?"

"Já pensou se o neném nascer com o problema de Aids? Eu tenho que pensar dos dois jeitos, entendeu? Porque eu não vou ficar falando assim: 'não, ele não vai nascer... ele não vai ter o vírus'. Aí, e se por acaso ele nascer [infectado]? Já pensou o que vai ser de mim?"

"Mas eu fiquei muito triste mesmo. E mais pelo bebê, porque eu achava que eu ia prejudicar ele. Eu achei que ia destruir uma vida que tava dentro de mim e que eu não ia dar chance dele viver"

"Porque é triste você gerar um filho, saber que ele pode nascer com um vírus e pode sobreviver 20, 30 anos, como pode sobreviver 15 minutos, entendeu?"

" [receber o resultado positivo] Foi um desespero danado. Foi ... quer dizer... uma luta, né? De sair dali e me jogar embaixo do primeiro ônibus. Depois, pensei nos meus filhos. Aí, falei: 'meu Deus, eu também não posso fazer isso!'. Aí, falei: 'é a lei de Deus mesmo'"

Além da preocupação com a possibilidade de contaminarem os bebês, a origem de sua contaminação também as deixa aturdidas: como peguei esse vírus? com quem? quando?, são perguntas que muitas delas se fazem incessantemente, como se localizar a origem da contaminação pudesse amenizar a angústia que sentem.

Uma entrevistada, em particular, demonstrava perplexidade com o diagnóstico. Não podia identificar, na sua exemplar vida de ‘esposa e mãe’, qualquer ‘desvio’ que a tivesse exposto à contaminação:

“... a doença, pra mim, tá sendo triste, porque foi o que eu te falei: eu não tenho vício. Eu nunca saí com homem nenhum, entendeu? Eu não tenho tatuagem. Eu não uso tóxico. Então, pra gente que não faz isso, é difícil!”

Ela tampouco admite a possibilidade de ter-se infectado através do marido pois considera-se muito bem casada. O marido, que ainda não havia recebido o resultado de seu teste, é, segundo ela, um companheiro e pai exemplar, extremamente dedicado à família. Ela manifesta claramente o medo de que seu mundo familiar, construído com esforço e dedicação, possa repentinamente ruir. Tentando superar esse sentimento, tenta convencer-se que o diagnóstico não vai afetar sua vida e valoriza o apoio solidário do companheiro:

“E a gente vive super bem, somos felizes, não tem discussão entre eu e ele. E jamais vai ter por causa dessa doença, entendeu? Ele me dá a maior força. Ele fala pra mim: ‘é uma coisa normal, C. A gente vai viver melhor do que se não tivesse com a doença’. Ele é que me dá o apoio todo, entendeu?”

Duas outras entrevistadas também estão recebendo apoio irrestrito de seus companheiros. Uma delas admite que, quando soube do diagnóstico, ‘descarregou’ sua revolta no companheiro (que é hiv negativo). Entre outras reações, passou a rejeitá-lo sexualmente pois não admitia que ele transasse com ela ‘por pena’. Ele, porém, foi compreensivo e paciente e esperou que ela superasse esse momento difícil. Porém, mesmo sentindo-se tão apoiada, é visível seu estado depressivo quando diz

“Quer dizer, você tem que procurar levar [a vida] assim..... tem que fingir que tua vida tá normal mas, no fundo, já não é mais normal”

A outra, no mesmo sentido, repete, emocionada, as palavras de apoio de seu companheiro:

“Que é isso? Não é assim! É tocar a vida pra frente que você não tá doente. Tem que se tratar, a gente vai ter um filho, a gente tem que se cuidar, pensar em trabalhar, pensar no melhor”

Uma outra entrevistada, inversamente, relata o drama de não ter ainda conseguido revelar seu diagnóstico para o companheiro pois teme sua reação e o abandono. Suas palavras expressam sua angústia:

“Meu único problema é esse: eu não tô agüentando mais, eu tenho que contar pra ele. Ele não sabe. [...] Ah, pra mim, tá sendo um pesadelo, não consigo mais dormir direito. [...] Às vezes, me dá crise de choro, eu começo a chorar...”

Portanto, como se pode depreender, o impacto recente dessa inesperada notícia repercutiu em vários níveis de suas vidas: a preocupação com o bebê, com os outros filhos, a reação do companheiro e da família, o medo da morte e da discriminação, entre outros. Mesmo assim, muitas delas expressaram gratidão pelo fato desta gestação ter lhes permitido a descoberta do diagnóstico a tempo de tratarem-se. As falas abaixo ilustram:

“Hoje em dia, eu dou graças a Deus porque, se não fosse essa gravidez, eu não ia saber que eu tinha o vírus (...). Hoje em dia eu agradeço muito a Deus por estar grávida. Mas, no começo, eu não queria não”.

“Ah, ele [o bebê] me passa força. Até, no começo, eu fiquei assim, né, com raiva. Mas hoje eu até agradeço a Deus porque, se não fosse ele, a gravidez, eu jamais teria descoberto isso. Então, eu agradeço a Ele também”

Quando começam a superar o momento inicial - de choque, surpresa e, muitas vezes, desespero - o bebê que esperam as faz re-significar essa gestação. Em meio ao medo, angústia e tristeza, surgem sentimentos de alegria e felicidade que adquirem, neste momento, um significado especial, como expresso por uma entrevistada:

“Ah! Esse neném é uma felicidade muito grande que eu tô sentindo...[...]. Tá uma felicidade muito grande na minha casa por causa desse neném. Pra todos! Minhas filhas tão adorando e isso me anima!”

Para as entrevistadas que enfrentavam uma situação de sobrevivência mais drástica, descobrir-se grávida já foi motivo de preocupação. Nestes casos, saber-se hiv+ se sobrepôs a preocupações anteriores. Não é sem razão que elas tanto valorizam o apoio que recebem do serviço pois, em muitos casos, um modesto enxoval para vestirem seus bebês representa uma ‘bênção’ (essa questão será melhor abordada adiante). O desabafo de uma entrevistada demonstra o quanto as privações materiais podem, no extremo, afetar o próprio tratamento:

“ ... eu não tomo [Bactrim⁴] porque o meu dinheiro não dá pra comprar e eu não arrumo aqui [no serviço de saúde]. Mas o meu dinheiro não sobra, cara! [...]. Se eu bobear, meu dinheiro é tudo pra dentro de casa, só comida, comida, aluguel, conta de luz, tudo isso”

Para as entrevistadas que já conviviam com o diagnóstico antes da gestação atual, o cenário foi bastante diferenciado. Muitas delas desejaram essa gravidez e enfrentaram

⁴ Antibiótico muito utilizado para controle e tratamento de infecções oportunistas associadas ao hiv. Este medicamento não faz parte da ‘cesta básica’ ofertada na rede pública. Portanto, os pacientes têm que adquiri-lo com seus próprios recursos.

corajosamente o medo e a incerteza quanto à possibilidade de infectarem seus bebês. Nestes casos, a fé religiosa, que prepara as pessoas para enfrentarem o imponderável, para a ‘entrega’ e a ‘aceitação’ de um destino que não está sob nosso controle, foi muito referida, como ilustrado pelos depoimentos a seguir:

“Aí, eu falava: ah, então seja o que Deus quiser, né? Eu vou ter o meu filho e confio em Deus. Que, na minha cabeça, ele vai vir bem...”

“Não tenho aquele medo, sabe? Me cuido e tudo, mas penso assim: acho que tudo é determinado por Deus. Se a pessoa tiver que morrer hoje, morrer amanhã, vai morrer. Não adianta. Seja o problema qual for, né? Porque ninguém sabe o dia de amanhã, pode acontecer um acidente, uma bala perdida....”

“Aí, eu disse: ah, eu não sei o que eu vou fazer, acho que eu vou deixar na mão de Deus. Se Ele achar que eu tenho que ter, eu vou ter ...”

O significado desse filho, para elas, é inequívoco: eles representam a luta contra a morte, a esperança de continuidade de vida e a força e motivação para continuarem vivendo. As falas abaixo traduzem esses sentimentos:

“Tanto que eu quis [ser mãe]..... Assim, mesmo correndo o risco de me contaminar. Mas eu quis!! (...) E não me arrependo de jeito nenhum do meu filho. Não me arrependo mesmo”

“Eu tô doida pra ver a cara do meu filho, doida pra ver! Se Deus quiser, vai correr tudo bem, que ele esteja bem também...”

“No meu caso, assim [engravidar sabendo-se hiv+]..... por exemplo, eu já me sinto muito feliz em saber desse neném, entendeu? Mesmo assim.....Eu não estou com ele nos meus braços mas eu já me sinto muito feliz. Porque uma parte dele já me completa, entendeu?”

“Ah, eu me sinto muito feliz. Demais! Nossa! Não vejo a hora de poder brincar com ela o dia inteiro, cuidar dela...”

Esta gravidez, pela qual muitas tiveram que enfrentar recriminações, censuras, medos e insegurança, pode também significar um processo de amadurecimento. A fala de uma das entrevistadas que julgava-se ‘irresponsável’ enquanto mãe é reveladora:

“Até eu mesma mudei um pouco [depois da gravidez][...].... Antes, eu trabalhava, assim.... mas sempre pensei em sair [para se divertir], entendeu? Assim ... hoje em dia, não. Eu já penso mais emassim, ter meu filho. Quero trabalhar mais e mais pra poder fazer tudo [por ele], entendeu? Muita coisa mudou....”

Uma outra entrevistada re-avalia, neste momento, seu papel de filha, reconhecendo e valorizando o apoio solidário que seus pais estão lhe dando. Suas palavras de gratidão ilustram:

“E também, se eu estiver viva até lá o que eu puder fazer por eles [seus pais], vou fazer, entendeu? Trato eles agora com mais carinho. Antes, eu era um pouquinho rebelde (risos).... entendeu?”

A obstinação e a decisão irredutível de ter um filho foi revelada justamente pela entrevistada que enfrentava as maiores adversidades e privações. Suas palavras não deixam margem a dúvidas sobre o que representa, para ela, este filho:

“Porque eu já sabia [do diagnóstico]. Ai, eu falei: ‘vou ter esse filho!’. Tentei, consegui e falei: ‘eu vou em frente!’ [...] Depois [da gravidez] é que eu fiquei pensando: ‘será que vai dar certo? Será que vai adiante? Como é que vai ser?’ [falando para si mesma]: ‘Agora, vamos levar.... Não foi isso que você quis? Não era isso que você tava planejando? Então, agora você tem que arcar com as conseqüências!’ (risos)”

Outra entrevistada, que também vive uma delicada situação – o marido já doente de Aids e ambos desempregados – demonstra o significado que essa gestação pode assumir:

"Pra mim.... pra mim.... eu tô pensando.... é uma coisa muito boa..... uma coisa que eu sempre quis, né? Ter um filho, ser mãe. Ainda sabendo das dificuldades (do hiv) [...] Não sei, mas eu fiquei muito feliz com meu filho...."

Apesar de atravessar um momento particularmente difícil com o marido, que está muito deprimido, recusa-se a se tratar e não demonstra nenhuma alegria pelo bebê, ela não se deixar abater:

"Ai, fica aquele baixo astral.... Mas, ai, eu procuro estar sempre cantando. Sempre ouvindo o rádio. Sempre saio (...) sempre olhando as coisas do bebê pra ir passando esse momento difícil que eu tô passando"

Por fim, merece registro o depoimento da entrevistada dependente de drogas que, corajosamente, enfrentou os estigmas que a marcam como ‘drogada’ e ‘aidética’ para ter esse filho. Sua própria tia tentou demovê-la da gravidez com argumentos, no mínimo, intimidadores:

“Minha tia falava: ‘não quero nem ver. Se pegar uma gravidez, eu não quero nem ver. Que eu não vou nem chegar perto, que eu não quero nenhuma criança mal formada [em função das drogas e do HIV]’....”

Nem isso a fez recuar pois, como visto, esse filho representa sua esperança de recuperação:

“E eu era doida pra ter um filho mesmo, de qualquer maneira [...] Eu tô depositando tudo isso nela [a esperança de superar a dependência das drogas].... que é muita responsabilidade que ela tem. Vai ser minha continuidade... salvação”

SONHOS, DESEJOS E PROJETOS DE VIDA: NAVEGAR É PRECISO....

Este tema encerrou-se com a atualização dos sonhos e projetos de vida das entrevistadas. O objetivo pretendido foi, além de conhecer suas expectativas, medos e bloqueios decorrentes da situação que ora vivem, explorar sua capacidade de superar dificuldades e de sonhar com um futuro melhor.

Nem sempre foi fácil tocar neste tema em momento tão delicado de suas vidas mas a maioria das entrevistadas não se furtou a conosco compartilhar seus desejos, sonhos e projetos de vida, mesmo que estes lhes parecessem agora impossíveis ou irreais. A tristeza, a desesperança e o pessimismo estiveram presentes e associados ao impacto da descoberta do diagnóstico do hiv, como se sua morte tivesse sido decretada. Essas mulheres, ainda muito abaladas, não conseguiam (ainda) imaginar um futuro para si. Algumas estranharam essas perguntas pois, como disseram, nunca haviam parado para pensar em seus próprios sonhos e projetos de vida. É como se sonhar e ter planos de vida relacionados a uma vida melhor não fosse uma questão ao seu alcance. Porém, outras - aquelas que 'não perdem a mania de ter fé na vida' - não hesitaram em compartilhar animadamente seus projetos - concretos ou imaginários - mesmo sabendo-os inatingíveis.

Sem sombra de dúvida, saber-se portadora do hiv representou, para muitas entrevistadas, um brusco corte em seus projetos de vida. Em suas falas, transpareceu o desânimo, a perplexidade e o pessimismo frente ao futuro. Os depoimentos abaixo ilustram esse quadro:

"É o que eu te falei, né? Eu pensava em me formar mas talvez não tenha mais tempo, né? Mas ainda tenho sonhos, ainda tenho vontade. Tenho é pouca esperança..."

"O sonho continua, não acabou, não. Eu só não tenho muita esperança de vida..."

"Ah! Não tenho mais nenhum [sonho]....."

"Ah, é só tristeza! Mas é tristeza minha, mesmo. Não é de família. É dentro de mim que é triste"

"Olha, o meu sonho foi tudo quebrado. Aí, agora.....[emoção, soluços]....(..) Teve umas coisas que pararam na minha vida"

"Duvido que uma pessoa com o vírus HIV planeje o futuro dela. Não planeja mesmo. Ela não sabe o dia de amanhã dela (...) ela não sabe como a vida dela vai estar daqui a dois anos..."

A fala de Ana destaca-se por revelar uma outra face da questão: a descrença na possibilidade de refazer a vida amorosa. Para ela, o hiv tornou-se uma barreira intransponível já que não acredita que algum homem possa aceitar sua condição:

"Eu já fui mulher. Eu agora já não me considero mais mulher, não. (...) Vou querer homem pra quê?"

Já o depoimento de Elsa mostra o desencanto com a idealização de uma família constituída através do casamento e de filhos. Ironicamente, foi a realização deste projeto de vida que fez seus sonhos desmoronarem. Neste caso, tanto pela perda da liberdade como pela sua contaminação pelo hiv. A fala dessa entrevistada, ao rever sua vida, é dramática:

"Aí, de repente, eu penso em tudo isso. Aí, vem assim aquela revolta de saber que eu tinha uma vida, assim... uma vida controlada, uma vida praticamente que se pode dizer boa, né? Tinha uma formação evangélica, não tinha esses problemas que eu tenho hoje (...) Tinha minhas coisas bem organizadas, entendeu? E isso... tinha minha liberdade. Quando eu queria sair, viajar E hoje em dia eu não faço nada disso, né? E veio essa carga sobre mim, né? E, de repente, eu me vejo assim.... diante desse problema enorme, né? Que é estar casada e ser portadora desse vírus, né? E viver desse jeito..."

Porém, muitas outras entrevistadas revelaram o outro lado da moeda: a esperança, a luta pela vida, a reformulação de valores a partir de uma experiência dolorosa e o desejo de alcançar uma vida melhor, para si próprias, para os filhos e também para os outros desafortunados da sociedade. Os depoimentos abaixo ilustram:

"Ah, meus sonhos...Se eu tivesse uma casa própria...uma casa própria, eu acho. E um carro, pra me livrar do ônibus (risos)...E que o D. [o companheiro, com Aids e já sintomático] arrumasse um emprego de carteira assinada, sabe? Seria demais pra ele! Que é difícil, sabe? Ainda mais tando com esse problema, né? E você vai arrumar emprego, vai falar pro patrão? Não vai poder contar pro patrão ficar contando pro patrão"

"Eu aceito normalmente as coisas. Sempre aceitei. Nunca entrei em depressão, igual entram, né?";

"Eu vou viver até quando der. Ninguém fica pra semente...."

"É viver o presente, o futuro a gente vai ver. Eu vivo o presente!"

"É, hoje eu vejo a vida com mais... eu tenho mais valor pela vida. Antigamente, eu não esquentava muito, e falava: se morrer, morreu. Hoje em dia, não! Que a gente tá doente

assim eu quero mais é viver, ainda mais agora que vem uma criança. Eu quero ver meu filho crescer. Mudou muita coisa. A gente amadurece, querendo ou não..."

" Eu já penso mais em.... assim, ter meu filho. Quero trabalhar mais e mais pra poder fazer tudo [pelo filho], entendeu? Muita coisa mudou..."

"[sobre seus sonhos] Uma casa com uma janela bem grande, de frente pra praia, um comércio em baixo e a minha filha (risos)"

"Às vezes, eu imagino [o mundo] assim um jardim de Éden, na época de Adão e Eva, aquele jardim lindo Seria muito chato se fosse daquele jeito (risos).... teria que ser balanceado, mas bonito..."

Ao falarem sobre seus sonhos enquanto mulheres, a referência aos filhos foi marcante e consensual. Poder vê-los crescidos, criados, formados e auto-suficientes foram alguns desejos revelados sob muita emoção. No momento, torcer pela negatização dos bebês que esperam é também um sentimento forte e predominante entre elas. Os depoimentos abaixo são ilustrativos:

"Ah, o que eu quero pra eles é muita saúde, que eles tenham muita saúde, que eles sejam felizes, né? Eu, assim....mas sonho [pessoal], não tenho, não"

"É o que me dá força, né? Se não fosse ele [o filho de 4 anos]...."

"Eu sonho assim... dar o melhor pros meus filhos, né? Amanhã ou depois que eles cresçam e não passem a dificuldade que eu passei"

[sobre o que é mais importante para ela atualmente] "Minha vida! Se eu não tiver vida, como é que eu vou criar os filhos?"

" ... porque ... porque eu sempre tive esse sonho ... eu sempre tive esse sonho, de ter um filho...."

A fala de Sueli, uma das entrevistadas que engravidou conhecendo sua condição sorológica, demonstra a força do sentimento materno:

[sobre seu sonho de ser mãe] "Nem sabendo que eu era portadora, não mudou, não! Não mudou meu sonho, não! Deus sabe o que faz, né? Se essa criança está aqui, é porque Ele quis. Deus sabe o que faz!"

Também foram significativos os sonhos e projetos de vida relacionados ao casamento. Algumas entrevistadas lembraram sonhos da adolescência - de constituir uma família feliz e harmoniosa - e acreditam que agora estão conseguindo realizá-los. Talvez a difícil experiência de saber-se portadora do hiv contribua, em algumas situações, para pôr à prova e amadurecer vínculos conjugais, tanto os recém estabelecidos quanto os mais antigos. É possível aventar

aqui a hipótese de que uma situação-limite, como é a Aids, que coloca em cheque a vida e a morte, provoque a re-significação e uma nova valorização da vida.

Neste sentido, algumas entrevistadas reconheceram o valor de seus pais pelo apoio e carinho que deles receberam e, em muitos casos, continuam recebendo. É como se pudessem 'enxergar' os pais de outra forma, com mais tolerância e compreensão. Uma entrevistada, por exemplo, espera poder ser para seu filho o que seus pais têm sido para ela: carinhosos, amigos e solidários.

Por fim, para além dos incontáveis desejos relacionados à uma maior segurança material, como ter uma casa própria, um emprego estável, etc, algumas falas expressaram sonhos amorosos e românticos que não poderiam deixar de ser aqui relatados. Algumas 'confessaram', tímida e envergonhadamente, desejos secretos que talvez julguem pueris. Duas delas sonham em se casar com seus atuais companheiros, 'na Igreja e no civil'. Como diz uma delas,

"Ah, eu penso em casar mas eu queria casar de véu e grinalda e tudo. Mas eu pretendo casar! Ainda tenho a maior vontade de casar, ter a aliança no dedo e ter o nome do meu marido [ênfática]! Vou carregar o nome do meu marido nos meus documentos. Eu tenho a maior vontade de casar....".

Por fim, não podemos deixar de registrar duas comoventes falas que, para além de seus dramas pessoais, conseguem incluir em seus sonhos todos aqueles que sofrem, não só com a Aids, mas também com a exclusão e a discriminação social. Generosamente, essas entrevistadas desejam a cura da Aids para todos os que vivem esse problema. A fala abaixo ilustra esse sentimento:

"... de chegar o tempo de dizer assim: ah, não vai mais precisar fazer o tratamento, tomar remédio nem nada. Nem você, nem seu filho, nem ninguém!"

Outra entrevistada, além de manifestar a esperança na cura, também deseja que a sociedade desenvolva uma reação mais positiva e solidária com as pessoas que vivem esse problema. Ela mesma aponta os caminhos:

"Então, que essas pessoas [que discriminam o portador] passem a ler mais, se informar mais, pra poder ajudar as outras pessoas..."

Mas seus sonhos não se restringem ao drama que a Aids inflige aos infectados. Como diz,

"Outro sonho também é que tenha menos criança na rua porque, quando você passa, assim.... me dá um aperto lá dentro de ver aquelas crianças dormindo, outras cheias de drogas.... Isso me dói lá na alma mesmo. Às vezes, eu fico pensando assim: ah, sabe? Um dia

(...) algum dia, se eu ganhasse na loto, sabe o que eu faria? (...) Eu faria uma casa pra abrigar essas crianças!"

Sua solidariedade estende-se também às meninas que se prostituem para sobreviver:

"É, tirar essas garotas da prostituição. Que, às vezes, elas não fazem nem porque querem, é porque precisam..."

Essas duas mulheres já conviviam com o drama da Aids e, possivelmente, puderam, a partir de sua própria experiência de sofrimento e discriminação, desenvolver sensibilidades e solidariedades para com aqueles 'outros' que a sociedade igualmente exclui e discrimina.

Concluindo, constatamos que a abordagem deste tema com as mulheres foi, em muitos sentidos, extremamente proveitoso. O ganho principal foi ter provocado nelas uma reflexão sobre si próprias e seus projetos de vida, sejam eles reais ou imaginários. Afinal, quando, no seu duro cotidiano de vida, elas têm um espaço para refletir sobre essas vitais questões 'existenciais' ? Quando lhes são dadas oportunidades para expressarem e compartilharem valores, desejos e sonhos?

Para as entrevistadas que ainda estavam sob forte impacto emocional foi igualmente importante poder compartilhar tristezas, desesperança e pessimismo. Afinal, poder expressar sentimentos que geralmente são negados ou evitados, ser acolhida e compreendida pode significar um primeiro passo para a superação do problema.

Poder falar de si para uma atenta e interessada ouvinte representou, para muitas delas, um raro momento em que podiam refletir sobre suas vidas, descobrir novos aprendizados, re-significar questões passadas e reavivar sonhos e projetos de vida.

Portanto, como visto, a vivência de uma gestação hiv+ é permeada por sentimentos dolorosos e contraditórios: dor e alegria, desespero e aceitação, medo e coragem, enfim, morte e vida. O serviço de saúde, ao mesmo tempo que lhes dá essa difícil notícia, acena com recursos terapêuticos que lhes infunde esperanças. O apoio e o estímulo que ali recebem torna-se imprescindível para que consigam 'dar a volta por cima' e aprendam a lidar com essa nova situação.

A seguir, serão apresentados os temas da interdição da amamentação e da discriminação social, ambos aspectos muito importantes do problema que estão vivendo. O primeiro, por significar a impossibilidade de estabelecer o primeiro vínculo afetivo mãe-filho. O segundo, pelo medo do estigma e da rejeição, sobre si próprias e também sobre os filhos, que as obriga a viverem numa quase clandestinidade. Essas duas questões já trazem ao cenário de pesquisa a importância do papel dos profissionais de saúde que as assistem.

4.1.4 A AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

VIVENDO A INTERDIÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

Embora essa questão não estivesse explicitada no roteiro de entrevista, a interdição da amamentação emergiu como questão significativa. O 'não poder amamentar' está, como veremos, estreitamente relacionada ao medo, sempre presente, da discriminação, o que obriga essas mulheres a se 'prepararem' para ocultar seu problema. Além do ressentimento por não poderem amamentar seus bebês, muitas entrevistadas demonstraram preocupação com as 'desculpas' que terão que dar para justificar-se por essa situação. Como veremos adiante, os profissionais que orientam o grupo de gestantes trabalham essa questão nas reuniões e 'ensinam' às mulheres alguns argumentos que poderão usar (tipo: 'estou tomando um antibiótico que impede a amamentação', 'estou com inflamação na mama', e outros neste estilo).

Ou seja, as gestantes são preparadas, no serviço, para enfrentarem as cobranças sócio-culturais em torno da (não) amamentação. Não se pode desconsiderar que, nas últimas décadas - em contraposição à tendência anterior de estimular o aleitamento artificial - as campanhas educativas exortando as mulheres a amamentarem têm sido intensamente veiculadas pelos meios de comunicação, via de regra apelando para a demonstração do amor materno. Portanto, transparece, nas falas das entrevistadas, sentimentos de culpa, frustração e inadequação por não poderem corresponder, neste sentido, ao estereótipo da 'boa mãe'. Não se está, evidentemente, desconsiderando o intenso, íntimo e prazeroso vínculo afetivo que a amamentação propicia à mãe e ao bebê. Mas merece registro o aspecto ideológico da questão: o aleitamento foi, durante séculos, uma prática natural das mulheres. A transformação dessa prática deu-se através da intervenção médica sob influência da indústria alimentícia infantil que, através de poderosos instrumentos de 'marketing', introduziu a mamadeira. Quando essa tendência reverteu-se, em parte em função dos graves problemas de morbi-mortalidade infantil nos países pobres, emergiu o discurso de enaltecimento do aleitamento natural com forte ênfase no aspecto emocional da relação mãe-filho. Enquanto discurso ideológico - interventor, disciplinador e normativo - impôs-se novamente às mulheres a norma médica que não admite conflitos: a mulher que, por qualquer razão, não pode ou não consegue amamentar, sente-se culpada e incapaz enquanto mãe.

Frente a essas questões, e considerando-se o significado especial que estes filhos assumem, as entrevistadas demonstraram grande preocupação e também frustração por não

poderem compartilhar de momento tão intenso e íntimo com esses bebês tão especiais. Dois depoimentos ilustram a questão:

"Ah! Eu sinto muita falta porque parece que a gente tá dando mais amor, entendeu? Mais carinho pra criança, mamando no peito da gente, né?"

"Porque a mãe ... a pessoa, quando é mãe, a coisa que ela mais quer no mundo é pegar o filho no colo, amamentar seu filho, né? Que é um dos momentos melhores que a gente tem na vida com o nosso filho, é a hora da amamentação, entendeu?"

Uma entrevistada, em particular, emocionou-se muito ao falar do problema pois, como relatou, pesarosa, amamentou suas duas filhas até os 4 anos de idade e julga que esse vínculo inicial entre mãe e filho é fundamental para a estruturação de uma sólida e duradoura relação afetiva.

Outra entrevistada, contudo, demonstrou irritação e revolta com o problema pois acredita que não terá paciência para 'ficar inventando desculpas' diante das cobranças que certamente surgirão. Como ela se auto-define, *"Eu sou assim... vamos dizer, meio ignorante"*

Os demais depoimentos giraram em torno da mágoa e tristeza pela interdição e as 'desculpas' já ensaiadas para as explicações e justificativas. Algumas repetiram, para a entrevistadora, o discurso que aprenderam no grupo de gestantes, aparentemente tentando convencer-se de que a mamadeira também pode significar um estreito contato afetivo com o bebê desde que a mãe a administre com muito carinho e com o filho próximo ao seio, 'pra ele sentir o (nosso) coração batendo'.

Uma entrevistada, tomada pela emoção, não conseguiu falar sobre essa questão pois espera seu primeiro filho e tinha muito desejo de amamentá-lo.

Algumas delas tentavam consolar-se ao repetir - mais para si mesmas - que, afinal, estariam abrindo mão da amamentação para preservar a saúde do bebê. É como se esse argumento as aliviasse, ao menos em parte, da culpa - real ou imaginária - de transmitirem um vírus mortal aos seus filhos.

Enfim, a interdição da amamentação está imersa no contexto geral do preconceito e da discriminação social aos portadores do hiv. Como veremos a seguir, esta é mais uma face das dificuldades que essas mulheres têm que enfrentar. Talvez seja uma das mais difíceis pois, como visto, a amamentação é uma questão fortemente enraizada na cultura de gênero e envolve não só importantes aspectos afetivos como também ideológicos, associados à idéia da boa mãe. Outras faces do difícil problema da discriminação serão discutidos a seguir.

A DIFÍCIL EXPERIÊNCIA DA DISCRIMINAÇÃO E DO PRECONCEITO

Julgamos relevante abordar, por várias razões, o tema do preconceito e, correlatamente, da discriminação. Primeiramente, sabe-se que os indivíduos socialmente estigmatizados tendem a se isolar e a se auto-depreciar, o que pode acarretar sentimentos de ansiedade, angústia e baixa auto-estima, quando não comportamentos auto-destrutivos. Portanto, ter que ocultar o diagnóstico de familiares, amigos e até do próprio companheiro, é uma situação difícil que gera muita ansiedade.

Por outro lado, já é amplamente reconhecido que as condições emocionais dos indivíduos afetados pelo hiv estão associadas às respostas imunológicas. Sentir-se culpada, com medo, preocupada e ter que esconder-se são sentimentos que certamente não contribuem para uma condição emocionalmente positiva. Portanto, a exploração deste tema foi relevante para compreendermos o impacto que o diagnóstico teve - e está tendo - sobre as vidas familiar, conjugal e social das entrevistadas. Lembremos, mais uma vez, que há uma significativa distinção entre as mulheres que já conheciam sua condição sorológica antes da gravidez e as que acabavam de descobri-la. Mas, embora as primeiras já tenham elaborado o real significado da infecção, a repercussão dessa questão em suas vidas não é, como veremos, menos dramática.

Inventar e treinar desculpas para explicar o fato de não amamentarem seus bebês, esconder ou trocar rótulos de remédios, não querer usar o vale transporte por temor de levantar suspeitas e não revelar o diagnóstico mesmo às pessoas íntimas da família foram questões trazidas por muitas entrevistadas. O *medo* de serem discriminadas ou, como transpareceu em vários depoimentos, de que a discriminação pudesse afetar seus filhos e/ou companheiros, acompanha-as permanentemente, exigindo-lhes uma constante e cotidiana atenção e auto-vigilância. Essa situação provoca, para muitas entrevistadas, um isolamento social e familiar que agrava suas já difíceis condições de vida. Como veremos, aquelas que puderam compartilhar o problema com familiares, companheiros e amigos, conseguem não só superar o sentimento de culpa e isolamento como, principalmente, receber apoio psicológico e afetivo para enfrentar a questão.

Entre as mulheres que já conheciam seu diagnóstico há mais tempo, muitas situações discriminatórias anteriores foram relatadas, algumas delas em serviços de saúde. Maria, por exemplo, vivenciou uma situação deste tipo no serviço pesquisado, quando uma funcionária,

na sala de espera, fez comentários do tipo *"eu jamais beijaria alguém com isso!"* e *"A gente tá usando o mesmo banheiro que elas [as gestantes hiv+]!"*⁵

Já Carmen relatou a situação que viveu na maternidade onde teve sua segunda filha: uma enfermeira anunciou seu diagnóstico publicamente na enfermaria de puérperas, alertando as outras pacientes para que não se aproximassem dela, o que a deixou furiosa e magoada.

Alaíde mencionou o momento em que recebeu o resultado de seu teste no hospital onde fazia o pré-natal, quando percebeu que todos os profissionais de saúde afastaram-se dela. Também presenciou uma situação discriminatória em relação a uma outra paciente, na sala de espera do serviço onde está sendo agora acompanhada: a mulher, já puérpera, aguardava sua consulta e dava uma mamadeira para seu bebê. Uma médica de outro serviço, ao passar por ela, fez-lhe uma severa repreensão por estar administrando uma mamadeira ao bebê. Quando percebeu que ali eram atendidas mulheres hiv+, desculpou-se e, com isso, deixou evidente, para todos que ali estavam, que tratava-se de uma portadora do hiv.

No âmbito das relações familiares, o relato de Helenice revela o quanto lidar com a questão discriminatória é difícil e dolorosa: ela conta, magoada, que, na casa de sua avó, separaram seu copo, o que a levou a se afastar da família. Joana também afastou-se de sua melhor amiga, a única a quem havia confidenciado seu diagnóstico, pela mesma razão. Sente-se sozinha e sem amparo mas está decidida a não revelar sua condição para mais ninguém. Essa entrevistada é uma das que não querem utilizar o vale transporte pois, além do medo de que desconfiem de sua condição, considera-o discriminatório. Como diz, *"não me considero uma pessoa doente, entende?"*

O depoimento de Raimunda, por outro lado, revela a influência negativa que os meios de comunicação podem exercer sobre os portadores do hiv: ela conta que ficou muito abalada ao assistir um programa de TV onde uma mulher era acusada de contaminar um rapaz. Evidentemente, ela, ao identificar-se com a personagem, dividiu-se entre o sentimento de culpa e a revolta por se ver colocada em uma situação de julgamento moral.

Em geral, observou-se que a reação mais usual entre as entrevistadas que viveram este tipo de situação foi o silêncio. Esse silêncio está permeado por sentimentos de vergonha, culpa e também ressentimento, pois não se julgam merecedoras da discriminação. Por outro

⁵ Como veremos adiante, as gestantes hiv+, a despeito das precauções tomadas pela equipe para que não sejam identificadas, aguardam a consulta na sala de espera junto com outras gestantes. Há, porém, vários códigos que as identificam: são publicamente chamadas para a 'reunião do grupo', onde as outras gestantes não participam; ou são convocadas como 'pacientes da Dra. XY', amplamente conhecida como a médica que cuida 'dessas' pacientes; além disso, como há dias próprios para o atendimento às gestantes hiv+, todos terminam sabendo que, nesses dias, a maioria que ali está é portadora do hiv.

lado, elas parecem não terem ainda adquirido a consciência que leva os portadores do hiv a lutarem contra a discriminação e por direitos de cidadania.

Muitas entrevistadas revelaram seu diagnóstico apenas a familiares de estreita confiança, pois não confiavam que outros membros da família guardassem o necessário sigilo sobre a questão. Em poucos casos, suas próprias mães não foram comunicadas, assim como irmãos. Algumas expressaram o receio de sentirem a discriminação ao inverso, ou seja, de serem tratadas com piedade e compaixão, o que também gera muito desconforto e sofrimento.

O relato de Miriam é revelador dessa situação: sua família passou a tratá-la com 'pena' e como 'coitadinha', dispensando-lhe cuidados e atenção excessivos. Ela, porém, lutou contra essa postura até que seus familiares mudassem de atitude. Hoje a tratam respeitosamente, apoiando-a quando necessário. Lucidamente, Miriam conversa com eles sobre a desinformação e o preconceito e acredita que, hoje, sua família consegue encarar sua contaminação como um fato que não deve ser temido e/ou julgado mas compreendido e aceito. Miriam foi a única entrevistada que revelou sua condição para seus colegas de trabalho, que aceitaram o fato solidariamente. Porém, embora ela se sinta em condições de enfrentar o preconceito e a discriminação, teme muito que essa questão possa afetar seus filhos pequenos. Portanto, toma a precaução de esconder o diagnóstico na escola onde eles estudam e também na vizinhança, os espaços de convívio e socialização das crianças.

A preocupação com as repercussões negativas do diagnóstico na vida dos filhos transpareceu em muitas falas. Viviane, por exemplo, confessa que está em pânico pois a creche de sua filha pediu-lhe um atestado médico e ela receia que exijam o teste para o hiv, o que estigmatizaria sua filha. Ela desconhece inteiramente as garantias legais do direito ao sigilo, assim como a maioria das entrevistadas⁶. A desinformação também se reflete na auto-discriminação pois, como relatou, ela própria recusou um copo d'água na casa de uma amiga (que não conhece sua sorologia) por temer contaminá-la. Viviane foi a única entrevistada que criticou o serviço onde é atendida devido à sua identificação como 'gestante hiv' no prontuário.

Já a fala de Ana permite entrever o medo da rejeição e do abandono, o que pode gerar atitudes de isolamento e angústia. Segundo seu relato, nunca sentiu-se discriminada pois quase ninguém conhece seu diagnóstico. Vive cotidianamente a preocupação de esconder rótulos de medicamentos, mentir sobre suas idas a médicos e laboratórios, entre outras situações que permanentemente oculta. Seu companheiro, quando soube de seu diagnóstico, a

⁶ Nessas situações, como já mencionado anteriormente, as entrevistadoras davam os devidos esclarecimentos após o término da entrevista.

abandonou, o que lhe provocou muito medo de ser novamente rejeitada e abandonada, inclusive por seus familiares.

Cristiane também admite ter muito medo da discriminação e não sabe como reagiria a essa situação. Sua própria mãe, com quem tem uma relação conflituosa, não conhece sua sorologia e ela acredita que, se soubesse, contaria para todo mundo, expondo-a à discriminação. Revelou o diagnóstico apenas para a irmã e o parceiro.

Tatiana viveu experiência semelhante pois já sentiu-se discriminada por pessoas de sua própria família. Como conta, sua sogra revelou seu diagnóstico para outras pessoas, inclusive sua mãe, que mora longe e ficou em 'pânico', acreditando que ela estava à morte. Depois dessa traumática experiência, esconde o diagnóstico o quanto pode. Ela também relata uma situação de discriminação em um serviço de saúde, onde ninguém queria tirar seu sangue para a realização de exames laboratoriais. Mas, neste caso, ela protestou, fez queixas ao chefe do serviço, reclamou seus direitos e foi atendida.

Entre medos imaginários e reais, o relato de Elsa mostra o quanto a revelação do diagnóstico pode trazer conseqüências drásticas e concretas para a vida dos portadores do hiv. Ela revelou o diagnóstico de seu marido no seu (dela) emprego e foi demitida pouco tempo depois. Embora tenha sido uma demissão coletiva, ela desconfia que sua inclusão na lista tenha relação com a condição do parceiro pois o patrão, por diversas vezes, havia demonstrado seu apreço por sua competência e dedicação ao trabalho. Elsa não recorreu à justiça porque já pensava em sair desse emprego para tentar a sorte numa atividade autônoma. Seus planos foram interrompidos quando descobriu-se grávida e também portadora do hiv. Hoje, ela e o marido, já doente, estão desempregados, vivem de pequenos biscates e dependem de alguma ajuda familiar para sobreviverem.

Uma situação diferenciada das demais foi trazida por Márcia: sua família é muito unida e, por isso, todos conhecem seu diagnóstico, aceitam a situação e solidariamente a apóiam. Aparentemente, Márcia demonstra estranheza frente ao problema da discriminação: é como se ela ainda não tivesse atentado para a existência dessa questão em sua vida. Porém, seu namorado afastou-se dela e não está tendo uma atitude solidária. Ela, contudo, não associa esse afastamento, que a está deixando muito abalada e magoada, à questão do preconceito e da discriminação.

Outra entrevistada trouxe um lúcido depoimento que revela a difícil superposição de preconceitos. Cláudia sente-se permanentemente discriminada por sua condição de dependente de drogas. A experiência do preconceito e da discriminação lhe são muito

familiares. Como relata, muitas pessoas a evitam por associar, *a priori*, sua condição de dependente de drogas ao hiv :

".....e que as pessoas falaram de mim, de gente que não é meu amigo por causa disso [da droga e do hiv], *entendeu? Que eu encontro na rua e se afasta, mesmo sem ter a prova que eu tenho ou não tenho [hiv].....*"

Como pode ser visto, os contornos imaginários ou reais do preconceito e da discriminação afetam profundamente a vida dessas mulheres, que passam não só a conviver com o medo permanente de que seu diagnóstico se torne conhecido como, ao manterem a questão clandestina, privam-se de receber apoio e solidariedade de amigos e familiares.

O SERVIÇO DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA RECEBIDA

Na medida em que a pesquisa se propôs a abordar a interface entre as gestantes hiv+ e os profissionais de saúde, a exploração do tema da avaliação da assistência através da perspectiva das entrevistadas foi estratégica. Frente a todas as dificuldades que essas mulheres enfrentam - de sobrevivência, de carências materiais e emocionais, de ausência de suportes sociais que poderiam apoiá-las no enfrentamento de todos esses problemas, entre outras - a assistência à saúde assume uma importância fundamental, não só no aspecto médico mas no emocional e, como veremos, também no social.

É importante deixar registrado que explorar a avaliação crítica das entrevistadas sobre a assistência *dentro* do serviço onde são assistidas esbarra em limites que não estão sendo desconsiderados. Por mais que se explicasse a situação de pesquisa, as entrevistadoras freqüentemente eram identificadas como membros da equipe, o que, possivelmente, inibiu e/ou constrangeu, em alguma medida, seus posicionamentos críticos. Porém, por limitações materiais e temporais, não foi possível entrevistar as gestantes fora desse espaço. Assim, optamos por assumir esses limites e não deixar de investigar o tema, sem esquecer, porém, que ele será complementado pela etapa de observação participante (item 4.2), quando muitas dessas questões puderam ser captadas com um mínimo de interferência.

Mesmo dentro destes limites, algumas entrevistadas externaram opiniões críticas sobre o serviço, sobre a qualidade da assistência e, eventualmente, sobre um ou outro profissional, especialmente no tocante a situações onde sentiram-se discriminadas ou desrespeitadas em suas decisões e/ou desejos. Uma questão que, apesar de mencionada por apenas uma entrevistada, merece explicitação, refere-se ao protocolo de pesquisa que ali se desenvolve⁷.

⁷ Essa questão será melhor discutida no item 4.2

As mulheres que preenchem os critérios clínicos exigidos pelo protocolo são incluídas na pesquisa. Para tal, elas são informadas sobre os riscos e benefícios da intervenção e assinam um termo de consentimento. Como veremos adiante, não pudemos participar deste momento e não sabemos o quanto elas *de fato* sentem-se esclarecidas. A entrevistada que tocou nesta questão, ao queixar-se do excesso de informações dadas, aí incluiu "*essa tal pesquisa deles.....*", deixando no ar um certo tom de desconfiança. Porém, não só não havíamos incluído este aspecto no roteiro de entrevista como tivemos cuidado para não gerar incômodos e mal estar com a equipe do programa, inclusive pelas implicações éticas de tal situação. Não nos cabia, no âmbito desta pesquisa, questionar e problematizar um protocolo internacional de pesquisa que assegura uma boa assistência às gestantes, além de resultados exemplares na redução da TV. Além disso, o protocolo foi devidamente avaliado e aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, do Ministério da Saúde. Portanto, a referência a este protocolo será feita na medida em que ele assumir relevância para a avaliação da assistência.

O tema da avaliação da assistência foi explorado através dos seguintes sub-temas: a assistência e o serviço de maneira geral; a consulta médica e o grau de confiança e intimidade estabelecidos com os profissionais, aí incluída a 'escuta' e acolhimento das emocionais; o papel do grupo de gestantes e seus efeitos terapêuticos e de mútua ajuda; o tratamento e seu impacto na vida cotidiana; por fim, o delicado tema do desejo de uma nova gravidez.

De uma maneira geral, a avaliação sobre a assistência oferecida foi consensualmente positiva. As entrevistadas a elogiaram muito, reconhecendo os profissionais como excelentes, dedicados e competentes. As qualidades mais destacadas foram a dedicação, o empenho e o carinho desses profissionais, reconhecidas como ímpares. A maioria das entrevistadas enfatizou a importância do afeto e o apoio que ali recebem. Muitas expressaram enorme gratidão pela pequena ajuda material que recebem, como um modesto enxoval, mamadeiras e leite em pó. As mais pobres ainda recebem uma cesta mensal de alimentos, o que lhes garante um estado nutricional mínimo para que possam se beneficiar do tratamento.

Algumas entrevistadas destacaram o fato de que é naquele espaço onde podem se abrir e falar sobre suas questões de vida relacionadas ao hiv. Portanto, ter uma 'escuta' cúmplice e solidária foi por elas muito valorizado.

Em suma, destacou-se, neste sub-tema, a valorização do aspecto afetivo da relação profissional de saúde-paciente, ficando patente o reconhecimento da importância dessa dimensão na assistência à saúde.

Alguns depoimentos ilustram a avaliação do serviço e a valorização da integralidade da assistência ali recebida:

"É, eles [os profissionais] ficam preocupados, sim. Eles têm uma preocupação muito grande em manter a gente bem. Elas procuram sempre colocar a gente pra cima, pra gente não ficar triste. Diz que a tristeza traz a depressão e procuram colocar a gente pra cima..."

"Mas acho que o tratamento que o pessoal dá aqui ... eles dão apoio psicológico, dão remédio, essas coisas .. o tratamento é muito bom e ajuda bastante" (8CIG)

"Tem que dar atenção, né? Não é só consultar. É se preocupar também com a pessoa"

"Eu acho isso tudo aqui bom demais!"

Uma entrevistada, em particular, associou a imagem do programa a uma *família*, onde predominam laços afetivos, solidários e desinteressados. Em suas palavras,

"Aqui.... eu acho que todo mundo aqui trata a gente como se fosse uma família ... aqui"

Na medida em que a população usuária de serviços públicos está habituada ao descaso, à desatenção, à correria e aos incontáveis 'nãos' que recebe cotidianamente, qualificar a assistência que ora recebem parece difícil, ou mesmo inominável, como demonstrou Rosemary: *"e eles aqui têm um jeito que nem eu sei explicar...."*

Na avaliação das consultas, a maioria declarou gostar muito de todos os profissionais, sendo que muitas destacaram positivamente a ênfase sobre os aspectos informativos/educativos⁸. Assim, 'poder entender tudo sobre a doença e o tratamento', compreender o significado de resultados laboratoriais, especialmente as taxas que mostram o status imunológico, conhecer todos os procedimentos indicados para o momento do parto⁹, entre outros, foram questões por elas muito valorizadas.

Pode-se supor que essas mulheres re-adquirem um sentimento de dignidade e de auto-estima por serem tratadas como indivíduos *capazes* de compreender informações médicas, o que lhes permite, inclusive, acompanhar ativamente a gestação e o tratamento. Portanto, aparece, em suas falas, o reconhecimento da importância das informações que recebem.

A maioria das entrevistadas declarou sentir-se, durante as consultas, muito à vontade para fazer perguntas e esclarecer todas as dúvidas relacionadas à infecção, à TV e ao tratamento. Sentem que os profissionais estimulam as perguntas e estão sempre disponíveis para esclarecer dúvidas. Uma entrevistada, ao valorizar esse aspecto, enfatizou que o paciente deveria ser sempre bem informado ao tomar decisões relacionadas à sua saúde e sua vida. No

⁸ A avaliação crítica dessa questão será feita adiante, no item 4.2

⁹ Quando o parto não pode ser garantido na maternidade de referência, a equipe adota a posição de instrumentalizar as gestantes para que elas 'orientem' a equipe que as assistirá. Elas, inclusive, portam um documento escrito com todas as recomendações para os procedimentos adequados para o parto.

seu caso, acredita que, quando aprende sobre sua doença e como se cuidar, sente-se fortalecida, o que levanta seu 'astral'.

Algumas entrevistadas valorizaram a disponibilidade dos profissionais, particularmente dos médicos, para a 'escuta' emocional. Uma delas reportou-se ao seu 'desabafo' com um dos médicos que a assiste, acreditando que isto a ajudou a superar suas dificuldades emocionais. Outras, porém, admitiram sentir inibição para se 'abrir' durante as consultas mas, via de regra, percebem essa mesma dificuldade também no âmbito de suas relações sócio-familiares.

Apesar de todas as entrevistadas terem elogiado o trabalho e desempenho de todos os profissionais da equipe, algumas preferências foram manifestas. Uma médica em particular, uma das fundadoras do programa e grande entusiasta do trabalho, foi a mais mencionada¹⁰. As falas abaixo expressam esse reconhecimento:

"Ah! porque eu adoro ela! Pra mim, ela é minha segunda mãe. E a minha mãe adora ela..."

"Ela chega junto, sabe?"

Quanto às informações sobre o tratamento, a maioria declarou-se bem esclarecida e informada. Essa questão foi explorada tendo-se em conta que muitas delas chegam ao serviço muito abaladas pelo abrupto recebimento do diagnóstico. Como visto, o aconselhamento pré-teste, quando é feito, não as prepara para receber um resultado positivo. Portanto, as entrevistadas recém-diagnosticadas chegam ao serviço sem compreender e dimensionar o que está lhes acontecendo, sendo que a maioria delas nunca havia antes pensado na possibilidade de ter se infectado pelo hiv. Portanto, serem esclarecidas sobre o significado da infecção e, principalmente, sobre as chances otimistas de seus bebês não se infectarem, adquire, para elas, significado especial.

Porém, muitas admitiram que não haviam sido ainda orientadas sobre seu próprio tratamento e as boas perspectivas de sobrevida que podem ter, o que reforça a idéia de que todo o esforço do programa está centrado nos bebês. Novamente aqui, as entrevistadoras desempenharam este papel educativo, explicando-lhes que muitos recursos terapêuticos atualmente disponíveis possibilitam uma longa e boa sobrevida aos portadores do hiv.

Sobre a percepção de atitudes preconceituosas e/ou discriminatórias por parte da equipe do programa, nenhuma entrevistada referiu qualquer situação onde essas questões tivessem sido percebidas ou sentidas. Ao contrário, sentem-se muito bem tratadas, respeitadas

¹⁰ Nos limitamos, aqui, a apresentar e discutir os dados trazidos pelas gestantes entrevistadas. Nossa discussão sobre a equipe e o serviço será retomada e aprofundada no item 4.2

e valorizadas por todos os profissionais. Houve uma interessante fala que pontuou, de certa forma, uma situação discriminatória inversa:

"É tudo igual [a forma como tratam as pacientes em geral], não tem discriminação de quem tem ou não tem [hiv]. Mas eu ainda acho que eles tratam melhor a gente..."

Algumas entrevistadas, a despeito de reconhecerem o bom atendimento que recebem, queixaram-se da longa espera para as consultas. Como relataram, às vezes passam todo o dia no serviço, o que as deixa com fome e cansadas. De fato, há dias em que o turno de atendimento termina somente no final da tarde por várias razões: por vezes, a demora é devida aos complicados e demorados trâmites burocráticos (busca de prontuários, de exames que não chegaram, etc); em outras ocasiões, as consultas se prolongam, especialmente em circunstâncias específicas, como quando surgem intercorrências clínicas e/ou obstétricas ou quando são necessárias delicadas conversas com os companheiros de algumas mulheres, geralmente aqueles que têm dificuldade para aceitar o diagnóstico e/ou usar o preservativo.

Uma única entrevistada, apesar de reconhecer todos os méritos da assistência, teceu algumas críticas. Ela julga que há um excesso de informações técnicas, o que a deixa confusa. Inclui nesta situação a 'pesquisa', deixando entrever uma certa desconfiança: *"... ou porque eles querem que você entre nas experiências deles. Às vezes, isso confunde também..."*. Essa mulher, porém, não depende inteiramente deste serviço, na medida em que possui um plano de saúde privado e pode recorrer a outros serviços, o que pretende fazer caso não queiram realizar a laqueadura durante o parto. Irrita-se pelo fato de estar decidida a esterilizar-se e não contar com o apoio de alguns profissionais da equipe¹¹

Quanto ao tratamento medicamentoso, a maioria das entrevistadas não tem queixas. Cabe esclarecer que quase todas estão usando uma única medicação (Biovir), que normalmente não provoca efeitos colaterais e melhora a qualidade de vida, particularmente pela facilidade de horário (duas vezes ao dia). As mulheres que já haviam feito a terapia combinada anteriormente (os 'coquetéis') valorizam muito o atual tratamento pois, além de não provocar os desagradáveis efeitos colaterais, exige apenas duas tomadas por dia, o que facilita a vida das pacientes.

Entre todas as entrevistadas, apenas duas queixaram-se do tratamento: uma delas, porque tratava-se concomitantemente para tuberculose e a outra apresentava, no momento, um processo infeccioso associado (pielonefrite). Algumas mulheres, ao tratarem deste tema, voltaram a mencionar as dificuldades para ocultar a medicação dos familiares, o que as obriga a esconder os frascos ou a trocar rótulos.

¹¹ Há divergências entre os médicos do programa quanto a essa questão, o que será melhor discutido no item 4.2

O GRUPO: EFEITOS TERAPÊUTICOS DA SOCIALIZAÇÃO E DA TROCA

O tema da avaliação do grupo de gestantes hiv+ foi particularmente importante pois é neste espaço que a maioria delas pode compartilhar e trocar experiências com as 'iguais', além de poderem expressar sentimentos e emoções que devem ser ocultados quando saem dali. De fato, a maioria das entrevistadas que freqüentava o grupo o reconheceu como um espaço fundamental para o processo de elaboração e superação de medos, angústias e dificuldades no enfrentamento dos problemas associados ao hiv. Muitas enfatizaram a importância - e o alívio - de poderem 'desabafar', já que ali todas são cúmplices e se compreendem mutuamente.

Algumas entrevistadas atribuem ao grupo o aprendizado que está lhes permitindo enfrentar e aprender a lidar com o preconceito e a discriminação. Ao trocarem entre si as difíceis vivências relacionadas a essas questões, ou ao expressarem seus medos da rejeição e da culpabilização, miram-se nas experiências umas das outras, percebem que não estão sós e elaboram coletivamente estratégias para lidar com a questão, o que as fortalece. Outras relatam que, no grupo, receberam ajuda e apoio para revelar seu diagnóstico para parceiros e/ou familiares. Uma delas, em particular, avalia a importância de compartilhar o diagnóstico com pessoas amigas e solidárias pois, como disse, *"ficar com isso preso faz muito mal, ajuda a matar"*. Algumas delas sentem-se reconfortadas quando percebem que existem situações mais dramáticas que as suas próprias. Muitas atribuem às conversas no grupo o aprendizado de melhores formas de convivência com o problema. Uma entrevistada relatou sua imensa dificuldade em comunicar seu diagnóstico aos familiares e citou o grupo como o espaço onde pode se abrir. Diz, emocionada, que ali pôde chorar em duas ocasiões, o que lhe trouxe muito alívio.

Mas o espaço do grupo não é só de dores: como uma entrevistada destacou, há também os momentos lúdicos e descontraídos, quando são valorizadas as animadas conversas, as brincadeiras, as trocas de 'dicas', tão comuns entre grávidas. Nestes momentos, elas conseguem esquecer o drama do hiv e partilhar os momentos alegres e prazerosos da gestação. *"Levanta o nosso astral!"*, como diz uma delas. Também comemoram entre si quando uma das participantes traz uma nova conquista ou a superação de algum obstáculo. Algumas falas demonstram a apreciação positiva sobre o grupo:

"Esse grupo é uma bênção!"

"... dá a impressão de que só você tem isso, só você. Você vê que elas também..... que elas também têm que lidar com essas coisas, entendeu? É bom!...."

Além de todos os aspectos positivos apontados, há que se mencionar que muitas ex-pacientes eventualmente retornam ao serviço com seus bebês, geralmente já soro-negativados, quando são convidadas a participar da reunião do grupo. A força e o estímulo que essa situação traz para as gestantes é incomensurável. Nas palavras de uma entrevistada,

"Foi ali, naquela salinha, que as mães começaram a falar dos nenéns que nasciam bem de saúde...."

É geralmente nesses momentos, preciosos, que elas começam a acreditar na possibilidade de terem bebês normais e saudáveis, o que diminui a culpa e infunde ânimo e motivação para lutar pela vida.

Apenas uma entrevistada declarou não freqüentar o grupo pois não quer, segundo ela, *"...ficar no meio daquela mulherada toda ali (risos), falando pra caramba! (risos). Eu prefiro ficar na minha mesmo."*

Transparece em sua fala uma certa desconfiança e, possivelmente, o medo de que o sigilo não seja preservado. Evidentemente, nem todas sentem-se à vontade para participar desse espaço e abrir sentimentos íntimos, segredos e dificuldades. Algumas entrevistadas relataram que foram à primeira reunião desconfiadas e com medo de serem pressionadas a falar. Nesses primeiros momentos, limitaram-se a escutar as outras. Contudo, perceberam que a participação nessa coletividade de iguais, mesmo que silenciosa, era positiva, mesmo que só para ouvir as experiências de outras mulheres, o que as fazia refletir sobre suas próprias questões. Como relataram, foram gradualmente vencendo barreiras e adquirindo (auto)confiança ao compartilhar com as outras suas questões de vida.

Nas reuniões do grupo, há também uma forte ênfase em orientações educativas relacionadas ao tratamento e cuidados que deverão ser dispensados aos bebês (o que será visto adiante). É neste momento que elas são ensinadas a administrar o AZT ao bebê após o nascimento, a preparar a mamadeira, a cuidar do coto umbilical, entre outras informações específicas importantes. O aspecto educativo do grupo é por elas reconhecido e muito valorizado. Afinal, as informações ali dadas são essenciais para o cuidado que contribuirá para a soro-negativação de seus filhos.

Na etapa final das entrevistas, contudo, as profissionais que realizam as reuniões do grupo estavam de férias¹² e, assim, várias entrevistadas não haviam ainda participado de nenhuma reunião.

Por fim, o difícil tema relacionado ao desejo ou projeto de ter outro filho teve como objetivo apreender como essas mulheres se percebem frente ao seu direito - e também o desejo - de ter outros filhos no contexto da soropositividade e, especialmente, se sentiriam-se apoiadas caso desejassem uma nova gestação.

Dentre as 20 entrevistadas, 12 assumem explicitamente que não querem mais ter filhos. Dentre essas, muitas já não queriam outro filho, especialmente em função de suas difíceis condições de sobrevivência. Porém, o medo da contaminação dos bebês que esperam é marcante: todas referem-se à angústia que sentem frente a essa possibilidade.

Distinguem-se aqui as mulheres que engravidaram conscientes de sua condição sorológica. Nestes casos, elas já tinham muitas informações anteriores, sendo que algumas haviam procurado aconselhamento médico antes de engravidarem.

O relato de Maria sobre essa questão revela que o significado de ter um filho, mesmo sabendo-se portadora do hiv, pode superar todos os obstáculos: ela assume que decidiu ter outro filho após a perda recente de sua filha em decorrência da Aids. Ela declara, com alegria e otimismo, que quer ter mais filhos, desde que o bebê que espera nega e, principalmente, se sua situação financeira melhorar. Ela parece decidida e aparentemente não se abala com opiniões contrárias. Essa questão será retomada adiante (no item 4.2) pois, como veremos, ela se torna um problema para os profissionais do programa.

Algumas entrevistadas, particularmente aquelas que esperam seu primeiro filho, mostraram-se divididas entre o desejo de ter mais filhos e o medo de infectarem-nos. Algumas condicionam esses planos à negatização dos bebês que esperam. Admitem que, caso eles 'escapem' do hiv, podem amadurecer a idéia de ter outro filho.

Em relação ao apoio ou à condenação, real ou imaginária, a uma nova gravidez, muitas delas acreditam que seriam apoiadas, tanto pelos parceiros quanto pelos profissionais do programa¹³. Não surgiu, em nenhum depoimento, a percepção de que os profissionais do programa recriariam uma nova gravidez.

Porém, algumas falas deixaram entrever discordâncias com alguns profissionais ou, em alguns casos, conflitos, especialmente no que se refere à intenção de realizarem uma

¹² O fato do grupo ter sido suspenso devido a férias concomitantes das duas profissionais responsáveis será discutido no item 4.2. Mas cabe aqui um necessário comentário crítico: as gestantes que chegaram ao programa na fase final da gravidez foram privadas de informações vitais (e não supridas nas consultas médicas), como a administração do xarope de AZT ao bebê após o parto. Consideramos isso uma falha grave.

¹³ Também essa questão será examinada criticamente no item 4.2

laqueadura durante o parto. Algumas entrevistadas desejam essa opção contraceptiva mas uma das médicas do programa tenta demovê-las, alegando que esta é uma opção radical da qual podem arrepende-se futuramente. Um de seus argumentos centra-se na possibilidade de descoberta da cura para a Aids. Uma entrevistada, em particular, demonstrou muita irritação com essa postura, por ela considerada como uma intransigência e um desrespeito à sua decisão. Ela defende, convicta, o direito à laqueadura, especialmente para as mulheres hiv+. Aliás, a fala dessa entrevistada merece ser destacada devido aos conflitos que ela explicita. Segundo disse, *"...é tanta preocupação com a criança, é tanta coisa, tanto risco na minha opinião, não [vale a pena correr riscos com a gravidez]"*. Quando esteve internada para tratar-se de uma tuberculose, os médicos lhe comunicaram, categoricamente, que não poderia mais ter filhos. Ela, porém, reagiu indignada: *"Eu achei aquilo um absurdo! Ah, eu não posso mais ter filhos? Só que eu queria ter um outro filho..."*. Em meio às ambigüidades de seu discurso, Helenice parece estar reafirmando sua posição pelo direito das mulheres decidirem sobre suas vidas e questões reprodutivas. Na sua história de vida, ficou claro que ela decidiu ter este filho para consolidar sua união conjugal e poder reparar um papel materno que ela julga omissa e irresponsável. Essa criança, desejada em meio a uma conjuntura tão adversa, demonstra o quanto esse sentimento é forte o suficiente para enfrentar inúmeras barreiras sociais e emocionais.

Ainda em relação à laqueadura tubária, outra entrevistada também re-afirmou sua decisão irredutível ao declarar sua intenção de procurar outro serviço de saúde caso não tivesse apoio para realizar a laqueadura durante este parto.

Não deixa de ser paradoxal o fato de que, em meio a uma cultura de incentivo à esterilização para as mulheres pobres no país, encontramos, neste serviço, uma situação inversa e, talvez, não menos autoritária e impositiva. Afinal, os médicos continuam a crer que eles podem determinar o que é melhor para a vida das mulheres, particularmente as pobres. Porém, não deixa de ser louvável que um médico assuma posição tão contra-hegemônica em seu meio profissional.

Em síntese, podemos concluir que as gestantes entrevistadas avaliam de forma extremamente positiva a assistência que recebem. Evidentemente, essas mulheres, enquanto usuárias dos serviços públicos de saúde, estão habituadas a toda sorte de dificuldades e barreiras para acessarem um serviço de saúde. As demoras, as filas, o descaso, as interdições e negativas são questões cotidianas que a população bem conhece. A equipe que as assiste, ao contrário, não mede esforços para oferecer-lhes uma assistência de qualidade, tanto sob o

aspecto médico quanto psico-social. Portanto, a dedicação e empenho desses profissionais é por elas reconhecido e muito valorizado pois certamente eles contribuem para amenizar o impacto do hiv em suas vidas, sem desconsidera o tratamento que reduz as chances de contaminarem seus bebês.

Pelo ângulo da ideologia médica, também merece destaque o fato de que as entrevistadas não se sentem, no âmbito de suas decisões reprodutivas, julgadas e/ou discriminadas por sua condição soropositiva . Sinal evidente disso transparece na percepção de que receberiam apoio desses profissionais caso desejassem uma nova gestação. Ou seja, elas não se sentem ideologicamente constrangidas a encerrar seu ciclo reprodutivo em função da infecção pelo hiv. Essa questão, problemática para os profissionais, será retomada no item 4.2.

O grupo de gestantes, em que pese todas as dificuldades para sua realização (o que será melhor visto adiante) é por elas percebido e valorizado como um importantíssimo espaço de elaboração, de trocas, de aprendizado e de exercício de solidariedade. Sem dúvida, é no âmbito dessas desorganizadas, tumultuadas e corridas reuniões que se abre uma pequena 'brecha' para se falar de sentimentos e emoções, questões tão negadas e excluídas do modelo assistencial hegemônico.

A seguir, veremos o 'reverso da medalha', ou seja, como essas questões são percebidas, sentidas e significadas pelos profissionais de saúde. Pretendemos, na análise subsequente, mostrar a distância ainda existente entre intenção e gesto: a observação participante vai analisar criticamente as posturas cotidianas dos diversos profissionais desta equipe na assistência a essas gestantes. As entrevistas, por outro lado, revelarão o lado oculto das questões em análise, ou seja, sentimentos, posturas e valores que não são demonstrados, compartilhados e muito menos incorporados à abordagem profissional, mas que também intermediam suas relações com essas mulheres. O confronto analítico dessas três dimensões - as percepções e representações das gestantes e dos profissionais e a nossa observação crítica da prática assistencial - certamente conformam um quadro complexo e rico que contribuirá para desvendar as várias facetas da ideologia médica que permeiam as práticas nos serviços de saúde, e também seu reverso, ou seja, a potencialidade humana e solidária que 'escapa' ao modelo hegemônico.

4.2 O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES HIV+: O MODELO BIOMÉDICO EM FOCO

4.2.1 A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: AS PRÁTICAS APREENDIDAS NO COTIDIANO

A INSERÇÃO NO CAMPO

Muitos são os (des)caminhos para se entrar em uma instituição. A trajetória desta pesquisa, desde os primeiros contatos, e o desconforto gerado entre alguns membros da equipe, já constituíram-se em dados para análise. Os primeiros profissionais contactados – as responsáveis pelo grupo de gestantes - receberam a proposta da pesquisa entusiasticamente. Afinal, ali estava uma possível valorização do trabalho educativo que realizavam com as pacientes. Nosso interesse em acompanhar de perto o trabalho deste grupo criou uma aliança e cumplicidade imediatas com essas profissionais. Realizamos algumas reuniões onde fecundas trocas de idéias, de bibliografia e de experiências profissionais fluíam animadamente.

Aguardávamos, nesse meio tempo, a tramitação formal do projeto para apresentá-lo à toda a equipe assistencial, seguindo orientações dadas pela coordenação do programa e pelas próprias comissões avaliadoras da instituição. Afinal, como apresentar um projeto de pesquisa que não havia sido ainda aprovado? Quando finalmente o projeto foi liberado e nos preparávamos para sua apresentação, uma das profissionais da equipe questionou a realização da pesquisa alegando sentir-se desrespeitada por *"mais uma pesquisa vai cair sobre nossa cabeça sem que tenhamos sequer sido consultados"*.

Com o surgimento deste primeiro impasse, prontamente estabelecemos contato direto com essa profissional, agendando uma reunião. Nesta, alguns mal entendidos puderam ser remediados com as devidas justificativas: esclarecemos que seguíamos os trâmites colocados pela direção da instituição e pela coordenação do programa; ademais, argumentamos que este tipo de proposta metodológica pressupõe o estabelecimento de vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisados; portanto, qualquer 'atropelo' neste processo inviabilizaria a realização da pesquisa. Por fim, julgávamos que todos os profissionais da equipe já haviam sido comunicados sobre a pesquisa pela coordenação do programa, o que, como constatado, não havia ocorrido.

Com este inesperado incidente, algumas tramas que compõem a correlação de forças da instituição, e entre a equipe, começaram a se desvelar. A princípio, o sentimento de "atropelamento" poderia ser entendido como "quebra de hierarquia" da hegemonia médica.

Afinal, os contatos iniciais foram feitos com enfermeiras e psicólogas. Entretanto, outros pontos estavam também em questão: neste contato inicial, essa profissional fez ponderações, ou antes, revelações críticas sobre a estruturação do serviço naquele momento. Delineava-se, naquele instante, o cenário que compunha o cotidiano do serviço, com suas divergências, diferenças hierárquicas e disputas de visão entre as especialidades médicas.

Uma primeira crítica apontou para a inexistência de interdisciplinaridade no programa. Nas palavras de uma profissional, “...*não há, não há, não há um trabalho interdisciplinar; as pessoas são atendidas por vários profissionais, porém, o trabalho não é integrado*” — afirmação que se tornou paulatinamente mais clara durante o período em que lá estivemos.

Começavam a ser explicitadas, já a partir deste encontro, as divergências entre a obstetrícia e a infectologia quanto às prioridades no tratamento das gestantes hiv+. Naquele momento, o novo ponto nevrálgico estava colocado em torno das questões concernentes à cesariana eletiva, qualificada pela obstetra como “ilusória” e subjacente ao entrave experimentado nas relações de trabalho: “...*dado que a cesárea eletiva, sozinha, diminuiu a transmissão vertical, têm-se a idéia de que se trata de uma boa opção; mas, para a mulher, não é*”.

Implícita nesta afirmação estava a tensão entre a obstetrícia e a infectologia, como claramente expressou uma dessas médicas: “*os obstetras não conseguem se fazer escutar pelos demais profissionais; ele é apenas um 'parteiro', não muito valorizado pelos pares*”. Assim, sob uma discordância aparentemente ‘técnica’, começaram a se evidenciar as disputas que são travadas no âmbito assistencial, o olhar diferenciado sobre o mesmo objeto, quando se tornam discordantes questões como “o que é mais eficaz” e o “para quem”.

Foi interessante constatar, neste encontro, que há interesses conflituosos dentro do programa e que dizem respeito, na verdade, ao foco de cada especialidade médica. Assim, se, num certo nível, o objeto ou alvo de interesse da obstetrícia é a “gestante” (note-se que não foi mencionada a categoria “mulher”), para a infectologia e pediatria, a meta é o bebê (negativado, claro). Deste modo, o trabalho em conjunto, de forma integrada, acaba se tornando extremamente difícil em função dos objetivos “nem sempre”, ou “não muito” coincidentes, apesar da composição e da intenção multiprofissional da equipe.

Como ilustração de um certo movimento pendular, em termos de hierarquia ou prestígio das disciplinas, foi também lembrado, neste encontro, que a assistência às gestantes hiv+ era realizada, antes da vigência do protocolo 076, somente por obstetras, período em que “*se atendia as mulheres e se rezava [pela soronegativação dos bebês]; felizmente, não houve nenhuma criança contaminada naquela época, mas o número de atendimentos era bem*

menor”. Portanto, numa época em que a infectologia não tinha ainda recursos para intervir eficazmente sobre a TV, o campo de assistência à gestante hiv+ estava restrito à medicina obstétrica, porém, sem muitos louros para contabilizar.

O CONTEXTO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E DAS ENTREVISTAS

Posteriormente a este importante e revelador encontro, teve início o acompanhamento das rotinas do serviço através da técnica de observação participante, de tal forma que aproximações sucessivas foram sendo feitas, tanto com os profissionais da equipe quanto com as gestantes ali acompanhadas. No jogo do estranhamento e da familiaridade no qual o observador deve mover-se (Matta, 1978), houve momentos de desconforto, de descontração e de total imersão no cotidiano daquela instituição. Por um lado, éramos tidos como espectadores e, às vezes, avaliadores daquele trabalho e, por outro, éramos ‘colegas’ que estavam ali para colaborar e com quem todos, profissionais e pacientes, poderiam contar.

Desta forma, a despeito de certo distanciamento necessário, inúmeros são os momentos em que esta suposta imparcialidade do pesquisador é desafiada e rompida. Assim também transcorreu nossa participação no cotidiano daquele serviço pois, apesar de estarmos ali como observadores externos, éramos ‘convidados’ a participar, colaborar e, em alguns momentos, opinar, assumindo, por vezes, o comando de algumas situações.

O primeiro dia de nossa participação na reunião do grupo de gestantes é exemplar desta constante mudança de posição: em função das freqüentes saídas do profissional que coordenava o grupo naquele dia, ‘quase’ automaticamente dávamos continuidade às conversas no grupo, como uma espécie de ‘coordenador substituto’. Mais do que isto, embora este primeiro encontro estivesse permeado por ansiedades de ambas as partes — tanto o pesquisador quanto o profissional de saúde — era como se houvesse um acordo tácito e mútuo de confiança, onde poderíamos estar participando ativamente daquela situação sem que isto causasse maiores ameaças e/ou constrangimentos. Enfim, situação difícil e ambígua com a qual o pesquisador deve lidar, em meio a avanços e recuos de posições, ora mais ativas e de total engajamento, ora mais recuadas, mas sempre com todos seus sentidos em alerta para tudo captar e registrar. Este é, na verdade, o cotidiano e o jogo permanente daquele que pretende se aproximar, estranhar e se familiarizar com o universo do outro.

Após um período de aproximadamente dois meses de acompanhamento das rotinas do serviço, a saber, a sala de espera, reuniões do grupo de gestantes, atendimentos médicos da obstetrícia e da infectologia — rotinas estas cuja descrição e análise se apresentam mais

adiante — demos início à etapa de entrevistas individuais.

Nesta segunda etapa, novamente nos deparamos com problemas de diversas ordens. O principal foi a dificuldade em obter um espaço reservado para a realização das entrevistas. Esse é um fato que merece registro pois ficou patente que as poucas e exíguas salas deste setor dificultam um contato mais privativo e íntimo entre profissionais e pacientes.

Como pretendíamos entrevistar as gestantes durante o tempo em que aguardavam sua consulta médica, seria necessária uma sala disponível em horário paralelo às outras atividades do serviço, o que, de fato, foi bastante difícil.

Nas conversas com a própria chefia do serviço, nos foi colocado que este era um problema para o qual não tinham solução. Ficamos, então, entregues à nossa própria sorte e investimos nas alternativas possíveis.

Portanto, muitas entrevistas foram realizadas antes de iniciar-se o turno de atendimento, já que as gestantes chegavam bem antes de iniciarem-se as consultas. Outras foram feitas à tarde, quando muitas gestantes ainda aguardavam a consulta obstétrica. Desta forma, foi nas “brechas” de horário deixadas pelos profissionais que aproveitávamos a disponibilidade das salas para a realização das entrevistas com a privacidade necessária.

Neste ínterim, continuávamos a acompanhar as atividades porém, sempre à espera, ou antes, à espreita de uma sala vazia. Houve dias em que o saldo de entrevistas foi negativo pois, no período em que surgia uma sala disponível, já não existia mais gestante alguma no serviço.

Além dessas dificuldades, tínhamos um outro problema a ser superado: como convidar as gestantes hiv+ para a entrevista sem identificá-las para as demais que aguardavam na mesma sala de espera? Mais uma vez, algumas estratégias foram adotadas. As que já conhecíamos do grupo ou da consulta eram diretamente convidadas, pois já tinham conosco alguma familiaridade. Todavia, era necessário conjugar “gestante no serviço” e “disponibilidade de sala”, para o que foi fundamental a aliança estabelecida com a auxiliar de enfermagem. Esta profissional, que controla o fluxo de atendimentos, ficava à espreita da primeira sala que vagasse, quando vinha nos comunicar. Além disso, ela tinha o controle sobre o tempo que a gestante ainda permaneceria no serviço, o que nos possibilitava planejar o melhor momento para a entrevista. Aquelas gestantes que ainda teriam que aguardar a consulta por algum tempo eram, geralmente, convidadas para a entrevista. As entrevistas duravam, em média, entre uma hora e meia e duas horas. Assegurávamos à gestante, caso ela aceitasse participar, que sua consulta estava ‘garantida’ e que, se porventura ela fosse chamada enquanto estivéssemos juntas, a auxiliar e/ou atendente se encarregaria de convocá-la.

Essa verdadeira ‘manobra’ merece explicação: primeiro, procurávamos não atrapalhar, sob nenhuma hipótese, a rotina do atendimento; segundo, as gestantes aguardavam a consulta com muita ansiedade; portanto, ao garantir-lhes que seriam avisadas, elas podiam ‘relaxar’ e participar da entrevista sem medo de ‘perder sua vez’.

Por fim, procuramos sempre convidar gestantes que já estavam em acompanhamento há algum tempo pois aquelas que acabavam de receber o diagnóstico estavam por demais mobilizadas e/ou fragilizadas para participarem da entrevista, que abordaria temas delicados e sensíveis. Assim, quanto mais tempo a mulher conhecesse seu diagnóstico, melhor era o clima da entrevista e mais descontraída ela estaria para falar sobre suas questões de vida. Todavia, isto não significa dizer que o clima das entrevistas era sempre sereno; ao contrário, emoções, choros, risos e tensões deram o tom de cada entrevista que, por fim, acabava sendo reconhecida pelas gestantes como uma “conversa muito boa” em que puderam “desabafar”, serem “ouvidas”, “contarem suas histórias” e até, em alguma medida, elaborar o que estava lhes acontecendo.

Apesar destas estratégias e cuidados, duas gestantes recusaram-se a participar da entrevista, alegando que ‘não quero falar disso ainda’. Uma destas era, de fato, tímida, quieta, mais observadora do que falante, seja nas reuniões de grupo ou nas consultas. No que diz respeito à outra, todavia, sua recusa foi uma surpresa pois sempre a encontrávamos sorridente, extrovertida e brincando com todos. No entanto, estas são situações esperadas em qualquer trabalho de campo.

As entrevistas com os profissionais de saúde não foram menos permeadas de dificuldades e contratempos. Além do problema de sala, tínhamos agora o de agenda, ou seja, de sua disponibilidade para o encontro, visto que a disposição ou vontade para falar estavam assegurados. Assim, algumas entrevistas foram realizadas durante o expediente de trabalho, entre uma e outra atividade; outras ocorreram após o horário habitual de trabalho e algumas, ainda, em outros locais, fora das dependências da instituição. Ademais, boa parte das entrevistas, por sua longa duração, foi dividida em dois encontros (com exceção de duas em que foram necessários três ou quatro encontros cada uma).

O fato é que, apesar das dificuldades de espaço e tempo, encontramos profissionais ávidos pela fala e pela escuta, o que já indicava uma grande mobilização e necessidade de se expressarem e refletirem sobre questões tão candentes quanto as colocadas pela pesquisa. Ao final desta etapa, todos consideraram a entrevista um momento de desabafo, de reflexão, de revisão de determinados valores e de ponderação sobre algumas condutas. Enfim, a entrevista representou um momento ímpar de reflexão, o que está sempre alijado do cotidiano, marcado

pelas correrias, rotinas e urgências.

Merece ser pontuado que, em alguns momentos da etapa de observação, nossa presença era sentida como algo ameaçadora por sermos percebidos como uma espécie de avaliadores críticos, ou “essa gente da academia que faz pesquisa e acaba sempre criticando, falando mal”. Porém, durante as entrevistas, foi-se estabelecendo um clima de cumplicidade e parceria, quando nos tornamos confidentes, ouvintes e interlocutores das angústias, anseios, dúvidas, crenças e histórias de vida desses dedicados profissionais de saúde.

O COTIDIANO DO SERVIÇO

1. A sala de espera

Mais uma manhã de segunda-feira... São seis horas e duas mulheres, uma acompanhada de uma criança — provavelmente sua filha — já esperam a chegada dos funcionários. Mostram-se satisfeitas por serem as ‘primeiras da fila’, pois precisam sair cedo das consultas porque ainda vão para o trabalho ou porque preferem madrugar a ficar quase todo o dia esperando pela consulta de *“uma doutora que é ótima, seu único defeito é que demora muito”*. Outras, apesar da queixa com relação ao atendimento médico, dizem que *“é assim mesmo, a doutora demora mas dá muita atenção, conversa bastante com a gente”*. E, com estes mesmos objetivos, vão chegando mais e mais gestantes.

Às sete horas, elas já podem entrar no prédio e aguardar na sala de espera. Os bancos não são suficientes para todas mas sempre há uma espécie de revezamento ou, quiçá, de solidariedade entre as mulheres, o que acaba por engendrar a formação de pequenos e efêmeros grupos de conversa que ajudam a amenizar a demora. O assunto preferido é o de todas as mulheres grávidas: o aumento dos seios, a preocupação com as estrias que aparecem, os enjôos que sentem, o quanto seus bebês se mexem, a experiência com gestações anteriores, o anseio (ou receio) de onde será o parto, dentre outros tão típicos deste momento de expectativa e ansiedade. Por vezes, a conversa culmina com o comentário de que *“o homem deveria passar pela metade do que a gente passa”*, momento de distração em que falam de seus companheiros, do grau de participação e envolvimento deles neste processo, etc.

Na verdade, a sala de espera se torna um poderoso espaço para troca de informações e de experiências entre as gestantes, sejam estas hiv+ ou não. Paralelamente ao atendimento das gestantes hiv+, outras gestantes também são ali atendidas. Porém, nas manhãs de segunda e de sexta feiras, a maioria é de gestantes hiv+ pois esses são os turnos específicos deste programa.

No decorrer do tempo de gestação, as pacientes hiv+ passam a identificar-se umas às outras, fato propiciado não só pelos encontros no grupo de gestantes, mas também pelo que significa serem pacientes da Dra. XX: *“todas que vão pra Dra. XX têm o mesmo tipo de problema”* — senha correntemente utilizada em cada encontro do grupo e que serve como código de reconhecimento entre elas.

A cada turno de atendimento, percebe-se que, caso a conversa diga respeito a alguma especificidade do tratamento, elas se afastam um pouco, dirigindo-se para o pátio externo do prédio para obterem maior privacidade. Assim, este é um importante espaço de socialização entre as pacientes onde apoio e solidariedade são trocados, questões são suscitadas, dúvidas são esclarecidas, informações são reforçadas, suspiros de esperanças são compartilhados.

A estadia na sala de espera é parcialmente interrompida pelas reuniões de grupo, o que, de certa forma, ajuda a amenizar a espera pelo atendimento médico: *“com o grupo, não se vê a hora passar”*.

É oportuno mencionar que o retorno das gestantes às consultas pode ser semanal, quinzenal ou mensal, dependendo do estado de saúde da paciente e/ou de seu período gestacional. Mesmo assim, a tentativa é de que a gestante sempre tenha suas consultas (da obstetrícia e da infectologia) no mesmo dia, otimizando, desta forma, as vindas ao serviço. Não obstante, sua permanência, a cada retorno, pode levar o dia todo, em função tanto do volume de atendimento quanto da demora de algumas consultas específicas (este ponto será retomado mais adiante, no item “consultas obstétricas”).

2. O Grupo de Gestantes

O grupo de apoio às gestantes hiv+ acontece nas duas manhãs de atendimento. Ele é realizado concomitantemente às consultas médicas, fato este que imprime uma certa flutuação entre suas participantes.

Pode-se dizer que o grupo tem por objetivo principal a troca de experiências entre as (futuras) mães, bem como a preparação para a chegada desses bebês, que necessitarão, diferentemente de outros, de alguns cuidados especiais. Dentre tais cuidados, inclui-se a administração do xarope de AZT (a ser feito durante as seis primeiras semanas de vida do recém-nascido) e a preparação da mamadeira com o leite recomendado.

Mas, para além desta função educativa e da ênfase nos cuidados com o bebê, fica patente a utilização deste espaço como local de desabafos e de ajuda mútua entre as pacientes: sempre há alguma história a ser contada; sempre há um dilema sendo vivido e sempre há inúmeras dificuldades de vida sendo enfrentadas. As gestantes trazem, para o âmbito do

grupo, inúmeras questões que nem sempre são abordadas durante as consultas e, embora este espaço seja restrito, ainda assim é extremamente valorizado por elas que, não poucas vezes, encontram ali esperança, carinho e conforto (como já apontado).

Coordenação, Participantes e Dinâmica do Grupo:

As reuniões do grupo são coordenadas por dois profissionais: uma psicóloga e uma enfermeira, ou duas enfermeiras. O acesso ao local das reuniões é contíguo à sala de espera; sua porta fica por detrás da mesa das atendentes.

Os encontros têm uma duração média de duas horas e algumas etapas a serem cumpridas; sua população é bastante flutuante pois as mulheres se ausentam quando são chamadas para a consulta médica. A participação no grupo é desejável, porém, não obrigatória. As gestantes são convidadas a participar quando se anuncia: *“as pacientes da Dra. XX, por favor, entrem”*, frase esta que funciona como um código para as gestantes do programa.

Entram, então, as mulheres: toda vez há uma “novata” no grupo; as “veteranas”, por saberem o que significa aquele convite, optam por participar ou não. Algumas mulheres são freqüentadoras assíduas; outras, nem sempre desejam estar presentes naquele momento.

Ao começar a apresentação, as profissionais se identificam e logo esclarecem que *“todas as pessoas que estão aqui têm o mesmo problema”* e que *“tudo que for dito aqui deve ficar guardado”*. Posteriormente, as gestantes são solicitadas a se apresentarem e, para as recém-chegadas, pede-se que contem um pouco de sua história.

Na verdade, este tipo de conduta demonstra um esforço da equipe em preservar o sigilo sobre a sorologia daquelas mulheres. Entretanto, esta intenção tem seus efeitos e suas ambigüidades pois, dentre as demais gestantes do serviço, fica a dúvida de porque aquelas mulheres se reúnem em grupo; algumas, mais desinibidas, chegam questionar tal movimento, o que suscita respostas esquivas. Portanto, as tentativas de proteger as gestantes de situações discriminatórias no espaço do serviço, curiosamente, acabam por gerar outras, em função do ‘melhor tratamento que recebem em comparação às demais gestantes (uma discriminação “pelo avesso”, como interpretado por uma gestante entrevistada, que considera o excesso de atenção também uma forma de discriminação).

Todavia, as reuniões no grupo são fundamentais num aspecto que é cabal na trajetória dessas mulheres: este é, muitas vezes, o instante em que algumas descobrem que não são as únicas grávidas portadoras do hiv, saindo, assim, do isolamento no qual estavam imersas. Poder compartilhar experiências e saber que não se é a única permite, em certa medida, uma

re-orientação para muitas que ali chegam absolutamente desesperadas, transtornadas com a descoberta recente de seu diagnóstico. Afinal, não são poucas as mulheres que recebem o diagnóstico de hiv+ durante o pré-natal e que são para ali encaminhadas sem nenhuma orientação quanto ao significado daquela nova situação.

Deve-se esclarecer que a instabilidade do grupo também é causada pela contínua interrupção provocada por outros profissionais da equipe, já que nesta sala ficam guardados os medicamentos e os prontuários das gestantes que participam do protocolo de pesquisa. A análise desta freqüente interrupção fica propositadamente relegada a um momento posterior, quando outros dados virão compor esse cenário e tornarão possível melhor abordar a importância e valorização do grupo, bem como sobre o fluxo do atendimento do serviço.

Assim, vejamos mais de perto algumas narrativas e a dinâmica de um destes encontros.

Uma Reunião do Grupo:

Participaram deste encontro aproximadamente sete gestantes, nem todas presentes ao mesmo tempo em função das chamadas para a consulta médica. Por vezes, algumas retornaram ao grupo após a consulta.

Compareceu, neste dia, uma puérpera, acompanhada de seu bebê de um ano e nove meses, já soronegativo. Foi em busca de tratamento para si mesma — segundo uma profissional, situação esta bastante comum na medida em que o serviço fica como referência devido ao bom atendimento que recebem. Essa gestante, cuja fala foi estimulada pela psicóloga, deu seu depoimento sobre a alegria de ter um filho saudável, alegre, levado e brincalhão¹.

Três participantes já estão na segunda gestação hiv+ e uma outra, por sinal a mais jovem do grupo e relatando dores, acompanhada da mãe e de uma filha de dois anos, está na quarta gestação.

A primeira gestante convidada a se apresentar diz que mora em Cabuçú e mostra desânimo e preocupação, pois "*o marido está desempregado e a situação está muito difícil*". Esta questão é muito freqüentemente trazida para o grupo já que as dificuldades de sobrevivência da clientela são visivelmente agudas e “adentram” os atendimentos. Porém, nem sempre os profissionais sabem como discutir e socializar essa difícil questão. Portanto, este tipo de colocação não recebeu muita atenção das coordenadoras neste dia e, logo em

¹ Este tipo de situação, em que ex-gestantes voltam ao serviço e acabam participando do grupo, prestando seus depoimentos, é algo bastante comum e extremamente proveitoso: funciona como uma 'prova concreta' de que o tratamento que fazem têm resultados e a mensagem que fica é, portanto, de que 'não se pode esmorecer jamais'.

seguida, passou-se ao depoimento seguinte. Coincidentemente ou não, essa mulher passou o restante do tempo calada, só se manifestando ao final do encontro, quando todas conversavam animadamente sobre outros assuntos.

A segunda gestante a falar foi a jovem que estava sintomática e acompanhada da mãe e da filha pequena. Inicialmente, a mãe falava pela filha e a tratava como alguém “incapaz” de cuidar de si própria, já que “*ela não fala nada do que sente*”. Logo foi interpelada por uma das profissionais, que ameaçou retirá-la da sala para que a jovem pudesse se manifestar. Esta relatou, então, sentir fortes dores no abdômen há vários dias, o que a levou a interromper uma das medicações ARV, que associava às dores. Foi logo chamada para o atendimento clínico e, posteriormente, ficamos sabendo que apresentava um quadro de pielonefrite que necessitava de internação — o que não ocorreu naquele dia por falta de vaga no hospital. Como a equipe sempre troca, entre si, informações sobre as características da clientela, foi possível saber que essa jovem é usuária de drogas, já tem outros dois filhos, de pais diferentes, perdeu um filho hiv+ aos seis meses de idade e que o pai do bebê que espera encontra-se preso.

A terceira gestante relata que este já é seu segundo filho desde que se soube hiv+; fala de sua dificuldade em usar o passe livre de ônibus pois sente-se envergonhada: “*parece que todos me olham e que todo mundo sabe o que eu tenho*”. Neste sentido, algumas outras se manifestaram dizendo que não sentem dificuldade em usar o passe e que o fazem com naturalidade. A profissional, então, esclareceu para todas sobre o direito ao passe da FETRANSPOR (há uma lei que garante a doentes crônicos o direito ao passe, o que serve como uma “garantia” de que poderão ir ao local de tratamento). No que tange a este fato, muito pouco falou-se sobre a questão do preconceito e da discriminação, assunto candente que a gestante colocava; ao contrário, o grupo não abriu muito espaço para que esta mulher pudesse compartilhar seu medo de discriminação. No máximo, tentou-se convencê-la de que não deveria se sentir daquela forma, já que o passe era um “direito” seu e não algo revelador de sua condição sorológica.

A quarta gestante mora em Niterói, tem uma filha de 14 anos e está quase a termo desta gestação. Sua maior preocupação diz respeito à conseguir chegar à maternidade de referência, para onde deveria dirigir-se quando em trabalho de parto². Ao argumentar que seu trabalho de parto é muito rápido e que mora muito distante de tal lugar, algumas outras fizeram sugestões, tipo ficar na casa de alguém que more mais perto, ter sempre um carro de vizinho à disposição, etc.

² Condição sine qua non para todas que aceitam participar do protocolo de pesquisa.

A quinta gestante parece ter um ótimo astral, está bem arrumada, é bem humorada e ri bastante. É sua primeira gestação hiv+; fala sobre a medicação, momento em que descobre que estava tomando o remédio erroneamente.

As duas outras gestantes ficaram pouco no grupo e não tiveram chance de se apresentar, pois foram logo chamadas para a consulta médica.

Além da discussão a respeito do passe, o tema sobre uso de preservativos com os parceiros foi abordado pela profissional. Diferentemente do que é relatado em outras reuniões de grupo, a maioria das mulheres, neste dia, não colocou dificuldades em relação ao uso do preservativo. Apenas uma relatou sua dificuldade em convencer seu parceiro — hiv negativo — a usar o condom, comentando que *"ele é muito cabeça-dura, não acredita que eu tenho essa doença"*. Esta mulher foi contaminada pelo primeiro marido e só soube que estava infectada depois que seu primeiro filho nasceu. Separou-se do primeiro marido — *"não foi por causa da doença, a relação já estava muito ruim antes de eu saber"* — casou-se novamente e engravidou do atual companheiro³.

Não foi dada continuidade à conversa pois era chegada a hora de iniciar as longas e minuciosas orientações sobre preparo da mamadeira, cuidados com o umbigo, dosagens para a medicação do bebê e orientações para o parto (dosagem de AZT).

E assim foi mais uma manhã de trabalho com o grupo...

É evidente que o relato acima não espelha a dinâmica e o funcionamento do grupo em toda a sua magnitude; entretanto, pode-se perceber seus méritos, suas virtudes, bem como seus pontos nevrálgicos.

Ao analisar o desenvolvimento de cada encontro, percebe-se que este tem por característica dois momentos, um que poderíamos definir como 'quase-terapêutico' e outro, informativo-educativo. Num primeiro instante, aborda-se, mesmo que de modo sucinto e, por vezes, superficial, questões do cotidiano destas mulheres. Entretanto, este momento interage ou mesmo se mescla a um segundo, quando as mulheres aprendem lições de vida e de bravura umas com as outras, levam e esclarecem suas inúmeras dúvidas e percebem, de algum modo, o significado do tratamento ao qual estão submetidas. Por fim, o último momento é também espaço para a abordagem de questões mais técnicas, que agora as gestantes devem aprender.

Mas, se estes dois momentos se sobrepõem ou interagem, também podem se excluir um ao outro. Um exemplo pode ser dado com relação à secagem do leite materno e os cuidados com as mamas, quando raros são os ensejos para que as mulheres possam expressar

³ Essa mulher não foi, ao menos nesse dia, abordada individualmente para se conversar melhor sobre o grave problema que havia trazido.

seus sentimentos em relação à interdição do aleitamento. Neste momento, de caráter eminentemente “informativo”, a ênfase é geralmente colocada nas instruções e, no máximo, são tecidos comentários do tipo: *“a mamadeira não impede que a mãe se relacione com o bebê; é apenas uma outra forma de troca de carinho”*.

E, sendo assim, é bastante tenso para os profissionais quando se deparam com uma puérpera que, por algum motivo, não esteja seguindo corretamente as instruções sobre a não-amamentação. Uma delas ansiosamente se justificou por estar amamentando o seu bebê: *“é para ela [a bebê] ficar calma, não era para mim não, era para ela ficar calma”*. Tão logo terminou seu desabafo, os esforços se concentraram em fazê-la compreender a (in)conseqüência de seus atos, não entrando em pauta seus sentimentos e aflições.

Além disso, não há como deixar de notar que é no grupo, na maior parte das vezes, e ao longo dos seus vários encontros, que as gestantes compreendem que é possível que seu bebê seja saudável e soronegativo. Dito de outro modo, é freqüentemente no grupo que as mulheres genuinamente compreendem a finalidade do tratamento a que estão sendo submetidas. Há, em alguma esfera, uma “falha de comunicação” que não permite o pronto entendimento e o conseqüente e esperado alívio ao saberem do tratamento que previne a TV.

Algumas questões estão aí entrelaçadas: a primeira diz respeito ao estado emocional destas mulheres, já que muitas chegam ao serviço totalmente atordoadas e ansiosas em função da descoberta recente deste diagnóstico, o que dificulta a assimilação e compreensão de algo tão importante quanto o motivo do tratamento ali oferecido. Acentuado pelo fato de estarem grávidas, muitas mulheres demonstram medo ou culpa por se sentirem transmissoras de uma “terrível doença” para seu filho.

Segundo, em que pese o programa ser composto por uma equipe multiprofissional, não se pode, de fato, esperar que o médico seja capaz de lidar com todas as angústias destas pacientes. Tal situação nos faz questionar o modo pelo qual os resultados do teste hiv, ou a confirmação deste, são dados a estas mulheres no pré-natal de origem. Não foi raro ouvir que determinada mulher havia recebido um telegrama do posto em que fazia pré-natal e, ao lá chegar, descobria que seu teste para hiv — o qual, muitas vezes, nem sabia que seria feito — havia dado positivo. Enviadas ao programa para receberem tratamento adequado, ainda assim muitas não sabiam o propósito daquilo tudo, apesar de não estarem ali pela primeira vez.

Uma terceira questão, que será melhor contemplada em item oportuno, diz respeito ao ritmo de algumas consultas médicas: estas são também freqüentemente interrompidas e, particularmente na consulta inicial com as recém-chegadas, é dada uma verdadeira avalanche de informações, numa velocidade nem sempre assimilável para aqueles que têm alguma

familiaridade com o tema e, menos ainda, para aqueles que estão se aproximando desta questão pela primeira vez.

Paralelamente a isto, ou antes, embasando toda esta situação e dando sentido a este cenário, explicita-se o discurso “salvacionista” dos profissionais, enaltecendo e valorizando o privilégio que aquelas mulheres - que *“graças a Deus, tiveram a sorte de estarem sendo tratadas ali”* - têm de negatizar seus bebês. É como se os profissionais tentassem mostrar a estas mulheres, em função dos ótimos resultados que vêm obtendo, que elas estão mais “protegidas” por fazerem parte do programa, na medida em que todos os esforços da equipe estão voltados para a grande meta: “salvar o bebê”. Obviamente, não podemos desconsiderar que também existe uma (boa) intenção, por parte dos profissionais, de infundir ânimo, otimismo e esperança nas mulheres em momento tão delicado e difícil.

Assim, esta é uma questão continuamente reiterada pelos profissionais e explicitada não apenas nas falas como também nas condutas do dia-a-dia, tanto nas consultas médicas quanto na excessiva ênfase, no grupo, sobre o tema dos cuidados com o bebê. A entusiasmada e alegre celebração de cada nascimento, por parte de toda a equipe, é reveladora, assim como a comemoração de cada soronegativação. Não há como deixar de registrar a decoração das salas de atendimento, cujas paredes estão cobertas por retratos de bebês ... Todavia, não se pode desconsiderar que esta é uma instituição pediátrica e que, naturalmente, a criança é seu objeto de cuidado e atenção. Portanto, todo este ‘clima’ é absolutamente coerente com o contexto em questão.

Entretanto, o discurso “salvacionista” acaba por engendrar outro desdobramento nas mulheres que gera, no limite, a idéia de que podem engravidar novamente sem maiores problemas ou riscos. Dito de outro modo, a ênfase ou a crença de que “tudo vai dar certo”, necessária tanto para os profissionais de saúde quanto para as pacientes, pode se tornar um dos possíveis fatores que concorrem para, e/ou influenciam, o desejo, e até mesmo, a decisão - por uma segunda e/ou terceira gestação soropositiva. É como se este “imenso problema”, no ponto de partida, engendrasse um duplo efeito ou uma situação paradoxal: há um grande empenho ou empreendimento que, no final, retorna sobre si e o minimiza. Não significa dizer, com isto, que haja qualquer incentivo a novas gestações; muito pelo contrário, identificamos radicais diferenças entre as posturas dos profissionais no que tange ao reconhecimento da legitimidade do desejo por uma nova gravidez, bem como diferentes posições que assumem com relação à laqueadura tubária, por exemplo (aspectos que serão melhor discutidos nas entrevistas). Entretanto, não foram apenas uma ou duas gestantes que informalmente comentaram, *“é só saber cuidar do ‘vírusinho’ que ele fica ali e a gente pode viver*

normalmente” ou, “*eu não sinto nada, nem parece que eu tenho este tal de hiv*”, ou ainda, “*é só a gente se cuidar que nada vai acontecer com o bebê*”.

Porém, as distintas posições dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos, sobre a laqueadura – estimulando-a ou contra-indicando-a - têm motivações diversas e anteriores à questão do hiv, como será visto através das entrevistas. Percebemos, por exemplo, que uma infectologista, ao apoiar algumas gestantes que queriam realizar a laqueadura, demonstrava preocupação com a precária situação de sobrevivência das mesmas, tipo *“essa mulher já tem X filhos, o marido está desempregado, a situação deles é muito difícil....”*. Já a obstetra contra-indicava veementemente a laqueadura, mesmo para aquelas gestantes que manifestavam desejo de realizá-la. Aliás, algumas entrevistadas queixaram-se de sua posição até certo ponto intransigente nessa questão. Seus argumentos, no entanto, demonstravam preocupação com o radicalismo dessa opção contraceptiva: *“você pode querer ter outro filho depois, nunca se sabe o que vai acontecer na vida da gente”* ou *“a cura da Aids pode acontecer a qualquer momento e você pode querer ter outro filho”*. Porém, apesar da preocupação ética em demover as mulheres da idéia da laqueadura - extremamente meritosa em meio à cultura médica de incentivo à essa prática contraceptiva - percebemos, neste caso, uma grande dificuldade em 'ouvir' e compreender os desejos e opções das gestantes. Afinal, a opção pela laqueadura pode ser uma solução contraceptiva satisfatória para muitas mulheres, desde que assumida de forma esclarecida e consciente. Neste caso, percebe-se uma imposição no sentido contrário à tendência dominante, com o (bem intencionado) intuito de protegê-las de decisões irreversíveis, porém, reproduzindo a ideologia médica, autoritária e normativa.

Por outro lado, as gestações subseqüentes das mulheres hiv+ nem sempre são bem aceitas, embora o discurso consciente de toda a equipe seja quase uníssono⁴: *“é um direito da mulher e é ela quem deve escolher”*. O caso de Mônica foi emblemático: está na segunda gestação, com aproximadamente quatro meses de gravidez. Tendo sido acompanhada naquele serviço em sua primeira gestação, Mônica mostra para as outras mulheres, com orgulho, o filho de um ano, já negativado. Neste sentido, sua presença no grupo é sempre muito saudada. Contudo, não foi apenas uma vez que seu sorriso ‘murchou’, ao ouvir, em tom de reprovação, de um dos profissionais: *“gostou tanto que já está grávida de novo....”*.

Houve também o caso de Rosa que, ao retornar ao serviço para uma consulta de rotina, ouviu, em tom de reprovação: *“Você por aqui? Está fazendo o que? (...) Ah bom, pensei que já estivesse grávida de novo!”*. E como deixar de mencionar Vera (está na terceira gestação hiv+, sendo que a segunda já havia sido acompanhada neste programa) que, durante uma

⁴ Há divergências explícitas entre alguns médicos com relação ao direito dessas mulheres decidirem se querem ter outros filhos ou não. Esta discussão será retomada na análise das entrevistas dos profissionais de saúde.

reunião, afirmou reiteradamente que *“se pudesse, se tivesse condições financeiras, iria tendo filhos sem parar”*. Prontamente, uma profissional que coordenava a reunião reagiu, dizendo: *“Você não, no seu caso não é bem assim”*, ao que respondeu: *“É, agora no meu caso não pode”*.

Mas, além destas questões, as profissionais e as gestantes trazem para as reuniões de grupo temas candentes como o (não) uso do preservativo, a (não) testagem dos parceiros, o lidar com o recém descoberto diagnóstico e o delicado tema de para quem, ou antes, com quem contar.

O caso de Lídia condensa um pouco destas questões: seu bebê já está com um mês e quinze dias e, ao comparecer ao serviço para a consulta de rotina, Lídia solicitou conversar conosco. Pedia a nossa ajuda pois não sabia mais o que fazer com seu companheiro, que tem apenas dezenove anos e havia ‘sumido’ de casa por uma semana — *“saiu para trabalhar e não voltou”*. Ao retornar, ele nada comentou com a esposa que, reiterada e ansiosamente, falava do receio de que seu marido estivesse *“saindo com outras mulheres e infectando outras pessoas”*. Lídia sabe que seu marido não gosta de usar preservativo nem mesmo com ela, sabidamente hiv+ e que, provavelmente, não estaria também usando com outras pessoas. Embora não tenha se testado ainda, o marido de Lídia foi seu único parceiro e é usuário de drogas. Ao longo da conversa, Lídia se dá conta de que as ocasiões em que seu marido “desaparecera” foram nos dias em que ele estava agendado para realizar seu próprio exame anti-hiv...

Certamente, este é apenas um dos inúmeros casos de companheiros que não se testaram, que resistem ao preservativo ou que não acreditam que suas parceiras estejam infectadas. É comum ouvir relatos de que *“as outras pessoas não acreditam pois, com aquele ‘corpão’ todo, não pode ser”*. Como vemos, ainda persiste, no imaginário, a imagem estereotipada do infectado como alguém visivelmente doente: emagrecido, sem cabelos, pálido, etc

E para quem contar sobre um diagnóstico soropositivo? Como fazê-lo? Algumas gestantes contam com o apoio de irmãos, mães e companheiros; outras, no entanto, temem que a revelação de sua condição possa abalar a estrutura familiar e preferem guardar para si próprias, ficando, assim, isoladas e privadas de receber o apoio de que tanto precisam. O movimento do grupo sempre é no sentido de mostrar o quão importante é ter alguém por perto em quem se possa confiar e obter ajuda. Algumas gestantes chegam mesmo a relatar que *“depois que consegui contar sobre o meu problema, as pessoas ajudam e as coisas mudaram para melhor”*. Mas há aquelas, um pouco mais temerosas ou inseguras, que guardam tudo

para si, tal como Lúcia, que sabe de seu diagnóstico há quatro anos e se utiliza de mil e uma artimanhas para esconder os remédios que usa — absolutamente ninguém de suas relações pessoais ou familiares sabe de seu problema.

Na verdade, este é outro ponto espinhoso que freqüentemente recai sobre o grupo: aliado aos graves problemas de sobrevivência que grande parte das gestantes enfrentam, soma-se a clandestinidade, o medo de que os outros descubram sua condição soropositiva e, como decorrência, inúmeras estratégias de ocultamento são então traçadas. Muitas vezes, os profissionais “ensinam” às gestantes determinadas artimanhas para ocultar sua condição, tais como as desculpas que podem ser dadas para justificar a não amamentação de seus bebês, as trocas dos rótulos dos remédios, etc. Por um lado há, por parte dos profissionais, um discurso assumido de que as gestantes devem revelar seu diagnóstico somente para pessoas de total confiança, o que visa protegê-las da discriminação. Mas, por outro, há também uma certa conivência com o preconceito pois, desta forma, elas não são estimuladas a assumirem sua condição e a enfrentarem a discriminação numa perspectiva de cidadania.

Vale dizer que a aguda situação de pobreza de grande parte das gestantes foi algo extremamente impactante durante todo o período de trabalho de campo: diversos casos dramáticos acabavam eclodindo no âmbito do grupo, tal como a situação de Irene, para quem era urgente providenciar ao menos uma cesta básica — desempregada, ela e seu companheiro contavam apenas com uma renda de R\$ 170,00, dos quais R\$ 120,00 eram destinados ao pagamento do aluguel do cômodo em que moravam ...

O que ficou evidenciado, durante o período de observação do grupo, é que o espaço dado às mulheres para que falem de suas angústias e de seus problemas é bastante restrito e o tratamento dispensado a estas questões é por vezes superficial, sendo que, em alguns momentos, determinados problemas são, no limite, evitados. A própria sala onde o grupo se reúne mostra que o serviço não está preparado para acolher e trabalhar questões que exigem um ambiente íntimo, acolhedor e que garanta a privacidade. O constante entra e sai, o armário onde ficam medicações e formulários, entre outros fatores, dificultam enormemente as conversas "difíceis" e carregadas de emoção que freqüentemente irrompem durante a reunião.

Por vezes, assuntos polêmicos, tais como a gravidez soropositiva desejada ou a dificuldade instaurada na relação sexual/conjugal devido à descoberta do diagnóstico, são suprimidos ou não considerados. Com relação a tantos outros temas difíceis que são colocados, a postura adotada vai mais no sentido do “aconselhamento normativo” (tal como: *“você deve fazer isto ou aquilo”*, ou ainda, *“você não deve se sentir desta ou daquela*

forma...”) do que de “escuta e acolhimento” das questões trazidas com vistas a permitir o compartilhamento e a busca coletiva e solidária de alternativas.

Desta forma, alguns pontos ainda permanecem: quais outros fatores estariam concorrendo para este perfil mais “normativo” do grupo que, se tomado pelo discurso dos profissionais, deveria ter - e tem, apesar de tudo - um perfil também “terapêutico”? Afinal, existe espaço, na estrutura e lógica do serviço, para a subjetividade, para a dor e o sofrimento? Ou, na verdade, deve haver uma abertura “relativa e controlada” sobre determinadas questões “incômodas” ou “mobilizadoras”, justamente para não se ultrapassar determinados limites “aceitáveis”⁵ ou, talvez, toleráveis ?

Mesmo assim, este pequeno espaço é reconhecido pelas gestantes como extremamente importante e fecundo pois, como já visto, apesar dos limites dados, circulam entre elas conversas, desabafos, depoimentos, experiências, carinho e apoio.

Há, ainda, outros pontos de tensão que dizem respeito à equipe do programa e ao grau de reconhecimento e respeito para com o trabalho de grupo. Como já dito, o armário onde fica o material da pesquisa encontra-se na exígua sala do grupo, o que acarreta inúmeras interrupções durante as reuniões. Nestes momentos, o clima criado no grupo é quebrado, sem muitos pudores, pela entrada abrupta de algum profissional ou o freqüente 'esquecimento' de fechar a porta ao sair. Os profissionais que adentram a sala, cumprindo seu objetivo de disponibilizar o medicamento, extrapolam um certo limite — talvez ainda frágil e tênue — do trabalho que é ali empreendido.

O descontentamento de uma profissional que coordena as reuniões de grupo é visível. E, além deste tipo de interrupção, alguns outros incidentes acontecem, tal como no dia em que a sala foi ocupada, no horário da reunião, por dois odontólogos que iriam iniciar um novo projeto de assistência odontológica às gestantes, com a anuência da coordenadora do programa. Este incidente parece expressar o não reconhecimento de um outro espaço de trabalho (em sentido amplo), uma falha de comunicação dentro de uma equipe de trabalho em que as hierarquias estão definidas e, em última análise, os limites do modelo biomédico na valorização do 'espaço' reservado à expressão da emoção e da subjetividade.

Entretanto, outras inúmeras situações observadas permitem que se coloque em cheque o próprio interesse ou valorização deste tipo de trabalho pelos próprios mentores e coordenadores do grupo. Com muita freqüência, observamos que o grupo não se reunia em

⁵ Este ponto será, em certa medida, corroborado pelas entrevistas dos profissionais, quando todos são categóricos em reconhecer que eles mesmos deveriam ser preparados para lidarem com as difíceis questões com que se deparam.

função de seus outros afazeres burocráticos pendentes e/ou algumas urgências em outros setores do hospital, entre outros.

Em algumas manhãs mais atribuladas - quando, por exemplo, haviam várias gestantes quase a termo sem exame confirmatório, o que demandava enorme correria para providenciar o teste rápido - as reuniões do grupo, refletindo esse clima de tensão, limitavam-se a orientações sobre a preparação da mamadeira, o cuidado com o coto umbilical e a dosagem de xarope de AZT para o bebê.

Outro fato que merece registro é a existência de apenas um psicólogo em um hospital que, além de prestar assistência a soropositivos, também recebe diariamente, entre outros pequenos pacientes, crianças vítimas de maus-tratos, por exemplo. Por que estava sendo tão difícil a contratação de pelo menos mais um profissional numa instituição onde haviam vagas abertas por aposentadoria, por exemplo? Talvez estas questões sejam indicativas de uma determinada lógica, sem dúvida ideológica. Esta profissional, extremamente comprometida e dedicada, mostrou-se, em muitos momentos, vencida pelo cansaço e pelo desânimo, como se não valesse a pena tanto investimento.

Entretanto, há que se mencionar outro fator complicador nesta alquimia de investimentos: não se pode ignorar que a presença de profissionais externos ao serviço e àquele grupo - as pesquisadoras - pode ter sido um fator inibidor, ou pode ter causado algum tipo de desconforto e constrangimento, não verbalizados a princípio, mas que foram se tornando, paulatinamente, mais evidentes. Após decorrido um certo período em campo, um dos profissionais do grupo começou a questionar até quando estaríamos presentes naquela atividade. Ficou evidente sua ansiedade com relação à nossa incômoda presença que captava os conflitos e problemas que terminavam por transparecer.

Ao surgir esta situação, optamos por não mais estar presente aos encontros do grupo e, após explicitar tal decisão, surpreendentemente, as reuniões passaram a ocorrer com maior regularidade⁶. O desconforto com nossa presença, porém, não foi constante, tampouco claramente expresso mas, por vezes, implícito em algumas falas e gestos (diversas foram as vezes em que um dos profissionais veio se justificar por determinadas condutas, fatos ou acontecimentos ocorridos no grupo).

Uma questão a mais: na medida em que há forte ênfase na ação educativa para o cuidado do bebê, o que fazer ou esperar quando duas de suas coordenadoras entram de férias ao mesmo tempo? Esta foi a razão pela qual não houve nenhum encontro com as gestantes por mais de um mês.

⁶ Cabe mencionar que, neste mesmo período, a instituição havia finalmente contratado outro psicólogo, que então iniciava a fase de treinamento no grupo.

Mais ainda, se o grupo cumpre uma função educativa imprescindível para a prevenção da TV, como explicar tal situação? Coincidentemente ou não, no mês subsequente, duas puérperas não estavam dando o xarope de AZT para seus bebês. Falha do grupo? Falha do neonatologista? Falha do pediatra? Ou conseqüência de um modelo de trabalho que segmenta as ações, as especialidades e não propicia a integração entre os diversos profissionais? Estas são algumas outras questões que, por ora, permanecerão apenas indicadas.

3. As Consultas Obstétricas

O programa de assistência às gestantes hiv+ conta com uma obstetra com larga experiência profissional. É conhecida como “uma doutora legal mas que gosta de falar muito” e, conseqüentemente, pelas longas demoras de suas consultas.

Geralmente, de doze a dezesseis gestantes são agendadas por turno, podendo chegar a vinte⁷. As consultas obstétricas, além de demoradas, são continuamente interrompidas por outros profissionais que vêm solicitar ajuda e/ou opinião. Por vezes, há também situações emergenciais ou alguma outra paciente que necessita de repouso numa sala próxima, fazendo com que essa profissional interrompa a consulta de uma gestante para poder monitorar a outra.

Em um turno (o da manhã, por exemplo, que se inicia às oito horas), esta profissional atende, em média, seis pacientes — tal fato é bastante polêmico na equipe pois sua característica demora faz com que algumas gestantes permaneçam quase todo o dia no serviço, à espera da consulta obstétrica. Essa demora é agravada pelo fato de que muitas pacientes permanecem em jejum devido à falta de dinheiro para fazerem, ao menos, um pequeno almoço ou lanche — isto para não mencionar que, para os portadores do hiv, os horários da medicação estão condicionados aos horários das refeições.

Essas consultas iniciam-se por perguntas de praxe: “*está sentindo alguma coisa?... dor de cabeça?... está preocupada com alguma coisa?... nada?*”. Não há como deixar de notar que é com o preenchimento de prontuários e fichas que a médica gasta a maior parte do tempo da consulta.

As explicações sobre o tratamento, os cuidados e os sinais a que a gestante deve estar atenta são minuciosas e exaustivamente repetidas. Essas informações, no caso dessas gestantes, são imprescindíveis, já que a intervenção no momento do parto deve seguir rigorosamente as condutas preconizadas, sob risco de se perder todo o investimento feito até

⁷ Os agendamentos correspondentes aos dias do programa não são, em sua totalidade, de gestantes hiv+, embora estas sejam a maioria. Este fato acaba se tornando mais um ponto de tensão dentro da equipe.

então. Portanto, as pacientes devem 'demonstrar' que aprenderam a 'lição', repetindo para a médica os ensinamentos dados.

Este tipo de conduta pode, certamente, ser pedagogicamente questionada. Poderia ser classificada como algo que subestima a capacidade de compreensão das mulheres? Fato é que, para algumas gestantes, tal atitude é reveladora da atenção que a médica dispensa, o que as faz sentirem-se prestigiadas. Outras classificam-na como “chata” e “fria”.

Mas, por que não classificá-la como uma postura cujo objetivo último visa o empoderamento destas mulheres? Está sempre presente, nessas consultas, uma preocupação em instruir a gestante para que ela tenha conhecimento de sua situação e possa monitorar o tipo de atendimento que estará recebendo no momento do parto, realizado em outra instituição. Afinal, esse conhecimento poderá beneficiá-la, uma vez que já estará dando, de antemão, algumas diretrizes para a outra equipe, facilitando, assim, seu pronto atendimento. Desta forma, busca-se um certo tipo de controle através das próprias gestantes, controle este que escapa ao programa na medida em que o momento do parto e as ações que então devem ser feitas, cruciais para o bom êxito da intervenção preventiva, estão nas mãos de outros profissionais, de outros serviços/instituições⁸, nem sempre preparados para realizarem a sua parte.

Aliás, vários contratempos e situações desesperadoras ocorridas em maternidades são relatados pelas gestantes. Na maternidade associada ao protocolo de pesquisa, porém, palestras, treinamentos, atualizações e uma tentativa de padronização no atendimento desta clientela são constantemente oferecidos aos seus profissionais. Entretanto, também lá ocorrem não apenas falhas técnicas mas situações de extrema discriminação e preconceito. Houve casos, por exemplo, em que se 'esqueceu' de iniciar o xarope de AZT para o bebê; noutro momento, um médico plantonista dizia a uma gestante que não adiantava fazer nenhum tipo de esforço (ações específicas e/ou tratamento) pois fatalmente seu bebê seria também hiv⁺⁹; outro se preocupou em falar dos grandes riscos que estaria correndo ao fazer o parto de uma mulher hiv⁺ e que, por isto, deveria usar tudo em dobro (luvas de procedimentos, máscaras etc.).

Muitas das situações vivenciadas nas enfermarias também eram de total infortúnio: por diversas vezes, as auxiliares de enfermagem não ajudavam estas gestantes — agora puérperas — a, por exemplo, tomarem banho ou a se alimentarem; freqüentemente, os

⁸ Excluem-se daqui as gestantes que fazem parte do protocolo de pesquisa que irão, necessariamente, para uma maternidade conveniada.

⁹ Esta paciente, em específico, retornou ao serviço totalmente desorientada e desestimulada quanto ao tratamento que fazia e suas perspectivas de futuro.

remédios a serem administrados eram colocados sobre a bandeja, aos pés do leito das mesmas ou, ainda, circulavam boatos de que as outras puérperas deveriam ter cuidado para “não se misturarem” dentro da enfermaria, similar a ter uma placa no leito escrito “hiv+” (fato constatado numa outra maternidade por nós visitada). Portanto, nenhum cuidado com o sigilo sobre o diagnóstico da paciente era tomado, situação extremamente desagradável e angustiante (deve ser lembrado que o status sorológico de muitas era desconhecido até por parentes muito próximos, como pais e mães).

Estes exemplos demonstram que ainda existe uma descontinuidade na assistência oferecida, a despeito de todos os esforços em prol de sua excelência. Mais ainda, corrobora a importância da integração, ou da integralidade, da assistência.

Mas, retomando-se às consultas obstétricas, pode-se afirmar que o espaço dado às mulheres para que coloquem seus problemas pessoais, suas dificuldades cotidianas, é relativo e variável. Por vezes, a consulta limita-se ao exame clínico. Porém, há consultas em que essa profissional demonstra preocupação com a situação de vida da paciente, quando então indaga-lhe sobre seus sentimentos, seus relacionamentos, suas dúvidas, e as possibilidades, sempre existentes, de melhoria da qualidade de vida de cada uma, nos limites de suas possibilidades.

Assuntos relacionados à sexualidade são também ali abordados; estes freqüentemente giram em torno da necessidade de convencer o parceiro a usar o preservativo. Todavia, não se discute o relacionamento entre o casal, fato que está quase sempre subjacente às dificuldades relatadas em torno do uso da camisinha. Mesmo assim, este assunto é incansavelmente abordado em todas as consultas. Na maioria das vezes, a médica convida o parceiro a comparecer a uma consulta para que possa com ele conversar.

No entanto, a história relatada pelas mulheres é quase sempre a mesma: os parceiros não gostam de usar a camisinha ou dizem não se importar com o que possa lhes acontecer, ou ainda, não acreditam que suas parceiras estejam infectadas pelo hiv. E o forte argumento apresentado pela médica - que a relação sexual desprotegida pode aumentar os riscos de infectar o bebê em função do aumento da carga viral - acaba se tornando tanto um instrumento de barganha com o companheiro, quanto um fator ansiogênico para muitas que não detém qualquer controle sobre suas vidas. A título de ilustração, tem-se o caso de Mônica, que afirma que vai, mais uma vez, tentar conversar com seu marido e *“convencê-lo do que deve ser feito”*, pois acredita que *“ele faz tudo por este filho”*.

Às vezes, os parceiros acompanham as gestantes ao serviço, oportunidade ímpar para que os próprios profissionais consigam abordá-los sobre a importância do uso da camisinha. Assim foi o caso de Sônia que, ao descobrir que a não utilização do condom poderia afetar o

bebê, requisitou a presença de seu companheiro. Ao final da conversa com o médico, este se disse “convencido” por este forte argumento e que “*tudo já estava, então, resolvido*”.

Na verdade, deve ser destacado o esforço constante desta profissional, em específico, para trazer os companheiros das gestantes para as consultas, fazê-los participar das conversas e explicações e também instrumentalizá-los, tanto quanto as gestantes, para que exerçam algum controle sobre as situações que possam vir a enfrentar.

As preocupações em torno do tipo de parto e da possibilidade de esterilização também estão presentes, de ambos os lados, nas consultas obstétricas. Há uma certa “pressão”, exercida pelas próprias pacientes, para obter um documento (uma carta) com a indicação para a realização da cesariana eletiva. Isto, na verdade, diz respeito a uma relação tensa entre a obstetrícia e a infectologia, a qual pode ser representada pela figura de um “cabo de guerra”. Como se já não bastasse toda a ideologia difundida no Brasil sobre a cesariana — idéia de um “parto sem dor”, cuja estatística faz com que o país apareça no *ranking* dos que mais praticam este tipo de intervenção — o que termina por influenciar as escolhas das parturientes, começa a aparecer uma crença de que a cesariana eletiva é também de suma importância na prevenção da transmissão vertical¹⁰. Frente a essas questões de fundo, a obstetra posiciona-se frontalmente contrária ao parto cesáreo, tanto por razões relacionadas à TV quanto por sua inevitável associação à possibilidade da laqueadura no momento do parto.

Ao final de cada consulta, é perguntado à gestante se ainda tem alguma dúvida mas, muitas vezes, ‘como ter dúvidas a tirar quando nada se sabe’? A infecção pelo hiv, muitas vezes, é recém descoberta e são muitas as informações a serem assimiladas, freqüentemente num curto espaço de tempo. Algumas gestantes têm uma postura mais inquisitiva e aproveitam aquele espaço para obter mais informações; outras são mais passivas e/ou tímidas e, nestes casos, “confunde-se” seu silêncio com a suposição de que “não há dúvidas”. Este tipo de situação, bastante comum nos três setores acompanhados, faz com que a gestante adquira paulatinamente as informações de que necessita em lugares e dias diferentes. Se há um processo educativo por parte destes profissionais — sem levar em consideração a concepção de educação em saúde que possuem — o mesmo não é uniforme e planejado, ficando sujeito, portanto, a falhas de comunicação, de informação e de compreensão.

¹⁰ Na verdade, a cesárea é indicada nas situações em que as outras alternativas de tratamento não puderam ser realizadas; a taxa de redução da transmissão vertical, quando associa-se a cesariana eletiva ao tratamento medicamentoso, não é tão significativa quando comparada à taxa de redução obtida com a associação ‘parto normal’ (e as devidas ações) mais ‘tratamento medicamentoso’.

4. As Consultas da Infectologia

Cabe fazer inicialmente a ressalva de que muitas das condutas realizadas pelas infectologistas estão diretamente relacionadas às exigências do protocolo de pesquisa mencionado. Procura-se, através deste, investigar os efeitos da associação de duas drogas específicas nas taxas de TV, no sentido de sua máxima redução. Muitos dos benefícios materiais que são ofertados a todas as gestantes atendidas pelo programa são conseguidos através deste tipo de recurso, tais como medicamentos ARV, cestas básicas, vales transporte e outros. Todavia, alguns benefícios, como o vale transporte, são exclusivos para as pacientes que fazem parte do protocolo.

Existem alguns critérios clínicos que devem ser atendidos para que a paciente seja indicada a integrar a pesquisa, tais como semana de gestação, uso anterior de medicação ARV e nível de CD4. Após avaliação clínica da infectologista, é facultado à gestante a opção de integrar ou não a pesquisa. Em caso de concordância, são explicados os benefícios que terá caso aceite a participação, bem como as atribuições e deveres que terá que cumprir. Nesta contrapartida, a mulher deve obedecer rigorosamente as prescrições, comprometendo-se a tomar o medicamento nas horas certas, “sem esquecimentos”, além do total comparecimento às consultas agendadas (daí a importância do vale transporte). Para estas gestantes, oferece-se ainda a garantia de vaga na maternidade vinculada ao protocolo de pesquisa, o que, de certa forma, acaba por ser o local onde o parto deverá obrigatoriamente acontecer (compromisso que deve ser assumido pela gestante).

Estas e algumas outras informações são repassadas à gestante pela infectologista que, a seguir, encaminha-a à enfermeira para a leitura do protocolo de pesquisa, esclarecimento de eventuais dúvidas e, por fim, assinatura do termo de consentimento informado. Não foi possível fazer a observação de nenhum destes convites formais de adesão ao estudo, apesar de nosso interesse e solicitação.

No entanto, a sutileza do cotidiano, que pode ser captada pelo olhar atento, nos permitiu perceber que também parecem existir critérios sociais em jogo. O relato do caso a seguir pode ser emblemático desta delicada situação.

Foi particularmente marcante o modo como tais procedimentos - ou fases do “recrutamento” para inclusão na pesquisa - aconteceu com Eliana. Esta paciente, apesar da indicação clínica da infectologia para entrar na pesquisa e de sua concordância inicial, foi excluída pela equipe de enfermagem com a justificativa de que ela teria grandes chances de “furar”, pois mora longe e não chegaria a tempo na maternidade conveniada. Porém, esta mesma paciente era um tanto ou quanto “problemática”, provavelmente em função de sua

história de vida. Eliana chegou ao serviço bastante desorientada com esta gravidez. Descobriu recentemente sua sorologia em função do falecimento de seu filho de nove meses; não tem um bom relacionamento familiar e não conta com o apoio de sua família; mora num “barraco” nos fundos da casa de seu pai (com quem não se relaciona) com seu outro filho, de 4 anos; o sustento precário de ambos é garantido pelos “parceiros eventuais” que tem (Eliana se prostitui em troca de dinheiro e alimentos). Mais ainda, era de conhecimento de todos que Eliana afirmara que não iria criar este filho que estava esperando: em suas palavras, dizia que “*não tinha condições para criá-lo*”, o que era interpretado como “ela não quer este filho”. Desta forma, Eliana era uma paciente destoante do clima de “amor e afeição” que definem uma boa mãe que irá se empenhar ao máximo no tratamento. Uma profissional assim se exprimiu com relação a ela:

“...Ela iria ‘furar’. Você vê como ela é? Não prestou atenção quando eu explicava os procedimentos de preparo da mamadeira; a médica mesma falou para ela que teve que mudar os medicamentos pois ela estava tomando tudo errado¹¹. Ela tem ‘jeito’ de não fazer nada direito, de não ‘querer nada’; você vê o jeito dela, como ela é. Não adianta, ela não vai tomar os remédios direito, não vai fazer as coisas direito, aí não vale a pena colocar ela na pesquisa. Viu ela falando que não vai querer o bebê? [...] ”

Este caso parece ilustrar o fato de que critérios sociais, morais, enfim, ideológicos¹², também estão subjacentes à decisão de incluir ou não determinada paciente no protocolo de pesquisa. Os argumentos para a exclusão de Eliana da pesquisa estão permeados por preconceitos; afinal, sua figura condensa características que não combinam com o ideal da “boa mãe”, por exemplo. Nem com o da “boa paciente”, que precisa, no mínimo, ter uma vida bem estruturada para conseguir cumprir todas as exigências desse tratamento. Suas dificuldades em assimilar as informações dadas, que, diga-se de passagem, não são simples nem poucas, foram muito enfatizadas para justificar sua exclusão. Resta, então, a dúvida: será que estes profissionais teriam a mesma postura se esta paciente tivesse uma outra história de vida?

Este é um ponto delicado da análise e que nos coloca diante de uma situação paradoxal. A equipe esforça-se por garantir bons resultados. Com isso, garante a continuidade do protocolo de pesquisa que, entre outras vantagens, garante os recursos necessários ao bom funcionamento do programa, o que beneficia a todas que são ali atendidas. Portanto, há um

¹¹ Esta foi a interpretação desta profissional frente à situação em que paciente havia solicitado a mudança de horário de um dos remédios porque este lhe obrigava a ficar acordada até tarde da noite, o que assim foi feito.

¹² Nas entrevistas, veremos que os profissionais negam veementemente qualquer discriminação em relação às pacientes. Este é, porém, um mecanismo que opera no nível inconsciente.

receio de inclusão de pacientes que, *a priori*, se supõe que terão dificuldades de adesão ao tratamento. O que fazer diante de tal situação?

O que julgamos importante colocar frente a este difícil impasse é que, mais uma vez, os limites do modelo assistencial ficam desnudados e explicitados. Caso houvesse uma 'escuta' a esta paciente, os profissionais entenderiam que ela estava manifestando um forte conflito em relação a este bebê: ela não o queria por medo de perdê-lo, como já havia acontecido, recentemente, com o outro filho. Ela manifestou esse conflito em vários momentos de atendimento mas ninguém pôde ou conseguiu 'parar para ouvi-la'.¹³ Podemos supor que um apoio psicológico, nesta situação, talvez a ajudasse a re-significar essa maternidade. Afinal, entre outras questões aí envolvidas, não estava claro para essa mulher que esse filho teria maiores chances de não se infectar que o outro.

E por que uma 'escuta' não foi oferecida a esta mulher, quando ela manifestava de forma tão explícita um pedido de ajuda? Como já referido, o modelo assistencial não oferece espaço para a expressão da subjetividade, da emoção, do conflito e do sofrimento. Essas dimensões da vida estão, em princípio, excluídas, a despeito do empenho, dedicação e interesse desses profissionais que buscam, incansavelmente, oferecer todo o suporte necessário às pacientes ali atendidas. Mesmo quando há uma psicóloga na equipe, em tese qualificada para a assistência às necessidades emocionais da clientela, muitas questões passam despercebidas¹⁴. Ou seja, o problema aqui levantado não depende das posturas individuais, mais ou menos sensíveis, dos profissionais de saúde. Como já vimos apontando, o cotidiano deste serviço, e todas as contradições sociais, institucionais e políticas que ali se expressam, não possibilita o 'tempo' – objetivo e subjetivo - necessário para esse tipo de 'escuta'. Este ponto será retomado mais à frente, através das entrevistas com os profissionais desta equipe, quando eles próprios analisam criticamente os limites institucionais a que estão submetidos e também o sofrimento que isso lhes provoca.

A ROTINA DO ATENDIMENTO: SIMILARIDADES E DIFERENCIAÇÕES

O programa dispõe de três médicas infectologistas para o acompanhamento das gestantes (há sempre dois profissionais em cada turno de atendimento). Pode-se dizer que,

¹³ Esta análise está baseada na observação participante, quando as pesquisadoras acompanharam uma consulta clínica desta paciente e também uma sessão do grupo, onde ela claramente manifestou seu conflito ao dizer que não valia a pena lutar pela vida de um filho para perdê-lo novamente.

¹⁴ Aliás, essa profissional, quando entrevistada, declarou enfaticamente seu ponto de vista crítico sobre este modelo assistencial que exclui a subjetividade e a dor: "*o que mais falta na assistência à saúde é a 'escuta' do paciente*"

entre esses profissionais, há algumas similitudes e muitas diferenças no que tange às suas posturas para com as gestantes.

Geralmente, são inicialmente atendidas as mulheres que foram encaminhadas ao serviço para serem re-testadas, situação decorrente do fato de possuírem resultados anti-hiv discordantes ou inconclusos. O sangue para o exame confirmatório é coletado e levado ao laboratório pelo próprio médico que efetuou o procedimento — não há um auxiliar que possa realizar esta tarefa; além disso, o próprio laboratório tem um horário limite para aceitação de material de exame. Isto implica que o médico tem que se deslocar muitas vezes, durante o período de atendimento, de um local a outro (áreas não muito próximas). Este mesmo tipo de deslocamento é requerido quando o resultado destes mesmos exames devem ser devolvidos às pacientes: freqüentemente, a médica chama a paciente até o consultório, informa-a sobre procedimento a ser adotado e ausenta-se da sala de atendimento por um bom espaço de tempo, deixando-a à espera.

Este tipo de movimentação acaba favorecendo as muitas interrupções nas consultas, um certo tumulto com o vai-e-vem, o entra-e-sai, as frases apenas iniciadas e o raciocínio que, às vezes, fica por completar, o que, muitas vezes, aumenta ainda mais o nível de ansiedade de muitas mulheres.

Todavia, o paradoxo desta situação reside no fato de que tais atos testemunham um grande engajamento pessoal destes profissionais que, ao invés de esperar o lento tempo da burocracia institucional, buscam agilidade numa grande luta contra o tempo. Não é raro a mulher chegar àquele serviço já no final da gestação com exames discordantes ou com apenas um resultado positivo, situações em que ações urgentes devem ser tomadas. Mais ainda, estas mulheres freqüentemente tiveram seus exames realizados no início do pré-natal mas o conhecimento do resultado do teste foi obtido quase ao final da gestação (situação desesperadora para a profissional, ciente de que um tempo valioso de tratamento fora desperdiçado).

Com a devolução destes exames, duas situações podem ocorrer: ou a confirmação do status sorológico positivo ou o descarte desta hipótese. No primeiro caso, iniciam-se as explicações sobre o tratamento a ser adotado, juntamente com uma avalanche de informações sobre a intervenção. Após a falação, é ofertado um folheto à paciente que contém parte daquelas mesmas informações (tratamento e prevenção): pede-se que este seja lido com atenção, em casa, para que as dúvidas sejam sanadas na consulta seguinte¹⁵. No segundo caso,

¹⁵ Na verdade, o que pode ser visto é que este imenso quantitativo de informações não é assimilado de imediato mas, sim, ao longo mesmo da própria gestação. Porém, para aquelas que estão quase a termo, esta situação se complica.

parece que o alívio em poder comunicar um resultado de anti-hiv negativo é obnubilador da possibilidade valiosa de se fazer um aconselhamento pós-teste. O que se presenciou, na maioria das vezes, foi um *“graças a Deus, o resultado foi negativo!”*, seguido do encaminhamento da paciente ao serviço de origem.

Há, todavia, nuances nesses atendimentos que devem ser consideradas.

Uma destes profissionais se destaca pelo extremo empenho e engajamento com que lida com as pacientes, não medindo esforços para que as gestantes recebam o melhor tratamento possível. Sempre muito envolvida em cada atendimento, conversa, pergunta, responde, distribui folhetos e orienta as gestantes, demonstrando sempre consideração, interesse e afeto para com as pacientes. A vibração é grande toda vez que uma ex-gestante aparece com seu bebê, ou ainda, quando os resultados de exames se mostram favoráveis à mulher.

Mesmo assim, os atendimentos são um tanto ou quanto tumultuados, carentes de privacidade ou de um mínimo de tranquilidade para uma conversa mais difícil e íntima, para que as mulheres tirem suas dúvidas ou falem do que sentem, enfim, para que se estabeleça um contato mais íntimo e próximo com as pacientes, onde essas possam expressar dúvidas, angústias e conflitos. Novamente, as orientações são dadas muito rapidamente, talvez por se confiar em que os folhetos distribuídos possam ser esclarecedores. O entra-e-sai da sala, a procura de exames e de prontuários imprime esse ritmo intenso e afobado, agravado pela urgência em se resolver desde os imponderáveis que surgem, os problemas do dia-a-dia, até os problemas mais burocráticos — muitos dos quais se referem ao protocolo de pesquisa.

Na verdade, boa parte da consulta é ocupada pelo exame clínico, pela conferência da quantidade dos medicamentos nos frascos e da ficha preenchida pela paciente (em casa), pelo cálculo da quantidade necessária de comprimidos até a próxima consulta, pelas anotações nos prontuários etc., numa grande movimentação e agitação, características desta profissional.

Este ritmo das consultas, porém, não é observado entre as outras infectologistas: elas são mais limitadas em suas conversas com as pacientes, tanto no que diz respeito ao aconselhamento quanto a esclarecimentos ou orientações; suas anamneses são bastante objetivas, tipo pergunta-e-resposta; as coletas de sangue são silenciosas; e também, o tipo de linguagem utilizada nem sempre é a mais elucidativa para as dúvidas colocadas. Enfim, um aparente distanciamento maior. Como veremos adiante, esse ‘distanciamento’ reflete mais uma atitude defensiva do que indiferença frente aos dramas ali colocados.

Um típico dia de atendimento.....

A primeira gestante está colhendo sangue para ser re-testada; ela está tensa e preocupada — foi testada no Posto de Saúde sem ter conhecimento e seu resultado é discordante. A gestante tem 18 anos e esse é seu primeiro filho. A profissional lhe explica que, caso seja positiva, existe tratamento para diminuir a chance do bebê ser contaminado; em seguida, observa que ela não devia se preocupar pois o *“bebê não nasce defeituoso por causa do hiv”* (esclarecimento considerado necessário porque *“muitas têm medo do neném nascer com algum defeito físico”*).

Logo, a segunda paciente adentra a sala. Esta veio com seu bebê, de 15 dias, ocasião bastante festejada por todos e registrada em sessões fotográficas com a equipe. A mulher cuida com muito carinho do bebê, seu primeiro filho, que está arrumado e bem vestido. É, então, realizada uma anamnese sobre o parto e são dadas orientações para a consulta de puericultura [em outro setor do hospital], o recebimento do leite, da cesta básica etc.

Neste momento, a profissional comenta, com visível revolta, as imperícias feitas por outros médicos, as dificuldades para a testagem e a demora nos resultados mas fala, com muito orgulho, sobre a baixa taxa de transmissão vertical obtida no programa, taxa esta comparável a países desenvolvidos.

A seguir, entra na sala uma mulher de 31 anos, renda familiar de R\$400,00 mensais, vendedora, esperando seu primeiro filho e sabendo-se portadora do hiv há um ano. Fez um aborto há muitos anos e, quando perguntada se o marido tinha outros filhos, ela disse que as outras [parceiras] também tinham feito abortos (dando a entender que ele tinha outras mulheres). A médico se ausenta da sala para ir à procura de seu prontuário, momento utilizado para conversarmos sobre sua história: seu marido é hiv+ há algum tempo; já esteve muito doente mas, com o coquetel, melhorou e está, atualmente, bem, *“forte e gordo”*. Ele está, segundo ela, muito feliz com o filho. Sua família (da paciente), porém, não sabe de seu estado sorológico; apenas seu pai sabe sobre seu marido. Ela tem medo de contar sobre sua situação porque é muito apegada ao pai e ele *“é muito sentimental e tem idade”*. Ela engravidou já conhecendo sua sorologia. Ao ser questionada se queria ter um filho, diz que não sabe, apenas *“aconteceu”*. Usa sempre a camisinha com o marido mas deu umas *“bobeiras”*, umas duas vezes ele *“esqueceu”*. Fala das dificuldades da doença, do tratamento, dos exames e de como, no começo, foi difícil aceitar aquela situação. Diz que às vezes fica deprimida, pensando na vida, mas depois reage: *“Fazer o que? Tem que aceitar, tocar a vida e lutar”*.

A outra paciente é Susana, 30 anos, que está com 8 meses de gravidez; seu exame para o hiv foi realizado há sete meses atrás (num posto de saúde na Pavuna); recebera somente agora o resultado e fora para lá encaminhada. Está muito tensa, angustiada. Chora muito, é grande o seu desespero. Diz que é seu primeiro filho, que nunca fez aborto, que sempre foi 'direita' (sem que nada lhe fosse perguntado nesse sentido). Quer saber o que significa exatamente “aquilo”, *“esse exame quer dizer que eu tenho Aids, doutora?”*. A tentativa de explicação é logo interrompida. O marido (que inicialmente estava calmo) lhe pede calma para esperar e ouvir o que o médico tem a dizer. Seus olhos estão marejados, ela soluça e fica quieta. O médico lhe explica a necessidade de se fazer um novo exame para que possa dar uma orientação mais acertada, bem como explicar-lhe as implicações, caso seja positiva. Essa consulta é confusa, a mulher, o marido e o médico, todos falando ao mesmo tempo. A mulher está desesperada e não consegue ouvir o que o profissional tem a lhe dizer. O material é coletado para novo exame, cujo resultado devem aguardar.

Enquanto isso, entra Gorete: tem 18 anos, este é seu primeiro filho. Diz que não vai fazer o tratamento, ao que lhe é, então, respondido: *“se você não quiser fazer o tratamento para você, tudo bem; mas você não pode se esquecer que está carregando alguém aí dentro”*. A moça, frente a esse argumento, decide que vai fazer o tratamento mas, como ressalva, apenas durante a gravidez, “para o filho”. A profissional agradece sua sinceridade e reafirma a necessidade do tratamento para se evitar a transmissão mãe-filho e lhe dá as orientações.

Nesse meio tempo, o marido de Susana fica andando pelo corredor, ansioso em saber o resultado do exame de sua esposa. Instantes depois, ele solicita um exame para si próprio.

No atendimento seguinte, entra Lúcia, 29 anos, com 18 semanas de gravidez. Soube de sua sorologia ao mesmo tempo em que descobriu-se grávida. Pergunta porque ela deve tomar o remédio *“se o vírus não está em movimento”* e, a resposta que obtém é a de que *“o remédio é para o seu bebê”*. O atendimento prossegue como os outros, em meio a inúmeras orientações e folhetos.

Novamente, o caso de Susana: seu resultado foi positivo mas o de seu marido, negativo. Momento bastante difícil: seu tratamento deve ser prontamente iniciado, já que pode parir a qualquer instante, independentemente de ter o resultado do exame confirmatório definitivo. Iniciam-se então as explicações sobre os benefícios e os riscos de se iniciar o tratamento. Tanto Susana quanto o marido se preocupam quanto a possíveis prejuízos deste tratamento para a saúde da criança: por um lado, a mulher tem dois exames positivos, o que lhe dá uma chance de 95% de ser positiva, e 5% de ser um falso positivo e, por outro, não têm mais tempo para aguardar o resultado do Western-Blot — o exame confirmatório. Momento

confuso e extremamente desgastante para todos. Por fim, o marido manifesta seu medo de ser contaminado pela esposa. Neste ponto, a psicóloga faz uma intervenção no sentido de reafirmar a necessidade do uso da camisinha, salientando, porém, que *“isso não é motivo para que eles se afastem um do outro”*.

Neste mesmo dia também... no consultório ao lado...

A primeira a ser atendida é Mariana: veio ao serviço para receber o resultado do teste anti-hiv. As únicas palavras de quem a atendia foram: *“tenho uma notícia boa para te dar, deu negativo o exame, graças a Deus!”*. Nenhum tipo de aconselhamento foi feito. A paciente apenas falou que ficou a semana toda esperando o resultado do exame e que não havia contado nada para o marido até ter o resultado do teste.

Outra devolução de resultado de exame mas, desta vez, confirmatório. Era Paula, que assim ouviu da médica: *“o resultado foi aquele que a gente já esperava”*. A questão prontamente abordada foi com relação ao local em que seria feito o pré-natal desta paciente, uma vez que esta já havia tido uma consulta em outra instituição. Sendo assim, a paciente deveria voltar ao referido local e comunicar ao seu médico o resultado confirmatório do exame. Apenas exames complementares foram solicitados neste momento; nenhum tipo de aconselhamento ou, tampouco, de esclarecimentos sobre as conseqüências daquele resultado positivo foram dados ...

A consulta de Paula foi bem objetiva: exame clínico e solicitação de exames complementares; esta paciente já era acompanhada em outro serviço de referência para Aids mas foi encaminhada por estar grávida. Sendo assim, recebeu as devidas instruções sobre remédios, sobre o fato de não poder amamentar e sobre o xarope a ser administrado ao bebê. Afinal, ela já devia ser 'expert' no assunto e não necessitava de maiores explicações.

Mais uma paciente de primeira vez é atendida: ela está com 5 meses de gravidez; fez um exame anti-hiv (solicitado pela clínica particular onde fazia o pré natal) com resultado inconcluso. Repetiu o exame que, agora, fora positivo. A profissional solicita um novo Elisa e explica que, se este der positivo, o próprio laboratório se encarregará de fazer o Western-Blot (o exame confirmatório). A mulher já tem uma filha na qual foi feita a testagem, com resultado negativo. O material é coletado e sua consulta é agendada para a semana seguinte. Nenhum outro tipo de orientação foi dado à mulher, nem mesmo uma conversa foi estabelecida. Neste caso, a paciente 'entrou muda e saiu calada'.

Neste mesmo dia, também é atendida Daniela: a consulta girou em torno da contagem de seus comprimidos e da verificação de que ela, sistematicamente, se esquece de tomá-los. Surpresa com o fato, ela mesma diz: *“Nossa, mas é muito comprimido, como foi que eu*

consegui esquecer tudo isso?”, ao que a médica lhe responde: “*É, eu que o diga... e é muito vírus solto por aí*”.

Entra, então, Eduarda, 24 anos, 36^a semana de gravidez. Veio acompanhada de sua mãe. A médica faz-lhe as perguntas de praxe: se teve febre, náusea, ardência ao urinar, diarreia, etc. Ela diz que tem sentido dor de cabeça (na nuca) e que, no dia anterior, tinha tido diarreia. Faz-se um atendimento clínico de rotina. A mãe da paciente comenta que tinha “*outras coisas importantes a fazer*” mas teve que ficar com ela por causa da diarreia; diz ainda que estava ali com a filha mas com o pensamento no neto, filho de Eduarda e, segundo ela: “*ela é a mãe dele mas ele não quer nada com ela. Ele me chama de mãe*”. É verificado como a paciente está tomando os remédios, faz-se seu encaminhamento para a maternidade em que deve parir e lhe são dadas orientações quanto à profilaxia para a hora do parto.

Neste dia, também é feito o atendimento clínico de Eliana (a mesma paciente já referida anteriormente), realizado pela médica e por uma residente que chegara para acompanhar a rotina daquela manhã. É interessante e ilustrativo o desenrolar desta consulta: Eliana está com 22 anos, tem um filho de 4 anos (hiv negativo) e perdeu o outro, hiv+, aos 9 anos. Disse não ter feito o anti-hiv no pré-natal do filho anterior porque este tipo de exame não era realizado onde mora: “*Lá é muito sem recursos, sabe...*”¹⁶. Diz que está com uns furúnculos na perna e que isso sempre acontece quando engravida. Elas pedem para examinar, não falam nada e Eliana fica sem resposta. Eliana reclama de uma pomada prescrita que estava lhe dando coceira: a médica parece não concordar ou não acreditar que isto seja possível. Pergunta quantos dias usou a pomada, se parou de usar e se ainda continua com o corrimento. Este permanece com cheiro, cor, mas não lhe é receitado nada diferente, não se fala nada a esse respeito — talvez tenha caído no esquecimento durante o desenrolar da consulta.

A residente começa perguntando sobre a idade de Eliana e a conversa acaba nos seus filhos. Eliana relata seu medo em se aproximar do filho, em dormir com ele na mesma cama e de lhe transmitir o vírus. Ela parece estar demandando uma orientação nesse sentido mas o atendimento prossegue em outra direção: as médicas lhe perguntam se o pai do bebê que espera já sabe de sua condição, momento em que a residente lhe faz um verdadeiro “inquérito” sobre sua vida sexual. Relutante, Eliana esclarece que, na verdade, cada filho tem um pai. Uma das médicas, então, pergunta-lhe se já comunicou ao pai do seu bebê sua condição soropositiva. Ela nega e diz que “nem vai contar”. Inicia-se, então, um verdadeiro

¹⁶ Na verdade, Eliana descobre sua sorologia em função do falecimento de seu filho de 9 anos — o hiv foi detectado na família através dele.

discurso desta profissional, corroborado pela médica assistente, sobre *“a importância de contar a sorologia para todos os parceiros, uma vez que eles têm o direito de se proteger, de ter uma vida saudável pois, caso contrário, podem ficar doentes muito rapidamente e morrer, sem terem tido a chance de fazer tratamento. Além disso, eles podem estar infectando outras mulheres, aumentando ainda mais a epidemia”*. As profissionais acrescentam que Eliana *“não vai apagar o incêndio”*, mas que cabe a ela *“fazer a sua parte”* na medida em que *“é tão bom a gente poder deitar à noite e dormir com a consciência tranquila, não é?”*

Durante essa verdadeira preleção moral, Eliana tenta argumentar que não teve uma relação estável com nenhum dos homens com quem se envolveu e que podem ser o pai do seu filho; sequer sabe exatamente quem é o pai da criança, *“foi coisa de aventura”*. Eliana relata que engravidou numa *“bobeira”* dela: pediu para que o parceiro usasse a camisinha mas *“ele não quis”*. No entanto, a postura das profissionais diante deste fato foi expressa do seguinte modo: *“quando um não quer, dois não brigam”*, como se a negociação para o uso do preservativo fosse resultante de uma aritmética simples. Eliana descreve então o parceiro que ela supõe que seja o pai deste bebê e assim analisa a situação: *“talvez ele mesmo já estivesse contaminado antes de mim... E ele pode reagir com violência, vai me culpar por isto... Ele é mulherengo”*. Enfim, embora tenha tentado mostrar aos profissionais que, naquela situação, era impossível revelar sua sorologia, nenhum de seus argumentos convenceram as médicas de sua *“(ir)responsabilidade social”*. Situação bastante mobilizadora para Eliana, que tem os olhos cheios de lágrimas em meio a uma conversa sem fim de *“culpados”* e *“responsáveis”*.

Em determinado momento, após avaliação dos resultados dos exames, é dito à Eliana que tem indicação clínica para participar do protocolo de pesquisa, quando se inicia uma explicação sobre linfócitos, imunologia, anticorpos... Até a paciente perguntar: *“o que é isso? Anticorpo?”*. A resposta que obtém é similar a *“são os responsáveis pela sua imunologia”*. Nada muito esclarecedor e as dúvidas continuam; agora, ela quer saber se sua *“situação está tão ruim assim para ter que usar dois remédios”*, ao que lhe é respondido tanto com *“o seu CD4 está abaixo de 500”* quanto sobre a importância do *“uso de drogas combinadas para reduzir a carga viral”*. Esta consulta termina com Eliana aceitando fazer parte da pesquisa, o que, de fato, não vem a ocorrer em função das questões anteriormente analisadas¹⁷.

Porém, no extremo oposto dessa situação, há o desfecho de outro caso que merece registro. Gorete, a paciente que comunicou à médica que não iria tratar-se mas terminou convencida a tomar os remédios *“para o bem de seu filho”*, foi compreendida e apoiada por outra médica que a atendeu. Esta percebeu que sua recusa em tratar-se tinha a ver com sua

¹⁷ Parte deste caso foi relatado no início do item *“consultas da infectologia”*.

história de vida e com sua baixa auto-estima. Significava, na verdade, uma auto-punição onde ela renunciava à sua própria vida. Ao sinalizar-lhe isso, a paciente sentiu seu 'enigma' decifrado e pôde, então, expressar toda sua angústia num choro reparador. A médica, então, injetou-lhe ânimo e esperança, dizendo-lhe que ela era importante, sim, e que todos ali a queriam viva e bem. Estimulou-a a se aceitar, se gostar e se valorizar e lembrou-lhe que a filha que espera iria precisar muito dela. Esse apoio foi tão decisivo que essa paciente, posteriormente por nós entrevistada, mudou radicalmente sua auto-percepção, passando a valorizar sua vida e as poucas conquistas que tinha feito até então.

Esses dois casos ilustram as ambigüidades, as contradições e conflitos que se manifestam no atendimento. Se, por um lado, presenciamos situações discriminatórias e aparentemente desumanas, por outro, testemunhamos manifestações de sensibilidade, carinho e solidariedade incomuns. Por vezes, um mesmo profissional era capaz de se colocar em ambos os lados, dependendo do dia, do contexto e do seu nível de estresse. Essa discussão será retomada através das entrevistas, quando os profissionais se posicionam.

COMENTÁRIOS FINAIS SOBRE A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Vários são os pontos que podem ser apreendidos a partir do relato exposto. Há similaridades mas também contrastes entre as condutas dos profissionais. E, embora este possa ser considerado um serviço de excelência na assistência às gestantes hiv+, muitos conflitos e contradições subjazem.

A análise deste quadro através do conceito de ideologia permite-nos compreender/elucidar como um modelo de formação profissional que se pretende neutro, porquanto 'técnico' e 'objetivo', é permeado pela ideologia. Afinal, o foco das ações deste programa são, num *continuum* interligado, mulheres-mães, sendo que essas são, em sua maioria, muito pobres, com vidas nem sempre bem estruturadas, com inúmeras dificuldades de sobrevivência que 'atravessam', no limite, a realização do tratamento que é ali entusiasticamente ofertado. Porém, os processos de incorporação de ideologias são, eles mesmos, conflitivos e contraditórios, na medida em que os indivíduos não são receptáculos passivos: se, por um lado, assimilam, acomodam e reproduzem ideologias, por outro, podem contestá-las, transgredi-las e mesmo transformá-las. É, portanto, neste complexo campo onde idéias, concepções, experiências, valores e sentimentos se entrelaçam, que estaremos pautando a análise em questão.

Como ficou evidenciado, as diversas situações observadas devem ser interpretadas a partir do contexto em que estão inseridas, tendo em conta o modelo biomédico, as concepções de educação em saúde subjacentes e, por fim, as ideologias de gênero que naturalizam, em particular, a *boa mãe*.

O que queremos deixar claro é que não está em jogo a análise de comportamentos, práticas e valores *individuais* dos profissionais em questão. Não restam dúvidas de que essa equipe é extremamente engajada e dedicada a este trabalho ‘missionário’. Também é evidente que eles dão o melhor de si - o que pode ser constatado, inclusive, através de esforços pessoais para superar todos os entraves burocráticos e as falhas estruturais do serviço e do sistema de saúde - para poder oferecer a melhor assistência possível a essas gestantes. A análise subsequente das entrevistas com esses profissionais vai revelar o outro lado desta moeda ou, dito de outra forma, as representações, percepções e emoções que não são manifestos, compartilhados, elaborados e muito menos incorporados à prática assistencial.

A seguir, faremos alguns comentários pontuais acerca de aspectos específicos observados.

1. Sobre a segmentação do processo de trabalho

Não há como deixar de registrar que grande parte dos atendimentos da infectologia circula no contexto dos medicamentos, exames e possíveis sintomas das pacientes. A conduta médica está direcionada para a profilaxia do processo infeccioso na gestante, visando proteger o bebê, o que exige, entre outros procedimentos, o preenchimento de inúmeros formulários, muitos referentes ao protocolo de pesquisa.

Além disso, também fica evidente que a equipe multiprofissional não atua de forma integrada. Não há reuniões de equipe e os problemas que surgem, no corrido dia a dia, são apressadamente discutidos e encaminhados nos corredores. Na verdade, o modelo biomédico - da atenção clínica individual, curativa e técnica - está aqui claramente configurado, pautando o cotidiano do serviço e as condutas de seus profissionais. Neste sentido, cada qual tem a sua atribuição específica: o obstetra deve cuidar da gestante e de seu feto, zelando pelo bom curso da gestação para garantir o nascimento de uma criança saudável; o infectologista deve monitorar os efeitos do hiv e o tratamento da gestante com o objetivo de minimizar a soroconversão de seus bebês; à enfermagem, por seu turno, cabe ensinar os cuidados de higiene que a mãe deve ter com seu rebento; por fim, para a psicologia ficariam as questões de ordem “psíquica e/ou emotiva”, o que acaba sendo, no limite, um contra-senso, na medida em que, como vimos, o serviço não propicia o espaço necessário para esse tipo de questão.

Também cabe a esse último profissional o ingrato papel de mediar e resolver - no sentido de 'enquadrar' às regras do tratamento - as difíceis (e, por vezes, rebeldes) situações das pacientes que têm uma vida 'desregrada'.

2. Sobre as práticas educativas

Ainda merece destaque a prática educativa observada nas consultas médicas. Parece ser fundamental, para os profissionais, fazer com que as pacientes tenham ciência dos recursos que ali estão sendo oferecidos para a redução da transmissão vertical: é como se este fato fosse uma luz ou salvação para todos, profissionais e pacientes, em meio a uma situação nada confortável para ambos¹⁸. Como descrito, uma quantidade infindável de informações de cunho técnico são ansiosamente repassadas para as pacientes. Esta postura evidencia o modelo hegemônico de educação em saúde, onde a relação estabelecida entre profissional e paciente está calcada sobre um diferencial hierárquico entre ambos, sendo o primeiro portador de informações de cunho técnico-científico que devem ser ensinadas, repassadas, para o segundo - o 'destituído' de conhecimentos, de escolaridade, de acesso a informações - seja através de exaustivas repetições e a insistência exagerada em determinadas informações, por vezes incompreensíveis para as pacientes, seja através de folhetos ou cartilhas que se pretendem esclarecedoras de uma nova realidade.

Porém, vale ressaltar que, mesmo com uma postura que destitui o outro da capacidade de compreensão e elaboração (manifesta na prática de 'obrigar as mulheres a repetir exaustivamente a informação correta'), as gestantes valorizam muito as informações que recebem. Elas demonstram ter consciência de que *informação é poder!* As que já convivem com o HIV há mais tempo dominam, inclusive, as complexas informações laboratoriais (taxas, carga viral, etc). É evidente que isso é positivo para as mulheres e lhes permite um controle maior sobre sua saúde. Porém, a forma como essas informações são transmitidas às pacientes, especialmente as que acabaram de receber seu diagnóstico, mostram, no mínimo, a incompreensão de uma situação emocional que dificulta a assimilação dessas informações. E mesmo havendo excessivo cuidado com as informações dadas, registramos graves falhas, como no caso das mulheres que não haviam sido instruídas quanto à administração do xarope de AZT ao recém-nato devido ao período de férias do grupo. Esse fato demonstra as dificuldades de integração entre as diversas ações assistenciais, o que se pode considerar um 'sintoma' do modelo biomédico. Sem esquecer que, muitas vezes, as informações dadas não

¹⁸ Já vimos, nas entrevistas com as gestantes, como a maioria delas não havia recebido informações sobre o seu próprio tratamento, sobre suas chances de sobrevivência, etc.

são suficientes - nem adequadas - para mudar desejos e expectativas culturais, como fica evidente no caso das (poucas) mulheres que infringem a interdição da amamentação.

Outro ponto importante diz respeito à total ausência de aconselhamento pós-teste, onde perde-se uma ímpar oportunidade de atuar na prevenção de DST/hiv/Aids. Como justificar essa omissão numa equipe tão competente e comprometida? Como essa questão emergiu da observação mas não foi abordada posteriormente, fica apontada uma hipótese para futura investigação: sugerimos que a ótica curativa que norteia esse tipo de assistência não incorpora a prevenção primária. É como se houvesse um 'ponto cego' neste sentido.

A postura educativa observada nas reuniões de grupo das pacientes também é reveladora do modelo em questão. Em tese, o grupo, como definido pelos profissionais que o realizam, é um espaço para expressão de vivências e sentimentos e, especialmente, para propiciar a troca de experiências e mútua ajuda entre as mulheres, o que tem reconhecido valor terapêutico. Secundariamente, também desempenha uma função educativa/informativa de tipo tradicional, ao instruir as gestantes sobre os cuidados profiláticos com seus bebês. O que constatamos é que, na maioria das vezes, o grupo restringe-se a este último aspecto, assim mesmo de forma descontínua e, até certo ponto, desorganizada. Apesar de tudo, as mulheres trazem suas difíceis questões de vida para as reuniões mas, geralmente, não há tempo e disponibilidade suficientes para a 'escuta' dessas questões. Os profissionais que conduzem as reuniões, a despeito do desejo e intenção de trabalhar esses aspectos, geralmente limitam-se a comentários genéricos e/ou aconselhamentos do tipo 'você não deve se sentir assim' ou 'você deve agir assim'. Mesmo assim, as pacientes socializam suas experiências, aprendem umas com as outras e ajudam-se mutuamente, conforme relataram nas entrevistas.

Apesar do panorama descrito, percebe-se um grau de sensibilidade por parte dos profissionais — não em sua totalidade nem em todos os momentos — quanto ao atendimento diferenciado que essas pacientes necessitam¹⁹. A oferta de cestas básicas, de um modesto enxoval para o bebê e, por vezes, de algum outro tipo de ajuda são pequenos 'mimos' que também pretendem, para além da ajuda material concreta, levantar a “moral” das mulheres.

3. Serviço de saúde, pobreza e ausência do Estado

Portanto, estes profissionais não são, *de modo algum*, indiferentes às necessidades sociais e emocionais destas mulheres: basta lembrar a ONG, criada e sustentada por alguns membros da equipe e que se mantém exclusivamente através de seu trabalho voluntário. Esse fato, por outro lado, mostra que o suporte social adequado para o enfrentamento desta

¹⁹ Mais adiante, analisaremos como essas questões são percebidas e vivenciadas - embora muitas vezes não demonstradas - pelos profissionais entrevistados

situação, no nível das políticas públicas, é insuficiente ou mesmo inexistente. Afinal, como a própria equipe percebe, só a intervenção em prol da prevenção da transmissão vertical do hiv não está sendo suficiente, embora 'enfeite' as estatísticas que hoje colocam o Brasil em posição elogiável no cenário internacional.

No entanto, fica como questão se este tipo de suporte pode e deve, de fato, ser assumido em caráter voluntário - tão ao gosto das políticas neoliberais atuais - ou se deveria estar alocada em outras esferas públicas de assistência social. Esse é um difícil e agudo problema que os profissionais da equipe estão enfrentando e que será retomado mais adiante nas entrevistas.

4. Integralidade na assistência à saúde:

Quanto ao acolhimento das necessidades psico-sociais das pacientes, está claramente evidenciado que o espaço para este tipo de demanda é limitado, a despeito do discurso, das intenções e dos esforços da maioria dos profissionais desta equipe. Paradoxalmente, a própria psicóloga não consegue acolher e trabalhar, nas reuniões de grupo, os problemas familiares, afetivos, sexuais e conjugais trazidos pelas pacientes. Neste sentido, fica aqui o registro antecipado dos próprios profissionais que apontam, em suas entrevistas que não se sentem preparados para lidar com todas as necessidades e desafios da integralidade na assistência à saúde, muito embora reconheçam sua inquestionável importância, particularmente na assistência às gestantes hiv+.

5. Recursos externos para pesquisa no serviço assistencial

Conforme já apontado, os protocolos de pesquisa são, no limite, um modo eficaz de se garantir não apenas medicamentos mas também recursos que possibilitam à maioria dessas gestantes beneficiarem-se do tratamento. Estes protocolos, como qualquer outra pesquisa financiada, almejam continuidade ou ainda, novos acordos, o que implica em engajamento, dedicação e, evidentemente, bons resultados. Neste sentido, é necessário lembrar que muito do que foi observado e registrado está diretamente relacionado com os meandros do referido protocolo. Não devemos desconsiderar que essa situação gera, além dos benefícios diretos para a (exemplar) assistência oferecida, também alguns inevitáveis compromissos político-institucionais. Há o nome e a competência de uma renomada instituição em jogo e, por mais que os esforços sejam genuinamente voltados para a melhor assistência às pacientes, essas exigências também influenciam o contexto assistencial.

Este é o prisma pelo qual o tratamento dispensado às mulheres pode, no limite, ser percebido como distinto dentre as que participam ou não do protocolo de pesquisa. Não há qualquer tipo de distinção em termos da qualidade da assistência prestada a ambos os grupos. Entretanto, pudemos observar uma sutil seleção *a priori* de pacientes segundo critérios sociais/morais, a fim de garantir a inclusão das que provavelmente não vão 'furar'²⁰ as rígidas exigências do acordo vigente.

E há ainda as circunstâncias para o parto, que são diferenciadas: as gestantes do protocolo recebem um tipo de acompanhamento mais cuidadoso neste momento. Estas recebem um cartão de telefone com o qual devem avisar ao profissional de referência que estão a caminho da maternidade para darem à luz. Este, por sua vez, irá fazer o acompanhamento do recém-nato em suas primeiras horas de vida e se certificará do tipo de atendimento que a parturiente receberá, bem como a adequação dos procedimentos utilizados.

Todavia, há situações que mobilizam igualmente a equipe, quando todos os esforços são feitos no sentido do melhor desfecho possível, independente da paciente participar ou não do protocolo. Assim foi o caso de uma delas que, mesmo tratando-se, chegou ao final da gravidez com uma altíssima carga viral, circunstância em que a cesárea eletiva era uma indicação recomendada. A equipe mobilizou-se para interná-la em uma maternidade pública onde poderiam, através de colegas conhecidos, monitorar seu parto e garantir-lhe os procedimentos necessários.

Também observamos, em determinadas consultas, alguns médicos instruindo minuciosamente as pacientes sobre como agir, nas maternidades onde fossem parir, para driblar as tradicionais recusas ou mesmo as condutas equivocadas para o seu caso específico, o que atesta o empenho e compromisso para com aquelas que não participam do protocolo.

6. Dilemas reprodutivos

Há situações, como já descrito, em que membros da equipe são abertamente favoráveis à esterilização de algumas pacientes e, no país do “jeitinho”, sempre tenta-se alguma solução. Assim, muitas pacientes, ao saberem-se soropositivas, expressam o desejo de serem submetidas à esterilização. Ora há a concordância e até mesmo, o incentivo; ora, há o desacordo e o desestímulo, de acordo com as posições pessoais de cada profissional. Como veremos adiante, os argumentos pró e contra têm ambos suas razões mas a decisão da mulher, enquanto sujeito de sua própria vida, não está colocada. Ademais, não há reuniões de equipe, quando essas e outras questões, difíceis e/ou polêmicas, poderiam ser debatidas,

²⁰ Esse é o jargão utilizado pela equipe para definir o grau de adesão das pacientes ao tratamento protocolar.

compartilhadas e amadurecidas coletivamente. Como decorrência, cada profissional toma suas posições próprias mas, como contrapartida, ‘carrega suas cruces’ solitariamente, o que gera sofrimento e desgaste emocional (como será visto nas entrevistas).

Enfim, a etapa de observação participante revelou-se muito proveitosa em vários sentidos. Em primeiro lugar, tornou bastante evidente o trabalho empreendido em prol da diminuição das taxas de transmissão vertical e, em última análise, da “salvação” de um número cada vez maior de crianças. Este esforço aparece cotidianamente nas diversas ações e atividades do serviço e sob distintas roupagens. Porém, como veremos adiante, as mulheres ‘adentram’ este contexto com seus dramas de vida e mobilizam os profissionais para além da assistência médica. Portanto, a despeito do modelo técnico-ideológico que orienta/informa as ações assistenciais no campo reprodutivo, as questões sociais, familiares e afetivas das pacientes sensibilizam esses profissionais e os fazem refletir sobre seus próprios valores e posturas, tanto profissionais quanto de vida.

As entrevistas com os profissionais, portanto, vão revelar este outro lado da moeda: mesmo quando aparentam indiferença, eles se envolvem, sofrem, se identificam e se solidarizam com suas pacientes. Porém, não sabem lidar com esses sentimentos e muito menos, potencializá-los positivamente em prol de uma abordagem mais integral e abrangente. Aliás, o modelo formador os ensina a ‘esconder’ as emoções, como alguns entrevistados explicitaram. Além disso, não há espaço, na dinâmica e na estrutura do serviço, para a escuta, a compreensão e o acolhimento das necessidades psico-sociais das mulheres, já que ‘o que é bom para elas – o bebê ser salvo’ - já está dado. Essa foi, a nosso ver, a principal manifestação da ideologia de gênero que permeia o modelo biomédico. Neste sentido, também ficou evidente que *mulher grávida é MÃE* e não um indivíduo, muito menos um gênero. Não foi à toa que, na reunião inicial com a obstetra do programa, foi suscitada a polêmica sobre condutas e orientações no tratamento relacionado à TV: quem deve ser priorizado na ótica terapêutica: a mãe ou o bebê? Como foi por ela interpretado, a obstetrícia, por ser herdeira da secular tradição das parteiras - mulheres do povo que acumulavam conhecimentos sobre ‘a arte de fazer nascer’ - é a ‘prima pobre e desprestigiada’ dentre as especialidades médicas. Será que os obstetras, mesmo tendo ‘usurpado’ esse saber, estariam mais comprometidos com as necessidades das mulheres, como reivindica essa entrevistada? A questão fica aqui registrada para reflexão e futura investigação.

Enfim, as entrevistas com os profissionais da equipe não só complementarão a análise da observação participante como iluminarão os aspectos ocultos, não demonstrados, que permeiam e influenciam as práticas desses profissionais.

4.2.2 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR ELES MESMOS: AS ENTREVISTAS

Por se tratar de uma equipe pequena e onde cada um exerce um papel definido no acompanhamento das gestantes hiv+, decidimos entrevistar todos os profissionais da equipe, totalizando 7 entrevistas. A equipe é composta por 3 médicos (2 infectologistas e 1 obstetra), 2 enfermeiros, 1 psicólogo e 1 auxiliar de enfermagem.

Para efeitos de análise, destacaremos algumas questões relevantes para a compreensão da dinâmica deste programa, considerado exemplar e tido como referência na rede assistencial. Além de ter sido um dos primeiros programas estruturados para a prevenção da TV no Rio de Janeiro, sua equipe é reconhecida pela competência e por seu engajamento neste campo de trabalho. É graças ao incansável trabalho destes profissionais que este programa se mantém com alto nível de eficácia e se multiplica para outras instituições de saúde. Além de lutar por recursos materiais - através de protocolos de pesquisa que garantem recursos adicionais, por exemplo – a equipe também busca expandir este modelo de trabalho elaborando manuais e cartilhas instrucionais e ministrando cursos, treinamentos e palestras para profissionais e serviços de saúde de todo o país, configurando uma verdadeira ‘militância’ no campo da prevenção da TV.

O PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Dentre os 7 profissionais entrevistados, há apenas um homem²¹. Suas idades estão compreendidas entre 35 e 50 anos, sendo que apenas uma delas não tem ainda filhos²². Todas as outras tinham entre um e três filhos, a maioria com dois.

Uma entrevistada desfruta de uma situação familiar peculiar: nunca se casou, mora com seus pais e tem um filho adotivo. Dentre as outras, a maioria é casada, uma está separada e outra tem um companheiro estável mas não co-habita.

²¹ Para preservar o sigilo e o anonimato dos entrevistados, em particular do único homem da equipe, referiremos a todos no feminino, já que este é o sexo majoritário. Em determinados momentos em que a identidade de gênero torna-se relevante para a interpretação do discurso, a distinção da fala masculina será pontuada.

²² Não ter filho, aqui, não era uma opção, já que essa entrevistada submetia-se, à época da entrevista, a um tratamento para engravidar.

Com exceção de uma das médicas e da auxiliar de enfermagem, que integraram o programa mais recentemente, todas as outras estão na equipe desde o início do programa. Excetuando a auxiliar de enfermagem, que foi administrativamente remanejada para este setor, todas as demais profissionais aderiram ao programa voluntariamente, por interesse e motivação próprios.

Sobre a qualificação profissional, a equipe é altamente especializada: 5 profissionais têm títulos de pós-graduação, variando da especialização ao doutorado.

Portanto, pode-se caracterizar esse grupo como de indivíduos com famílias conjugais constituídas, a maioria com filhos e em fase de consolidação da carreira profissional.

OS TEMAS ABORDADOS NAS ENTREVISTAS

Em consonância com os temas abordados com as gestantes, elegemos, para os profissionais de saúde, os seguintes temas: 1. trajetória profissional e envolvimento com gestantes hiv+; 2. representações de gênero e maternidade (percepção dos papéis sociais masculinos e femininos, com ênfase sobre o papel materno); 3. trajetória pessoal de gênero (relação conjugal, filhos, trabalho e contracepção); 4. situações hipotéticas/dilemas éticos no campo reprodutivo: posturas frente ao desejo/interdição da maternidade no contexto do hiv; 5. avaliação dos serviços de saúde em relação à assistência às gestantes hiv+ e 6. aprendizado profissional e pessoal e projetos de futuro

Partindo do pressuposto de que motivações e expectativas anteriores levaram esses profissionais a se envolverem com este problema de saúde, exploramos suas trajetórias profissionais com o intuito de compreender sua atual inserção.

Em seguida, exploramos as representações de gênero e da maternidade, tanto no âmbito de suas próprias vidas, quanto em relação à sociedade em geral e, em particular, à clientela que assistem. Neste tema, buscamos os conflitos percebidos entre o papel materno e a participação das mulheres no mercado de trabalho, os conflitos nos relacionamentos e seus reflexos sobre a família. Em última análise, objetivamos apreender as estruturas de pensamento e de valores relativas à ideologia de gênero.

Através das situações hipotéticas, buscamos apreender os posicionamentos das entrevistadas frente às decisões reprodutivas das pacientes. Assim, ao indagar sobre a posição assumida frente ao desejo de uma mulher sabidamente hiv+ engravidar, realizar um aborto, querer laquear-se ou recusar-se a realizar um teste anti-hiv quando grávida, penetramos no âmago de questões que refletem posições morais, valorativas e éticas que estão em estreita

conexão com as concepções que informam os Direitos Reprodutivos - direitos das mulheres decidirem o que é melhor para elas no campo reprodutivo.

O mobilizador tema relacionado aos serviços de saúde buscou apreender os posicionamentos críticos sobre a qualidade da assistência prestada, o que incluiu a adequação de recursos materiais e humanos, o modelo assistencial vigente, aí inclusa a integração multidisciplinar, as políticas públicas de saúde, as concepções de educação em saúde e de aconselhamento adotadas, incluindo a discussão crítica sobre valores pessoais em confronto com o Código de Ética profissional e, por fim, os (des)conhecimentos sobre o PAISM e a correlata concepção de integralidade na assistência à saúde.

Por fim, julgamos relevante explorar o aprendizado pessoal e de vida advindos das experiências profissionais. Neste tema, foram resgatados momentos profissionais que marcaram indelevelmente as vidas dessas profissionais, tanto os gratificantes quanto os dolorosos, os sentimentos predominantes neste tipo de trabalho e a possível reformulação de valores e sentimentos daí decorrentes. A experiência pessoal relacionada ao hiv foi aqui incluída, objetivando trazer para o plano vivencial o medo de se contaminar e de realizar o teste anti-hiv. Encerrando a entrevista, foram atualizados os projetos profissionais e pessoais, os sonhos e desejos para o futuro.

De uma maneira geral, podemos afirmar que todos os temas foram candentes e mobilizadores. Poder falar sobre seu trabalho expressando sentimentos a ele relacionados, e mais além, poder relacionar as vivências profissionais às pessoais, foi uma experiência percebida como muito gratificante. Muitas entrevistadas qualificaram a entrevista como uma 'terapia', um espaço onde, enfim, podiam expressar, refletir e elaborar questões que julgam muito marcantes para suas vidas pessoal e profissional. Algumas entrevistadas expressaram, ao final da entrevista, seu desejo de que momentos como este integrassem o processo de trabalho, ao que respondíamos que esta seria, a nosso ver, a principal razão da pesquisa.

Assim, ao longo da exposição a seguir, estaremos trazendo à cena um material empírico rico e complexo, que demonstra como indivíduos *em tese* preparados para lidar com a preservação da vida, avaliam criticamente as dificuldades e conflitos advindos de uma formação que segmenta, dicotomiza e despersonaliza o outro, o paciente. Lidar com a dor, com a perspectiva da morte, que nos revela inexoravelmente nossa transitoriedade e finitude, em contraste com a geração da vida, não é, como veremos, simples. Essas questões remetem ao âmago de nossa existência. Porém, nossa sociedade não estimula o debate, a troca e o partilhar coletivo dessas questões humanas e existenciais. Neste sentido, o modelo biomédico espelha e reproduz este modelo de sociedade e de conhecimento que, ao tecnificar e

objetificar questões como vida e morte, alegria e sofrimento, saúde e doença, reduz e empobrece a dimensão propriamente humana da vida e da saúde. Portanto, as entrevistas foram oportunidade ímpar para uma reflexão partilhada entre entrevistadora e entrevistada, onde cumplicidade, empatia, solidariedade e entendimento mútuo estiveram norteando as discussões.

O CONTEXTO DAS ENTREVISTAS: ESPAÇO PARA EXPRESSÃO DE REFLEXÕES CRÍTICAS E EMOÇÕES

Como ponto inicial para esta análise, cabe destacar o contexto e o 'clima' em que transcorreram as entrevistas.

Em primeiro lugar, a receptividade das profissionais ao convite para a entrevista foi entusiástica e unânime, não havendo nenhuma recusa. Como já assinalado, foram inúmeras as dificuldades para a marcação de horários e obtenção de espaços com um mínimo de privacidade e tranquilidade. Em função do intenso e apressado ritmo de trabalho no cotidiano do serviço, muitas entrevistas foram agendadas em horários alternativos, por vezes no final do turno de trabalho, e/ou em outros locais fora da instituição. As profissionais mais ocupadas, contudo, empenharam-se muito para agendar este encontro, num sinal evidente de interesse, expectativa e, possivelmente, uma certa dose de curiosidade: sobre o que vamos falar? O que vocês querem saber da gente?, eram perguntas que 'circulavam' ao nosso redor.

Surpreendentemente, quase todas as entrevistas tiveram duração muito acima do previsto e esperado. Algumas, em particular, tiveram que ser re-agendadas em função do avançado da hora. Portanto, este é o primeiro ponto que merece destaque: identificamos, nos entrevistados, uma visível e evidente necessidade de expressar, compartilhar e discutir questões relacionadas ao seu trabalho. Ficou patente que este tipo de oportunidade não está dada no cotidiano de trabalho, onde mal há tempo para se discutir as corriqueiras questões do dia a dia. A entrevista e os temas abordados, portanto, configuraram-se em espaço privilegiado para a reflexão e elaboração de questões que envolvem valores morais e éticos e, especialmente, sentimentos que não são explicitados nem valorizados enquanto uma dimensão da assistência à saúde.

Muitas entrevistas foram marcadas por fortes emoções: choros, confissões e desabafos emergiram com frequência, sinalizando uma aguda necessidade de expressar sentimentos. Em alguns momentos, tivemos que interromper a entrevista para que as entrevistadas pudessem vivenciar estes momentos sem o constrangimento de um gravador ligado. Não poucas vezes, a conversa com a entrevistadora continuou após o término formal da entrevista pois

percebíamos que tínhamos mobilizado questões importantes que não se esgotavam no âmbito da pesquisa.

Esta é, portanto, a primeira evidência empírica relacionada à ideologia e ao modelo biomédico: os profissionais de saúde, ao adequarem-se a um modelo que apregoa a postura 'imparcial', o que supõe a supressão da emoção, vivenciam intensos conflitos que não são compartilhados nem elaborados no espaço de trabalho. Particularmente na assistência a mulheres grávidas que vivem o drama da soro-positividade, ficou evidenciado que há uma identificação de gênero quando as profissionais entrevistadas assumiram identificações com as mulheres que assistem. Afinal, ser mulher, ser mãe, cuidar do outro e correr riscos de se infectar sexualmente com o vírus hiv são preocupações que perpassam a experiência feminina na contemporaneidade. O profissional homem da equipe, por seu lado, demonstrou uma rara sensibilidade ao discutir e se posicionar sobre o gênero e a maternidade.

Através da observação participante, ficou evidenciado o quanto as posturas profissionais adotadas no cotidiano da assistência refletem e reproduzem o modelo ideológico hegemônico. Porém, as entrevistas demonstraram que esse processo é, para os profissionais de saúde, extremamente ambíguo e conflituoso. Ou seja, a ideologia, enquanto um modelo hegemônico de pensamento e de valores que moldam e informam as posturas profissionais, se concretiza - ou se realiza - em indivíduos que não podem - ou não conseguem - dicotomizar suas experiências de vida da postura/prática profissional. As marcas de classe social e de gênero, portanto, perpassam o cotidiano de trabalho e geram identificações, rejeições, enfim, sentimentos conflituosos que podem ser, por um lado, compreensivos e solidários mas, por outro, também reprodutores de ideologias.

É, portanto, neste entrelaçamento entre a experiência social, pessoal e profissional das entrevistadas que buscamos identificar as expressões das ideologias e também as resistências que, ao menos potencialmente, buscam transformá-las.

AS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS ATÉ O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES HIV+

De forma geral, embora as trajetórias profissionais sejam diversificadas, destacou-se um ponto comum: a expectativa humanitária, ou seja, o desejo de 'ajudar as pessoas', de 'aliviar o sofrimento', de 'contribuir para a melhoria de vida daqueles que mais precisam'.

Muitas escolhas profissionais foram motivadas pelo desejo de trabalhar com crianças, sendo esta especialidade reconhecida como muito gratificante. Uma enfermeira, que trabalhou inicialmente na oncologia pediátrica, assim expressa sua visão sobre este trabalho:

"Foi um dos momentos da minha vida mais gratificantes, trabalhar com as crianças oncológicas, com as leucemias....doloroso e ao mesmo tempo gratificante. Acho que foi o período, assim... que eu mais profissionalmente.... me senti bem enquanto enfermeira, podendo fazer alguma coisa pr'aquelas crianças, né?"

Particularmente as profissionais de enfermagem expressaram o anseio profissional relacionado ao 'cuidar' do outro, confirmando o ideal desta profissão enquanto uma extensão do trabalho familiar feminino. A fala a seguir é ilustrativa:

"...eu escolhi enfermagem e porque é aquela coisa de você lidar, de você cuidar, de você começar a cuidar do paciente, você ver ele retomando a vida, ele levantando do [leito]... e essas coisas sempre mexeram muito comigo, sempre gostei muito de cuidar das pessoas, então eu decidi que ia fazer enfermagem".

Algumas entrevistadas iniciaram sua vida profissional na pediatria e, conseqüentemente, chegaram às mulheres - as mães - com quem se envolveram. A fala de uma enfermeira ilustra a trajetória da pediatria para o pré-natal e, daí, para as mulheres, deixando entrever sua identificação de gênero:

" prevenção, nascimento, vida, viver.... (...) e as questões da parte da mulher, a mulher enquanto mulher, enquanto essas coisas todas a história de vida da mulher, mulher no sexo, essas coisas todas Eu acho muito legal trabalhar isso!"

Algumas outras optaram por trabalhar, desde a graduação, com a saúde das mulheres, especialmente a obstetra. Sua fala expressa uma interessante representação sobre a 'simbiose mãe-filho' presente na prática obstétrica:

"E a outra questão era a oportunidade de eu fazer clínica sempre, porque a obstetrícia é 'clínica de dois', quando você não fica fazendo só parto. É clínica de dois, clínico da mulher e da criança. (...) E outra coisa é o mistério, né? A criança é um mistério, tá ali na barriga...."

A despeito da formação técnica, a afetividade na relação profissional-paciente é reconhecida enquanto uma importante dimensão da assistência, como revela a fala de uma profissional de enfermagem:

"Uma vez que você está ali, verificando os sinais vitais, às vezes a paciente, antes dela entrar na sala do médico, ela já vem turbulenta, já vem angustiada e, às vezes, uma palavra dela nos dá uma chance também de levar uma palavra de consolo, de conforto e ela entra ali de uma maneira e quando sai, sai de outra. Então, a nossa participação não deixa de ser importante, que a gente também faz os dois trabalhos, a gente faz o trabalho material e o trabalho emocional da paciente (...) e então ali você já busca uma palavra pra ela, uma

palavra de conforto dizendo que tem que lutar, sim, que tem que ter esperança, sim, e tal. Por aí você vai até que você vê que ela sai de lá diferente."

Algumas entrevistadas referiram seu compromisso com a população carente, seja através da especialização na saúde pública, seja através da escolha preferencial pelo setor público e/ou o engajamento em trabalhos voluntários em comunidades pobres. Uma entrevistada, por exemplo, quando optou pelo trabalho no setor público, tinha clareza sobre o que representava essa escolha. Como ela diz,

"a primeira escolha (...) é porque [no hospital público] é onde eu posso fazer medicina digna, atualizada e coerente pr'aquelas pessoas mais carentes".

Esta entrevistada, neste momento, faz uma contundente crítica política ao que chama de 'modismo' da Aids, que, segundo ela, se tornou uma 'doença de mídia' e de 'moda'. Devido a isso, ela relutou em se envolver com esse problema pois preocupava-se com os outros doentes da infectologia - geralmente os mais pobres - que, de muitas formas, deixaram de ser prioridade nesta especialidade. Como diz,

"... eu via como continuava a tuberculose por aí, a meningite. As outras doenças que a gente tem. E isso a mídia não dava, lógico ...[atenção].... porque, quem tem [doenças infecciosas] não faz diferença nessa sociedade injusta que a gente vive. Tanto que a Aids tem muita gente pra cuidar. Não é que não [seja] importante (.....) Só que tinha muita gente já lutando pra.... era a única doença que tinha remédio grátis o tempo inteiro. Tinha que.... era a coisa mais fácil de fazer, entendeu? Já que tinha muitas pessoas já envolvidas, deixa eu pôr minha energia pra outras coisas que não têm tanta [atenção], entendeu?"

Como pode se perceber, expressa-se aqui o idealismo missionário da medicina, marcado pelo compromisso com aqueles despossuídos, de bens e saúde. Seu engajamento definitivo na epidemia de Aids ocorreu, coerentemente com sua postura, quando participou de um curso para médicos africanos na década de 1980. Foi então que se deparou com o quadro desolador da Aids neste continente e compreendeu que esse problema também seria, mais cedo ou mais tarde, uma 'doença de pobres'. Ao retornar, deparou-se com os primeiros casos de Aids pediátrica, o que muito a sensibilizou, especialmente pela impotência médica de então. Logo depois, surgiu o protocolo 076 e, evidentemente, seu destino na prevenção da TV estava então traçado:

"Mas, por outro lado, em relação à criança, surgiu uma chance de você evitar que uma criança tenha Aids. E aí, eu achei que essa era [a hora]".

Ao elaborar o programa para as gestantes hiv+, esta entrevistada tinha clareza sobre a necessidade da assistência integral pois, como diz,

"o princípio do programa [de assistência] ... primeiro dando assistência integrada a essa gestante, não apenas com médico, mas pediatra, infectologista, obstetra e a parte da psicologia e de enfermagem, e de serviço social. Que a gente sabia que o problema da Aids era mais um problema na vida delas [pacientes], não era apenas um único, como, a princípio, as pessoas acham. [...] ...e esse era o primeiro objetivo do programa, ou seja, dar uma assistência digna, atualizada, completa a essas gestantes e aos nenéns"

Embora sua motivação inicial tenha sido, como admite, 'fazer alguma coisa pelas crianças', reconhece que terminou por se envolver profundamente com o drama das mulheres, as gestantes. Apesar dessa sensibilidade, sua fala 'denuncia' a ideologia médica relacionada à 'mulher-mãe:

"quer dizer, eu não posso dizer hoje em dia que é só pelas crianças, porque elas [as gestantes] inclusive pra criar a criança, precisa ter saúde. (...) Deixar as mulheres vivas durante mais tempo..... até o dia que tenha a cura.... mas ainda não tem. Mas tratá-las precocemente pra mantê-las bem, saudáveis e boas mães pra cuidar das crianças".

Como já referido, o esforço desta equipe para oferecer uma assistência de excelência às gestantes hiv+ é extremamente louvável e, embora 'salvar a vida de uma criança' seja a motivação central do esforço, há também uma consciência do direito à saúde, como transparece na fala desta mesma entrevistada:

" Então, eu acho que isso daí [a dedicação da equipe] te dá um certo prazer porque você tá dando o máximo aqui pra qualquer mulher gestante com hiv (...). Ela [a paciente] tem tudo que ela precisa, que ela merece e que ela tem direito, entendeu? Então, é o lado também o lado da.... recompensa"

Como se pode depreender, o envolvimento com a redução da TV é revestido de recompensas profissionais e afetivas. Afinal, o destino missionário da Medicina realiza-se, aqui, em toda sua potencialidade: 'salvar crianças' da Aids, prestar uma assistência de excelência que alcança taxas semelhantes ao Primeiro Mundo e, principalmente, dispor de recursos técnicos e medicamentosos que viabilizem esses ideais são questões que motivaram esses profissionais a abraçarem, 'de corpo e alma', este programa.

O depoimento de uma enfermeira é também revelador das recompensas que advieram do protocolo 076. Antes de engajar-se no programa, ela trabalhava na enfermagem pediátrica do hospital, onde acompanhava, impotente e frustrada, o ciclo de internação e alta das crianças hiv+, até o desfecho final. Como descreve sua angústia,

"...e começava o vínculo: internava, enfermaria, internava e enfermaria. E muitas crianças.... eu acredito que partiam [faleciam]. E a gente teve esse contato [com crianças hiv+] mas era uma coisa que doía muito. [...] E você já sabia a história de vida dessa família, você já sabia das perdas que essa família tinha tido, das desarmonias que tinham acontecido em decorrência daquele diagnóstico [...] Porque é uma coisa que, muitas das vezes a pessoa perdeu o emprego, o pai abandonava, a mulher não tinha onde morar, né? [...] Mas eu presenciei [esses casos] e que me doeu muito".

Como fica evidenciado, os dramas familiares e sociais desta clientela não podiam ser deixados ‘do lado de fora’ da assistência. Portanto, a proposta do programa representou a esperança de trabalhar com a prevenção da TV, o que significava a chance de inverter os termos da equação Aids - morte. Porém, a despeito de toda a compaixão e sensibilidade para com o sofrimento dessas crianças e de suas famílias, a ideologia médica se manifesta quando essa entrevistada esclarece sua expectativa inicial neste trabalho: segundo ela, seu objetivo principal era prevenir que as mulheres hiv+ engravidassem novamente pois, segundo percebia na época, cerca de 2/3 delas engravidavam novamente. Porém, assume que, em função de seu contato estreito com as gestantes hiv+, suas expectativas ‘controlistas’ mudaram e hoje ela sente-se muito gratificada em poder apoiar essas mulheres, seus bebês e suas famílias.

Se interpretássemos essa posição isoladamente, descontextualizada da experiência dessa entrevistada, poderíamos incorrer em um equívoco interpretativo pois, em fase ulterior da entrevista, essa mesma profissional revelou seu profundo envolvimento e solidariedade com as mulheres hiv+. Ela percebe seu papel nesta assistência como de irrestrita cumplicidade e apoio às pacientes-mulheres, procurando compreendê-las e respeitar seus desejos e decisões.

Coloca-se, aqui, um ponto-chave para a discussão teórico-metodológica da ideologia: embora os sujeitos sociais expressem, em alguns momentos, visões ideológicas - no sentido de reproduzirem discursos sócio-políticos que mantêm a dominação - também podem, em outros momentos, manifestar visões contra-hegemônicas que se contrapõem (às) e questionam as ideologias. Neste caso, pode-se identificar um hiato, ou uma dissociação, na lógica discursiva: embora essa enfermeira tenha manifestado crença anterior no papel médico-pedagógico tradicional - evitar que mulheres hiv+ engravidem novamente - ela pôde transformar sua percepção a partir do contato e envolvimento afetivo com as pacientes. O que é importante ressaltar aqui, na perspectiva metodológica, é que, no processo de pesquisa, não devemos nos limitar somente ao que buscamos: é imprescindível estar atento para o que encontramos e, a partir daí, considerar que as expressões da ideologia estão permanentemente perpassadas por conflitos e contradições, acomodações e resistências. Do contrário, incorre-se

no equívoco de interpretações deterministas de fenômenos que não são lineares, coerentes e estáticos. Portanto, buscar as manifestações de ideologia nos discursos pode ser representado, metaforicamente, como 'tecer uma colcha de retalhos', ou montar um 'quebra-cabeça', onde as peças inicialmente parecem significar um caos de contradições mas que, após paciente trabalho de conexão e montagem, terminam por configurar um quadro explicativo que desvenda a complexidade do mundo simbólico social.

Como pudemos perceber, trabalhar com as gestantes hiv+ tornou-se, para esta equipe, uma atividade profissional gratificante pelo fato de poderem oferecer coisas importantes - tratamento eficaz e bons resultados – o que traz como recompensa o carinho, a gratidão e muita alegria concretizada em cada soronegativação.

Enfim, podemos inferir, através das trajetórias profissionais, que essas entrevistadas tinham já uma busca profissional anterior. O interesse por crianças, por mulheres, pela saúde pública, pela infectologia e pela obstetrícia parecem demarcar o desejo por um trabalho mais comprometido com as questões humanas e sociais. Os depoimentos revelaram que a assistência às gestantes hiv+, após o protocolo 076, passou a se constituir num campo de atuação promissor e recompensador, tanto profissional quanto pessoalmente.

Porém, como será melhor analisado adiante, as visões, percepções e sentimentos destes profissionais estão circunscritos por um modelo técnico-ideológico que limita, quando não impede, a prática da atenção integral à saúde. Apesar do discurso predominante ser o da 'recompensa' pela importância do trabalho realizado, veremos como não existe, na organização deste trabalho, qualquer espaço coletivo para discussão, reflexão e/ou elaboração, o que poderia propiciar, para os profissionais desta equipe, um aprendizado conjunto que poderia gerar transformações neste modelo assistencial.

AS REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E A MATERNIDADE

Nas entrevistas com os profissionais de saúde, estes temas buscaram apreender suas representações e relacioná-las às suas próprias experiências conjugais e familiares e, subseqüentemente, às formas como percebem e lidam com essas questões no que tange às pacientes.

Ao explorarmos os conflitos entre maternidade e trabalho remunerado, também aqui a transição de gênero se fez visível: os conflitos entre o trabalho e a família e, principalmente, a criação dos filhos, estiveram presentes na maioria dos depoimentos. Porém, diferenças sociais

puderam ser detectadas: o trabalho, para essas profissionais, é fonte de crescimento e realização profissional; a relação de companheirismo é uma meta almejada e, como decorrência, os parceiros têm maior envolvimento no trabalho doméstico; o emprego no setor público, embora mal remunerado, permite mais flexibilidade às mulheres-mães quando essas têm que manejar crises ou doenças familiares, entre outras questões. Além disso, surgiu uma visão crítica sobre as 'conquistas' femininas, sendo que estas foram problematizadas tanto no âmbito das relações amorosas quanto na sobrecarga assumida pelas mulheres.

Porém, como veremos, mesmo com realidades de vida distintas, essas profissionais são sensíveis às duras condições de vida das mulheres-pacientes que assistem e reconhecem e admiram sua força e garra para sobreviverem em meio a tantas dificuldades.

Portanto, foi importante saber como esses profissionais vivenciam e analisam suas próprias experiências enquanto gênero, supondo-se que suas posturas profissionais em relação à clientela, para além da ideologia médica, são também informadas por suas experiências de vida.

Antes de iniciar, faz-se necessário um esclarecimento metodológico: o discurso do único homem desta equipe será sinalizado enquanto uma fala masculina apenas nos momentos em que essa distinção se tornar imprescindível para a análise do tema. Nas demais situações, manter-se-á a referência de todas as falas no feminino, como já colocado.

SER HOMEM, SER MULHER: PRAZERES E DESPRAZERES, ENCONTROS E DESENCONTROS

Sobre as representações de gênero, prevaleceu, para a maioria das entrevistadas, uma visão da mulher enquanto o 'sexo forte', a despeito da ideologia que sempre a caracterizou como 'frágil' e dependente. A capacidade das mulheres para assumirem inúmeras atribuições, tanto na esfera familiar quanto no trabalho remunerado, seria a 'prova' de que o sexo feminino é mais forte e capaz que o masculino.

Uma entrevistada ilustra essa representação através de sua própria experiência: quando grávida de seu primeiro filho, teve um forte sangramento que precedeu um processo de aborto espontâneo. Pediu ao marido que a levasse ao hospital mas não lhe disse, naquele momento, o que estava acontecendo, pois acreditava que ele ficaria emocionalmente descontrolado, o que dificultaria a pronta resolução da situação. Ela própria surpreende-se com sua força e tranquilidade para enfrentar sozinha este difícil momento, confirmando sua convicção de que as mulheres são mais preparadas para lidarem com situações difíceis.

Sobre a atual situação das mulheres na sociedade, houve um consenso de que estas estão conquistando novos espaços e tornando-se cada vez mais independentes e autônomas. A fala de uma entrevistada ilustra essa visão:

"Eu acho excelente isso da mulher ter essa independência, ter essa liberdade.... Acho que nós somos capazes de coisas que a gente nem imagina que somos capazes..."

No mesmo sentido, outra entrevistada pensa que as mulheres hoje querem 'ter seu próprio espaço de realização', embora enfatize que elas não querem tomar ou disputar o espaço dos/com os homens.

Porém, surgiram questionamentos sobre as decantadas 'conquistas das mulheres'. Uma entrevistada relativiza e questiona os ganhos com essa independência pois acredita que as mulheres, apesar das muitas conquistas alcançadas, precisam de um companheiro com quem possam dividir a vida, desde que isso não implique em se tornarem dependentes deles. Ou seja, sua posição demarca o limite desta independência, que não pode e não deve ultrapassar certos limites que, do contrário, inviabilizariam as relações entre homens e mulheres.

Outra entrevistada também percebe muitos conflitos em função dessas mudanças, o que atribui a um desequilíbrio de poder entre papéis de gênero historicamente hierarquizados. Sua fala expressa esses conflitos no âmbito de sua própria vida, tanto em relação ao parceiro quanto na auto-exigência que se faz enquanto mulher-mãe:

"...mas, com certeza, a gente acaba cobrando mais [do companheiro] e isso causa realmente conflito entre o casal, né? Nesse sentido. Porque você acha também que você é super herói, 'super star'. Às vezes, isso também me incomoda porque eu vejo que eu faço tanta coisa ...[...] Quanto mais você aprende, quanto mais coisa você coloca na sua vida, mais tarefas você tem..."

Porém, mesmo com o ônus da sobrecarga, ela conclui que *"... eu acho que eu mesma não conseguiria viver sem isso"*

Duas entrevistadas relacionaram a 'força' feminina à experiência da maternidade. Pensam que, ao se tornarem mães, as mulheres se fortalecem para o enfrentamento das dificuldades da vida. Como diz uma delas,

"...você foi lá, se posicionou e você tomou a frente de uma determinada situação. Eu acho que você ganha mais ... tipo assim, um 'know-how' em algumas coisas, principalmente por conta desse sentimento, dessa..... questão da maternidade".

A outra entrevistada, no mesmo sentido, atribui às mulheres uma força naturalizada. Sua fala expressa uma visão crítica ao interpretar que as mulheres se equipararam aos homens no que tange ao mundo produtivo, sendo que o inverso não ocorreu. Como diz,

“A mulher.... eu acho mais forte nesse ponto. Você vê que um homem [se ele] fica, de repente, com uma criança, parece que é um desespero. Ele fica de cabelo em pé!. Aí, como é que pode? Ele acha que é muita coisa”.

Prosseguindo sua análise, atribui às mulheres uma capacidade ‘superior’ para o enfrentamento das inúmeras e cansativas tarefas cotidianas, de produção e reprodução:

“ E você vê que a mulher é praticamente uma máquina: ela vai pro trabalho, ela sai do trabalho e.... né? Eu fico às vezes observando as mães da creche daqui, elas trazem os filhos de manhã.... [coi]tadinhos, né? [Eles] vêm com elas de manhã para a creche, chega em casa ... e o trabalho não termina! Continua!! Porque tem que dar conta, tem que preparar roupa pro dia seguinte, tem que ter não sei o que, né? Ajeita e no dia seguinte, ela tá [ali] de novo. Então, eu acho que a mulher tem esse poder. Eu acho que a mulher é muito forte e tenho orgulho de ser mulher! (risos)”

Outra entrevistada também não manifesta uma visão otimista sobre a independência feminina pois acredita que o trabalho, para as mulheres, *“....não é essa coisa maravilhosa (risos) que acham: 'ah! tem que trabalhar!' ”*. Ela assume que conciliar trabalho remunerado com a criação dos filhos não é fácil e nem sempre prazeroso. Sua fala aponta para a desmistificação do trabalho como fonte de realização e de conquistas para as mulheres.

Uma análise crítica sobre o feminismo merece ser aqui destacada. Uma das entrevistadas julga que este movimento levantou apenas bandeiras de primeiro mundo, como 'queimar sutiãs', por exemplo. Em sua percepção, essa visão não corresponde às necessidades das mulheres pobres pois, para elas, não existe uma ‘guerra entre os sexos’ mas sim uma luta conjunta, com os homens de sua classe, contra um sistema explorador que subjuga a todos, inclusive as crianças. Portanto, acredita que há uma grande diferença entre as experiências de vida das mulheres de classes média e alta e as mulheres pobres, o que demarcaria diferentes necessidades. Apesar disso, admite que, no âmbito privado, as mulheres pobres ainda não conquistaram igualdade com os homens. Referencia aqui a dificuldade dessas mulheres, suas pacientes, em negociarem o uso do preservativo com seus companheiros. Porém, nesta questão, também critica o que julga uma excessiva liberdade sexual ‘aparentemente’ conquistada pelas mulheres pois essa liberdade, a seu ver, não as tornou nem mais felizes e muito menos mais saudáveis. Exemplifica seu ponto de vista através da alarmante incidência

de DST entre as mulheres. Também critica a exploração comercial da sexualidade feminina, o que desvaloriza emocionalmente as mulheres e as desqualifica em sua competência.

Paradoxalmente, essa entrevistada, a despeito de sua visão crítica sobre as diferenças sociais entre as mulheres, manifesta uma visão naturalizada do 'feminino' quando afirma que as mulheres podem e devem assumir mais tarefas domésticas que os homens, o que considera uma decorrência da superioridade feminina. Ela, portanto, não problematiza a divisão sexual do trabalho doméstico e acredita que essa questão não deve ser uma bandeira de luta feminina.

Portanto, prevaleceu, entre as entrevistadas, o reconhecimento de conquistas femininas por novos espaços e maior independência, o que foi valorizado mas também relativizado. Algumas falas naturalizaram as características femininas ao atribuir às mulheres uma força intrínseca, algo como uma capacidade inata para dar conta de todas as responsabilidades que lhes são socialmente exigidas. A única fala que problematiza as diferenças de classe entre as mulheres também atribui a elas uma força 'natural' que as capacita para assumirem os inúmeros encargos públicos e privados, o que não é representado como um problema mas sim como demonstração de superioridade.

A fala do entrevistado, por outro lado, faz um contraponto com as representações de suas colegas. Ele apregoa, convicto, a visão do novo papel masculino, onde os homens também estariam superando os limites impostos por seus tradicionais atributos de gênero e, como decorrência, conquistando novos espaços no âmbito privado, tanto no campo da afetividade quanto das relações familiares.

Este profissional declara-se 'feliz' enquanto homem e acredita que hoje existam menos barreiras culturais entre os gêneros em função de uma delimitação menos rígida, o que permite um relacionamento mais completo entre homens e mulheres. Uma das barreiras que estão sendo superadas, em sua visão, é a possibilidade dos homens viverem e expressarem suas emoções. Ele próprio se reporta à sua intensa emoção, enquanto pai, quando assistiu ao nascimento de sua primeira filha.

Minimiza as diferenças entre homens e mulheres quando afirma que "*... depende de como se é feliz, homem e mulher. Certamente não tem 'melhor ser um ou outro'. É bom ser feliz, ter prazeres, sendo homem ou mulher....*". Sobre a identidade masculina, pondera que existem crises e satisfações mas pensa que hoje os homens têm mais possibilidades de se realizarem pois

"... estão mais bem equilibrados com o meio e com sua vida. Seriam considerados 'viados' há alguns anos atrás, porque têm várias demarcações [de papéis] que eram

necessárias. E, então, eu acho que hoje você tem mais condições de viver emoções que não vivia antes".

Como se constata, emerge aqui a representação da 'nova masculinidade', onde os homens podem viver e expressar sentimentos e emoções e se envolver prazerosamente na vida familiar. Nessa perspectiva, as barreiras e diferenças entre os gêneros diluem-se ou se relativizam, tornando homens e mulheres 'humanos'. O entrevistado exemplifica essas mudanças através do novo papel paterno, afirmando que os homens podem

"... cuidar dos filhos, né? Cuidar mesmo deles. Só não dá o peito, mas dá de tudo. E eu acho filhos muito legal. E ter [filho] é muito legal.....".

Porém, apesar dessa representação, característica de alguns segmentos urbanos progressistas, este personagem reconhece que ainda existem desigualdades que colocam as mulheres em desvantagem. A repressão e o controle sobre a sexualidade feminina é um exemplo disso. Também admite que a sociedade cobra mais das mães do que dos pais, o que termina por sobrecarregar as mulheres:

"... ela se sente muito escravizada ou injustiçada por estar sendo tão solicitada e [estar] sozinha, às vezes, pela questão familiar".

Por fim, este personagem reconheceu a persistência de desigualdades na divisão do trabalho doméstico. Sua imagem idealizada sobre uma situação mais justa incorpora a importância da participação dos homens nesta esfera privada. Em suas palavras,

"... eu acho que o casal deveria ter mais tempo [para a convivência com os filhos]. [...] Eu acho que.... acontece que..... a mulher saiu de casa mas o homem não entrou em casa! E também a mulher só fora de casa e o homem só dentro de casa também não é a solução. Deveria ter um equilíbrio nisso, que pode começar pelas práticas das pessoas mesmo, práticas comuns de casa. Sei lá, se a mulher lava a louça em casa, o homem também [deve] lavar a louça. Sei lá, essas coisas assim....."

AS RELAÇÕES HOMEM – MULHER: O IDEAL DO AMOR-COMPANHEIRISMO

Os depoimentos relacionados às suas próprias experiências conjugais apontam para a representação do amor-companheirismo e do projeto conjugal familiar característico da moderna família nuclear: o casal unido em torno da criação dos filhos.

A entrevistada recém-separada demonstrou grande sofrimento pela ruptura recente de seu vínculo conjugal e, correlatamente, deste projeto familiar. As outras entrevistadas casadas e com filhos explicitaram, em suas falas, seu enorme investimento no projeto familiar. Para

concretizá-lo, buscam um diálogo aberto e honesto com seus companheiros, esforçam-se por superar os conflitos conjugais e investem muito na formação dos filhos. Consideram seus parceiros participativos e solidários, embora reconheçam que são elas que ainda assumem a maior parte das tarefas domésticas. Uma entrevistada, em particular, pontuou uma posição interessante a respeito da hierarquia de papéis: ela assume que não disputa o poder com o marido, deixando para ele o papel de 'autoridade' familiar. Ela o 'reconhece' como o 'porta-voz' da casa e pensa que essa postura é importante para evitar disputas de poder entre o casal, o que gera, entre outras conseqüências, perda de referenciais para os filhos. Neste sentido, pensa que a maioria dos conflitos existentes nas relações amorosas são decorrentes desta competição.

O ponto de vista de outra entrevistada, casada e ainda sem filhos, aproxima-se dessa percepção quando afirma que o 'excessivo' anseio das mulheres por independência afeta o equilíbrio das relações. Neste sentido, acredita que as mulheres não devem disputar espaço com os homens e que ambos devem ter e lutar (por) objetivos comuns. Portanto, pode-se detectar aqui uma visão crítica sobre a competição entre os sexos e a disputa de poder. Para evitar essa situação, são as mulheres que devem colocar-se numa posição não competitiva.

Uma entrevistada, porém, explicitou seus conflitos com o marido, já que tem a permanente sensação de estar sobrecarregada com as questões domésticas, o que não considera justo na medida em que contribui tanto quanto ele para o sustento econômico da família. Porém, tenta contornar os problemas através do diálogo e da busca de entendimento com o parceiro.

Por fim, o entrevistado, ao se posicionar sobre a relação homem-mulher, enumera as qualidades que estão em jogo – para ambos - no sentido de se alcançar um relacionamento mais completo: capacidade de diálogo e entendimento, o que significa saber se expressar e também 'escutar' o outro e a busca permanente de superação dos próprios preconceitos e limitações. Portanto, as qualidades e valores humanos necessários para tornar as relações amorosas mais completas não são, em sua visão, exclusivos de homens ou de mulheres, o que confirma uma 'visão de mundo' típica deste segmento social que busca, nos valores da individualidade, uma completude possível. Porém, veremos mais adiante que este personagem não está, em absoluto, alheio às questões dos segmentos sociais diferentes do seu

MATERNIDADE: FONTE DE COMPLETUDE E DE CONFLITOS

Muito embora a maioria das entrevistadas tenham reconhecido que as mulheres estão avançando e conquistando novos espaços, as contradições deste processo não foram relegadas. A maioria reconheceu e valorizou a conquista de espaço profissional e a maior independência alcançadas pelas mulheres. Porém, admitiram a enorme sobrecarga que estão tendo que assumir. Ou seja, os conflitos decorrentes entre os papéis produtivos e reprodutivos foram colocados enquanto um difícil e oneroso dilema para as mulheres, já que as obriga a um penoso exercício de tentar conciliar o trabalho com a convivência e a criação dos filhos.

Muitas entrevistadas, ao definirem suas expectativas sobre a maternidade, qualificaram-na, para além de uma missão educativa, também como convivência cotidiana onde haja espaço para o prazer e a brincadeira, o que propicia o desenvolvimento de laços afetivos que preparam as crianças para o enfrentamento da vida adulta. Portanto, como veremos, há uma qualificação da relação familiar e da criação dos filhos que corresponde a uma expectativa mais exigente deste segmento social.

Deve ser aqui registrado que essas entrevistadas são profissionais altamente qualificados e, além da assistência à saúde, participam também de atividades de ensino e formação profissional, o que lhes propicia novos desafios e oportunidades de crescimento e aperfeiçoamento profissional. Todas declararam obter intensa realização e satisfação através do trabalho que desenvolvem. Contudo, mesmo sentindo-se privilegiadas profissionalmente, não deixaram de demarcar seus conflitos entre a vida profissional e a familiar. Justamente por estarem em uma área profissional que lhes abre constantemente novos espaços, os dilemas entre dedicar-se cada vez mais à profissão e dispor de tempo para o convívio familiar estão claramente colocados. Os depoimentos abaixo ilustram a questão:

"Ah, eu acho. Eu acho que é sempre conflitante, né? Você tá sempre assim, sabe? sempre tem que optar, né? Sempre tem o que repensar: 'será que eu tô dando mais atenção aqui? Será que não devia estar dando mais atenção lá?'"

"Você, além dos problemas do trabalho ... você ainda tem os problemas de casa, né? Na realidade, você vive o tempo todo, sabe, falando assim: 'em quem é que eu vou focar agora minha atenção?'. Entendeu? 'Vou fazer meus projetos [profissionais] ou vou sentar com os filhos e estudar?'. Entendeu? É isso"

"Mas, com certeza, nós adquirimos, assim, um trabalho a mais, né? Com certeza, porque você administra o seu lar, você administra o seu filho, você contribui financeiramente

em casa e, muitas vezes, até mais que o próprio companheiro. Porque as mulheres, às vezes, conseguiram estar até mais superiores financeiramente a eles..."

"Na verdade, a mulher assumiu mais coisas. Eu acho que ela já tinha os papéis [tradicionais], assumiu outros e não dividiu. Isso me assusta um pouco. Eu acho que a divisão ainda não está igual"

Esta última entrevistada, particularmente, fez uma análise crítica sobre as seqüelas psico-sociais decorrentes da conflituosa vida familiar contemporânea. Neste sentido, pensa que a crescente ausência dos pais em função do trabalho termina por gerar problemas nas crianças, que perdem as referências parentais e as noções de autoridade e de limite, necessárias, segundo ela, para a conformação de personalidades adultas maduras e seguras. Embora reconheça que foi muito positivo as mulheres lutarem por sua independência e autoafirmação, critica-as por não estarem cobrando maior participação dos homens na vida doméstica. Como consequência, os filhos, criados por parentes ou em creches, ficam confusos e inseguros em relação à noção de autoridade. Em suas palavras,

"...[...] 'Criança não é bola de gás, não pode ficar solta (risos)'. Tem que ficar ali pra ela poder se sentir mais segura, ser uma pessoa ... mais livre na vida. Ela precisa ser presa pra depois ela se libertar, né, pra enfrentar a vida".

Sua visão crítica não deixa de considerar que as mulheres estão pagando um preço alto pela independência:

"E a mãe tem que trabalhar, também tem que botar grana em casa, não sei o que....Então, costuma ser estou te dizendo, é uma sobrecarga eu acho que é [sobrecarga] pra mulher".

Essa entrevistada conseguiu manter coerência entre suas idéias e sua própria vida familiar quando optou, em comum acordo com o marido, por trabalhar menos, ganhar menos e estar mais presente na criação de seus filhos. Achou sua opção muito válida pois, como afirma, convicta, *"Eu acho que a gente amadurece, a gente aprende muito com os filhos, e eu acho que é muito legal"*

Como se depreende, a análise da atual situação das mulheres na sociedade nunca fica dissociada da questão da maternidade. Os conflitos que surgem na permanente tensão entre as demandas da vida produtiva e a reprodutiva estão intimamente associados às demandas afetivas dos filhos. Quase todas as depoentes expressaram seus próprios dramas em relação a essa questão, questionando-se sobre a adequação e a qualidade de seu desempenho materno: estão dando o suficiente para os filhos? estão conseguindo estar com eles de forma prazerosa

e lúdica? A fala de uma entrevistada, que considera-se privilegiada por contar com o apoio de sua mãe, que cuida de sua filha, ilustra o dilema:

"... como é que fica? Com quem vai ficar? Pra não me sentir culpada.... não me sinto, muitas das vezes, muito bem. Onde eu acho que, muitas vezes, a vontade de voltar pra casa é a vontade de também estar junto [da filha]. Então, eu arrumo horários, arrumo tudo, pra qualificar melhor essa relação [com a filha]".

Neste caso, mesmo sabendo que a filha está (bem) assistida pela avó, ela se cobra por sua presença enquanto mãe, o que é insubstituível. Sua angústia para tentar equilibrar a vida profissional e a convivência com a filha expressam-se num 'desabafo':

"... acaba sendo muito difícil. Tem horas que também eu digo: puxa vida! Eu queria tanto ficar em casa, tomar conta de casa..."

Outra entrevistada expressa claramente seus conflitos entre a vida profissional e a criação dos filhos mas assume que fez uma opção:

"Eu sempre digo, até no meu trabalho, até pra minha chefia: 'amo meu trabalho, me considero uma profissional competente, sabe, mas meus filhos estão em primeiro lugar'. Se meu filho estiver doente, eu realmente não vou deixar meu filho com outra pessoa dependendo da situação, né? [...] Como é que eu posso cuidar de outra pessoa se eu não estou bem com a minha cabeça, com a minha mente, se eu deixei meu filho e [estou] preocupada com ele?"

Essa fala revela o quanto as esferas pública e privada não estão separadas na experiência feminina. Neste caso, uma enfermeira que 'cuida' de outras pessoas precisa estar tranqüila para poder exercer seu papel profissional adequadamente. Como fazê-lo quando não pode cuidar de seus próprios filhos? Ela própria levanta a questão da falta de solidariedade com as profissionais-mães no seu ambiente de trabalho:

"O próprio colega que está dividindo com você, que tem a mesma categoria [funcional] que você, [diz] 'ah, você é a causadora do problema', né? 'Eu não tenho filho, aquela que tem filho chega sempre atrasada', não sei o quê, essas coisas...."

Este depoimento parece revelador do antagonismo entre a experiência da maternidade e a lógica produtiva do mundo do trabalho. Seu relato sobre seu retorno ao trabalho depois que teve seu primeiro filho ilustra esse conflito:

"Mas, com certeza, quando engravidei, tudo aquilo veio à minha mente, né? Essa problemática que eu sabia que ia acontecer.... com quem deixar, com quem não deixar. Você chega a pensar em largar o serviço por conta de filho, principalmente o primeiro filho, né?"

[...] no primeiro filho, você fica insegura, você fica assim: 'ah, vou largar meu filho, né? Uma coisa tão indefesa vou largar e ir pro trabalho ?...'"

As dúvidas e ansiedades relacionadas às tentativas de conciliar o cuidado com os filhos e o anseio por crescimento profissional são traduzidas por outra entrevistada ao colocar seus conflitos sobre ter, ou não, um segundo filho. Apesar do desejo de ter outro filho, questiona suas condições concretas de vida para cuidar adequadamente de outra criança:

"Mas.... eu me incluo nesse grupo.... eu sou mãe, gosto de ser mãe, mas eu tô com receio de tentar uma segunda vez. [...] Como é que vai ser o segundo filho? Como é que eu vou fazer? Pra esse, eu tive que fazer isso, isso.... Ai, pesa a situação de que: ah, não, eu vou ter que re-arrumar [a vida profissional]. Eu acho que, normalmente, a segunda gestação, pra quem trabalha, pra quem está aí, correndo atrás mesmo.... eu acho que incomoda. Não pelo fato do desejo de não querer, mas como é que vai ser".

O depoimento do entrevistado sobre a maternidade expressa, de certa forma, a perplexidade masculina frente a uma experiência feminina à qual os homens não têm acesso. Sua fala aponta para o significado de uma experiência que é, simultaneamente, corporal, social, cultural e existencial. Como diz,

"Agora, que a maternidade é uma... um aspecto muito importante da vida, é. E que também é socialmente valorizada, também [é]. [...] A sociedade dá um valor enorme à maternidade quando qualifica uma mulher, quando faz o desenho de uma mulher, quando conceitua uma mulher. Dá um valor enorme, né? E, por outro lado, [ter] um ser [...] um outro ser que nasce dentro dela, que se mexe, que mexe com ela, e que um dia ela se abre e ele sai, e que ela sustenta com o [seu] físico mesmo....pôrra! se isso não for o fundamental!!!! (risos)".

Pensa que os homens, por razões históricas, só recentemente estão descobrindo o significado de ser pai. Porém, há uma marca distintiva fundamental, inscrita na experiência corporal, e que distingue radicalmente a experiência feminina da masculina nesta questão. Como diz,

" [...] pode ser pela questão do físico, né? Pô, que o físico dá a visão pra gente do mundo, né? [...] E é claro que a gente vê, durante uma maternidade, [que] o pai vai sendo pai lentamente. A mulher, quando engravidou, já é aquela coisa, né? E tem o impacto também, de sensação, de [experiência] tátil, de cabeça, [de] preocupações diferentes... ela é mãe".

O entrevistado termina sua fala atribuindo à 'mãe' um papel simbólico constitutivo da identidade masculina:

" O que realiza o homem? Eu não posso dizer dos homens [em geral] e eu sei que, se eu disser, eu vou estar dizendo de mim, né? Agora, no geral, o que eu vejo é o seguinte: os homens, e eu, querem muito uma 'grande mãe', né? (risos)"

Por fim, julgamos interessante encerrar este tema com a fala de uma entrevistada que enumerou os sentidos recompensadores da maternidade mas também revelou-a enquanto campo de poder que contém ambigüidades e conflitos. Para ela, ser mãe é

"...ter uma experiência, tipo assim, de ter uma responsabilidade sobre uma outra coisa que não é material, que não é fixo, entendeu? De você dispor, de você ter a disponibilidade.....[....] Pra você moldar algumas coisas, pra você compartilhar algumas coisas, pra você levar 'não', pra você levar 'sim'. Então, eu acho que ser mãe, na minha concepção, é a mulher ela querer viver um sentimento de ser.... de ter o comando de alguma coisa mas também ter o retorno de alguma coisa".

Ao mesmo tempo que a maternidade é significada enquanto uma experiência que propicia crescimento e aprendizado de vida, quando se aprende a lidar com o imponderável da vida, com algo que está, até certo ponto, fora de controle, também é percebida como 'necessidade de ter o comando', um sentimento que certamente confere poder às mulheres. Porém, nessa definição, a noção de 'comando' está intimamente associada ao retorno, significando que a disponibilidade afetiva para os filhos gera incomensuráveis recompensas emocionais.

AS PERCEPÇÕES SOBRE AS MULHERES-PACIENTES: SENSIBILIDADES E SOLIDARIEDADES

Muitas entrevistadas, ao falarem de si próprias, não puderam deixar de comparar suas dificuldades, enquanto mulheres, mães e trabalhadoras, com as atribuladas vidas de suas pacientes.

Uma entrevistada, por exemplo, emocionou-se ao refletir sobre condições de vida muito mais difíceis que a sua. Como desabafou,

"Eu, às vezes, fico pensando: onde é que essas mulheres arrumam essa força toda pra conseguir dar conta disso tudo?"

Ao demonstrar o reconhecimento da coragem e força de suas pacientes para enfrentarem seu problema de saúde em meio a tantos outros, admite que não consegue assumir o 'modelo profissional' que preconiza o distanciamento emocional dos pacientes, o que confronta o modelo biomédico em seu âmago. Em suas palavras,

"...e, muitas das vezes, elas não podem dividir isso [a infecção pelo hiv] com ninguém. Não tem com quem dividir. Então, eu acho que tem um vazio muito grande [choro]. E o que eu comparo.... quer dizer, na mesma medida que ela é mulher, eu também sou mulher, né? [...]. Então, chega uma hora que, tipo assim.....você acaba procuro até falar a mesma linguagem que elas. Eu não consegui ainda, tipo assim, ser 'a profissional', né?"

Como se evidencia aqui, os dilemas e conflitos das entrevistadas entrelaçam-se, solidariamente, com os dramas vivenciados pelas pacientes. Esta enfermeira, ao emocionar-se com as difíceis condições de vida das mulheres que assiste, faz uma lúcida e emocionada reflexão que demonstra sua sensibilidade para com as carências emocionais, familiares e sociais de suas pacientes:

"... é uma coisa que, tipo assim, me emociona muito [é] uma dor muito grande (choro)...Acho que tem um....tipo assim, um vazio muito maior que o meu (choro). Eu acho que elas têm um vazio.. Eu tenho uma casa que eu posso voltar e, mesmo que eu tenha dificuldade, eu consigo acomodar [as demandas] [...] E o que eu percebo é que essas mulheres, a grande maioria, não tem [apoio familiar, compreensão]. Elas são limitadas na dor, elas são limitadas no espaço delas, e elas continuam, tipo assim.... parece que elas vivem com uma grande sombra, um grande fantasma que dificulta que elas dificulta delas prosseguirem. [...] Então, essa representação da morte [devido à Aids] é como que, tipo assim.... a representação da perda daqueles momentos todos e de todos aqueles sonhos. Isso pra um determinado grupo [de pacientes]. Mas eu percebo que a grande maioria.... pelo menos é esse sentimento que eu tenho.... falta pra elas um ponto de apoio muito grande... de família [...] eu acho que um ponto de apoio enquanto sociedade. Não somente enquanto família. É uma coisa muito maior. "

Sua sensível análise não exclui as dificuldades que os homens, os parceiros de suas pacientes, estão também enfrentando. Ela aponta a questão do desemprego como um fator que desestrutura os homens e suas famílias. Como diz,

"Essa coisa do emprego, é uma coisa que me incomoda profundamente, né? Eu penso o seguinte: você se depara com uns homens que são trabalhadores, que têm profissão, têm qualificação e não conseguem emprego [...] Você vai ver um pouco do que esse homem era e vê o quanto ele perdeu, né? Por conta de todo um ... acho que um contexto mesmo político....Então, eu acho que o homem perdeu também um pouco daquele status de que ele mandava, que ele é que determinava".

Ao associar o aumento da violência doméstica e social a essa injusta situação, aponta o que julga ser o 'outro lado da moeda'. Em suas palavras,

"Aí é que eu acho que entra muito essa coisa essa questão do contexto social, da dificuldade que as pessoas estão tendo, que eu acho que aflige muito mais. Questão de moradia... olha onde é que as pessoas estão morando, como é que estão morando...."

Sua sensível percepção advém de sua estreita convivência com seus pacientes, com quem compartilha os dramas sociais. E demonstra sua perplexidade frente às precárias condições de vida de sua clientela:

"Tem mais uma criança, aquela família morando.... Vai continuar morando naquele mesmo cômodo, com banheiro dentro ou banheiro fora, mas é aquele mesmo cômodo. O cômodo não aumenta mas entrou mais alguém. Então, isso eu fico realmente pensando: como é que essas pessoas conseguem efetivamente sobreviver?"

Outra entrevistada, ao também assumir sua identificação com as mulheres que atende, relatou seu próprio drama relacionado ao diagnóstico do hiv na gravidez, o que a tornou mais sensível aos sentimentos das mulheres que assiste. Seu filho, quando bebê, apresentou um quadro infeccioso grave e foi testado para o hiv. O primeiro exame teve resultado indeterminado e, após ser re-testado, finalmente o diagnóstico foi negativo. Nesse ínterim, ela relata, emocionada, os difíceis sentimentos que vivenciou e que a tornaram mais solidária e sensível à dor das pacientes:

"... mas o que você passa naquele momento é, realmente ... é desesperador. Então, dá pra sentir o que essas mulheres aí [sentem], né? [...] Assim, acho que principalmente por você, mãe, achar que você foi a causadora daquilo, né? [...] Você dá com esse diagnóstico ... parece que realmente o mundo caiu e parece que tua vida acaba ali, pelo menos pra aquelas pessoas que não são muito ignorantes. Eu acho que as pessoas mais ignorantes não têm idéia, não têm dimensão - como a gente pega aqui na prática - do que a coisa é, entendeu?"

O entrevistado também demonstrou grande sensibilidade para analisar a maternidade hiv+. Relata que, quando começou a atender grávidas hiv+, ficava perplexo e aterrorizado com essa dramática situação, que contrapunha vida e morte. Porém, com o acúmulo de experiência e, especialmente, após o advento do protocolo 076, sua percepção mudou e pôde perceber, nas pacientes, o grande desejo de ter um filho mesmo sabendo-se hiv+. Em suas palavras,

"Eu acho que, na verdade, existe....quer dizer, eu SINTO - não tenho meios técnicos de dizer que é a verdade - mas sinto, em grande parte delas, CLARAMENTE, que queriam engravidar. Se é pra afirmar que está viva, se é pra ter mais um consolo na vida com alguém, ou se é pra relação com outra pessoa se firmar, ou se.....porque as pessoas não abdicam de outras características suas de vida porque são hiv+. Elas têm todas essas necessidades!!.

Então, muitas vezes a camisinha foi jogada fora, não usava mesmo e queria engravidar mesmo. Mas aqui, pra gente, a maioria diz que a camisinha rompeu e [se justificando para o médico] ... 'eu não queria engravidar, doutor'.... mais assim como prestando contas".

Este personagem questiona e confronta a ideologia médica ao admitir, corajosamente, que a maioria de seus colegas têm muitos preconceitos em relação às mulheres hiv+ que engravidam. De acordo com sua experiência, os médicos acham um 'crime' uma mulher hiv+ engravidar e transmitem sem pudores essa postura autoritária para suas pacientes. Em suas palavras,

"Os médicos clínicos, os outros, passam isso e.... [...] Não é raro chegar e eu dando palestra e coisa e tal, encontro sempre isso: chegar alguém [médico] e discursar que 'não deve [engravidar]! A gente deve abortar, mandar abortar!'. Quando alguém chega a dizer isso [publicamente], é porque tem muita gente então.... [que pensa assim]..."

Sua posição expressa uma postura incomum, que reconhece o outro como indivíduo autônomo, com o direito de tomar decisões sobre sua vida. Mesmo quando este 'outro' são mulheres pobres e com poucos recursos para criar dignamente seus filhos. E também merece reconhecimento sua auto-crítica enquanto classe profissional, que supera o forte sentimento de corporativismo ainda persistente no meio médico. Em suas palavras,

"Falta pra gente [médicos], que tem uma história e tanto de dominação, perceber que é bom.... é bom respeitar os outros como indivíduos, né? E aí, [tem] o seguinte: tem que acontecer do profissional ter a consciência de que ele é instrumento para informar bem as pessoas, informar bem e informar [respeitando-as] COMO PESSOAS. [...] É saber o momento das pessoas, como comunicar as coisas, perceber algumas armadilhas que as pessoas estão se colocando e... [as pacientes] fazem perguntas pra você bem direcionadas para o que querem, né? Ver as armadilhas e desmontar, informar bem as pessoas mas.... elas têm que decidir. Elas têm que decidir! [a paciente diz] 'Ah, eu sou hiv, estou com um milhão de carga viral, quero engravidar. Pode acontecer isso, isso e isso, mas eu DEVO engravidar?' [o médico] 'Quem sabe isso é você'. Quem sabe isso é a pessoa, né? Não é o médico que vai saber. É muita presunção isso, de qualquer profissional ou cidadão. Eu acho"

Pode-se evidenciar, através desse lúcido e corajoso depoimento, as contradições entre a maternidade e o hiv no campo médico, o que desvela a ideologia que outorga aos médicos a prerrogativa de decidirem o que é melhor para as pacientes. O entrevistado em foco, contudo, assume uma posição minoritária e contra-hegemônica. Sua visão lúcida e crítica também reconhece que o sentimento de maternidade, para as mulheres, é forte o suficiente para

superar obstáculos aparentemente intransponíveis, ao menos aos olhos dos que vivem situações sociais diferenciadas e, até certo ponto, privilegiadas.

Outras entrevistadas também expressaram uma visão sensível e compreensiva sobre o desejo de ser mãe, mesmo no contexto do hiv e da pobreza. Uma médica, em particular, aponta as duras condições de sobrevivência de suas pacientes e surpreende-se com sua força e determinação para enfrentá-las e, apesar de tudo, terem e criarem seus filhos. Ela cita, para exemplificar, a situação de 'guerra civil' que as mulheres pobres vivenciam nos locais em que vivem. Impactada com as histórias que ouve das pacientes, pensa que não há condições para se criar os filhos dignamente neste contexto. Relata casos de pacientes que chegam à consulta nervosas e com crises hipertensivas após terem passado a noite em pânico e sem dormir por conta de violentos tiroteios. Pergunta-se, perplexa, como as pessoas podem sobreviver física e emocionalmente a essas situações, cada vez mais frequentes e banais para os que vivem em favelas e periferias. Ao analisar o contexto social onde vive a maior parte de suas pacientes, admite que a maternidade, apesar de tudo, é um sentimento forte e gratificante que as ajuda a sobreviver e seguir lutando pela vida.

Outra entrevistada também reconhece, a partir de sua experiência profissional, que o desejo pela maternidade é capaz de superar quaisquer dificuldades e barreiras sociais. Em suas palavras,

"Mas esse lance de engravidar apesar do hiv, sabe, esse lance de querer engravidar, eu acho que é um lance muito forte, mesmo a pessoa sabendo que pode transmitir, entendeu? Aí, é em todas as classes sociais. Não vejo diferença daquela que é pobre, que não teve, sabe, nenhum recurso pra estudar, e aquelas que são mais esclarecidas. Que a gente tem algumas [pacientes] que têm um nível mais alto, um nível de questionar se vale a pena ou não vale a pena [ter um filho]. Eu vejo que acabam engravidando. Então, eu acho que é um negócio [muito forte]..."

AS EXPERIÊNCIAS CONTRACEPTIVAS DOS ENTREVISTADOS

Por fim, traremos uma breve discussão sobre métodos e estratégias contraceptivas usadas pelos entrevistados. Este tema procurou explorar uma difícil e complexa questão que está permanentemente presente para aqueles que trabalham com o hiv/Aids, tanto no campo da prevenção de DST quanto no aconselhamento relacionado às decisões reprodutivas das pacientes.

Duas entrevistadas optaram por métodos naturais, alternando tabela e camisinha. Ambas justificam sua opção pelo fato de temerem efeitos colaterais dos outros métodos disponíveis. Ambas nunca tiveram uma gravidez indesejada pois controlam seu ciclo com segurança. Ambas nunca fizeram um aborto e admitem ser contra. Procuram, porém, não transmitir sua posição às pacientes quando estas optam por um aborto.

Outra entrevistada que usa o diafragma, já tentou usar o condom mas, na sua experiência, este não é um método confiável pois rompe-se com frequência. Ao aconselhar suas pacientes, recomenda que usem duas camisinhas para efetivamente estarem protegidas. Admite que já fez um aborto, o que foi uma experiência difícil e dolorosa.

Uma entrevistada, após usar pílula e DIU, optou pela laqueadura após ter seu segundo filho. Acredita que essa opção foi muito positiva porque a liberou para o prazer. Usou camisinha em algumas fases de sua vida e julga importante ter tido essa experiência para poder aconselhar as pacientes 'com conhecimento de causa'.

A entrevistada que ainda não tem filhos não usa nenhum método já que tenta engravidar desde que se casou. Ela e o marido já fizeram, inclusive, exames de fertilidade, sendo que nenhum problema foi encontrado em ambos.

O entrevistado sempre usou preservativo e faz uma interessante análise sobre este método e as barreiras sociais/culturais para sua aceitação. Em suas palavras,

"... pela minha experiência, tem que haver um trabalho [...] de aceitação dela [camisinha], sempre. Não parece ser natural pr'as pessoas, não parece mesmo.[...] E eu acho que um dos entraves grandes é pela visão de sexualidade e do ato sexual. [...] ... é a noção de que a relação sexual se restringe ao do que se chama 'trepada' mesmo, o ato de introdução, de penetração. E esta é uma visão que não considera que a relação sexual começa com um olhar, um cheiro, um tato, carícias, e coisa e tal. E que a introdução é o ato final. Então, pra quem não tem essa noção e não dá valor a essas fases, realmente a relação inteira fica com camisinha, com um negócio no meio. E também não tem prazeres outros, não tem. Então, eu acho que, pra aceitação da camisinha, tem que haver uma reflexão e uma discussão sobre sexualidade. Porque a verdade é que há uma diminuição da sensação e, se elas forem as únicas valorizadas, aí [a camisinha] atrapalha tudo..."

Na medida em que tem experiência própria com o uso do preservativo, este entrevistado percebe os conflitos que se colocam para os pacientes. Interpreta que as mulheres também o rejeitam bastante, o que atribui a uma 'questão de valores', ou seja, as mulheres não querem colocar em cheque a fidelidade dos parceiros ou mesmo não querem - ou não

conseguem – enfrentá-los. Também aponta as questões de poder na relação médico-paciente quando percebe que

"... qualquer paciente hiv que chega aqui no consultório e você pergunta: 'está usando a camisinha?' [a paciente] 'estou, sim!'. Pode não estar, pode nunca ter usado, mas vai te responder 'estou, sim'. Ou então, 'é o parceiro que não quer usar'..."

Ele acredita que as barreiras que dificultam uma comunicação mais aberta e franca entre profissionais e pacientes são criadas pelos médicos, na medida em que se baseiam em 'postulados e bandeiras' que não correspondem às necessidades reais das pessoas que atendem. Prosseguindo em sua análise, percebe que a clientela, por seu lado, também tem suas estratégias de resistência, não entrando em confronto com os 'doutores' e afirmando aquilo que 'eles querem ouvir'.

Portanto, as questões reprodutivas e contraceptivas encontradas entre os entrevistados são diversificadas, sendo que apenas uma profissional vivenciou a difícil experiência do aborto provocado. No tema a seguir, discutiremos como esses profissionais posicionam-se frente aos desejos e decisões reprodutivas de suas pacientes, para o que suas experiências neste campo estarão servindo de referência.

OS DILEMAS ÉTICOS NO CAMPO DA GRAVIDEZ HIV+

Julgamos relevante explorar, com os profissionais de saúde, seus posicionamentos relacionados às decisões reprodutivas das mulheres hiv+. O objetivo deste tema foi apreender quais valores profissionais e pessoais, morais e éticos informam suas condutas e atitudes perante as pacientes assistidas.

O tema da ideologia médica, e sua inter-conexão com a ideologia de gênero, está aqui claramente colocado. Como já discutido, a ideologia médica, que perpassa toda a formação médica e orienta a própria organização do trabalho em saúde, reveste os profissionais, dentre outros efeitos, de uma 'autoridade científica' que lhes outorga o direito de decidirem o que é melhor para as pacientes. Entre outros aspectos deste modelo e dessa ideologia, a histórica dissociação entre o corpo biológico e suas dimensões sociais, culturais, subjetivas e afetivas operacionaliza a manifestação dessa ideologia. No caso das mulheres e, particularmente no campo reprodutivo, esse poder se manifesta claramente, por exemplo, quando um número significativo de médicos ainda pensa que uma mulher hiv+ deve abortar ou ser esterilizada, como já visto anteriormente. Porém, nunca é demais lembrar que a ideologia não opera consensualmente pois os indivíduos, marcados por suas experiências de vida, a re-traduzem e re-elaboram, muitas vezes de formas conflituosas e/ou contraditórias. São esses conflitos e

contradições, que podem ser captados através dos discursos dos entrevistados, que pautarão a análise a seguir.

As perguntas que orientaram este tema sempre foram formuladas como se o entrevistado estivesse sendo solicitado, por uma paciente, a dar-lhe um aconselhamento. Assim, as seguintes indagações foram feitas: que atitude tomaria frente a uma mulher hiv+ que deseja engravidar? no caso de uma grávida hiv+ querer fazer um aborto, como você se posicionaria? você recomendaria a laqueadura de trompas para mulheres hiv+? em que circunstâncias? por que? se a mulher deseja fazer a laqueadura, qual sua posição? o que você faria caso uma mulher grávida, mesmo após receber aconselhamento, não quisesse fazer o teste para o hiv: faria o teste ou respeitaria sua decisão?

Em relação à primeira questão - o desejo de uma mulher hiv+ querer engravidar - prevaleceu, entre todos os entrevistados, uma posição 'politicamente correta' e aparentemente neutra, ou seja, de respeitar qualquer decisão da mulher e lhe oferecer todas as informações médico-científicas necessárias para que possa tomar uma decisão informada. Porém, quando se aprofunda a discussão, percebe-se, nos discursos, nuances que revelam importantes diferenciais na forma de acolher o desejo de alguém que vive uma realidade de vida tão distinta. Ou seja, mesmo declarando o absoluto respeito à decisão das pacientes, muitas entrevistadas explicitaram seu desconforto e, no limite, sua discordância. Algumas delas, corajosamente, admitiram que ensejam todos os esforços para demover as pacientes da idéia de engravidarem.

Três dessas entrevistadas admitem que, no aconselhamento, tentariam influenciar a mulher para não engravidar. Uma delas assume que se, ao final das informações, a mulher insistisse, ela ainda solicitaria exames laboratoriais para checar seu estado de saúde e ter argumentos mais conclusivos acerca dos riscos para o bebê. Outra entrevistada posicionou-se claramente contrária a uma gravidez nessa situação, embora ressalve que aconselharia a paciente a procurar orientação médica. Por fim, uma entrevistada, médica, foi bastante honesta e corajosa ao expressar claramente sua posição contrária, assumindo que se esforçaria para tentar demover a paciente da gravidez. Os argumentos que usaria seriam, em suas palavras,

"... por ela ser uma pessoa doente, ela...né... querer ter uma criança e de repente, sei lá, acontece alguma coisa e ela morre"

Caso a paciente não desistisse, não lhe restaria outra opção a não ser aceitar:

"Mas acho que se realmente for uma opção dela, o máximo que eu vou fazer.... sei lá.... é aceitar isso como uma decisão".

Porém, ressalva que insistiria nos argumentos contrários à gravidez até a exaustão e ainda lembraria à paciente que

'querer ter uma criança é fácil; a questão é depois: cuidar de um filho é estafante, estressante e não tem volta atrás, é para toda a vida....'.

No entanto, apesar de sua posição radicalmente contrária a uma gravidez hiv+, ela admite que pode compreender o desejo de ser mãe mesmo em situações tão difíceis como essa. Supõe que esse desejo é motivado por *"....alguma coisa que você deixa não sei. Eu acho que passa muito por aí, de você deixar alguma coisa"*.

Essa entrevistada, não coincidentemente, assumiu que ter filhos foi das experiências mais gratificantes de sua vida mas, por outro lado, expressou os conflitos que teve - e ainda tem - para conciliar a atenção aos filhos com o trabalho.

As outras entrevistadas demonstraram posições mais compreensivas e acolhedoras. Uma delas afirma tentaria entender, primeiramente, o sentido deste desejo mas, em qualquer hipótese, o acolheria incondicionalmente. Além das informações médicas sobre riscos e possibilidades, ela ressaltaria os aspectos positivos e otimistas da gravidez. Como diz, solidária com a paciente,

"E isso [querer ter um filho], na história dela [paciente], tem um significado. Não sou eu que vou interferir nisso, né?".

Outra entrevistada posicionou-se de forma mais objetiva, pautando-se em uma postura profissional: acolheria o desejo da paciente porque hoje as chances do bebê não se infectar são grandes, além da esperança de cura e/ou de tratamentos mais eficazes em curso. Porém, admite que sua postura, há alguns anos atrás, seria enfática no sentido de desaconselhar a gestação.

O entrevistado, coerente com as posições profissionais e pessoais que assume, declarou-se sempre incondicionalmente favorável à decisão da paciente, mas não só. Este médico, mais uma vez confrontando o modelo biomédico, ainda ressaltou que um aconselhamento não deve se restringir unicamente ao hiv mas também abranger outros aspectos da vida da pessoa. Ou seja, a decisão de ter um filho, especialmente no caso das pessoas afetadas pelo hiv, envolve várias esferas da vida afetiva, familiar e social que devem ser consideradas pelo profissional, e não apenas taxas, exames e outros parâmetros médico-biológicos. Sua fala demonstra grande sensibilidade para compreender o significado da maternidade para uma mulher, sejam quais forem suas circunstâncias de vida. No caso das mulheres hiv+, há, segundo ele, um fator complicador pois

" [...] é muito provável que ela coloque toda a questão de ter um filho em cima da questão de contaminar o bebê ou não. E depois [ela] tem depressão, e tal e tal, porque os outros aspectos de ter filhos não foram vistos, porque estava provisoriamente desviada a atenção para um foco muito específico, em pauta, que é a questão do HIV".

Prossegue em sua sensível análise considerando que

"[...] eu tenho pra mim que ter filhos, ou não ter filhos, para as pessoas, é MUITO [ênfático] importante. E, para elas, é um valor que é muito mais importante, muitas vezes, do que contaminar-se ou não".

Portanto, este entrevistado percebe o significado de ter filhos para além dos aspectos médicos e/ou sociais, ou seja, a maternidade enquanto uma experiência única e insubstituível. E, por fim, não deixa de considerar que ter filhos é um aspecto fundamental para a concretização de um projeto conjugal-familiar:

"... eu sinto que a necessidade de engravidar é maior do que o medo dos problemas que acontecem pela relação sexual. [...] Então, neste contexto, eu acho que é importante, primeiro, partir do pressuposto de que é interessante pra estar bem constituída a família ... ter, realmente, muito desejo de engravidar, de ter um filho [...]".

Como podemos constatar, a visão deste profissional considera, em primeiro lugar, a legitimidade do desejo de ter filhos para, posteriormente, abordar o problema do hiv.

Por fim, a entrevistada que tem um filho adotivo também assume uma postura de respeito e acolhimento para com as mulheres hiv que desejam engravidar. Sensível a todas as dificuldades de vida enfrentadas por essas mulheres, ela percebe o quanto um filho pode representar uma das poucas realizações acessíveis a elas. Como diz,

"Porque eu acho que ela tem direito, como qualquer mulher, de ser mãe, entendeu? E hoje tem mais direito, já sofre tanto por outros motivos... por que não ser mãe? "

Evidentemente, os critérios médicos não são por ela secundarizados: o estágio de evolução da doença, a carga viral e outros indicadores são considerados no momento do aconselhamento. Porém, os aspectos sociais, culturais e emocionais da vida dessas mulheres não são, em nenhum momento, relegados, o que também torna essa postura humana e solidária. Um exemplo desse delicado momento, em meio a tantos já vividos, é por ela lembrado: recorda-se de um casal - ambos hiv+, já doentes e com carga viral alta - que a procurou porque desejavam ter um filho, seu primeiro filho. A entrevistada mostrou-lhes todas as contra-indicações de uma gravidez nessa situação, ponderando os grandes riscos do bebê se infectar. Por fim, embora sentindo enorme pesar, abordou com eles o delicado problema de uma possível orfandade dessa criança. O casal, então, informou-lhe que alguns

familiares já haviam assumido a responsabilidade pelo filho no caso de sua ausência. Ela, então, se deu conta que os dois já haviam tomado a decisão de terem um filho e a procuraram para receber apoio, orientação e uma assistência adequada. Sua postura, a partir daí, foi de dar-lhes o que eles esperavam dela, como ser humano e como profissional.

Como vemos, há posturas distintas entre os entrevistados, algumas mais circunscritas pelo modelo profissional-ideológico, outras mais abertas e sensíveis para a percepção do significado social, cultural e afetivo da maternidade.

O tema seguinte, sobre o direito ao aborto, explicita mais abertamente alguns posicionamentos ideológicos, morais e religiosos das entrevistadas, sendo que, para muitas delas, as posições assumidas, no que tange ao aborto, está em contradição com as posturas relacionadas aos outros temas tratados.

A mesma entrevistada que expressou uma postura compreensiva e solidária com as mulheres hiv que desejam engravidar, assume um posicionamento contundente contra o aborto, seja qual for a circunstância de vida da mulher. Além de alegar razões médicas - acredita que o aborto piora a situação imunológica da mulher hiv - declara-se contrária a essa opção por razões morais e religiosas. Neste caso, pensa que não deve omitir-se no aconselhamento e assume explicitamente que tenta demover a paciente usando todos os argumentos que possui. Aliás, ela relata dois casos em que conseguiu reverter o desejo das mulheres, suas pacientes, abortarem. Sua crítica, nesta questão polêmica, dirige-se também para uma postura profissional que apregoa a neutralidade. Em suas palavras,

"Porque também eu acho meio assim....você não dar sua opinião é muito... muito.....é muito primeiro mundo, entendeu? Tipo assim, as pessoas [no primeiro mundo] não se envolvem... não se envolvem, não. Se ela [a paciente] veio me perguntar, ela veio perguntar.....coloco do ponto de vista médico, do ponto de vista legal e do ponto de vista meu, o que eu acho e o que eu posso dar em troca".

Neste caso, 'dar em troca' significa oferecer à paciente apoio médico, emocional e social para levar a gravidez à frente. A entrevistada, porém, não desconsidera o sofrimento de uma mulher que pensa no aborto como uma (falta de) alternativa. Como diz,

" Porque eu sei que é uma situação difícil, não estou achando que é fácil, não. Que a gente ajuda no que for possível, entendeu?"

Por fim, essa entrevistada assume sua posição religiosa ao argumentar que

" eu acho que, se já tem uma vida, se está grávida, é a mesma coisa de se matar com 6 meses, 9 meses, 2 meses. Entendeu? Quer dizer, é uma chance a menos de uma criança nascer [...] Tem que pensar que é um filho. Pode não estar vindo na hora que você tá mais

querendo ou mais podendo, mas é um filho. É uma criança que já tá viva. Essa é minha opinião".

Por fim, o antagonismo entre vida e morte, sendo a profissão médica, simbólica e culturalmente, comprometida com a primeira, transparece em seu emocionado discurso sobre a missão médica:

"[para suas pacientes que declararam desejar abortar] ... eu falei que, primeiro, que aqui era um lugar pra ajudar as crianças a nascerem, e não o contrário".

Tentando justificar sua posição intransigente com relação ao aborto, essa entrevistada procurou distinguir o que entende por 'aconselhamento' e 'orientação'. Para ela, o primeiro termo é inadequado já que, na maioria das vezes, o médico faz 'orientação', ou seja, fornece à paciente informações científicas para que ela possa tomar uma decisão informada. Neste sentido, observa que os médicos não são onipotentes - e sequer têm esse poder - para impedir que alguém realize um desejo. Já o 'aconselhamento' pressupõe uma posição pessoal do médico, onde valores morais estão colocados. No seu próprio caso, porém, reconhece que, na questão do aborto, realiza um aconselhamento, já que, neste caso, assume suas opiniões valorativas para posicionar-se. Dessa forma, ela aparentemente resolve seus conflitos, justificando suas diferentes posturas relacionadas às decisões reprodutivas.

Outras quatro entrevistadas também assumiram posição radicalmente contrária ao aborto em qualquer circunstância. Uma delas justifica-se pela ética profissional, por suas convicções morais pessoais e também pelo argumento profissional, quando reitera a posição de que o aborto piora o estado de saúde da pessoa hiv+, podendo, inclusive, afetar a saúde do bebê no caso em que a interrupção da gestação não é bem sucedida. Relata que já vivenciou muitas situações onde mulheres tentaram o aborto, não foram bem sucedidas e tiveram uma gestação tensa e tumultuada devido a medos e angústias sobre os possíveis danos ao bebê. Mas admite que, se todos seus argumentos falharem, termina por acatar a decisão de uma mulher hiv+ abortar e demarca sua posição em relação às posturas autoritárias, tão frequentes entre seus colegas. Como diz,

"É, eu respeito. Não acho que eu faça a linha que, tipo assim, chega dentro da maternidade e...'ah, você fez porque quis, você tentou porque quis. Então, agora, você tá pagando'. Eu acho que ela, lá no fundo dela, sabe a dor, sabe a dificuldade que ela tava passando".

Uma outra entrevistada assume que tentaria demover uma mulher hiv+ de abortar mostrando-lhe as excelentes perspectivas de ter um filho saudável. De certa forma, transparece, nessas falas, a visão que considera a infecção pelo hiv o único motivo para as

mulheres desejarem abortar. Outros aspectos de suas vidas não foram considerados enquanto impedimentos para não desejarem ter um filho o que, de certa forma, reflete uma visão idealizada e descontextualizada da maternidade.

Paradoxalmente, uma entrevistada que, no tema anterior, assumiu a postura de tentar demover uma mulher HIV do desejo de engravidar, expressa uma posição mais flexível e compreensiva em relação ao aborto, embora ressalvando que não pode assumi-la publicamente devido a questões de ética profissional. Ela acredita que é um direito das mulheres não quererem uma gestação acidental e/ ou indesejada. Possivelmente, sua própria experiência com um aborto a torne mais tolerante e solidária com as outras mulheres, suas pacientes. Porém, ela ressalva que fica muito angustiada quando pensa nas péssimas condições em que as mulheres pobres fazem aborto, o que a deixa em conflito entre apoiar e desaconselhar.

A única entrevistada que, no tema anterior, assumiu o total respeito aos desejos e necessidades das pacientes, mantém-se coerente com sua visão ao re-afirmar que não interferiria na decisão da paciente abortar. Apenas a alertaria sobre os riscos e as possíveis complicações de um aborto. Ela, porém, reconhece que a tendência do serviço é estimular e apoiar a mulher para que prossiga com a gestação.

É no tema da laqueadura que surgem posições claramente conflitantes e polarizadas entre dois personagens-chave desta equipe. Uma delas assume que apóia, ajuda e encaminha as mulheres que manifestam desejo de laquear-se, embora ressalte, enfática, que não sugere ou recomenda essa opção a ninguém. Seu argumento baseia-se no direito das mulheres pobres fazerem a laqueadura em boas condições, com segurança e dignidade, como as mulheres de classe média que podem pagar por este procedimento. Porém, ela assume que há um diferencial quando se trata de mulheres HIV+. Em suas palavras,

"É diferente. Você não tá falando de pessoas saudáveis, você tá falando de uma pessoa que tá infectada e que vai morrer. Porque, até agora, vai morrer. Ela pode morrer daqui a 2, daqui a 5 anos. Ela vai morrer, vai deixar crianças órfãs. E é uma pena, quer dizer.... E elas têm consciência disso, entendeu? Então, eu acho que é um direito que elas têm. Enquanto mulheres, enquanto mães".

Esta entrevistada, neste momento, retoma contundente crítica às feministas. Em sua avaliação, os 'direitos das mulheres' não estão igualmente assegurados, já que as mulheres pobres não têm acesso a maioria das opções contraceptivas. Além disso, ela associa o direito à laqueadura à questão do aborto pois pensa que a falta da primeira opção leva as mulheres pobres a buscar um aborto em condições arriscadas. Como diz,

"E aí, eu acho que é uma hipocrisia dessa sociedade, entendeu? Que é direito pra todos, pras mulheres, e pra não sei o que. Quer dizer, eu não vejo nunca nenhuma feminista levantar isso, em relação a alguém que tá [hiv] [...] Mas, e se ela não estivesse infectada pelo hiv, teria o direito de ligar? Também acho, mas do ponto de vista dela [da mulher], mesmo sem o apoio institucional então, ela não tem apoio institucional, continua fazendo aborto por aí, que é muito pior...."

O ponto de vista contrário, trazido por outra entrevistada, baseia-se no argumento de que a laqueadura, enquanto uma escolha contraceptiva radical e irreversível, adquire um peso emocional muito grande para as mulheres. Particularmente no caso das mulheres hiv+, indicar, ou mesmo apoiar, a laqueadura significa tirar-lhes quaisquer esperanças de vida futura. Como diz,

"Eu dizer pra ela [paciente] que tem que ligar trompa nesta situação é dizer pra ela 'você tem um caso que não tem solução'".

Assim, em sua conduta profissional, procura argumentar com as pacientes para demovê-las dessa opção, quando a mulher assim o deseja. Indo mais além, numa análise política sobre a banalização da laqueadura, pensa que

" ... hoje, essa questão de ligar a trompa, ela é ... um marketing poderoso, [sobre o] que as pessoas não refletem, e que, em termos práticos, agem como se estivessem no veterinário, como um animal qualquer. É qualquer coisa assim que tornou-se sinônimo de 'não quero ter mais filho, portanto, ligo as trompas'. [...] ... Eu sinto que isso não é uma coisa muito... correspondente à integridade da pessoa".

Seus argumentos, porém, não param por aí. Pelo aspecto da prevenção da transmissão sexual do hiv, também percebe limitações e paradoxos na laqueadura pois, como aponta,

" esta é uma pessoa [hiv+] que tem, pra preservar a vida dela, que usar um recurso que é, ao mesmo tempo, um recurso anticoncepcional, que é a camisinha. [...] Se você tem um método contraceptivo alternativo, a chance de não usar a camisinha é maior... de não usar a camisinha. Então, não ter uma alternativa é, em tese, um elemento a mais para que a pessoa se obrigue a usar o preservativo".

Por fim, reconhece que sua posição sobre a laqueadura não é consensual e tece uma crítica velada à postura que considera hegemônica no meio médico:

"Eu acho que [a minha] é uma postura contra a maré atual. Os profissionais tendem a indicar, tendem a pressionar, inclusive de forma às vezes subliminar, né?"

As divergências desses dois profissionais sobre a laqueadura são conhecidas por todos da equipe do programa. Quando analisamos a questão pela ótica das pacientes, vimos que

algumas delas explicitaram suas críticas à segunda posição que, por mais cuidadosa e bem intencionada que seja, não admite que a laqueadura possa ser uma opção consciente e satisfatória para muitas mulheres. Neste sentido, julgamos que ambos os argumentos contêm méritos, deméritos e boas intenções mas exercem uma certa coerção que, muito provavelmente, constrange as pacientes em suas opções contraceptivas. Afinal, não é fácil para uma mulher pobre enfrentar e desafiar a posição de um médico.

Porém, como vimos, as mulheres/pacientes não são tão passivas como possam parecer. Muitas vezes, sua decisão já está tomada e ela apenas não a assume frontalmente, possivelmente por receio de recriminações ou sanções nos serviços de saúde. Aliás, uma enfermeira fez a observação de que, em sua percepção, as pacientes geralmente tomam suas decisões reprodutivas 'silenciosamente', sem consultar os profissionais de saúde. Porém, no caso da laqueadura, o encaminhamento médico faz-se necessário para que a laqueadura possa ser realizada, sem ônus financeiro para a paciente, no momento do parto.

Portanto, estamos diante de uma situação difícil e complexa e que coloca questões importantes no âmbito das decisões reprodutivas. Sem dúvida, a laqueadura deveria ser uma das opções oferecidas a todas as mulheres e realizada na rede pública, em boas condições. Porém, o histórico de esterilização em massa das mulheres pobres brasileiras paira como uma sombra sobre essa questão, tornando o debate emocionado e, por vezes, distorcido.

Por outro lado, no âmbito das vivências femininas, saber-se hiv+ e tomar a decisão de laquear-se certamente não é fácil para muitas mulheres. Assumir que não pode, ou que não deve mais ter filhos, especialmente quando se vive em contextos tão carentes e adversos, onde outras formas de auto-realização não estão acessíveis, também não é uma decisão fácil. Portanto, o ponto a que podemos chegar aqui é que caberia aos profissionais de saúde, ao se depararem com esses dilemas, ajudarem as mulheres a tomarem uma decisão madura e consciente, o que exigiria tempo, disponibilidade e também preparo profissional para o aconselhamento. Os serviços públicos, porém, oferecem condições para que este delicado e paciente trabalho seja realizado dessa forma? Há tempo e espaço para que estas difíceis e complexas questões sejam abertamente discutidas, elaboradas e amadurecidas? Como vemos, posturas que afetam profundamente a vida e as decisões das pessoas ficam circunscritas às convicções pessoais, às posturas e habilidades de cada profissional. Mais adiante, voltaremos a esse ponto através de alguns depoimentos críticos sobre as condições de trabalho e a ausência de espaços de troca e aprendizado coletivo entre os profissionais que, dessa forma, poderiam se sentir mais bem preparados para lidarem com os complexos problemas humanos com que se deparam cotidianamente.

Entre as outras entrevistadas, prevaleceu, também com nuances distintas, a posição de apoiar as mulheres que desejam fazer a laqueadura, em coerência com as posições tomadas até então.

Uma das entrevistadas também detectou a contradição entre a laqueadura e a prevenção do hiv. Porém, conclui sua fala resignadamente ao dizer "... *mas é de novo a vontade dela, né?*". Ou seja, embora o desejo da paciente deva ser sempre soberano, o profissional sente-se, até certo ponto, moralmente responsável pelas conseqüências de determinadas opções, o que se constitui num dilema.

Neste mesmo sentido, outra entrevistada assumiu que, embora jamais indique a laqueadura, apóia incondicionalmente a mulher que deseja laquear-se. Mas também externou sua preocupação com o risco da transmissão de DST quando a questão contraceptiva está resolvida, o que considera um aspecto altamente problemático da questão.

Uma única entrevistada fez uma análise mais abrangente da situação, lembrando que há muitos aspectos que devem ser considerados neste tipo de aconselhamento. Em suas palavras,

"Se ela quiser, se ela quiser mesmo, eu recomendaria. Eu não veria.... eu acho que teria todo um trabalho a ser feito, entendeu? Toda uma discussão, toda uma situação [a ser considerada].... "

Como se vê, essa entrevistada levou em conta todo o contexto de vida da paciente, o que deveria ser levado em consideração no aconselhamento. Esta profissional assume que apoiaria a laqueadura para uma mulher hiv+ que já tivesse muitos filhos e estivesse numa situação de vida muito difícil. Conclui sua fala posicionando-se politicamente em relação à questão: defende que a laqueadura deveria ser uma opção contraceptiva entre outras, a ser oferecida aberta e democraticamente pelos serviços públicos, o que a tornaria uma escolha legítima, e não dissimulada e quase clandestina, como é atualmente.

Por fim, a entrevistada que não teme expor suas controvertidas posições ideológicas, admitiu que, em alguns casos, tenta influenciar as mulheres a favor da laqueadura. São casos onde ela percebe dificuldades e limitações tão graves que chegam a lhe causar 'espanto': mulheres que não conseguem se cuidar, cuidar do bebê, tomar os remédios nas horas certas, etc. Possivelmente, ela está aqui referindo-se àquelas pacientes que atingem um patamar de desestruturação social e emocional tão profundo que já não sentem motivação para lutar pela vida. Como visto, essa questão abala a onipotência médica, tornando os profissionais impotentes frente a esse tipo de paciente. Afinal, a motivação principal é poder oferecer meios para 'salvar' vidas, das mulheres e, principalmente, seus bebês. O principal 'retorno' desta

dedicação é o reconhecimento que se manifesta, entre outras atitudes das pacientes, no engajamento no tratamento. Vimos, na observação participante, o quanto é difícil lidar com as pacientes 'rebeldes', desestruturadas, desinteressadas pela vida e que desafiam constantemente seus limites.

Não pretendemos aqui nos colocar numa posição moralista que se pretende no direito de julgar os demais. Há que se compreender que, em meio às inúmeras dificuldades que esses profissionais enfrentam no seu difícil dia a dia, nem sempre sobram energia e motivação para lidarem com situações extremamente complexas e difíceis e que exigiriam recursos sociais e profissionais que vão muito além da capacidade do serviço oferecer. É como se os esforços se concentrassem naqueles que dão um retorno positivo, que 'agarram' as chances que estão tendo para se 'salvarem'. Nunca é demais lembrar que os profissionais desta equipe são singulares exatamente por tentarem, através de seus esforços individuais, oferecer muito mais que a tradicional assistência médica à saúde. Porém, há que se reconhecer que existem, nesta situação, limites pessoais, profissionais e sociais, já que não contam com serviços de assistência social adequados que ofereçam suporte especializado para essas situações-limite.

Por fim, o último tema buscou captar e compreender os posicionamentos desta equipe sobre o direito da gestante não querer realizar o teste anti-hiv. Tal tema reveste-se de importância pois sabemos que a maioria dos testes realizados no pré-natal são feitos sem aconselhamento adequado, sem falar nos casos em que a paciente sequer sabe que está sendo testada. Esta equipe, aliás, recebe diariamente mulheres que chegam para serem re-testadas e que estão completamente desorientadas, confusas e amedrontadas em consequência de aconselhamentos mal feitos ou não feitos. Por outro lado, a prepotência médica faz com que muitos médicos sintam-se no direito de realizar o teste sem consentimento da gestante. O argumento comum para tal atitude é a vida do bebê: quem tem o direito de decidir por ele, no caso de uma mãe 'relapsa' ?

A maioria das entrevistadas, ao avaliarem essa questão, admitiram que a maioria de seus colegas assumem atitudes prepotentes e desrespeitosas ao testarem as grávidas sem o seu consentimento (e, por vezes, sem o seu conhecimento), do que discordam frontalmente. Todas compartilham uma mesma visão sobre os (bons) resultados de um aconselhamento adequado: quando isso ocorre, geralmente não há negativas, pois o apelo para os benefícios para o bebê são praticamente irrecusáveis. Afinal, qual a mãe que não quer o melhor para seu filho? Desde que ela compreenda que testar-se, neste caso, significa um benefício incomensurável para seu bebê.

A fala de uma entrevistada coloca essa questão claramente:

"É mais comum você ter a resposta positiva do que a resposta negativa, quando você coloca a criança em si, entendeu? Acho que volta a questão da maternidade, né? Acho que quando você tá lidando com uma coisa que sai de você, com um filho seu, acho que é mais comum você aceitar determinadas coisas porque você sabe que é em prol dele, do bebê"

Outra entrevistada, que também trabalha num serviço de pré-natal e tem larga experiência em aconselhamento de gestantes, relata nunca ter visto uma recusa definitiva. Em sua experiência, algumas mulheres precisam de tempo para pensar e tomar coragem, mas terminam por aderir ao teste. Atualmente, neste serviço de pré-natal, tem feito o aconselhamento em grupo, o que julga ser uma estratégia vantajosa em vários sentidos: nenhuma mulher se sente discriminada, já que o teste é sugerido a todas as gestantes e, além disso, o grupo constrange as mulheres que têm dúvidas. Como admite,

"Então, eu acho que acaba saindo, tipo assim: se ela [a enfermeira] pede pra uma e ela pede pra todo mundo, então, talvez...[a paciente pensa] 'por que que eu não vou querer fazer, se a outra vai fazer também?' "

Uma entrevistada, não médica que, até este momento, vinha assumindo posições cautelosas, relatou sua difícil experiência pessoal com a testagem para o hiv e, só então, expressou seu ponto de vista crítico sobre os médicos. Relata que, quando esteve internada para investigar uma doença infecciosa de origem desconhecida, foi sumariamente comunicada pelos médicos que a assistiam que iria ser testada para o hiv. Embora sem problematizar o seu direito de ser consultada sobre a realização deste teste, ela assim avaliou os efeitos essa conduta:

"Eu me senti péssima! Quando ele [médico] pediu... que ele falou: 'vou fazer o HIV, você não fica assustada, agora é rotina em todo mundo que entra'.... Mas é claro que a gente, que tá na área da saúde e sabe de tudo que eles vão fazer eles fazem aquela lavagem [cerebral] primeiro na sua cabeça, pra poder te convencer daquela situação".

Percebe-se aqui claramente uma posição de desconfiança em relação aos médicos e às suas intenções, colocando em cheque a honestidade e veracidade com que os procedimentos são comunicados aos pacientes.

A fala de outra entrevistada pautou-se por uma avaliação crítica do serviço que, na correria cotidiana, nunca deixa tempo para conversas mais demoradas e aprofundadas com as pacientes. Embutida na 'falta de tempo', explicita-se aqui uma crítica ao próprio modelo biomédico, que não permite espaço para a 'escuta' das demandas subjetivas dos pacientes. Para o acolhimento dessas questões, segundo ela, seria necessário

" [...]..... *perder tempo mesmo, porque, no serviço, você tem hora, agenda, mas é [importante]. Você acha que não vai dar conta [do aconselhamento] naquele único atendimento? Você remarca, remarca, remarca.... nas 4 situações [temas] aí que você me deu. Eu acho que a gente tem que ter talvez isso: alertar, falar das dificuldades, dar um tempo pra pessoa pensar. [...] Agora, quando você nessa coisa de recusar a fazer o exame eu acho que, quando você pára e tem esse tempo, a pessoa faz. Na minha experiência [é assim]"*.

Esta entrevistada aponta claramente que o trabalho em saúde não pode obedecer a uma lógica produtiva, na qual 'tempo é dinheiro'. O tempo, aqui, está sendo re-significado enquanto tempo necessário para se elaborar emocionalmente questões de vida que não são triviais nem simples. Também é o 'tempo' do respeito ao outro, do respeito ao 'tempo' do outro, que não pode ser delimitado, marcado, cronometrado. Afinal, não somos máquinas, é o que ela está querendo mostrar. Prosseguindo em sua análise, essa entrevistada entende que, quando uma paciente busca o aconselhamento de um profissional, é porque está dividida. Cabe ao profissional ajudá-la a tomar a melhor decisão, o que seria, na sua opinião,

" [...]..... *pelo menos [ajudar a ser] uma escolha menos sofrida, né? Porque essas situações... são situações de vida certas situações da vida. Você não pode evitar o sofrimento, não tem como. Mas pode ajudar.... "*

É importante demarcar que essa profissional, no período de observação participante, mostrava muita ansiedade por não conseguir responder a todas as solicitações da instituição. Não raras vezes, não realizava a reunião de grupo com as gestantes em função de outras urgências que exigiam sua presença. Portanto, ela externa aqui uma reflexão crítica que reflete sua própria experiência, consciente de que é impossível, neste ritmo de trabalho, dispor do 'tempo' necessário para as demandas emocionais/subjetivas das pacientes.

O entrevistado também expressou uma interessante análise da questão. Ele assume que uma recusa para a testagem representa uma falha de comunicação sua: ou não deu informações suficientes, ou não se fez entender ou que a paciente tem questões próprias que escapam ao seu entendimento. Ele ressalva que esse 'entendimento' pressupõe o estabelecimento de uma *relação* com a paciente. Estabelece também um diferencial de classe social quando compara as posturas de pacientes de consultório e as da instituição pública. Acredita que essas últimas têm uma posição mais 'subjugada' e passiva, não questionando determinadas condutas profissionais. Nestes casos, reconhece que as conseqüências de um exame realizado sem consentimento pode trazer repercussões graves. Como diz, "*....aqui*

[hospital público], a pessoa [paciente] poderá fazer, mesmo sem saber. E depois, você está com um problema ENORME [jurídico] pra segurar..."

Ao se posicionar sobre este tema, e reportando-se aos colegas que sequer informam as pacientes da realização do teste, uma entrevistada fez uma contundente crítica sobre o que caracterizou como 'desumanização da medicina'. Segundo ela, os médicos são cada vez mais manipulados por planos de saúde e, no setor público, por baixos salários e pela falta de condições de trabalho. Essas são, em sua visão, as principais causas para aconselhamentos mal feitos e outras condutas inadequadas presentes no cotidiano das instituições públicas de saúde. Neste sentido, sua análise política da questão supõe que os médicos vão perdendo sua histórica formação humanista e se 'brutalizando', como decorrência de um sistema que os explora. Segundo ela, que luta incansavelmente por uma assistência digna no setor público, os profissionais deveriam se 'rebelar' pois, neste caso, trata-se de uma profissão que trata de sujeitos e não de 'coisas'. A coerência política de seu ponto de vista revela-se através de sua dedicação integral ao setor público o que lhe permite, por exemplo, estar disponível para as pacientes quando estas entram em trabalho de parto. E também dedicar-se aos treinamentos de outros profissionais de saúde na prevenção da transmissão vertical, o que julga estratégico para melhorar a qualidade da assistência pública nessa questão.

Julgamos esse depoimento extremamente importante pois demarca uma compreensão política que não dissocia as dificuldades da prática cotidiana das questões sociais e políticas mais amplas. Neste sentido, ela expressa o 'sofrimento' dos profissionais de saúde quando têm que abrir mão do ideal e da vocação humanista da medicina.

Por fim, essa entrevistada expressa o reconhecimento de que a epidemia de Aids, a despeito do sofrimento que vem provocando, veio resgatar um aspecto fundamental da prática médica ao exigir que os profissionais conversem e saibam mais sobre a vida dos pacientes, reaprendendo a dialogar. A necessidade de explicar as questões relacionadas ao tratamento são universais mas, no caso da Aids, a relação profissional-paciente também tem que abarcar as questões de vida das pessoas, o que, no seu ponto de vista, re-humaniza a profissão.

Como pode-se constatar, a exploração destes temas foi rica e proveitosa. Embora não possamos tirar conclusões definitivas sobre questões complexas e polêmicas, pudemos trazer à luz os dilemas e conflitos que os profissionais de saúde vivenciam em seu difícil cotidiano de trabalho. *Pari passo* com posições humanas, compreensivas, solidárias e respeitadas com as pacientes, pudemos também identificar as marcas ideológicas do modelo profissional. Mas o que nos parece mais importante registrar é que esses profissionais lutam para não perder a dimensão humana de seu trabalho, mesmo num contexto desfavorável que dificulta, ou

mesmo impede, uma assistência solidária e confortante para aqueles que dela tanto precisam. Portanto, os limites do modelo biomédico e da ideologia médica são permanentemente desafiados e, por vezes, confrontados por aqueles que são, ao mesmo tempo, seu porta-voz e seus críticos.

A AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE E DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES HIV+

A última parte da entrevista explorou as questões relacionadas aos serviços de saúde, com especial ênfase na percepção crítica sobre o modelo assistencial, especialmente no conflituoso campo reprodução x hiv. Finalizaram este tema e a entrevista as experiências profissionais mais marcantes, a reformulação de valores a partir deste trabalho e, por fim, os sonhos e projetos de vida, pessoais e profissionais.

Como veremos a seguir, o tema do serviço de saúde foi intenso e mobilizante. Os entrevistados expressaram-se com vivacidade, entusiasmo e emoção sobre seu trabalho, não se furtando a colocarem suas críticas e sugestões para a melhoria da assistência à saúde, tanto nos aspectos profissionais e técnicos como também nos humanos, particularmente aqueles relacionados às gestantes hiv+.

Ficou evidente, através deste tema, o quanto esses profissionais, mesmo desconhecendo conceitualmente a proposta de integralidade, refletem criticamente sobre o modelo biomédico e anseiam por um trabalho mais integral e integrado. Este foi o ponto central das colocações, evidenciando uma consciência - por vezes, abrangente, por vezes, fragmentada - de que o atual modelo assistencial secciona/dicotomiza os pacientes, o processo de trabalho e os próprios indivíduos-profissionais. Como pontuou criticamente uma entrevistada,

"...nós não estruturamos os serviços, e o funcionamento deles, e as posturas nossas, de acordo com o que a clientela precisa, demanda, e quer, e deseja, e tal. Não é! É de acordo com o que vem antes".

'O que vem antes', no caso, seria, segundo ela,

"... a nossa mania de estabelecer o funcionamento, de estabelecer rotinas, de estabelecer posturas, tendo a ver tudo isso com o que está atrás do profissional, quer dizer, a estrutura institucional [...]"

Ou seja, ela expressa uma visão crítica da própria estrutura institucional, movida por uma lógica burocrática impessoal que termina por privilegiar suas próprias necessidades, em detrimento das necessidades dos pacientes. Essa entrevistada tem, portanto, consciência de

que os profissionais de saúde são, de certa forma, apenas peças dessa insensível engrenagem. Como diz,

"[...] não é o profissional em si o culpado disso. Mas quando estabelecemos um empreendimento, ali também se estabelece [o planejamento] pelo recurso que tem, e a oportunidade de usar esses recursos. Então, primeiro faz-se as estruturas. Depois, [se vê] como é que se funciona tendo em vista essa estrutura e... depois, vamos procurar necessidades pra suprir o que essas funções podem suprir. E não o contrário".

Essa entrevistada está, de certa forma, analisando um aspecto - ou uma das manifestações - da ideologia médica, que também opera através de uma determinada lógica institucional - ideológica, já que não é neutra nem desinteressada - que rege o planejamento das ações em saúde e que não está, definitivamente, voltada para responder às necessidades dos indivíduos-alvo, neste caso, os pacientes.

Uma das conseqüências visíveis e sentidas deste processo é, segundo ela, a segmentação do profissional, do processo de trabalho e dos pacientes. Em suas palavras,

" Ela [a paciente] vem aqui e me fala da questão orgânica, e vai no outro [profissional] e fala de outra coisa. E essas coisas não se cruzam. Mas nela [paciente] cruzam!! Mas eu acho óbvio que tinha.... sim, claro, sem dúvida! ... que é a questão de ver integralmente a pessoa. E numa situação [Aids] que é ainda estigmatizante, que derruba o ego das pessoas, e que tem repercussão por causa disso - para ela e para os outros, o que certamente tem a ver com o espalhamento do problema - é óbvio que tinha que ter um suporte grande para as equipes nesse sentido"

Transparece, neste significativo depoimento, a expressão da necessidade premente dos profissionais de saúde: a de recuperarem a integralidade na atenção à saúde e mesmo sua própria integridade enquanto sujeitos de um trabalho que lida com questões humanas tão essenciais.

Uma ilustrativa auto-reflexão desta mesma entrevistada complementa sua análise. Ao surpreender-se com o teor das perguntas colocadas pela pesquisadora, essa profissional constatou, surpresa, que deveria estar refletindo, permanente e coletivamente, sobre essas questões, percebendo o quanto não há espaço no serviço para isso. Em suas palavras,

"Interessante que você [entrevistadora] faz perguntas que eu deveria estar me fazendo sempre, né? E eu não me faço. É um absurdo, né? [...] Você não estar se perguntando [essas] coisas, né?"

Também merece registro a riqueza de sugestões e propostas feitas por todos os entrevistados para a integração e melhoria da assistência prestada às mulheres hiv+, como

veremos em detalhes mais à frente. Desde uma maior integração entre os diversos níveis da rede de saúde até a necessidade de suporte emocional para os próprios profissionais de saúde, nada foi relegado ou esquecido.

Portanto, como poderemos evidenciar na análise a seguir, os profissionais de saúde, a despeito de uma formação que os formata em um modelo tecnicista, segmentado e impessoal, desenvolvem não só uma visão crítica sobre este modelo como têm inúmeras idéias e sugestões para transformá-lo.

OS DILEMAS REPRODUÇÃO X HIV NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Este primeiro sub-tema buscou compreender como os entrevistados se colocam frente a um problema que, de muitas, complexas e sutis maneiras, se interpõe ao processo de reprodução da vida. Há que se considerar, aqui, que o serviço investigado é um hospital pediátrico e que o programa de assistência às gestantes hiv+ está inserido no serviço de pré-natal desta instituição, não casualmente chamado de 'setor materno-infantil'. Percebe-se, portanto, a hegemonia da tradicional ótica mãe-filho, sendo que a mulher é assistida apenas enquanto grávida e, coerentemente, a meta fundamental são os esforços para a preservação da vida e da saúde das crianças.

De uma forma geral, os depoimentos revelaram uma sensível percepção sobre os diferentes significados que o hiv assume para as mulheres assistidas. Foram apontadas desde as dramáticas condições de vida da clientela até os conflitos conjugais que eclodem a partir do diagnóstico, sem esquecer das vivências subjetivas comuns a todas as mulheres grávidas.

Sobre os dilemas entre a reprodução e o hiv, uma das entrevistadas fez uma interessante reflexão ancorada em sua própria experiência profissional, adquirida em anos de assistência às mulheres hiv+. Segundo seu relato, a gravidez de uma mulher hiv+, no início dos anos 90, a deixava muito 'chocada' e perplexa diante da possibilidade da morte se interpôr na geração de vidas. Porém, através do contato mais estreito com essas mulheres, passou a perceber a questão por outra ótica. Hoje, pensa que, para muitas mulheres hiv+, ter um filho representa não tanto um problema mas um alento que as ajuda a enfrentar os inúmeros problemas de suas vidas, sendo a pobreza o mais dramático. Portanto, essa entrevistada hoje avalia que o impacto do hiv deve ser contextualizado e que esse problema nem sempre é o principal nem o mais grave para a maioria das mulheres afetadas. Ao refletir sobre o significado do hiv em diferentes momentos e situações de vida amorosa-conjugal-familiar das mulheres, ela tece algumas relevantes ponderações:

"Então, quando descobre na gravidez que é soropositiva, aí eu acho que tem.... esse fato abre situações diferentes. É, às vezes, uma gravidez que era desejada, e este fato traz conflito na relação com o parceiro [...] Quer dizer, o normal, o comum [o hiv] é uma coisa que ou explicita ou levanta a questão da infidelidade. Às vezes, a infidelidade é do parceiro, às vezes, é da mulher, né? E tudo isso causa conflitos de dimensões variadas [...] Às vezes, é uma gravidez que não foi desejada e aí, isso aumenta certamente.... quer dizer, cria uma dimensão outra pra rejeição. Mas, enfim, não é a questão do hiv em si, né?"

Por fim, este interessante depoimento re-coloca a vivência da gravidez das mulheres soropositivas no plano dos conflitos e ambigüidades de sentimentos comuns a todas as mulheres que gestam um filho, como sua fala explicita:

"São mães que mexem com a barriga, falam que a criança mexeu e tal. Que, como as outras, às vezes ficam incomodadas porque a criança tá chutando muito no final. Eu acho que tem os conflitos e as dualidades todas, e as simbioses, das gravidezes [comuns]. Eu não vejo amputada uma coisa ou outra nessas mulheres, ou sobrelevada uma coisa ou outra nesta dinâmica toda da gravidez, desses conflitos que existem mesmo, né? Eu não vejo especificado pra essas coisas do hiv".

Como podemos perceber, expressa-se aqui uma percepção de que o impacto do diagnóstico do hiv sempre recai sobre situações de vida anteriores. Evidentemente, essas questões terminam por 'adentrar' a consulta clínica, exigindo envolvimento e posicionamento dos profissionais.

Outra entrevistada, no mesmo sentido, não omite suas dificuldades em lidar com os problemas afetivos e conjugais das mulheres que atende. Questiona-se até que ponto pode, enquanto médica, interferir na vida de um casal, o que ocorre quando, por exemplo, solicita o teste do companheiro. Ela relembra, neste momento, vários casos onde o diagnóstico fez eclodir problemas conjugais e admite que sentiu-se responsável, ou mesmo culpada, por esses conflitos. Lembra-se particularmente de um caso marcante onde o companheiro de uma mulher hiv+ recusava-se terminantemente a usar a camisinha, o que provocou intensos conflitos entre o casal, quase resultando em separação. Frente ao impasse, e tendo em vista que a mulher não desejava separar-se do companheiro, aconselhou-a a desistir do preservativo para preservar sua relação. Neste caso, avalia que tomou a posição correta pois a mulher demonstrou gratidão e alívio ao sentir-se compreendida, aceita e apoiada. Ou seja, esta profissional, mesmo correndo o risco de assumir uma posição questionável do ponto de vista médico, optou por priorizar as necessidades emocionais e familiares da paciente, deixando de lado as recomendações médicas. Porém, admite que

"... a angústia de mexer na vida de um casal você mexe tentando [interferir] o mínimo possível, mas você mexe".

O depoimento de outras entrevistadas também revelam a diversidade de questões que estão colocadas nessa assistência. Uma delas avalia que, para muitas mulheres, o impacto do diagnóstico ainda é devastador devido, principalmente, ao estigma social que ainda persiste em torno da Aids. Em contrapartida, acredita que, para muitas mulheres hiv+, ter um filho significa valorizar e preservar sua própria vida e saúde. Percebe que a gravidez, para a maioria delas, significa um 'alívio', como que 'um re-encontro consigo mesmas', o que lhes infunde motivação para se tratarem e lutarem por uma vida melhor.

Outra entrevistada, no mesmo sentido, acredita que o hiv marca a gestação mais que qualquer outra doença grave pelo fato de envolver a relação afetiva-sexual das pessoas, além do medo do preconceito e da discriminação. Porém, também percebe a maternidade como uma vivência positiva e motivadora para as mulheres hiv+. Como diz,

"... essa coisa [do filho] dá uma força, não sei de onde vem. Deve ser mesmo a força que cada uma, mãe, tem. Cada mulher tem.... esse papel da maternidade".

Porém, reconhece que a questão é problemática pois a maioria das gestantes chega a negligenciar seu próprio tratamento em prol dos cuidados com o filho. Nestes casos, tenta estimular as mulheres a se tratarem apelando para o sentimento e responsabilidade maternos. Em suas palavras,

"Mas aí, é onde a gente tenta puxar: 'olha, a criança tá bem. Então, você também precisa ter forças pra você também estar legal, pra poder acompanhar a trajetória do seu filho'..."

Essa entrevistada, a exemplo de outros, também expressa seus dilemas sobre os problemas e conflitos conjugais gerados pelo hiv e assume sua dificuldade para lidar com questões tão difíceis e delicadas. Ela expressa sua perplexidade ao se defrontar com as conseqüências do diagnóstico para as relações amorosas:

"Então, eu acho que a dor ainda passa. Tipo assim, aquele contato físico ... é o beijo que já fica duvidoso, se vai poder dar, né? É o abraço, é tudo. Tudo passa a ser ponderado. Aí, começa a ter que se.... beijo não passa, abraço não passa, camisinha dificulta. Então, você começa a dar uma série de receitas pra mulher não ter o vírus [não se re-infectar] [...] E aí, no meio dessa história, ainda me aparece uma criança...[...]. Eu fico meio embananada quando eu começo a divagar e pensar nessas coisas todas".

Outra entrevistada, porém, atribui às condições de extrema pobreza da clientela as principais dificuldades da gestação hiv+. Declara-se muito sensibilizada quando se depara

com situações dramáticas de sobrevivência e reporta-se a um caso, em particular, que a deixou triste e pensativa por várias semanas: quando foi à casa de uma paciente faltosa, viu que essa mulher morava em um cômodo no alto de um morro, acessível através de uma imensa escadaria. Sua filha mais velha, uma menina de apenas 7 anos, era responsável pela casa e pelos irmãos menores enquanto a mãe saía para trabalhar. A entrevistada comoveu-se muito ao ver essa menina tendo que subir e descer a imensa escada várias vezes ao dia, submetida, tão precocemente, a uma responsabilidade tão árdua. Ao relatar esse caso, emocionada, desabafa:

"E essa menininha, aos sete anos...pô! Tava cuidando da mãe grávida, dos irmãos, da casa ... Ah, então, isso, realmente.... eu fico... sabe? Fico pra morrer, sabe? De pensar, assim, nas desigualdades. Ai, eu fico pensando: o que que a gente pode fazer pra melhorar um pouco mais essa ... sei lá, essa pobreza, sabe?"

Essa profissional admite que não estava preparada para lidar com questões tão sofridas e difíceis e pensa que nenhum profissional de saúde é preparado para lidar com essas dimensões da assistência à saúde. Na prática, acha que cada um elabora esses sentimentos como pode, já que não há espaço, no serviço, para se compartilhar esse tipo de questão.

Por fim, um depoimento explicitou cabalmente os conflitos decorrentes do embate entre a ideologia médica - expressa na idéia de que mulheres soropositivas não devem ter filhos - e as experiências adquiridas através do contato e convivência com as pacientes. Essa entrevistada, ao analisar a questão da reprodução x hiv no âmbito dos serviços de saúde, admite francamente que seus colegas, em geral, são contra a gravidez de mulheres soropositivas, posição esta que considera justa e razoável pois pensa que é também papel do profissional de saúde preocupar-se com o futuro dessas crianças e sua possível orfandade. Porém, termina por admitir que, na convivência com suas pacientes, passou a perceber a questão por outros ângulos, aprendeu a admirar e valorizar a coragem e a força dessas mulheres que lutam bravamente contra inúmeras adversidades, sem perder a esperança e a alegria de viver. Suas palavras expressam sua admiração e respeito:

"Essas mulheres têm um valor muito grande, essas que têm Aids aí. Elas enfrentam a infecção, elas enfrentam o preconceito, elas enfrentam o problema social em casa e [às vezes] ainda é [são] uma menina!. Posso dizer até que, de uma certa forma, [elas] continuam ainda com prazer na vida. É uma lição de vida muito grande. Não é demagogia, não. Eu, sinceramente, acho isso. Eu acho que elas aprenderam na adversidade a se tornarem mais fortes, entendeu? Encaram mais.... muito mais do que se fosse uma médica, uma enfermeira com mais [preparo].... entendeu?"

É, portanto, através do aprendizado humano advindo de sua relação com as mulheres que atende, que termina por distanciar-se da posição profissional que preconiza a esterilização das mulheres hiv.

A indagação seguinte explorou a percepção dos entrevistados sobre os dilemas entre o hiv e a reprodução nos serviços de saúde em geral. Há que se ressaltar, aqui, que esta equipe ministra, intensa e freqüentemente, treinamentos para outras equipes e profissionais de saúde, no Rio de Janeiro e também em outros estados e municípios brasileiros. Portanto, suas percepções sobre este ponto da questão estão balizadas em vasta experiência em diferentes contextos regionais e nacionais.

Houve um consenso neste ponto: todas as entrevistadas julgaram que os serviços de saúde estão absolutamente despreparados para enfrentar o problema, tanto do ponto de vista médico quanto humano. Várias entrevistadas questionaram a qualidade da assistência pública à saúde em geral, considerando que não há exceções. As interpretações e justificativas, porém, foram diversas e com nuances diferenciadas, como veremos a seguir.

Uma das entrevistadas, que assumiu a posição crítica mais contundente nesta questão, foi clara:

"E eu posso apontar no dedo um ou dois lugares [serviços] que a gente não teve discussão, com muita oposição, entre essa postura de respeitar a mulher na sua dimensão humana - de não ser amputada pelo hiv de sua cidadania - e aqueles que acham que essa pessoa perdeu alguns direitos: o de ser mãe e o de decidir ser mãe".

Neste momento, retomou a polêmica sobre o incentivo à laqueadura das pacientes, o que julga ser uma atitude 'dissimulada' de seus colegas de equipe que seriam, no fundo, favoráveis à esterilização dessas gestantes.

Seu questionamento vai mais longe quando menciona a problemática questão do protocolo 076: se uma mulher toma antiretroviral para proteger seu bebê, ela pode vir a desenvolver resistência aos medicamentos, o que irá prejudicar seu próprio tratamento. Considera essa questão como uma 'pedra' no programa. Sua interpretação a respeito deste problema também é clara, contundente e direta:

" E, em questão assim, é da visão mais geral - ... quer dizer, não só dos médicos, dos profissionais de saúde, mas da sociedade inteira... - a necessidade de diminuir a transmissão vertical era imperiosa porque começou a ser a principal fonte de transmissão, de aumento de estatística. Sem falar do olhar privilegiado que, pelo menos em termo de discurso, tem a infância, né? Então, eu não diria que se sacrifica a mulher por causa disso, mas que aspectos que dizem respeito diretamente a ela esses aspectos são sacrificados".

Portanto, como se pode constatar, essa fala expressa claramente uma visão crítica da ideologia médica, questionando o direito dos médicos decidirem e/ou influenciarem as questões reprodutivas das mulheres sem levar em conta seus direitos, desejos e necessidades.

Os outros depoimentos apontaram aspectos diversos e diferenciados da questão, revelando necessidades que transcendem - e transbordam - o modelo de trabalho tecnocrático e impessoal vigente. Uma entrevistada, por exemplo, acredita que o conhecimento e a atualização técnico-científica dos profissionais é um aspecto fundamental para uma boa assistência. Porém, reivindica também um suporte emocional para os profissionais de saúde pois, como diz,

"... a gente está lidando muito de perto com isso e nem sempre também.... a gente tem nossos problemas pessoais, nem sempre você está bem pra, naquele momento, você estar ali [com a paciente]. E tem dias que você está mais sensível, menos sensível, e você acaba, às vezes, ficando assim....[...] É complicado, né?" .

Porém, sua análise não se prende somente ao âmbito individual e subjetivo do profissional. Também aponta a necessidade de espaços de convivência profissional mais coletivos, descontraídos e lúdicos, que propiciariam o compartilhamento das emoções e sentimentos vividos no trabalho. Em suas palavras,

"Interessante seria que os profissionais também tivessem um momento pra ... não sei, pra relaxar, pra conversar, pra chorar, pra rir, pra fazer qualquer coisa que você.... dividir o que está vivenciando ali".

Por fim, essa entrevistada também levanta um aspecto que nem sempre é valorizado ou mesmo lembrado: a necessidade de se dar mais atenção aos profissionais de apoio e/ou administrativos pois estes também têm contato estreito com as pacientes e ninguém sabe o que eles conhecem, pensam e sentem sobre as situações que surgem no dia a dia.

No mesmo sentido, outra entrevistada também critica a atual estrutura do sistema de saúde que, segundo ela, exclui do âmbito do trabalho os sentimentos e emoções dos profissionais de saúde. Aliás, sua crítica estende-se ao modelo assistencial que, como percebe, não deixa espaço para a escuta e valorização das demandas emocionais dos próprios pacientes. Em sua interpretação, não há espaço possível para o acolhimento dessa dimensão em função da falta de tempo, da sobrecarga de trabalho, das inúmeras e urgentes necessidades que se sobrepõem constantemente aos (im)possíveis momentos de escuta e intimidade com os pacientes.

Aliás, essa queixa foi levantada, com diferentes nuances, por quase todas as entrevistadas. Elas têm ciência de que a corrida contra o tempo, na maioria dos novos casos

que cotidianamente recebem, é uma luta de vida ou morte. Pacientes que recebem o diagnóstico positivo com a gestação quase a termo obrigam os profissionais a uma corrida desesperada para minimizar os riscos de transmissão para o bebê, como já visto.

O depoimento de uma entrevistada sobre a angústia de não poder dar um conforto emocional para as pacientes, é eloqüente e ilustrativo:

"Porque você dá o diagnóstico e ela tem que fazer o exame, e ela pega isso, pega aquilo, entrega aquilo, entendeu? Às vezes, você tá explicando e a menina [paciente] tá chorando, você não pode.... Às vezes, eu tenho vontade de parar, pôr no colo, ficar ali uma meia hora até ela poder pensar de novo, né? [...] Às vezes, na medida do possível, a gente tenta fazer, mas tem outras coisas [a serem providenciadas]. Elas têm que fazer o exame rápido, tem que trazer, tem que pegar, não sei o que, entendeu? Mas eu sinto falta, assim[de ter mais tempo], entendeu? "

Os desabafos sobre essas situações denunciam as falhas estruturais do sistema de saúde. Essas falhas terminam eclodindo dentro do serviço, nas mãos desta equipe que tenta, na medida de suas possibilidades, reverter situações que foram, em muitos sentidos, negligenciadas. Como desabafa a coordenadora do programa,

"[o profissional fica] que nem louco, o tempo inteiro correndo. Você tem que dar uma dose [de medicação antiretroviral] que tem vários efeitos [colaterais], tem que colher exame, tem que acompanhar o filho, tem não sei o que".

Essa situação decorre, na maioria das vezes, da demora no resultado do exame, para o que contribui, segundo ela, o fluxograma imposto pelo Ministério da Saúde, que exige o teste de Western Blott na primeira testagem, o que provoca a demora. Essa exigência seria, em sua avaliação, resultante da pressão dos técnicos laboratoriais, que querem se resguardar de resultados falsos. O Ministério da Saúde, neste caso, faz uma opção 'técnica' que desconsidera os prejuízos para as pacientes e seus bebês. Essa entrevistada critica duramente as campanhas ministeriais que incentivam as gestantes a solicitarem o teste anti-hiv no pré-natal mas sem viabilizar uma estrutura laboratorial adequada que permita intervir sobre o problema em tempo hábil (idealmente, no primeiro trimestre da gestação). Re-surge aqui, portanto, a crítica, já formulada por outra entrevistada, às estruturas burocráticas que não levam em consideração as necessidades dos pacientes.

Para além da estrutura e das políticas assistenciais, o modelo biomédico foi questionado em seu âmago. Uma entrevistada, em particular, expressou sua visão crítica sobre uma formação profissional que não considera a complexidade do processo saúde-doença. Embora reconheça que melhorou o acesso das gestantes hiv+ aos medicamentos, ela percebe,

nos serviços de saúde, falhas e deficiências graves que chegam a infringir a ética profissional. Cita, como exemplo, as atitudes desrespeitosas de muitos médicos para com gestantes hiv+ no momento do parto, o que é, para ela, inadmissível. Como diz,

"Então, eu não acho que tá faltando [preparo técnico]. Eu acho que tá faltando mais carinho das pessoas [dos profissionais], né? Eu acho que falta é a pessoa [profissional] se colocar realmente no lugar do outro [...]. E eu acho que isso passa pela ética"

Por fim, alguns depoimentos apontaram para o grave quadro de carências sociais das gestantes atendidas, mostrando o quanto a atenção médica, estritamente falando, não consegue suprir necessidades que são, muitas vezes, tão ou mais vitais para a sobrevivência das pacientes que o tratamento propriamente dito. E mesmo na assistência médica, no sentido estrito, restam carências que, no limite, podem inviabilizar todo o esforço para a prevenção da TV. Na fala de uma médica,

"Olha, quer dizer, o programa ele dá o remédio, ele dá os exames laboratoriais, mas o que eu sinto é que essa população ... elas precisam, sabe? de muito mais coisas. Tipo: você tem que ter um programa de leite pra elas, né? Mas um programa que eu acho..... que desse, ao menos, sei lá, uma cesta básica, entendeu? E até de medicação. Muitas precisam de Bactrim, sulfato ferroso, né? Isso não tá sendo dado..."

Outro depoimento também identificou este paradoxo: o antiretroviral é a peça central da intervenção 'redentora' mas faltam medicamentos básicos para tratar as recorrentes infecções oportunistas. Falta o leite em pó para que o aleitamento possa ser suprimido. Falta cesta básica para aquelas gestantes que não se alimentam adequadamente. Como desabafa uma médica,

"Então, quer dizer, ela tem uma doença que o sistema público dá a medicação de graça, faz os exames laboratoriais, mas não dá a vinda ao hospital e [não necessariamente] os outros remédios que ela tem que tomar...."

A solução encontrada para esses impasses, segundo ela, está no tradicional 'jeitinho' solidário: 'empresta-se' recursos de algum outro projeto ou tenta-se conseguir essas medicações em outros serviços públicos onde se tem colegas amigos. Afinal, não adianta oferecer o antiretroviral se a paciente não pode se tratar de anemia, que é um para-efeito desta medicação, ou de infecções vaginais recorrentes. Sobre o fornecimento de leite, essa mesma entrevistada posiciona-se de forma contundente e emocionada:

"Eu acho que é muito duro. Eu acho que é difícil. Por exemplo, eu não teria coragem, se eu não tivesse como dar leite, mandar não amamentar. Não teria coragem. Aliás, eu acho anti-ético. [...] Então, eu acho, assim, se a gente falar: 'a sra. não pode, não deve

[amamentar] *porque passa o vírus', e sabendo que ela não tem condições, se a gente não prover, eu acho que é uma grande sacanagem...".*

Ela relata que, apesar do esforço de toda a equipe para arrecadar doações de leite, de roupas, fraldas, etc, para suprirem minimamente as necessidades das mulheres, esse suporte nunca é suficiente pois, como constata, "[...] *a população tá toda desempregada...."*, o que representa, numa precisa e feliz expressão popular, ficar 'enxugando gelo'.

Como podemos constatar, a abordagem deste sub-tema trouxe à tona uma diversidade de enfoques, análises e interpretações que colocaram em cena os limites do modelo biomédico, as políticas de saúde, o modelo assistencial e, por fim, as limitações das ações de saúde em face das condições de pobreza da população. Ficou evidenciado, aqui, o quanto esses profissionais têm consciência das limitações que os constroem e, por outro lado, o quanto anseiam por melhores condições de trabalho que permitam o exercício, entre outras questões, de uma assistência efetivamente integral às pacientes.

A seguir, discutiremos a avaliação sobre o programa no qual estão engajados e veremos que, também neste caso, há uma consciência crítica sobre as limitações da assistência oferecida, *pari passo* ao reconhecimento do esforço da equipe para oferecer o melhor suporte possível para as gestantes ali atendidas.

Um dos pontos centrais na abordagem deste sub-tema foi a (auto) avaliação sobre o trabalho enquanto equipe, quando o significado de um trabalho compartilhado e coletivo, e as limitações para sua execução, foram explorados. Afinal, este é um ponto central para a análise do modelo biomédico, visto que este instaura um processo de trabalho segmentado e apoiado em hierarquias de poder que dificultam a integração entre diversas categorias e especialidades profissionais. Como veremos, este pode ser considerado o 'calcanhar de aquiles' desta equipe, como é reconhecido pela maioria de seus integrantes, a despeito dos esforços conjuntos para 'se chegar junto', o que significa alcançar a meta da 'taxa zero' de transmissão vertical.

De uma forma geral, a equipe avalia muito positivamente o programa, reconhecendo que os esforços conjuntos revertem em uma assistência de qualidade para as pacientes, além, obviamente, da exemplar taxa de TV alcançada.

Uma das entrevistadas, em função de seu papel de coordenadora, faz uma avaliação objetiva e genérica do programa, ressaltando seus pontos positivos e apontando as lacunas e questões que devem e podem ser melhoradas. Segundo ela, o serviço está bem estruturado e as baixas taxas de TV alcançadas são a melhor prova disso. Também percebe conquistas na questão educacional na medida em que a equipe é cada vez mais requisitada para treinamentos e palestras, além dos materiais educativos que vem produzindo. Um dos pontos

nevrálgicos, segundo sua avaliação, é o acompanhamento clínico das mulheres depois do nascimento dos bebês. Essa entrevistada discorda enfaticamente das diretrizes do MS que recomendam o encaminhamento das pacientes, após o parto, para os postos de saúde. Seu argumento apóia-se no fato de que este tipo de acompanhamento, mesmo para indivíduos assintomáticos, requer um nível maior de complexidade. Também critica o fato de que a rede básica demora a absorver a clientela. Como diz, " e se não trata nem sífilis direito no pré-natal, vai tratar hiv?" Não é casualmente, portanto, que as pacientes reivindicam a continuidade de seu tratamento neste serviço, o que demonstra o reconhecimento da qualidade da assistência recebida. Nas palavras da coordenadora, "*Então, o clima, o jeito, os mesmos médicos, o fato dela saber que tem a medicação, que é dada, que ela é considerada ...*" são fatores que levam as mulheres a reivindicarem a continuidade do vínculo com o programa.

Outras entrevistadas citaram, além do vínculo afetivo com os profissionais, as manifestações de gratidão das pacientes, o que é tomado como prova do bom desempenho do programa.

A única entrevistada que não possui formação superior foi a mais enfática sobre os méritos e qualidades do programa, talvez por se sentir mais próxima das pacientes assistidas. Ela enfatizou a importância da integralidade na assistência, destacando o suporte emocional oferecido às pacientes. Em suas palavras,

" Poxa, acho muito bacana o trabalho que o pessoal desempenha aqui. É muito bacana! Não deixa.... se [a paciente] sumiu, quer saber porque e vai em busca....[....] Aqui, elas [pacientes] são cercadas de todas as áreas, não têm o que reclamar. Elas têm [apoio] ... tanto em matéria emocional, espiritual quer dizer, eles buscam atender ajudando-as da melhor forma possível"

Porém, algumas falhas e lacunas no trabalho não deixaram de ser consideradas. Uma entrevistada, por exemplo, lamenta ainda não terem conseguido criar um espaço para reunir as puérperas quando estas vêm trazer seus bebês para a consulta pediátrica. Justifica essa oportunidade perdida tanto pela falta de tempo da equipe quanto pelo perfil da instituição, mais voltada para a assistência às crianças. Constata-se, através de sua fala, que as mulheres/pacientes são institucionalmente assistidas apenas quando grávidas.

Outra entrevistada enumera alguns pontos positivos alcançados pelo programa: a concentração de todas as consultas no mesmo dia (poupando as gestantes de muitas vindas) e o trabalho educativo desenvolvido no grupo são os principais aspectos lembrados. Porém, volta à tona, através de seu depoimento, a problematização do suporte social oferecido às gestantes. A equipe, ao refletir sobre essa complexa e difícil questão, teme que a ajuda

material oferecida acabe por estimular as mulheres a terem mais filhos, já que este suporte pode estar gerando uma relação de dependência com o serviço. Esse dilema foi expresso por duas entrevistadas:

"Porque eu não sei até que ponto alguém pode chegar assim: 'Ah, eu vou engravidar de novo porque eu vou ter cesta básica, eu não tenho o que comer hoje!'"

"Vamos supor: 'já engravidei, a criança já nasceu. Pô! Tô passando uma miséria danada. Então, se eu engravidar....'"

Como podemos constatar, esse é um problema complexo e de difícil solução para essa equipe de saúde. Não oferecer suporte material/social para as pacientes é problemático por vários ângulos, inclusive por colocar em risco a eficácia do próprio tratamento, como já visto. Por outro lado, há o perigo real de se estimular uma relação de dependência, haja visto as enormes privações que cercam essa clientela. Este parece ser um delicado limite onde as contradições sociais 'adentram' a assistência à saúde e colocam dilemas que são insolúveis neste âmbito particular. Afinal, não cabe a esta equipe de saúde se responsabilizar pela assistência social às pacientes e muito menos ter que fazer 'escolhas de sofia'. As palavras de uma entrevistada evidenciam os conflitos e os paradoxos a que estão submetidos, mesmo nos casos em que o alvo maior - a soronegativação do bebê - foi alcançado:

"... mas, às vezes, elas ficam com a maior pena porque, quando eles [bebês] negativam, elas perdem a cesta básica, perdem o leite, perdem tudo. Então, elas ficam naquele sentimento assim: 'nossa, mas você tá[feliz e triste]'. Parece que elas ficam tristes em algumas situações. Isso a gente vê nitidamente que elas vão deixar de receber aquilo, aquela proteção".

Essa profissional, porém, sente necessidade de justificar, mais para si mesma, a validade de seu trabalho:

"[...] Mas eu acho que - pôxa! - mas o bem maior ela recebeu, que é o de ter um filho soronegativo. Então, isso é complicado [...] Por isso é que a gente acha - eu acho - que a gente tem que começar a analisar o que estamos fazendo, em relação a oferecer muita coisa, entendeu?"

Outra entrevistada, no mesmo sentido, também externou sua preocupação com a questão social que 'atravessa' a assistência à saúde. Em suas palavras,

"Quer dizer, quando a mulher chega - o que já aconteceu num grupo - dizendo: 'eu não tenho nada pra comer em casa, meu marido está desempregado' Eu acho que fome é fome, isso é uma coisa que mobiliza mesmo. E aí, não tem, às vezes, como você fazer diferente, de [deixar de] dar o que tem.... entendeu? "

Além da aguda problemática social, outros aspectos críticos relacionados ao modelo biomédico foram pontuados. Uma entrevistada, em particular, demonstrou seu incômodo com a falta de tempo e disponibilidade dos profissionais para a escuta emocional das pacientes. Ela avalia que os profissionais de saúde, em geral, não estão preparados para lidar com a questão do sofrimento. Sua fala deixa entrever uma postura crítica a um modelo tecnicista e objetivo, que reduz a dor e o sofrimento provocados pela doença a uma intervenção técnica:

"Mas, de uma maneira geral, as pessoas não querem lidar com isso [o sofrimento]. Porque também é sofrimento pro profissional. Então, ele não quer lidar. É mais fácil ele atender, ele passar o remédio e... quer dizer, o sentimento dele é que ele fez alguma coisa por aquela pessoa. Mas eu acho que essa escuta profissional essa escuta [emocional] ainda é muito limitada nos profissionais em geral".

Coerentemente com sua posição, ela manifesta convicção sobre o papel terapêutico da escuta emocional quando afirma que *"não tem nada mais terapêutico [do que] a pessoa se sentir ouvida!"* Ou seja, a simples escuta e valorização das necessidades emocionais das pacientes é, em si, terapêutica, não havendo, na maioria dos casos, necessidade de assistência psicológica em sentido mais estrito.

Por fim, retomamos o tema do trabalho em equipe, o ponto nevrálgico do programa, como identificado pela entrevistada que assume a postura crítica mais contundente sobre o modelo biomédico. Em sua avaliação,

"...equipe em que as pessoas têm objetivos, posturas e práticas que têm a ver com o grupo, e que, portanto, haja discussão rotineira, livre, em que as pessoas tenham boca e ouvido, e que se tenha um programa permanente de atualização das coisas e revisão, [...], isso não tem".

Ela admite, no entanto, que os profissionais desta equipe trabalham a partir de premissas comuns: todos se gostam enquanto pessoas, todos se empenham para reduzir a TV, todos têm consciência de que a integração entre as diversas especialidades é a única forma de se garantir essas metas e, por fim, todos têm clareza da importância social deste trabalho. Porém, na prática, não há espaços de discussão conjunta e de encaminhamentos integrados, o que ela associa ao modelo formador, que gera, entre outras consequências, uma atitude missionária e individualista em muitos que lideram uma equipe. Em suas palavras,

"E eu acho que isso tem muito a ver com coisas da medicina, com profissões como a da medicina, em que parece que ... acho que é um ranço de cátedra, não sei se é isso. Mas que 'a grandeza do meu pensamento e da minha intenção e tendo em vista a liderança que

eu sou, resolve tudo! Resolve tudo! Todos pensam como eu penso. Todos fazem como eu faço".

Para exemplificar seu ponto de vista, indaga-se quantas vezes discutiu um caso com a psicóloga da equipe nos últimos 5 anos. Lembra-se de apenas 3 vezes em que reuniram-se para definirem uma atuação conjunta em relação a determinadas pacientes.

Ao discorrer sobre o tema da equipe, essa entrevistada enfatiza que as demandas emocionais das pacientes nem sequer estão colocadas enquanto um problema que demandaria formação técnica dos profissionais, ficando a questão restrita ao nível pessoal de cada um, tipo 'como é que eu vou lidar com isso?'. Sua conclusão a respeito dessa questão é emblemática: pensa que a própria equipe também deveria receber suporte emocional para aprender a lidar melhor com tantas contradições e aprender a não segmentar os indivíduos em dimensões orgânicas, psíquicas e sociais. Como se essa integração tivesse que começar a partir dos próprios profissionais para, então, abarcar os pacientes.

Apesar da consciência crítica sobre os limites deste modelo de trabalho, essa entrevistada aponta para saídas que são, até certo ponto, parciais e limitadas. O suporte emocional para os profissionais - que significaria, na prática, abrir canais para a expressão de sentimentos e o compartilhamento das questões humanas e sociais envolvidas na assistência - sem dúvida representaria uma conquista importante. Aliás, outra entrevistada também apontou essa saída, já mencionada anteriormente. Porém, os profissionais de saúde continuariam a ser formados nessa lógica ideológica, o que, de certa forma, manteria a reprodução do modelo. Portanto, embora expresse uma consciência crítica parcial do problema, essa entrevistada não chega a estabelecer as conexões funcionais do modelo de trabalho ao sistema social que o engendra.

Uma outra entrevistada avalia que o trabalho em equipe ainda é uma declaração de intenções na área da saúde. No caso desse programa, acredita que só ocorre uma maior integração quando há casos muito difíceis e que mobilizam a todos. Seu balanço final, porém, conclui que a boa assistência prestada deve-se mais ao compromisso e dedicação dos profissionais do que a um modelo de trabalho mais integrado e coletivo.

Outras razões foram também apontadas para justificar ou explicar as dificuldades do trabalho em equipe. As divergências entre alguns membros da equipe, particularmente a polêmica questão da ligadura tubária, e a falta de tempo dos profissionais, já que todos têm outras atribuições na instituição em que trabalham, foram questões mencionadas.

Uma das entrevistadas lembra-se que os treinamentos terminam por propiciar uma integração maior entre todos. Afinal, quando se trata de expor publicamente o trabalho realizado, a equipe tem, no mínimo, que falar uma linguagem comum.

Por fim, a profissional de nível médio novamente coloca um ponto de vista mais identificado com a população usuária que com a equipe profissional. Ela não só não problematiza o trabalho em equipe como pensa que todos os profissionais são muito unidos em prol das pacientes. Como diz, "*todo mundo chega juntinho*" no esforço de reduzir a TV. Volta a ressaltar, neste momento, o quanto julga importante as mulheres atendidas disporem de atendimento psicológico, o que considera um privilégio.

Enfim, o que julgamos relevante destacar, através da abordagem deste tema, é que o trabalho em saúde, mesmo quando há um gratificante objetivo comum, permanece segmentado entre as diversas especialidades, onde cada uma realiza sua abordagem terapêutica e sem se comunicar com as outras, no sentido de um enfoque mais abrangente e integrado. Porém, percebe-se nitidamente que há um forte elo de ligação entre esses profissionais, o que os torna uma equipe incomum: todos são humana e solidariamente envolvidos na problemática questão que tratam, demonstrando uma rara sensibilidade na percepção dos agudos problemas sociais trazidos pelas pacientes que assistem. Possivelmente, essa situação os torna cúmplices, fazendo-os superar, ao menos em parte, os difíceis e arraigados limites colocados pelo modelo biomédico.

Também julgamos relevante destacar que nenhuma entrevistada mencionou, ao menos de forma explícita, a existência de disputas de poder entre os membros da equipe. Essa questão fica apenas subentendida na questão da laqueadura. Mas, mesmo nesse caso, as divergências não são profundas o bastante para impedir um trabalho conjunto que visa o melhor atendimento possível às pacientes.

Outra questão levantada neste sub-tema teve por objetivo compreender como esses profissionais percebem as necessidades das mulheres assistidas enquanto indivíduos, para além de seu papel materno. Afinal, todos reconhecem, unanimemente, que o grande ganho desse trabalho é a soronegativação dos bebês. Mas, e as mulheres, estão sendo consideradas em suas necessidades? Estão sendo estimuladas a se tratarem depois que o bebê nasce? Estão sendo incentivadas a retomarem sua vida afetiva/sexual?

Todas as entrevistadas re-afirmaram seu envolvimento com as pacientes e com seu tratamento posterior. Dizem preocupar-se com as mulheres, estimulando-as a se cuidarem, inclusive para estarem bem de saúde para poderem cuidar do(s) filho(s). Este parece ser o

argumento central da maioria dos profissionais, como expresso na fala de uma entrevistada: *"A gente não quer apenas um neném saudável, mas uma mãe bem, cuidando dele. É por aí"*

Porém, mesmo sendo o filho o foco central dos esforços, o envolvimento emocional com as pacientes transparece em muitos momentos. Essa mesma entrevistada, por exemplo, preocupa-se muito em infundir ânimo e esperança às mulheres, mostrando-lhes que a Aids, atualmente, é uma doença crônica e que as pessoas, quando se cuidam, podem ter uma vida normal. Também valoriza o aspecto de vaidade feminina quando explica às pacientes que a imagem corporal das pessoas com hiv não mais corresponde ao estereótipo do doente terminal. E, por fim, mostra-lhes todos os recursos de que a medicina dispõe hoje para controlar a doença antes que ela se manifeste. Acredita que, com isso, está incentivando as mulheres a se cuidarem.

A fala de duas entrevistadas que participam do trabalho em grupo expressa nuances diferenciadas, possivelmente em função de seu contato mais estreito e íntimo com as pacientes. Uma delas afirma que sua maior recompensa é saber que se torna uma referência afetiva para as mulheres/pacientes. Em suas palavras,

"O ganho [...] foi ver uma outra realidade. Eu ... pra mim...[foi poder] ver uma realidade que é uma dimensão [de vida] muito maior, né? Eu ganhei, enquanto profissional, uma capacidade, vamos dizer assim, de argumento, por conta de determinadas falas que elas [pacientes] trazem [...] de poder ter tido mais conhecimento, abrir mais esse espaço [do grupo], de discutir, de ter já ido a outros locais passar essa vivência que a gente tem".

Porém, admite que o ganho maior,

"[...] no final dessa história, [é] você ver que essa mulher que entrou, essa mulher tá saindo. E tá saindo com essa criança soronegativa. Isso é o grande ganho".

Essa entrevistada avalia que todos da equipe empenham-se muito em estimular as mulheres a se cuidarem. Porém, reconhece que há uma ruptura no vínculo com as pacientes, na medida em que elas são encaminhadas para outros serviços. E lamenta que ainda não tenham conseguido reunir as pacientes quando elas retornam com seus bebês para a consulta pediátrica.

A outra entrevistada também expressa seu envolvimento com as pacientes ao relatar o teor de seu aconselhamento:

"que ela tem muito que fazer tanto por ela quanto por ele [o filho]. E mesmo que ele negative, ela não pode deixar de se tratar, não pode deixar de se cuidar porque ... por ela mesma, por ela enquanto mulher, e porque também, principalmente agora, porque também tem um filho que depende dela, né?"

Como pode ser evidenciado, a ideologia da maternidade está aqui fortemente representada. A mulher, para estes profissionais de saúde, é, antes de tudo, mãe. Suas responsabilidades, seus desejos e suas necessidades são interpretados em função de seu papel materno. É como se eles esperassem das pacientes o retorno de todos os seus esforços em prol do bebê: 'nós fizemos a nossa parte: negativamos seu bebê. Façam agora a sua parte, sejam boas mães', parece ser a mensagem subliminar.

Por fim, merece novamente destaque a posição crítica assumida pela entrevistada que retomou, neste ponto da entrevista, a problemática questão do protocolo 076. Através da contradição 'mulher x bebê', ela 'comprova' que as mulheres não são, e não serão, prioridade para as ações preventivas e curativas. Porém, reconhece que há uma contrapartida nessa questão: ter um filho saudável torna as mulheres mais felizes e saudáveis também, o que não pode ser minimizado.

Evidentemente, esse é um ponto central da discussão: a maternidade permanece sendo uma das experiências de vida mais significativas para as mulheres, mesmo em contextos tão adversos de pobreza e doença. Como vimos nas entrevistas com as gestantes, o filho que esperam lhes traz a dolorosa notícia de seu diagnóstico mas, em contrapartida, passa a significar, para elas, a esperança e a motivação para lutarem por sua própria vida. Não estamos aqui minimizando o significado dessa questão, nem para as pacientes e nem para os profissionais de saúde. O que está sendo colocado em foco é a manifestação da ideologia médica que naturaliza o feminino através da maternidade, sendo um dos seus efeitos a abordagem das mulheres enquanto mães, destituindo-as de suas questões próprias enquanto mulheres.

Essa representação foi problematizada apenas quando as entrevistadas criticaram os profissionais de saúde que não respeitam as decisões das gestantes sobre a testagem ou sobre uma nova gravidez.

O sub-tema seguinte guarda estreitas relações com este: ao indagarmos sobre a existência de preconceitos morais relacionados às mulheres soropositivas - ou seja, se existiria, entre os profissionais de saúde, a representação das 'boas moças' x 'más moças' - tínhamos a intenção de apreender as maneiras como se elaboram juízos morais pela ótica profissional.

Ao se posicionarem sobre esta indagação, algumas entrevistadas, embora reconheçam que os preconceitos persistem na maioria dos serviços de saúde, negam que esta equipe profissional faça qualquer discriminação em relação às pacientes assistidas. Para elas, todas

são tratadas da mesma forma, sem distinções. Algumas apenas admitem que as pacientes 'difíceis' tornam a relação profissional também difícil e problemática.

Uma entrevistada interpreta genericamente esse problema, atribuindo o preconceito à sociedade em geral, sendo que os profissionais de saúde não estão imunes. Outra assume que, no seu caso, sente mais 'pena' de algumas que de outras e admite, honestamente, que, nos casos em que as pacientes hiv+ engravidam de novo, apesar do aconselhamento contrário, fica muito 'brava' e 'dá broncas'.

Apenas uma entrevistada assumiu que a equipe tem dificuldades para lidar com mulheres que não se enquadram no modelo 'mulher-mãe' socialmente esperado. Cita, como exemplo, as pacientes consideradas 'promíscuas', que resistem ao uso de preservativo e que podem estar contaminando vários parceiros. Também as usuárias de drogas injetáveis são pacientes consideradas 'difíceis' pois não conseguem aderir ao tratamento da maneira desejada, sendo que muitas ainda recusam ajuda para superarem o problema da dependência química. Segundo ela, esse tipo de paciente geralmente 'fura' o tratamento, aumentando os riscos da criança ser contaminada, o que representa uma frustração para essa dedicada equipe. Embora reconheça que as experiências de vida dessas mulheres são muito diversas e que não cabe julgá-las, essa profissional termina por expressar o quanto é difícil lidar com pessoas e situações-limite que não correspondem às expectativas sociais e sobre as quais não se tem controle. Suas palavras ilustram bem esse sentimento de impotência e frustração :

"Tem coisas que a gente, assim....não tem lógica a pessoa ter aquela conduta, se você fala o contrário. A gente vê que é uma formação, que é do meio dela, é da vivência que ela tá vivendo, é do meio, né? Então, a gente já sabe que é mais uma. Assim, entre a gente [a equipe comenta] mais uma que a gente vai ter que suar pra gente conseguir alguma coisa, né? Quer dizer, o que a gente quer conseguir é só que siga o tratamento adequado pra gente ter uma criança negativa, né? É só isso que a gente quer mas que não é tão fácil, né?"

Outra entrevistada também admite suas dificuldades com as pacientes 'difíceis'. Ela confessa-se 'chocada' quando se depara com uma paciente que se relaciona sexualmente com vários homens sem usar o preservativo ou quando uma mulher hiv+ engravida e demora meses até procurar assistência médica, 'sem pensar no seu bebê'. Esta entrevistada também inclui no rol das 'difíceis' as pacientes que criam uma relação de dependência com o serviço e terminam por 'abusar' dos privilégios recebidos (como cesta básica, roupas e outros).

Como se pode constatar, esse é um terreno delicado, como já apontamos anteriormente. Lidar com indivíduos socialmente estigmatizados, que não valorizam a própria vida e a de outros e que desafiam as normas sociais vigentes, não é fácil. Porém, o que cabe

ressaltar aqui é que, a despeito de todo o envolvimento e dedicação desta equipe, a questão do preconceito persiste.

Mais uma vez, a entrevistada que polemizou a questão da laqueadura desnuda cruamente a questão, sem excluir-se do problema. A seu ver, a primeira manifestação de discriminação é o forte apoio à laqueadura oferecido para essas pacientes. Isso significa, na sua interpretação, assumir que as mulheres hiv+ não são iguais às outras. Porém, outras manifestações discriminatórias são por ela identificadas: uma delas seria a postura de *"não, para essa eu não faço porque ela não está tomando o remédio direito"* ou *"para essa eu não faço porque ela é assim, é tal..."*, especialmente porque essas pacientes não respondem adequadamente ao programa terapêutico, o que é frustrante para todos. Ao fim e ao cabo, as pacientes 'difíceis' são as que 'furam' o tratamento e não reconhecem todo o esforço e dedicação que são ali oferecidos. No limite, elas também renegam seu papel materno, o que não é assimilável pela ideologia médica.

Cabe aqui lembrar que, na etapa de observação participante, identificamos este tipo de questão ao pontuarmos o quanto é difícil lidar com indivíduos que não se 'enquadram' nas regras desta sociedade e, conseqüentemente, não se adaptam a este difícil esquema de tratamento, que exige motivação, disciplina e determinação. Porém, cabe registrar que, mesmo nestes casos, a equipe investe muito nessas pacientes, tentando ajudá-las através dos (poucos) recursos profissionais de que dispõem para lidar com situações-limite. E não se pode esquecer da quase total ausência de outras instituições especializadas para onde essas pacientes possam ser referenciadas.

O PAISM: DESCONHECIMENTOS E AFINIDADES

A indagação sobre o PAISM teve como objetivo explorar até que ponto a abordagem de gênero e a perspectiva de integralidade, preconizadas por este programa, estaria orientando a atuação desta equipe. Para nossa surpresa, poucos profissionais o conheciam, seja nas ações programáticas, seja na concepção de integralidade ou enquanto proposta educativa. Porém, como veremos, algumas falas deixam transparecer identidades e afinidades conceituais com este programa. Ao se colocarem sobre este tema, muitas entrevistadas externaram suas críticas ao sistema de saúde e, em particular, às irrealistas propostas programáticas formuladas pelos níveis gestores centrais.

Dentre os que conhecem algumas ações específicas do PAISM, destaca-se uma entrevistada que também trabalha na rede básica, o que explica seu maior contato com o

programa. Ela cita as 'reuniões com as mulheres', inspiradas nesta proposta, como a espinha dorsal do trabalho educativo em saúde, o que julga muito importante. Mas, a propósito da integralidade, aproveita a oportunidade para criticar a ausência de integração entre as diversas ações e entre os níveis de atenção à saúde das mulheres. Cita como exemplo o fato das mulheres não terem acesso às ações contraceptivas após o parto, o que deveria ocorrer no mesmo serviço onde os bebês são acompanhados. Ela conclui sua avaliação do PAISM destacando a importância da ação educativa horizontal que propicia um contato mais estreito com a clientela. Em suas palavras,

"Essa coisa educativa.... eu acho que seria essa a coluna central. Pra você abrir, conversar mesmo, né? De você conhecer as 'vidas severinas', as coisas todas que acontecem [na vida das mulheres]...."

Outra entrevistada, embora não se recorde de nenhum aspecto particular do PAISM, faz uma clara referência aos seus princípios norteadores quando diz que

"...você não vai ver a mulher só naquela barriga. Não é só uma barriga. Ela é um indivíduo, ela pensa, elas tem sentimentos, ela, antes de ser mãe até já coloquei anteriormente.... ela é uma mulher. Ela não pode esquecer disso e a gente tenta passar isso da melhor forma que a gente acha, né?"

Exemplifica sua interpretação através de suas condutas profissionais: preocupa-se, por exemplo, em estimular a participação dos parceiros das pacientes no processo de gestação, procura abrir espaços para discutir com as mulheres sua sexualidade, entre outras questões. Julga esse trabalho muito importante e intui que corresponde ao que é preconizado pelo PAISM. Porém, acredita que não há espaço para esse tipo de proposta no atual modelo de assistência. Ela parece estar, aqui, referenciando-se nas dificuldades de realização do próprio grupo de gestantes do programa.

Outra entrevistada, embora referencie algumas ações específicas do PAISM, aproveita a oportunidade para re-interar sua crítica ao modelo centralizado e burocratizado do MS, o que, a seu ver, dificulta a incorporação das propostas programáticas nos serviços de saúde. Ou seja, são 'belos programas.... no papel'.

Outra entrevistada faz uma crítica no mesmo sentido, aí incluindo os parcos investimentos públicos na saúde. Suas palavras expressam um sentimento de descrença:

"Porque, às vezes, ele [o profissional] tem um programa pra seguir mas ele sabe que não vai dar certo seguir aquele programa. Agora, eu acho que a saúde, em si, precisa mesmo ser vista com mais cuidado. É um descaso total!"

Por fim, uma entrevistada teceu críticas à posição da coordenação municipal do PAISM, contrária à incorporação do teste rápido (para o hiv) nas maternidades públicas do Rio de Janeiro. A seu ver, ser contra essa conduta é equivocado e prejudicial para as gestantes, já que essa seria uma última chance de reduzir a possibilidade de contaminação de seus filhos. Com essa visão, contudo, ela explicita uma postura que privilegia os benefícios para o bebê em detrimento do cuidado para com as mulheres-gestantes, já que o principal argumento da gestão municipal baseia-se no risco das mulheres serem desrespeitadas em momento em que estão muito fragilizadas para tomarem esse tipo de decisão.

O sub-tema seguinte explorou a percepção das entrevistadas sobre seu papel educativo na assistência à saúde. Essa questão foi formulada de forma a não se restringirem somente às atividades educativas em sentido restrito, procurando abarcar também a compreensão do aspecto pedagógico implícito na consulta clínica.

Mesmo distante das formulações do PAISM, essa equipe demonstrou possuir uma visão abrangente sobre o papel educativo em saúde. Alguns depoimentos problematizaram a concepção hegemônica da educação em saúde, questionando especialmente uma postura vertical autoritária em que o profissional é detentor de conhecimentos e a população, 'ignorante', é apenas um receptáculo passivo. Porém, também houve falas onde esta concepção esteve presente, embora de uma forma re-significada, como veremos.

Entre as entrevistadas que se posicionaram criticamente sobre a concepção educativa tradicional, destacam-se as que não são médicos. Uma delas, por exemplo, mostra seu incômodo frente a uma postura dominante que está, como pensa, profundamente arraigada na formação profissional. Sua fala explicita seus dilemas, indagações e justificativas sobre uma relação de poder que geralmente não é assumida nem explicitada:

"É claro que às vezes me incomoda a maneira que, às vezes, a gente mostra parece que a gente está 'ensinando'. Isso incomoda, mas a gente tem que parar e pensar: não, você está dando abertura, está dando chance da pessoa [paciente] fazer da maneira dela. [...] Então, é educativo no sentido de que você pode oferecer oportunidades da pessoa estar melhor de saúde, [ter] uma qualidade de vida melhor. Mas ela [paciente] tem o lado dela, de participação nisso tudo, que você precisa respeitar também. Talvez tentar juntar as duas coisas".

Essa entrevistada busca relativizar sua posição de autoridade quando reconhece que as pacientes também exercem um certo tipo de poder: o de fazer escolhas relacionadas às suas vidas. Ela, porém, demonstra ter consciência de que se trata de uma relação onde universos

culturais e valores distintos se conflitam. Seu posicionamento busca pautar-se neste reconhecimento e no respeito às pacientes, como fica evidenciado em sua fala:

"É o que é o mais difícil da questão porque parece que você é a pessoa que sabe e a outra não sabe nada.... ou então sabe errado. Isso é desvalorização, né? Parece que o seu mundo é que é o correto [...] quando a gente sabe que as pessoas fazem mil malabarismos pra sobreviver [...] que eu acho que eu não tenho condições ... não saberia fazer esses malabarismos todos..."

Uma outra entrevistada também assume postura crítica quando define seu papel educativo enquanto uma 'desconstrução de postulados', querendo dizer, com isso, que a relação educativa deve ser, para além da transmissão de conhecimentos, uma *troca*, onde a afetividade é o elemento central. Em suas palavras,

"Então, quando você tá trocando, eu acho que você tá integrando, você tá brincando, você tá, tipo assim, tentando assegurar que, na próxima vez, ela volte, né?"

Ela acredita que o simples contato afetivo com os pacientes é, em si, educativo, já que é fundamental para qualquer interação frutífera entre profissional e paciente. Para ilustrar sua colocação, cita a situação corriqueira em que o paciente analfabeto recebe uma cartilha educativa mas tem vergonha de confessar-se iletrado. E aí, indaga-se ela, qual o resultado desta ação educativa? por que o paciente não consegue dizer ao profissional que não sabe ler? que barreiras comunicativas/afetivas existem aí que tornam uma determinada ação educativa infrutífera? A partir de seus questionamentos, reafirma sua convicção de que somente o elo afetivo entre o profissional e o paciente pode romper barreiras culturais e de valores, tornado essa relação aberta e baseada na confiança, o que permite a realização do trabalho educativo.

O tema da confiança entre profissional e paciente também foi levantado pela outra entrevistada. Segundo ela, um bom trabalho educativo só pode existir quando o profissional é capaz de romper as barreiras culturais e sociais que o distanciam dos pacientes, o que só pode ocorrer quando se estabelece um vínculo de confiança mútua. Para conquistá-la, o profissional deve ter uma postura de humildade, demonstrando que também está ali para aprender. Essa entrevistada, porém, não minimiza a importância da transmissão de conhecimentos formais no processo educativo em saúde e pensa que cabe ao profissional consciente estar sempre atualizado para socializar com a clientela novos conhecimentos que podem lhes propiciar melhores chances de cuidados e de prevenção.

Como se vê, esses depoimentos expressam uma postura que problematiza as concepções educativas hegemônicas. O afeto, o respeito pela cultura do outro e a relação pedagógica horizontal foram aspectos valorizados pelas entrevistadas. Porém, na observação

participante, pudemos perceber o quanto é difícil colocar em prática essas idéias, concepções e intenções. Por exemplo, no grupo de gestantes coordenado por essas mesmas profissionais, identificamos muitos momentos onde questões difíceis trazidas pelas pacientes não eram 'ouvidas' e/ou trabalhadas. Em outras ocasiões, havia uma forte ênfase na ação educativa tradicional, onde informações técnicas ocupavam quase todo o tempo, suprimindo o espaço para que as gestantes expressassem seus sentimentos em relação a questões difíceis, como a suspensão do aleitamento, por exemplo.

Porém, essas profissionais, quando convidadas a se colocarem num espaço confidencial, como a entrevista, demonstraram ter uma reflexão crítica sobre o modelo educativo dominante e um desejo de transformá-lo. O que interessa registrar é que não há uma discussão coletiva sobre essas questões, assim como não há um processo formador comum a todos, o que seria a missão principal do PAISM. Dessa forma, as elaborações críticas dessas entrevistadas permanecem individualizadas e, portanto, restritas.

As entrevistadas médicas, contudo, expressaram convicções diferenciadas sobre seu papel educativo. Suas falas revelam o quanto a concepção educativa tradicional, onde o repasse de informações é a meta principal, é ainda o eixo norteador das ações educativas na ótica biomédica. Porém, há aqui uma nuance que merece registro. Uma dessas entrevistadas, por exemplo, empresta um sentido a essa questão que a diferencia das posições hegemônicas. Para ela, dar informações técnico-científicas para as pacientes significa uma forma de 'empoderá-las', ou de municiá-las com informações que as ajudam a enfrentar dificuldades e barreiras existentes na própria rede de serviços de saúde. Afinal, abundam relatos de pacientes e ex-pacientes hiv+ sobre problemas e discriminações que enfrentam em outros serviços. Num desses casos, por exemplo, um posto de saúde recusou-se a acompanhar uma criança na puericultura mesmo após sua soronegativação definitiva. Portanto, torna-se essencial, para essas mulheres, estarem municiadas de conhecimentos técnicos para monitorar seu tratamento e dos seus filhos e lutar por seus direitos de cidadania. Além disso, essa entrevistada também julga importante infundir esperanças às pacientes através dos novos conhecimentos que permitem vislumbrar uma vida cada vez mais longa e melhor para os portadores do hiv. Portanto, como podemos constatar, não se evidencia, aqui, a postura educativa hegemônica em seu 'estado puro'. Embora essa concepção informe a visão dessas entrevistadas, ela é resignificada.

Por fim, vale registrar que apenas uma entrevistada colocou em foco, na discussão da educação em saúde, a questão da sexualidade. A seu ver, há total despreparo dos profissionais de saúde para lidarem com a sexualidade. Cita particularmente a questão do preservativo, que

considera complexa e problemática, diferentemente de outros contraceptivos. Ao apontar o que considera adequado para se trabalhar a educação em saúde, expressa uma visão crítica sobre a eficácia do discurso racional sobre a saúde e a doença. A seu ver, deveria haver outras metodologias de trabalho educativo que valorizassem mais a comunicação afetiva e vivencial, nos moldes do que preconiza o PAISM. Em suas palavras,

" a gente não tem oficina de sensibilização, não tem jogos, não tem..... tem só conversa mesmo. É interessante se tivesse condições pra isso. Não só interessante, mas eu acho importante isso, muito importante. Porque o 'verbo' [o discurso falado] passa por momentos de muita discriminação, né? Pela distância cultural, pelo momento das pessoas [por]que ouvir também é mais difícil que ver....".

O que interessa aqui registrar é que o PAISM, mesmo quando não orienta formalmente as ações educativas, parece influenciá-las. Nesta fala, fica evidente que a idéia de 'oficinas', onde experiências/vivências são trocadas e compartilhadas, está presente. Assim como a valorização dos aspectos afetivos e lúdicos na comunicação entre profissional e paciente, particularmente no campo da sexualidade.

Porém, essas representações sobre o processo educativo permanecem dispersas e individualizadas, como já apontado. Certamente, esta equipe, caso se (re)unisse para traçar, coletivamente, um programa educativo, teria já alguns elementos conceituais metodológicos criativos necessários para uma proposta educativa contra-hegemônica que superasse os estreitos limites do modelo biomédico. Mas estes limites ainda parecem arraigados o suficiente para manter os profissionais isolados entre si, cada um desenvolvendo suas próprias auto-reflexões e empreendendo suas ações de forma individualizada.

AS PROPOSTAS ASSISTENCIAIS: ENTRE O POSSÍVEL E O DESEJADO

Após a discussão de tantos e variados aspectos relacionados ao trabalho, as entrevistadas foram convidadas a colocarem suas propostas e sugestões para o aperfeiçoamento da assistência às gestantes hiv+.

Alguns consensos se manifestaram, sendo um deles relativo à necessidade de mais recursos materiais: todas reivindicam mais investimentos públicos para suprir necessidades que também são básicas para a eficácia do tratamento. Suprimento permanente e regular de leite em pó e de outros medicamentos associados ao controle da infecção pelo hiv, além de recursos que facilitem o acesso das pacientes aos serviços de saúde (tipo vale-transporte), foram questões apontadas por todos.

Na verdade, todos esses recursos estão, direta ou indiretamente, relacionados à premente necessidade de se garantir, no limite, a adesão das gestantes ao tratamento. Na medida em que este suporte não está sendo ofertado pelo Estado, a equipe se desdobra para consegui-lo voluntariamente, o que gera sobrecarga de trabalho e estresse, como já visto.

Uma fala expressa bem a indignação com a manipulação política que tenta capitalizar o sucesso do programa de Aids:

"E, na verdade, é colocado aí [na imprensa] que o ministro faz e acontece, que o leite é fornecido ... e a gente faz questão de dizer que o leite não é fornecido pelo município, né? [...] O leite é esforço das pessoas [da equipe], daqueles que realmente se doam pr'aquilo, né?"

Não é casual que várias entrevistadas questionaram-se quanto ao caráter voluntário deste suporte adicional oferecido às pacientes. Essa questão tornou-se uma 'faca de dois gumes': por um lado, garante a adesão (ao) e a eficácia do tratamento; por outro, gera uma problemática relação de dependência das pacientes com o serviço. A fala de uma entrevistada é reveladora desse dilema:

"...Aí, as pessoas pedem, pedem.... Aí, às vezes, as pessoas assumem o tratamento visando o que podem ter lá na frente, não de ganhos pra sua vida pessoal... de saúde, mas coisas muito concretas [comida, por exemplo]. Por outro lado, a questão social tá braba, eu acho que a gente vem piorando cada vez [mais] a qualidade de vida. No ponto de vista social, o desemprego é muito grande e aí, também, não sei se dá pra ser diferente [...] Quer dizer, quando a pessoa, a criança, tem alta e ela diz : 'que bom!' mas, ao mesmo tempo, 'que pena que eu vou perder a cesta básica, vou perder o leite' porque, às vezes, é só isso que entra na casa dela. Esse é um dado que você não pode interpretar [subjetivamente] porque as pessoas têm uma condição [de sobrevivência] sub-humana...."

Essa mesma entrevistada, ao refletir sobre essa paradoxal situação, percebe que a única saída possível seria através do Estado, porém, um Estado comprometido com as necessidades da população e que assumisse suas atribuições ao invés de deixá-la a cargo dos profissionais de saúde. Em suas palavras,

"... alternativas a gente tem pra talvez oferecer um atendimento de melhor qualidade mas, também, que o outro lado seja garantido, né, sei lá uma cesta básica que ninguém precise correr atrás [...] Que isso venha de algum órgão, que a gente agilize certas coisas, assim. E isso [fornecer cesta] não dá pra gente dar conta".

Outra entrevistada também criticou a falta de investimento do poder público na assistência à saúde. Em sua avaliação, até mesmo o tratamento é insuficiente pois faltam

coisas básicas, como os outros medicamentos necessários, o leite, o acesso ao serviço, entre outros. Como diz,

" [...] eu estou dando exemplos de coisas que não são vistas pelo poder público [...] Bom, isso no mínimo, né? No mínimo, é o que eu desejaria ver acontecer, dado o quadro que a gente tem de discriminação social, marginalização econômica, de pessoas que estão nessa situação - de classe social mais desfavorecida - serem as mais prejudicadas por isso [pelo hiv]. Dado esse quadro todo, eu meu primeiro desejo imediato seria ver satisfeitas situações como essas"

No que tange à estrutura do sistema de saúde, muitas entrevistadas apontaram suas falhas e as dramáticas conseqüências acarretadas. A questão do tempo entre a testagem das gestantes e o recebimento do diagnóstico é o ponto nevrálgico do problema, como já visto. O início, geralmente tardio, do tratamento preventivo torna-se uma corrida contra o tempo, dificultando, ou até mesmo impossibilitando, uma assistência adequada às gestantes. No limite, essa corrida dificulta ou até impede o envolvimento dos profissionais em trabalhos educativos, entre outros. Não é casual que algumas entrevistadas, ao listarem suas propostas para a melhoria dessa assistência, mencionaram enfaticamente o 'tempo' disponível para o desenvolvimento de trabalhos educativos, aí incluída a produção de materiais educativos voltados para o trabalho de prevenção do hiv.

A coordenadora do programa, por exemplo, tem 'na ponta da língua' os itens que gostaria de ver implementados para melhorar a assistência à saúde das mulheres hiv+. A despeito da ótica curativa embutida no trabalho assistencial, ela aponta o trabalho preventivo como prioridade. Se tivesse poder de decisão, faria um projeto educativo para os profissionais de saúde da rede básica, visando mostrar-lhes que é melhor uma mulher engravidar sabendo-se hiv+ que descobrir a sorologia na gestação. Implicitamente, essa proposta denuncia uma lógica perversa que é, mais uma vez, uma questão de direitos reprodutivos para as mulheres: de certa forma, está dado que elas só terão chance de conhecer sua sorologia para o hiv se estiverem grávidas. Não é à toa que essa entrevistada, investida de seu papel de coordenadora, também coloca em primeiro plano o investimento de mais recursos - materiais e humanos - na assistência à saúde reprodutiva das mulheres em geral, melhorando, por exemplo, o acesso da população feminina ao exame preventivo. Ou seja, ela demonstra ter consciência de que um programa de promoção de saúde reprodutiva deveria estar minimizando os riscos das mulheres contraírem quaisquer DST, particularmente o hiv. Uma ação séria e comprometida neste sentido, portanto, evitaria que a gravidez se tornasse um 'centro de triagem' de hiv para as mulheres em idade reprodutiva. Mas ela vai mais longe em sua análise quando propõe o

investimento de mais recursos no trabalho preventivo 'de base', especialmente entre os jovens da rede escolar, pois crê que a questão educativa para a saúde e, particularmente, para a prevenção da Aids, deve iniciar-se com os jovens.

Essa entrevistada termina seu lúcido depoimento lamentando que tantas mulheres ainda não tenham sequer acesso aos serviços básicos de saúde, o que classifica como um fracasso do sistema público de saúde. Mesmo com o tratamento de prevenção da TV disponível na rede pública do Estado do Rio de Janeiro, muitas crianças ainda estão se infectando através de suas mães, o que prova que nem o acesso ao pré-natal está universalmente garantido. Suas palavras demonstram a indignação e o inconformismo com uma questão que poderia ser diferente, caso houvesse vontade política para fundir os dois 'Brasis' que ainda persistem e convivem:

"Só que a gente ainda fala com a mãe que, apesar dela estar infectada, o neném tá negativo, porque ela foi tratada. E ainda fala pra mãe que ela tá infectada e o neném tá infectado. Isso é toda semana. E todo mês, de 3 a 4 crianças no XXX [hospital pesquisado] são diagnosticadas como Aids... Bebezinhos!!. Aí, dói, entendeu? Então, é um sistema que tá errado."

Uma outra entrevistada também enfocou a importância de se garantir o acesso ao pré-natal para se evitar que muitas mulheres não tenham sequer a chance de ter a gestação (bem) assistida e cuidada. Além disso, também julga fundamental preparar os profissionais de saúde de maternidades para melhorar a qualidade da assistência oferecida às mulheres hiv+ no momento do parto. Como já vimos, essa é uma questão preocupante pois falhas e omissões durante o parto podem colocar a perder todo o esforço para a redução da TV realizado durante o pré-natal.

O que esses depoimentos evidenciam é que as ações e programas de saúde, por melhor que sejam, não funcionam isoladamente. Eles dependem permanentemente das ações conjugadas de todo o sistema de saúde. Idealmente, e no limite, se este sistema estivesse atuando adequadamente, as mulheres estariam cuidando preventivamente de sua saúde reprodutiva e teriam, portanto, menos chances de contrair DST/hiv. Mesmo quando isso ocorresse, poderiam conhecer seu diagnóstico antes de engravidarem, o que lhes aumentaria as chances de reduzirem a TV. E, no limite, ao se testarem já grávidas, deveriam ter o resultado do exame no primeiro trimestre da gestação, possibilitando a intervenção ainda eficaz do protocolo 076. Portanto, este programa trabalha, de fato, no limite das suas possibilidades de atuação sobre uma questão que deveria estar sendo evitada ou, na pior das hipóteses, controlada.

Por fim, dois depoimentos destacaram-se ao apontarem para as outras dimensões da vida pessoas que deveriam estar incorporadas à ótica que rege a assistência à saúde. Uma entrevistada, possivelmente influenciada pelas propostas do programa de saúde da família, propõe que essa proposta de acompanhamento domiciliar seja incorporada ao programa em questão. Sua argumentação, porém, apóia-se na percepção de que o serviço de saúde, na verdade, está distanciado das reais necessidades de vida da população assistida. Essa entrevistada demonstra sensibilidade para compreender os dramas de vida das mulheres assistidas e, talvez por conhecer essa realidade mais de perto que os demais profissionais, ela saiba que o que chega ao serviço é apenas uma parcela da vida real. Em suas palavras,

"... porque ali [no acompanhamento domiciliar] entram todos os detalhes: médicos, enfermeiras, psicologia ficaria mais perto da vivência familiar. Porque implica também a vida dela [paciente], como ela está suportando, como ela está reagindo. Porque aqui [no serviço], você vê.... o que você vê é um espaço [de tempo] muito curto. Mas o que se passa na realidade, na vivência do dia a dia, o que tá acontecendo.... a gente não sabe a necessidade real da pessoa [....] E ali [na casa da paciente] você fica mais próximo de tudo".

Um outro depoimento aponta claramente para a necessidade de se re-conceituar a saúde na perspectiva do prazer, da afetividade e da solidariedade. Ao ser indagada sobre o que proporia para melhorar a assistência, essa entrevistada se expressa através de um sonho utópico. Ela relata o que faria caso "ganhasse na loteria": montaria uma casa de apoio 'psico-social' para pacientes e ex-pacientes, mas desvinculada da assistência médica, como faz questão de ressaltar. Essa casa estaria, segundo sua minuciosa descrição, voltada para o desenvolvimento da criatividade e das potencialidades de cada mulher, resgatando seu "prazer de viver". As atividades principais seriam de caráter artístico, corporal e lúdico, mas ela não esquece a 'batalha' pela vida quando inclui também cursos profissionalizantes que pudessem propiciar melhores chances de sobrevivência às mulheres. Ao justificar esse projeto, diz que gostaria de trabalhar a saúde associada ao prazer e à alegria de viver, ao invés de só tratar da doença e do sofrimento.

Como podemos constatar, os entrevistados expressam claramente uma consciência crítica não só sobre os limites do modelo de trabalho ao qual estão circunscritos, como também sobre a estrutura do sistema de saúde, com sua lógica discriminatória e excludente. Uma visão política mais abrangente foi expressa por alguns entrevistados, que relacionam seus problemas cotidianos a uma política de saúde que não está, efetivamente, voltada para melhorar as condições de assistência à saúde da população.

A ÉTICA FORMAL E OS VALORES PESSOAIS: EM BUSCA DA CONCILIAÇÃO POSSÍVEL

A abordagem das questões éticas foi aqui retomada visando compreender a percepção dos entrevistados sobre os valores que informam suas posturas. Será que o código de ética, em sua formulação institucional, é abrangente o suficiente para resolver as difíceis questões trazidas pelas pacientes? Ou será que os valores adquiridos através de suas experiências de vida são mais confiáveis e enraizados para orientar posturas e decisões que implicam na vida de outras pessoas? Como esses entrevistados analisam essas questões? Foram essas questões que buscamos explorar através deste sub-tema.

De uma forma geral, todas as entrevistadas reconhecem que não é possível separar seus próprios valores daqueles formalmente definidos como 'ética profissional'. Porém, procuram separá-los dos valores das pacientes, assumindo que não devem impor suas próprias concepções de vida aos outros. Algumas falas ilustram este tênue limite e o cuidado para respeitar realidades de vida socialmente tão distintas:

".. mas eu procuro tentar respeitar, ver o que é meu, só meu, e o que eu dou ao outro, o que é da relação com o outro. Agora, às vezes, fica muito difícil".

"Isso daí, eu não não importa se parece uma coisa muito teórica mas entender, aceitar que eu estou diante de uma pessoa que sente coisas que não são idênticas a mim, parecidas com as minhas que tem os valores dela, que eu tenho os meus... e que a gente tá construindo uma coisa que é diferente, que não é meu e que não é dela [...] é a história da relação"

"É onde eu coloco: eu, XX, não acho que sejam interessantes determinadas coisas porque eu não tenho a vivência pra ter aquela atitude. Nunca tive aquela atitude. Agora, se a pessoa, se a paciente faz, eu acho que tem um determinado motivo que ela teve, que não são os meus motivos. Mas aí, é a coisa de separar, né? Do que eu acho que é certo, do que eu acho que é errado...."

Uma entrevistada, em particular, retoma a discussão ética anterior e re-afirma sua posição contraditória, favorável à laqueadura e contra o direito ao aborto. Mas o que interessa, neste ponto da discussão, é que ela enumera o que julga eticamente aceitável na assistência à saúde: dar aos pacientes todas as informações científicas corretas e atuais sobre o seu problema para que ele possa tomar suas próprias decisões; aconselhá-los como cada um gostaria de ser aconselhado, ou seja, com respeito, consideração e afetividade. Ou seja, dar aos outros o que, e como, você gostaria de receber, sem fazer discriminações sociais.

Outra entrevistada, ao falar sobre essa questão, lembra a situação que considera mais problemática para a equipe: o que fazer diante dos casos em que a mulher hiv+ não comunica ao(s) seu(s) parceiro(s) sua sorologia? Acha muito complicado lidar com isso e avalia que o código de ética não oferece soluções factíveis e adequadas para este tipo de situação. Afinal, quando a mulher se prostitui, não há como convocar seus parceiros/clientes. Ou quando os parceiros estão associados à marginalidade, colocam-se riscos reais de vida para a própria paciente e também para os profissionais. Ela admite que se sente impotente frente a essas situações e busca ajuda de outros colegas para sentir-se mais amparada.

Uma das enfermeiras também se reporta aos 'casos difíceis', onde o aconselhamento tem, a seu ver, um alcance muito limitado. Porém, ela demonstra ter 'jogo de cintura' para negociar soluções possíveis com as pacientes. Em situações extremas, como usuárias de droga, faz negociações e acordos com a paciente, visando não perdê-la:

"Então, você tem... meio que 'pactos' pra você traçar aí, pra você não perder o todo".

Ou seja, ela admite abrir mão de determinadas questões para não perder o vínculo com a paciente, o que julga o pior dos desfechos.

Duas entrevistadas admitem que se desgastam muito ao lidar com diferenças de valores tão significativas. Uma delas reporta-se a situações em que tomou determinadas atitudes totalmente contrárias à sua maneira de pensar e sentir, mas que julgou serem as melhores para as pessoas ali envolvidas. Cita como exemplo um caso onde solicitou ao juiz a retirada da guarda de uma criança dos pais, que não tinham, segundo ela, a menor condição de criá-la dignamente. Sentiu-se muito conflitada pois, em princípio, acredita no direito inalienável dos filhos estarem junto a seus pais. Aliás, como lembra, em muitas situações, a equipe luta para manter ou re-aproximar famílias cindidas por conflitos.

Outra entrevistada confessou que se deprime muito ao lidar com mulheres que tem vários parceiros e vários filhos, todos de pais diferentes. Corajosamente, admitiu que tenta aconselhar essas mulheres a mudarem de vida, visando sua saúde e bem estar.

Por fim, uma entrevistada faz uma importante reflexão acerca dos dilemas éticos colocados para os profissionais de saúde. Apesar de achar que o código de ética é abrangente o suficiente para orientar as posturas profissionais, ela novamente retoma sua crítica à falta de discussão, entre os colegas de trabalho, sobre todas as complexas questões que surgem no cotidiano da assistência, inclusive as que envolvem posicionamentos éticos. Coerentemente com sua análise anterior, onde enfatiza a ausência de espaço para o trabalho em equipe, reafirma sua convicção de que somente através da troca e compartilhamento de idéias e

experiências é possível se avançar e conquistar novos patamares qualitativos na assistência à saúde.

Portanto, como vimos, esses profissionais estão cotidianamente confrontados com difíceis e complexas situações de vida que os envolvem e exigem tomada de posição. Apesar de todas as entrevistadas terem reconhecido que seus próprios valores e experiências de vida os embasam para as atitudes que assumem, não há, de fato, uma troca coletiva que lhes permita uma construção coletiva de novos aprendizados e posturas profissionais e éticas. Portanto, não basta haver um código de ética formal que traça as diretrizes gerais sobre condutas que visam, em princípio, o bem estar e a saúde dos indivíduos e da coletividade. Deveria haver uma permanente reflexão sobre cada situação, considerando-se que cada indivíduo-paciente traz consigo, para além de seus problemas orgânicos, uma história e um contexto de vida que geram necessidades particulares, as quais devem ser cuidadosamente consideradas na busca de melhores soluções.

APRENDIZADO E CRESCIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL ATRAVÉS DO TRABALHO

*"Mas essa coisa do sentimento.....
mexe muito com o sentimento.
Pelo menos comigo,
mexe muito meu sentimento..."
(fala de enfermeira entrevistada)*

Ao indagarmos sobre as experiências profissionais mais marcantes e os aprendizados de vida adquiridos através deste trabalho, muitas emoções foram novamente expressas.

Alguns casos dramáticos, onde a pobreza e a violência social deixam marcas indeléveis nas pacientes, foram, neste momento, lembrados. Num deles, uma entrevistada, médica, recorda-se de ter ficado 'em pânico' e sentindo-se culpada quando uma paciente, cuja vida era muito desestruturada - sem família, sem parceiro, desempregada e recém despejada do quarto onde morava - desapareceu das consultas por duas semanas. A entrevistada sentiu-se culpada, julgando que poderia ter contribuído para aumentar, inadvertidamente, o desespero dessa mulher. Suas palavras revelam sua angústia e sofrimento:

"Então, nessas duas semanas, até ela aparecer e a gente saber o que tinha acontecido, eu fiquei desesperada. Por que será? Será que eu falei alguma coisa que a mulher ficou desesperada e resolveu se matar?"

Outra entrevistada reporta-se aos vários casos em que a relação conjugal foi desestabilizada em função do diagnóstico para o hiv. Ela expressou seus sentimentos de culpa por interferir em questões tão íntimas e delicadas da vida de um casal. Recordou também a história de duas gestantes cujos parceiros foram acidentalmente mortos por 'balas perdidas' em confrontos entre policiais e traficantes. O que fazer frente a situações como essas? Seu sentimento de impotência frente à pobreza e à violência social fica explicitado em suas palavras:

"Quer dizer, o que às vezes dá é angústia de você não poder dar um apoio maior emocional - que você sabe que ela precisa - porque você não sabe o que falar mais. Talvez, só ficar perto....."

Outras entrevistadas também se reportaram a essas sofridas situações. Uma delas recorda-se de uma paciente de apenas 19 anos, sem família no Rio de Janeiro, e que, ao saber seu diagnóstico, quis retornar à sua cidade natal para estar junto à família. A equipe, solidária com essa jovem, arrecadou dinheiro para pagar sua passagem de volta e continuou acompanhando sua história através dos colegas médicos da cidade para onde ela foi. Quando souberam que seu bebê tinha soroconvertido, ficaram consternados. A entrevistada, ao relatar essa história, faz um triste desabafo:

"Pô, a gente solta as pessoas no mundo assim, entendeu? Sem nenhum apoio.....[...] Você não tem como ancorar essas pessoas"

No mesmo sentido, outra entrevistada expressa o sentimento de impotência da equipe frente às extremas dificuldades sociais das pacientes:

"Esses casos são difíceis porque ali, pela história de vida, está tudo tão perdido.... E aí, você pára pra pensar e vê que a Aids é algo a mais na vida toda desestruturada dessa pessoa. E que essa pessoa está construindo alguma coisa [o filho] que também vai sofrer muito também. Isso daí mexe muito comigo, do ponto de vista que você vê que são as limitações".

Ela conclui sua reflexão melancolicamente, percebendo o quanto a assistência à saúde, mesmo com todo o empenho e solidariedade da equipe, é limitada:

"aí, eu volto de novo pra essa guerra social que a gente vive.... esse caos aí ... e fica difícil, né?"

Porém, mesmo frente a todas essas dificuldades e limitações, as recompensas não foram relegadas. Uma entrevistada lembra-se de dois casos onde houve, a despeito do sofrimento, um 'final feliz': duas gestantes, que foram abandonadas pelos parceiros, casaram-

se novamente, seus bebês negativaram e estão hoje muito felizes. Nas palavras dessa entrevistada,

"Agora, o lado bom da coisa também é muito maior. Ou seja, a maioria das crianças negativas, entendeu?"

Essa entrevistada, porém, não esquece que, além das crianças negativadas, também a garra e a alegria de viver das pacientes a ajudam a suportar as difíceis situações com que se depara.

Algumas entrevistadas associaram as maiores dificuldades que enfrentam às deficiências, falhas e omissões dos serviços de saúde. Uma, em particular, recorda-se de um casal que chegou ao programa no nono mês de gestação, após terem sido comunicados sobre o diagnóstico através de um telegrama. Foi muito difícil lidar com o alto nível de estresse e ansiedade de ambos, sendo que o marido chegou, em seu desespero, a se comportar agressivamente com a equipe. Essa mesma entrevistada declara sua impotência quando, apesar de todos os esforços, uma criança soro-converte. Ela reflete, então, sobre o imponderável da vida:

"Você fica assim: 'por que aconteceu?'. Você analisa talvez o por que aquela criança foi portadora e aí eu digo: 'pô! às vezes, dá vontade de jogar tudo pro alto, porque você faz tudo direitinho, tenta fazer tudo direitinho.... A gente também tem esse sentimento, né, de incapacidade, de achar que está sendo incapaz de realmente fazer aquilo...."

Por fim, uma das entrevistadas mencionou a competição entre colegas de trabalho como uma questão tão difícil de enfrentar quanto a doença e a pobreza das pacientes. Em sua avaliação, a vaidade e a disputa no campo profissional relacionado à Aids são mais doentias que a doença da qual tratam. Em suas palavras,

"Então, eu sempre digo que o profissional de saúde, principalmente se entra a parte da pesquisa ligada com a Aids, é mais doente que as doentes que eu atendo [...] Eu posso ser radical, mas eu acho [isso]. [Por] que as pessoas [as pacientes] têm um problema e elas estão reagindo em relação àquele problema de saúde. Mas são pessoas cordiais, são pessoas boas, são pessoas.... entendeu? E do outro lado [o profissional], não tem doença, tem uma profissão, tem tudo pra ser mais feliz e enrola o meio de campo, com ciumenta, com fofoca e até por disputa"

Como fica evidente, este trabalho, que coloca em pauta os limites da assistência à saúde, provoca impactos profundos nos sentimentos e valores destes profissionais. Eles refletem sobre essas questões e reformulam, a partir dessa experiência profissional e humana, seus próprios valores.

O depoimento de uma médica a respeito da mudança de sua postura frente a pessoas socialmente estigmatizadas - drogados, prostitutas - é ilustrativo. No estreito contato e convivência com essas pacientes, deu-se conta de que essas pessoas são, muitas vezes, mais honestas e generosas que as consideradas 'normais'. Como ela diz,

"É, mas você sabe o que eu aprendi? Não existe diferença entre as pessoas, entendeu?".

Ela termina sua auto-reflexão concluindo que esse aprendizado de vida a tem tornado mais aberta, mais tolerante, enfim, mais humana.

Sobre reformulação de valores de vida a partir do trabalho, todas as entrevistadas reconhecem que muita coisa mudou no sentido de re-dimensionarem a importância das coisas.

O expressivo depoimento de uma entrevistada sobre sua busca de sentido para a vida, ilustra esse sentimento. Como ela declara, emocionada,

"E aí, nessas situações, você se descobre, você vê porque você veio, o que você está fazendo. Porque tem uma finalidade, tem um objetivo, você tem uma função ali. Não é só a função [profissional] a matéria, que você tá trabalhando, e coisa e tal. Você tem também seu lado espiritual [...] Então, quer dizer, a gente consegue ter as respostas e entender melhor que esse era mesmo o seu caminho. Que, até então, eu ficava naquela: 'poxa, não vejo nada, tem que ter uma coisa [objetivos de vida]', né? E hoje eu consigo ver e tem alguma coisa. Então, eu consegui as respostas".

Essa entrevistada também percebe mudanças na sua forma de lidar com a vida e as pessoas. Ela se considerava muito impulsiva e aprendeu a refletir antes de agir e a escutar as pessoas antes de tomar decisões. Atribui essas mudanças ao aprendizado adquirido através deste trabalho, que mostrou-lhe aspectos da vida que antes não percebia ou não valorizava.

O depoimento de uma enfermeira também é revelador das transformações que se operam na vida dos profissionais quando se deparam com tantas privações e sofrimento. Ela afirma, assim como outros entrevistados, que passou a dar mais valor ao que tem, ou seja, sua família, os filhos, o trabalho, sua casa. Em suas palavras,

"Acho que, pro profissional em si.....se a gente for ver por esse lado, né, tem até suas angústias, mas tem suas satisfações, porque você vê.... Nossa! Você vê cada história de vida que você [pensa] 'Nossa! eu não tenho nada, eu sou feliz, eu tenho tudo..... minha vida é maravilhosa!"

Outra entrevistada expressa, no mesmo sentido, esse sentimento de re-significação da vida:

"Você pára pra pensar e... eu digo: ah, as coisas estão muito ruins, muito... Você pára pra pensar e diz: p. m.! tem muita coisa que é mais significativa!"

Ela acredita que incorporou esse aprendizado à sua vida pessoal e ganha muito com isso:

"Eu, às vezes... eu fico brincando: 'ele [o trabalho] te dá um nível de elevação... assim, pessoal muito grande"

Ao admitir seu medo de lidar com a morte, acredita que o trabalho a ajudou não só a superar esse sentimento como, principalmente, a valorizar mais a vida e a solidariedade. Como ela diz,

"...aprendi que a gente não evolui sozinho"

Outro depoimento também é eloqüente e significativo. Sobre a re-valorização da vida, essa entrevistada constata:

"Você pára pra pensar e diz: caramba! Tem coisas na vida que você não valoriza e que você tem que valorizar. Pequenas coisas. Porque a gente só valoriza as grandes coisas, né?"

Suas reflexões existenciais vão além quando constata, através de sua relação com as pacientes, que

"... trabalhar com a Aids eu acho que me possibilitou ver a vida com muito mais vida. Isso eu posso te dizer.. [...] Eu acho que ter que trabalhar a morte foi uma coisa importante pra mim. Ver a vida, ver a morte, valorizar determinadas coisas. Tem dias de ir pra casa mais chateada, mais deprimida, mas, em outros, mais alegre. E ver que....não é tudo perdido".

Essa entrevistada, ao constatar a riqueza de seu aprendizado pessoal, se pergunta se as pacientes também se beneficiam dessa situação:

"Às vezes, eu paro pra pensar e fico pensando se a pessoa [paciente], que está na relação construída, está tendo tantos ganhos quanto eu estou tendo. Porque eu vi aquela pessoa ... vi os recursos que ela tem, as saídas que ela tem pra vida, pro tratamento, pro sofrimento, pra desestruturação.... "

Algumas entrevistadas referiram-se às transformações em suas posturas profissionais. Uma médica, por exemplo, percebe que re-significou a importância da solidariedade. Em suas palavras,

"Eu nunca senti uma necessidade, sabe, de ter solidariedade, né? E no caminho, me envolvi muito, assim, nos problemas sociais, entendeu?"

Percebe que passou a se envolver mais com os problemas de vida das pacientes e sente-se reconfortada ao constatar que contribui, de alguma forma, para minorar seu sofrimento, o que considera muito gratificante:

"antes, eu nunca tinha pensado no que eu posso fazer, entendeu, pra minimizar [os problemas], entendeu? Agora, lá [na assistência], a gente sabe que pode fazer algumas coisinhas, entendeu? Não é muito, não, sabe? Mas me dá a impressão, assim pelo próprio fato de você estar tratando delas, poder dar a chance da criança que vai nascer, sabe, sem uma doença, sem hiv, acho que já é [compensador]....."

Portanto, como visto, esses profissionais, ao se depararem com realidades de vida tão distintas das suas próprias e lidando com uma situação-limite que coloca em cheque o permanente confronto entre a vida e a morte, passam por um profundo processo de questionamento e transformação. A pobreza e seus efeitos devastadores sobre a vida das pessoas, a desestruturação social e familiar como decorrência de carências materiais e emocionais, a maior vulnerabilidade social que expõe as mulheres à infecção pelo hiv, a possibilidade de infecção de crianças que já tinham, de antemão, um futuro comprometido pelas duras condições de sobrevivência, conformam situações de vida extremamente sofridas e que terminam por levar esses profissionais a reverem suas próprias vidas e valores. Mas, como alguns depoimentos registraram, há também aí ganhos importantes e que certamente alargam o horizonte existencial desses personagens. A percepção de que os excluídos da sociedade, via de regra ideologicamente representados como incapazes, iletrados e ignorantes, despossuídos de cultura e sabedoria, são indivíduos fortes, também portadores de um saber, adquirido na luta pela vida, e que, apesar das adversidades, não perdem a alegria de viver, propiciam uma outra compreensão sobre a vida e a sociedade. É como descortinar um lado oculto da vida social, mormente ocultado pela ideologia.

Evidentemente, não se pode cair na tentação de romantizar essa questão. Como muitas entrevistadas mostraram, as condições de vida e sobrevivência das mulheres que assistem é extremamente difícil. Porém, há um outro lado nessa história que esses profissionais, ao conhecerem, aprendem a admirar e respeitar, o que os torna seres humanos mais abertos, sensíveis e solidários, como eles próprios reconhecem.

PROJETOS DE FUTURO: SONHAR É PRECISO

"Eu acho que, se a gente não tiver sonhos, não tiver metas e não tiver objetivos, a gente não tem sentido, né?"
(enfermeira entrevistada, sobre seus sonhos e projetos de vida)

Encerrando a entrevista, abordamos com os entrevistados seus sonhos e projetos de vida, profissionais e pessoais. O objetivo deste tema foi compreender e explorar suas expectativas de realização presente e futura, dando-lhes 'asas à fantasia e ao sonho'.

Muitos referem seus desejos e planos futuros a projetos profissionais que ainda não puderam ser concretizados. Uma entrevistada, por exemplo, pretende retornar à área de pesquisa básica para investigar as particularidades da infecção pelo hiv em crianças. Os resultados práticos dessa pesquisa podem contribuir, futuramente, para tratamentos mais específicos e eficazes na população infantil afetada pelo hiv. Essa entrevistada, ao falar deste projeto, enfatiza seus possíveis e desejáveis desdobramentos para a melhoria da qualidade da assistência às crianças hiv+. Poder contribuir para minorar o sofrimento que cotidianamente assiste é sua maior motivação.

Outra entrevistada, numa direção semelhante, também pretende desenvolver projetos que integrem a área clínica com a pesquisa básica. É como se o desejo aqui embutido fosse o de 'humanizar' a área básica, ou seja, aproximá-la do esforço para a melhoria concreta da qualidade de vida dos indivíduos afetados pelo hiv.

Outras entrevistadas pretendem fazer uma pós-graduação, visando desenvolver e aprofundar a rica experiência profissional que já acumulam. Uma delas, em particular, enfatiza que pretende abrir novos campos de atuação na assistência às gestantes hiv+ a partir da reflexão crítica sobre a prática atual. Ela explicita seu desejo de crescimento profissional a partir de um desenvolvimento teórico-prático crítico e transformador. Em suas palavras,

"... mas eu acho que, no mais, é você ter uma postura crítica, né? Querer sempre melhorar. Isso eu sempre quero, mudar pra melhorar. Agora, nem sempre a mudança é com ...com melhoria, vamos dizer. Mas vamos mudar, entendeu?"

A coordenadora do programa não se furta a colocar todos os seus sonhos e projetos profissionais, que não são poucos. A curto termo, pretende continuar investindo no campo educativo, especialmente em treinamentos de equipes de pré-natal que assistem às gestantes hiv+ e que ainda não foram preparadas para a execução completa do protocolo 076. Também integra suas metas próximas o estudo de viabilidade do teste rápido nas maternidades públicas, já em andamento. A médio prazo, pretende dedicar-se intensamente ao trabalho educativo com jovens, especialmente com alunos das escolas públicas, os que mais necessitam de informações para a prevenção de DST/HIV. Ao contrário da outra entrevistada, não quer continuar na área de pesquisa básica por achar que este campo é muito competitivo e burocrático. A menos, como diz, sonhadora, que surja um protocolo para testar novas vacinas em crianças. Porém, sua utopia, como confessa, é poder ver a TV zerada, *"...como queria o*

Betinho com o sangue". No futuro, quando aposentada, pensa em se engajar no projeto internacional dos Médicos sem Fronteiras, quando poderá dedicar-se integralmente ao seu compromisso com a população excluída do Terceiro Mundo. Neste momento, essa entrevistada recorda-se, com emoção, do sacrifício e investimento que seus pais fizeram para que os filhos pudessem estudar e ter uma profissão. Portanto, ela acredita estar correspondendo às suas expectativas ao dedicar-se àqueles que não têm acesso ao estudo e a uma vida digna.

Por fim, uma das enfermeiras fala de seu desejo de voltar a atuar em uma área profissional que, de certa forma, guarda estreita relação com seu atual trabalho, qual seja, a assistência a adolescentes em situações de risco. Foi através dessa experiência que aprendeu a lidar com as questões sociais, familiares e emocionais dos pacientes, o que a marcou muito. O trabalho educativo com jovens em situações de maior vulnerabilidade, de certa forma, relaciona-se com sua experiência atual, onde atende muitas meninas grávidas e infectadas pelo hiv. Portanto, seu projeto de retornar a este campo também guarda relação com o trabalho educativo no campo da saúde, como outros entrevistados.

No plano pessoal, os sonhos e projetos dos entrevistados relacionam-se às suas vidas familiares, aos filhos e à conquista de uma relativa segurança material.

Evidentemente, os filhos figuram em primeiro plano. Poder educá-los, vê-los bem e com saúde figuram entre as prioridades dos entrevistados. Uma entrevistada, neste momento, admite que seu maior medo é o de perder um filho. Pensa que esta é a experiência mais dolorosa que pode haver da vida.

Três entrevistadas ambicionam melhores condições de moradia visando proporcionar mais espaço e conforto para os filhos. Uma delas fala, rindo muito, de seu desejo de ter uma casa de praia e uma de campo. Seu riso é irônico pois ela, que mal consegue pagar seu aluguel, tem consciência da inviabilidade deste projeto. Mas, como 'sonhar é preciso'

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões que essa pesquisa investigou permitiram trazer à tona vários aspectos dos complexos e difíceis dilemas e contradições que a epidemia de Aids vem colocando para a sociedade e, em particular, para os serviços de saúde.

O referencial teórico proposto permitiu revelar, ao menos em parte, a complexidade e as conexões entre as várias questões que se entrelaçam em torno da vulnerabilidade feminina ao hiv. O ponto central do argumento conceitual, ao desvendar a transversalidade do gênero na classe social e apreender ideologias que obscurecem a percepção crítica dos mecanismos que promovem as desigualdades sociais e de gênero, mostrou, entre outros aspectos, que a pauperização e a feminização da epidemia de Aids encontram-se enraizadas, em última instância, no sistema capitalista, que engendra incessantemente e através de vários e complexos mecanismos, a exploração, a dominação e a opressão da maioria da população, particularmente da sua parcela feminina.

O conceito de **transição de gênero** permitiu revelar o aprofundamento da exploração das mulheres da classe trabalhadora. Da definição histórico-ideológica de *esposas e mães*, as mulheres desta classe tornam-se crescentemente *mães-trabalhadoras*, numa equação que não deixa margem a escolhas e realizações. Essa questão, ideologicamente representada no ideal da ‘nova mulher’, independente e autônoma para decidir sua vida, gera sérias conseqüências para o exercício da maternidade. Como a pesquisa evidenciou, essas mulheres estão tendo e criando seus filhos em contextos instáveis e precários, em meio ao desemprego e subemprego que provocam, correlatamente à desagregação dos laços familiares, a significativa ausência do homem-provedor-pai, o que agrava sobremaneira as condições de sobrevivência familiar. Como visto, o diagnóstico para o hiv se sobrepõe a este cenário de vida e, na medida em que provoca novos problemas, o agrava. Como evidenciado através dos dados, o risco de uma nova forma de dependência social – doença-sobrevivência – é sintoma dessa situação.

A escolha de um serviço público para investigar o objeto da pesquisa – a gravidez hiv+ - teve a intenção de apreender as estreitas relações entre esta problemática e a sociedade que a engendra. Portanto, este *locus* de pesquisa representou e expressou, de maneira significativa, as conexões entre desigualdades sociais e de gênero, o processo saúde-doença e a reprodução. As gestantes hiv+ entrevistadas evidenciaram essa questão ao revelarem como

suas reais condições de sobrevivência ‘adentram’ o serviço de saúde e expõem os limites de atuação do modelo biomédico.

O conceito de **ideologia** e o referencial do **feminismo marxista**, ao postularem a indissociabilidade entre condições materiais de vida e representações simbólicas e a transversalidade do gênero na classe social, permitiram:

1. desmistificar a imagem da ‘nova mulher’ e revelar como a ideologia de gênero obscurece, no capitalismo, o aprofundamento da exploração do trabalho produtivo e reprodutivo das mulheres da classe trabalhadora, sem melhorar as condições de vida dos homens desta classe;
2. desnaturalizar a experiência da maternidade, mostrando como as condições para se ter e criar filhos são socialmente diferenciadas e desiguais;
3. identificar a atualização da ideologia médica no campo reprodutivo; no caso da gravidez hiv+, esta se evidencia através da missão de ‘salvar bebês’, reproduzindo a ideologia de gênero que naturaliza as mulheres em seu papel materno;
4. identificar as contradições e conflitos gerados neste, e por este, processo, o que possibilita aos sujeitos sociais re-significar suas representações, experiências e práticas, profissionais e de vida, o que aponta para a possibilidade de transformações no modelo e nas práticas assistenciais relacionadas à saúde.

Como foi constatado, para além da difícil e dolorosa experiência de uma gravidez hiv+, os graves problemas de sobrevivência dessa parcela da população feminina irrompem no serviço de saúde de forma inexorável e irrecusável: as agudas carências e necessidades de sobrevivência dessas mulheres, assim como seus contextos de vida instáveis e desestruturados, colocam em cheque um modelo assistencial que reduz o fenômeno saúde-doença à sua dimensão biológica e individual, o que, no limite, desafia a própria eficácia terapêutica do tratamento oferecido. A gravidez hiv+, assim, recoloca em pauta a necessidade de se re-pensar e transformar, no campo da assistência à saúde, os modelos conceituais e as práticas assistenciais, particularmente no que tange ao campo reprodutivo. Os profissionais de saúde que protagonizaram esta pesquisa mostraram inequivocamente como estes modelos são insuficientes, limitados e inadequados para lidarem com um problema de saúde que afeta tantas dimensões da vida humana. E também demonstraram o quanto os serviços de saúde são, no limite, impotentes para resolver graves e complexas situações sociais que fogem às suas possibilidades de intervenção. Merece ser reconhecido, portanto, o esforço coletivo desta pequena e dedicada equipe que, através de seu engajamento voluntário, comprometido e solidário, tenta suprir as gestantes hiv+ em suas necessidades mínimas, inclusive para que elas possam beneficiar-se da intervenção médica oferecida.

No campo da experiência feminina, a infecção pelo hiv incide no cerne da identidade socialmente definida para as mulheres: a maternidade. Ter um filho nesta situação, como vimos, implica em sentimentos contraditórios: por um lado, medo, desespero, culpa; por outro, coragem, determinação e esperança. Os dados mostraram, contudo, que a pobreza dessas mulheres agrava exponencialmente essa difícil experiência, exigindo dos profissionais de saúde suportes psico-sociais adicionais que garantam, para além da prevenção da TV, a sobrevivência social dessas mulheres e seus bebês.

Portanto, ao abordar a interface entre a gravidez hiv+ e os serviços de saúde, esta pesquisa pôde explicitar questões relevantes para o campo da Saúde Coletiva e que podem – e pretendem - contribuir para políticas de saúde comprometidas com a promoção da qualidade de vida da população brasileira. Alguns pontos principais serão, a seguir, sintetizados.

SOBRE AS GESTANTES HIV+:

1. a pauperização e a feminização da epidemia de Aids são, em última instância, resultantes de processos sociais que, sob o capitalismo, vêm agravando as desigualdades sociais e de gênero. O aprofundamento da exploração do trabalho produtivo e reprodutivo das mulheres, a fragmentação dos vínculos conjugais e familiares, a crescente ausência do homem-provedor-pai, o desemprego e, concomitantemente, a ausência de políticas sociais, são fatores que, entre outros, concorrem para exponenciar a vulnerabilidade feminina ao hiv.

2. a ideologia de gênero, ao significar a ‘independência feminina’ enquanto uma conquista universal de todas as mulheres, obscurece a percepção crítica dessa situação. Essa questão evidencia que as possibilidades das mulheres alcançarem uma posição efetivamente igualitária na sociedade está na estreita dependência de condições materiais que viabilizem essas conquistas. No contexto da desigualdade social, a ‘independência feminina’ torna-se um sintoma do aprofundamento da exploração de homens e mulheres.

3. a experiência da maternidade, tão vital para as mulheres, é socialmente diferenciada e desigual: para as mulheres da classe trabalhadora, as condições para criarem e educarem seus filhos - o que pressupõe tempo e energia disponível para a convivência, o afeto e a intimidade – são precárias e insatisfatórias. Mesmo as que lutam bravamente para corresponder ao modelo ‘ideal’ de mãe esbarram nos limites colocados por sua condição de classe social.

4. mesmo nestes contextos de vida, as mulheres anseiam e procuram se realizar através da constituição de uma família. Visto que os relacionamentos amorosos estão conflituosos, inseguros e instáveis, os filhos continuam sendo sua principal fonte de realização afetiva.

Mesmo aquelas entrevistadas que tiveram filhos nas mais adversas situações não hesitam em declarar que, apesar de tudo, eles foram – e continuam sendo - a experiência mais compensadora que tiveram.

5. a infecção pelo hiv sobrepõe-se aos problemas anteriores e os agrava: o medo do preconceito e da discriminação, que isola e fragiliza os indivíduos afetados pelo hiv, os extenuantes cuidados com a saúde do(s) filho(s) e de sua própria, tornam suas vidas ainda mais difíceis. Os bebês que esperam, contudo, infundem-lhes motivação e esperança para lutarem pela vida.

SOBRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES HIV+

1. a **observação participante** permitiu apreender a ideologia médica através dos seguintes aspectos: i) a segmentação do processo de trabalho e, associado a isto, ausência de espaços de discussão coletiva; com isso, impossibilita-se a socialização, o aprendizado coletivo e, como decorrência, a resolução conjunta e integrada das difíceis e complexas questões cotidianamente trazidas pelas pacientes; ii) a reprodução das hierarquias de poder médico e, correlatamente, a competição entre categorias profissionais e entre as especialidades médicas (obstetrícia x infectologia) que, no limite, geram insatisfações, competição e conflitos na equipe, o que se reflete nas condutas adotadas com as pacientes; iii) a hegemonia do enfoque técnico-terapêutico, com ênfase na intervenção que ‘salva os bebês’ do hiv; correlatamente, o tratamento da mulher-mãe hiv+ fica secundarizado; iv) a naturalização do papel materno das mulheres-pacientes que, no limite, são estimuladas a cuidarem de sua saúde para que possam cuidar de seus filhos; v) atitudes discriminatórias para com as pacientes que não correspondem ao modelo materno ideal; vi) o não reconhecimento do direito das pacientes tomarem livremente suas decisões reprodutivas.

2. as **entrevistas** revelaram ‘o outro lado da moeda’, ou seja, os aspectos humanos da assistência à saúde que, em decorrência da abordagem técnica, impessoal e ‘neutra’, permanecem ocultos e/ou individualizados. Esses profissionais, a maioria mulheres, vivenciam, no âmbito de suas próprias vidas, os atuais dilemas de gênero e são sensíveis para perceber essas questões na vida das pacientes; embora esses sentimentos e solidariedades não sejam, como efeito da ideologia médica, assumidos e incorporados à postura profissional, eles sensibilizam-se e sofrem com a extrema carência social da clientela; além disso, manifestam agudo senso crítico sobre as atuais políticas de saúde que se refletem, entre outras, em graves deficiências nos serviços públicos; no limite, essa situação inviabiliza uma assistência que

acolha as necessidades psico-sociais das pacientes; por fim, percebem a necessidade de integrar, na assistência à saúde, as dimensões afetivas, familiares e sociais, apontando, ao menos utopicamente, para a integralidade na assistência à saúde.

Portanto, embora a ideologia médica persista atuante em todos os níveis da assistência à saúde no campo reprodutivo – na organização do trabalho, no modelo assistencial, nas posturas pedagógico-normativas - há um campo potencial para transformações nessas práticas que apontam para a assistência integral na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Esta pesquisa evidenciou que o setor saúde, *per se*, não é capaz de resolver as graves questões de saúde da população. Como os profissionais entrevistados lucidamente apontaram, os agudos problemas sociais afetam drasticamente a saúde da população, sendo que, num círculo que se retroalimenta, a doença diminui as chances daqueles que já estão condenados à margem do sistema social de competirem pelo emprego e pela sobrevivência. Como expresso por uma das profissionais entrevistadas, “*o que adianta a gente ficar tratando, tratando, se não tem emprego, não tem o que comer?*”.

O programa de assistência às gestantes hiv+ investigado evidenciou, de várias formas, essas agudas contradições: i) o suporte social voluntariamente oferecido às pacientes pode estar criando uma nova forma de dependência; neste caso, essa dependência é paradoxal: uma nova gravidez hiv+ torna-se estratégica para garantir a continuidade do suporte social oferecido pelo serviço; ii) a ausência de outras políticas e instituições assistenciais que, paralelamente, poderiam estar oferecendo suportes complementares – e necessários - às gestantes hiv+, o que sobrecarrega a equipe de saúde que, num esforço descomunal e que transcende sua capacidade resolutive, tenta suprir as necessidades psico-sociais das pacientes; essa questão, entre outras, dificulta, ou mesmo inviabiliza, uma assistência integral e de qualidade, onde haja ‘tempo e espaço’ para a ‘escuta’ e o diálogo com as pacientes que, tanto quanto o tratamento médico, demandam um mínimo de ‘atenção’ e de ‘reconhecimento’ enquanto seres humanos; iii) a atuação da rede de serviços de saúde nesta questão denuncia o descaso governamental com a saúde das mulheres brasileiras. No limite, a gravidez hiv+ tornou-se o alvo prioritário de intervenção médica, sendo que ações anteriores na cadeia de transmissão não estão sendo desenvolvidas ou são insuficientes: os programas educativos para a prevenção do hiv/Aids entre mulheres são insipientes e/ou inadequados; em decorrência, a gravidez transforma-se em triagem sorológica das mulheres em idade reprodutiva; para as que

conseguem acesso à assistência pré-natal e ao teste anti-hiv (oferecido ou imposto), a demora no resultado do teste transforma a intervenção preventiva da TV numa ‘corrida contra o tempo’, dificultando ou inviabilizando qualquer possibilidade de uma assistência integral e integrada a um problema tão difícil e doloroso; e, por fim, há que se considerar que muitas crianças ainda estão se infectando pelo hiv devido à ausência absoluta de qualquer intervenção médica em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal.

Portanto, a equipe trabalha no limite de uma situação que poderia ser radicalmente diferente caso houvesse decisão e investimentos políticos na área de saúde. Claro está que a falta de investimentos em saúde integra um cenário político geral que, entre outros efeitos perversos, vem reduzindo drasticamente os recursos destinados às políticas sociais em geral, contribuindo para o aprofundamento das desigualdades sociais.

Porém, para além de um posicionamento político que aponte para transformações profundas neste modelo econômico, político e social injusto e excludente, o setor saúde guarda particularidades que podem ser alvo de mudanças, mesmo que parciais. Esta pesquisa revelou algumas questões que, mesmo dentro desses limites, podem ser trabalhadas e transformadas.

A despeito do modelo e da ideologia médica definirem e orientarem as práticas assistenciais, pôde-se detectar as contradições e conflitos que potencializam mudanças. A consciência crítica desses profissionais de saúde, sua sensibilidade para os problemas sociais das pacientes e seu anseio por um modelo de trabalho mais integral, integrado e humano apontam para a possibilidade de se alcançar ‘pequenas vitórias’ no cotidiano dos serviços de saúde.

Porém, a constatação de que a proposta conceitual e programática do PAISM não está orientando a assistência à saúde reprodutiva das mulheres brasileiras e, particularmente a assistência à saúde das gestantes hiv+, mostra que o investimento na prevenção da transmissão mãe-filho tem, mais uma vez, a intenção de intervir politicamente sobre os efeitos ‘indesejáveis’ da reprodução: bebês contaminados pelo hiv tornam-se um problema econômico e político que deve ser evitado. A vulnerabilidade feminina ao hiv enquanto um problema que poderia ser evitado ou minimizado através de programas educativos preventivos permanece no descaso. As mulheres só se tornam alvo de atenção e preocupação médico-sanitária se e quando, depois de contaminadas, engravidam.

Neste sentido, a proposta do PAISM, se implementada, poderia promover a saúde reprodutiva na ótica da integralidade, iniciando suas ações através da prevenção de problemas de saúde reprodutiva. No caso de doenças já instaladas, a assistência deveria, no mesmo

sentido, estar integrada e articulada de forma a evitar que os problemas evoluíssem e se agravassem, como demonstra a questão das DST.

A detecção da infecção pelo hiv, por seu lado, deveria ocorrer durante o acompanhamento ginecológico de rotina. As mulheres que se descobrissem infectadas poderiam optar por uma gestação devidamente informadas sobre riscos e possibilidades de terem filhos saudáveis ou não. E, no limite desse processo, a detecção para o hiv deveria ocorrer no início da gestação, de forma a possibilitar a intervenção preventiva da TV em tempo hábil e em condições assistenciais adequadas.

No campo da integralidade na assistência à saúde, particularmente à saúde reprodutiva, a proposta do PAISM deveria orientar um trabalho de equipe integrado através de espaços coletivos para a discussão, a troca e o aprendizado conjunto dos profissionais, contribuindo para um trabalho efetivamente integrado e integral enquanto equipe, o que potencializa a transformação deste modelo que dicotomiza e segmenta tanto os profissionais quanto as pacientes. Nesta perspectiva, muitas questões difíceis e complexas que atualmente são resolvidas (ou não) individualmente, poderiam ser coletivamente compartilhadas, refletidas, amadurecidas e implementadas, o que, certamente, atenderia melhor as necessidades das pacientes e tornaria o trabalho em saúde mais gratificante para os que o realizam.

Portanto, a luta pela efetiva implementação do PAISM na perspectiva de um sistema público de saúde articulado, integrado e comprometido com a promoção da saúde da população brasileira ainda é uma meta a ser alcançada. A promoção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres brasileiras está, juntamente com outras políticas sociais, na estreita dependência dessa questão. O direito a uma maternidade desejada, acolhida, compartilhada e assistida está na pauta dessa luta que exige nosso engajamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, N. “Mulheres na Força de Trabalho na América Latina: um ensaio bibliográfico”. *BIB* (Boletim Bibliográfico do IUPERJ), n. 16, pp 25-43, 1983.
- AGUIRRE, R. & FASSLER, C. “¿Qué Hombres? Qué Mujeres? Qué Familias?” In: ISIS Internacional. *Familias. Siglo XXI*. Ediciones de las Mujeres, n° 20, nov/1994.
- ALMEIDA, C. “Saúde nas Reformas Contemporâneas”. In: Costa, A.M., Merchán-Hamann, E. & Tajer, D. (orgs). *Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000 (pp.61-94)
- ANYON, J. “Intersecções de Gênero e Classe: Acomodação e Resistência de Mulheres e Meninas às Ideologias e Papéis Sexuais” (trad. Edith P. Piza). *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo, (73): 13-25, 1990.
- AQUINO, E.M.L. de; ARAÚJO, T.V.B. & MARINHO, L.F.B. “Padrões e Tendências em Saúde Reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica” In: Giffin, K. e Costa, S.H. (orgs). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999 (pp. 187-204)
- ARAÚJO, C. “Marxismo, Feminismo e o enfoque de Gênero”. *Crítica Marxista*, n. 11, São Paulo, 2000 (pp. 65-70)
- ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- ÁVILA, M. B. "Modernidade e Cidadania Reprodutiva". *Revista Estudos Feministas*, vol. 1, n° 2, 1993 (pp. 382-393)
- BADINTER, E. *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBOSA, R.M. & LAGO, T. di G. "SIDA y Derechos Reproductivos. Mas allá de la Transmisión Vertical". In: Gómez. A. (org). *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos*. Cuadernos Mujer y Salud/RSMLAC, n° 3, 1998 (pp.92-97)
- BASTOS, F.I. & SZWARCOWALD, C.L. “Aids e Pauperização: principais conceitos e evidências empíricas”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, s. 1, Rio de Janeiro, 2000.
- BECKER, H. *Métodos de Pesquisas em Ciências Sociais*. São Paulo: HUCITEC, 1993.

- BENOIT, L. O “Feminismo, Gênero e Revolução”. *Crítica Marxista*, n. 11, São Paulo, 2000 (pp. 76-88)
- BERMAN, R. “Do Dualismo de Aristóteles à Dialética Materialista: a transformação feminista da ciência e da sociedade”. In: A M. Jaggar & S.R. Bordo (editoras). *Gênero, Corpo, Conhecimento*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997 (pp. 241-275)
- BESSE, S. K. *Modernizando a Desigualdade: Reestruturação da Ideologia de Gênero no Brasil, 1914-1940* (trad. Lólio Lourenço de Oliveira). São Paulo: EDUSP, 1999.
- BETANCES, B. "República Dominicana, mujeres madres y el SIDA. Realidades, dilemas y programas para la acción" In: Gómez. A. (org). *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos*. Cuadernos Mujer y Salud/RSMLAC, n° 3, 1998 (pp.49-56)
- BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- BORDERÍAS, C. & CARRASCO, C. “Las Mujeres y el Trabajo: aproximaciones históricas, sociológicas y econômicas” In: Borderías, Carrasco y Alemany (org). *Las Mujeres y el Trabajo: rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria-Suhem, 1994.
- BRITO, J. C. “Enfoque de Gênero e Relação Saúde/Trabalho no Contexto de Reestruturação Produtiva e Precarização do Trabalho”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(1): 195-204, jan-mar, 2000.
- BRUSCHINI, C. “Women and labor in Brazil”. *Revista Estudos Feministas*, vol. 3(2), 1994 (pp.201-211)
- CABRAL, C. S. "Mujeres VIH positivas y su representación social de la maternidad" In: Gómez. A. (org). *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos*. Cuadernos Mujer y Salud/RSMLAC, n° 3, 1998 (pp.98-101)
- CAROVANO, K. “More than Mothers and Whores: Redefining the AIDS Prevention Needs of Women”. *International Journal of Health Services*, vol. I, no. 1 (131-142), 1991.
- CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social: Uma Crônica do Salário*. Petrópolis: Vozes, 1998 (2ª. edição).
- CASTRO, M.G. “Marxismo, Feminismos e Feminismo Marxista – mais que um gênero em tempos neoliberais”. *Crítica Marxista*, n. 11, São Paulo, 2000 (pp. 98-108)

- CHÁVEZ, D.C. “Algunas Notas sobre el Metodo y Processo de Investigación” In: Padilla et al (org). *Metodologia de la Investigacion en Salud*. Santo Domingo: Editora Universitaria, 1986 (p. 117-142).
- CHODOROW, N. *Psicanálise da Maternidade. Uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.
- COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1989 (3a. ed.).
- COSTA, S.H. “Aborto Provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: Giffin, K. e Costa, S.H. (orgs). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999 (pp. 163-184)
- DENENBERG, R. "HIV infection in women: still untreated, still deadly" In: *Treatment Issues*, vol. 11, nº 7/8, Julho/Agosto, 1997.
- DIEESE, Boletim. *8 de Março – Dia Internacional da Mulher* (Edição Especial). São Paulo: DIEESE, março de 2000.
- DINIZ, S. & VILLELA, W. “Interfaces entre os Programas de DST/AIDS e Saúde Reprodutiva: o caso brasileiro” In: Parker, R., Galvão, J. e Bessa, M.S. (orgs). *Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente à Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 1999 (pp. 123-176)
- DURHAM, E. R. “A Família e a Mulher”. *Cadernos C.E.R.U.*, nº 18, maio, 1983 (pp. 7-47).
- D’OLIVEIRA, A.F.P.L. & SCHRAIBER, L.B. “Violência de Gênero, Saúde reprodutiva e Serviços”. In: GIFFIN, K. e Costa, S.H. (orgs). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999 (pp. 337-356)
- DOYAL, L. *The Political Economy of Health*. Boston: South End Press, 1981.
- EAGLETON, T. *Ideologia. Uma Introdução*. São Paulo: EDUSP/Boitempo, 1997.
- ENGELS, F. *The condition of the working class in England*. Moscou: Progress Publisher, 1977.
- ENGELS, F. “A Família Monogâmica”. In: CAVENACCI, M. (org). *Dialética da Família*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

- FONSECA, T.M.G. “De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero” In: Lopes, M.J., Meyer, D. & Waldow, V. (org). *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- GALVÃO, J. *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.
- GIFFIN, K.M. “A Modernidade Perversa e a Reprodução Humana no Brasil” In: M.C. Leal, P.C. Sabroza, R.H. Rodriguez e P.M. Buss (orgs). *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992 (volume II).
- _____. Esfera da Reprodução em uma Visão Masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, vol. 4:1, 1994 (p. 23-40)
- GIFFIN, K. M. & LOWNDES, C. M. "Gender, Sexuality and the Prevention of Sexually Transmissible Diseases: a brazilian study of clinical practice". *Social Sciences and Medicine*, 48(3), 1998 (pp. 283-292)
- GIFFIN, K.M. “Corpo e Conhecimento na Saúde Sexual: uma visão sociológica” In: Giffin, K.M. & Costa, S.H. (orgs). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999 (pp. 79-91)
- GIFFIN, K. & CAVALCANTI, C. “Homens e Reprodução”. *Revista Estudos Feministas*, 7 (1,2):53-71, 1999.
- GIFFIN, K.M. & VERMELHO, L.L. “HIV and Aids in Brasil”. In: Karen McElrath (org). *HIV and Aids: a world view*. Westport: Greenwood Press (no prelo)
- GOLDENBERG, M. *A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record, 1997.
- GOLDSTEIN, D. “O lugar da Mulher no Discurso sobre a AIDS no Brasil”. Texto apresentado no Seminário *Mulheres e AIDS*, IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1992 (mimeo)
- GOULART, F. A. de Andrade. *Políticas e Instituições de Saúde: o Vivido, o Percebido e o Representado*. Dissertação de Mestrado apresentada à ENSP/FIOCRUZ, 1992 (mimeo).
- HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

- HEINEMANN, U. R. *Eunucos pelo Reino de Deus. Mulheres, Sexualidade e a Igreja Católica*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos tempos, 1996.
- HENNESSY, R. & INGRAHAM, C. *Materialist Feminism. A Reader in Class, Difference and Women's Life*. London: Routledge, 1997.
- HITA, M. G. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In: *Antropologia da Saúde - Traçando Identidade e Explorando Fronteiras* (P. C. Alves & M. C. Rabelo, org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998 (pp. 71-94)
- HOOGBRUIJN, A. L. *Affirming Life despite a Poisoned Fate: a grounded theory of reproductive decision-making among women living with HIV*. (Mimeo) Tese de Doutorado apresentada à University of British Columbia, Canadá, 1999 (217 pgs)
- ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- JAGGAR, A.M. "Amor e Conhecimento: a emoção na epistemologia feminista" In: Jaggar, A.M. & Bordo, S.R. (eds). *Gênero, Corpo, Conhecimento*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997 (pp. 157-185)
- JELÍN, E. "Las Familias en América Latina" In: ISIS Internacional. *Familias. Siglo XXI*. Ediciones de las Mujeres, nº 20, nov/1994.
- KERGOAT, D. "Em defesa de uma sociologia das relações sociais de sexo" In: Kartchevsky-Bulport, Andrée et al. (org). *Sexo do Trabalho* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- KERGOAT, D.. "Relações Sociais de Sexo e Divisão Sexual do Trabalho" In: Lopes, Meyer e Waldow (org). *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- KNAUTH, D. "Maternidade sob o signo da AIDS: um estudo sobre mulheres infectadas" In: Costa, A. O. (org). *Direitos Tardios. Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina*. São Paulo: PRODIR/FCC/Editora 34, 1997 (pp. 39-64)
- KOSIK, K. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- LAURELL, A.C. "Globalización y Reforma del Estado". In: Costa, A.M., Merchán-Hamann, E. & Tajer, D. (orgs). *Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000 (pp.35-60)
- LAURETIS, T. de. "A tecnologia do gênero". In: Buarque de Hollanda, H. (org.). *Tendências e Impasses: o Feminismo como Crítica da Cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

- LEA, A. "Mujeres VIH+. Toma de decisiones sobre su reproducción" In: Gómez. A. (org). *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos.. Cuadernos Mujer y Salud/RSMLAC*, n° 3, 1998 (pp.78-81)
- LEÓN, M. "La Identidad se Construye ? en la Familia?" In: ISIS Internacional. *Familias. Siglo XXI*. Ediciones de las Mujeres, n° 20, nov/1994.
- LOMNITZ, L. *Como Sobreviven los Marginados*. México: Siglo Veinteuno, 1975.
- LOURO, G. L. *Gênero, Sexualidade e Educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
- LOWNDES, C.M. "Doenças Sexualmente Transmissíveis na Mulher" In: Giffin, K. e Costa, S.H. (orgs). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999 (pp. 253-280)
- LOWY, M. *Ideologias e Ciência Social. Elementos para uma análise marxista*. São Paulo: Cortez, 1991 (7ª ed.)
- LUDERMIR, A B. "Inserção produtiva, Gênero e Saúde Mental". *Cadernos de Saúde Pública*, v.16, n. 3, Rio de Janeiro, jul/set 2000.
- MARTIN, Emily. *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press, 1984.
- MATTA, R. da. "O ofício do etnólogo, ou como ter 'Athropological Blues' ". In: Nunes, E. (org.), *Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MELO, J. (ed.) e VILLELA, W. V. (red.). *Dossiê Mulher e Aids*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1999.
- MELO, J. e TANAKA, A. C. A. (eds). *Dossiê Mortalidade Materna*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2000.
- MELONI, E. V. "A Medicalização do Corpo Feminino" In: Giffin, K.M & Costa, S.H. (orgs). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999 (pp. 67-78)
- MICHELET, J. *A Feiticeira. 500 anos de Transformações na Figura da Mulher*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico sobre AIDS*, Ano XI, N° 01, Brasília, 1998.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico sobre AIDS*, Ano XIII, n. 03, 36^a. a 52^a. semana epidemiológica, outubro a dezembro de 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico sobre AIDS*, Ano XIII, n. 03, 1^a. a 13^a. semana epidemiológica, janeiro a março de 2001a
- MITJAVILA, M. & ECHEVESTE, L. "Sobre a Construção Social do Discurso Médico em Torno da Maternidade" In: Costa, A O e Amado, T. (org) *Alternativas Escassas: saúde sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo, PRODIR/FCC/Ed. 34, 1994 (pp. 283-300).
- MOLINA, A "Laqueadura Tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais". In: Giffin, K. e Costa, S.H. (orgs). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999 (pp. 127-146)
- MORAES, M.L.Q. "Marxismo e Feminismo: afinidades e diferenças". *Crítica Marxista*, n. 11, São Paulo, 2000 (pp. 89-97)
- MURARO, R.M. "Breve Introdução Histórica" In: Kramer, H. e Sprenger, J. *Malleus Maleficarum. O Martelo das Feiticeiras*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1991 (8^a ed.)
- NOGUEIRA, R.P. "A Impotência da Equidade". In: Costa, A.M., Merchán-Hamann, E. & Tajer, D. (orgs). *Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000 (pp.95-109)
- NUNES, S. A "A Medicina Social e a Questão Feminina". *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, vol. 1(1), 1991 (pp.49-75)
- OLIVEIRA, M. "Sobre a Saúde da População Negra Brasileira". *Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos*. Revista da Fundação MacArthur. São Paulo, no. 2, ano 2, maio de 2001 (pp. 8-11)
- PAIVA, V., BUGAMELLI, L, LEME, B., VENTURA-FILIFE, E., TUNALA, L. & SANTOS, N. "SIDA, vulnerabilidad y condicionantes de género" In: Gómez. A. (org). *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos.. Cuadernos Mujer y Salud/RSMLAC*, n° 3, 1998 (pp.34-38)
- PANOS, Dossiê. *A Tripla Ameaça: Mulheres e AIDS* (org. bras. ABIA e SOS Corpo). London: Panos Institute Ltda/Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/HUCITEC, 1993.

- PARKER, R., HERDT, G. & CARBALLO, M. "Cultura Sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS". In: Czeresnia, D. Monteiro, S., Simões Barbosa, R.H. e Santos, E.M. (org.). *AIDS: Pesquisa Social e Educação*. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Abrasco, 1995 (pp. 17-45)
- PARKER, R. & CAMARGO JR., K.R. "Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, s. 1, Rio de Janeiro, 2000.
- PARKER, R., GALVÃO, J. & BESSA, M.S. "Políticas Sociais, Desenvolvimento Econômico e Saúde Coletiva: o caso Aids" In: Parker, R., Galvão, J. e Bessa, M.S (orgs). *Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas brasileiras frente à Aids*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 1999 (pp. 7-25)
- RAMOS, S. *A Heterossexualização da AIDS nos anos 90: o Papel das Representações de Gênero na Construção das Representações da AIDS*. (Mimeo). Rio de Janeiro, 1991.
- ROMITO, P. "Trabalho, Maternidade e Saúde das Mulheres: algumas notas metodológicas" In: *Trabalho, Saúde e Gênero na Era da Globalização* (Oliveira e Scavone, org). Gioana: Cultura e Qualidade, 1997.
- SAFFIOTI, H.I.B. *A Mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade*. São Paulo: Quatro Artes, 1969.
- SAFFIOTI, H.I.B. *O Poder do Macho*. São Paulo: Moderna, 1987.
- SAFFIOTI, H.I.B. "Rearticulando Gênero e Classe Social". In: Costa, A. de O. & Bruschini, C. (org.). *Uma Questão de Gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, /São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.
- SAFFIOTI, H.I.B. & ALMEIDA, S. de S. *Violência de Gênero. Poder e Impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995
- SILVER, L. D. "Direito à Saúde ou Medicalização da Mulher? Implicações para a avaliação dos Serviços de Saúde para Mulheres. In: Giffin, K. e Costa, S.H. (orgs). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999 (299-317)
- SIMÕES BARBOSA, R.H. *AIDS e Gênero: as mulheres de uma comunidade favelada*. (Mimeo). Tese de Mestrado apresentada à ENSP/ FIOCRUZ, 1993 (226 fls.)
- SIMÕES BARBOSA, R.H. & CASANOVA, A. *Pré-Natal e Aids na Rede Básica de Saúde: impasses, limites e possibilidades*. (Mimeo). Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/UFRJ, 2000 (131 pgs).

- SONTAG, S. *A doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- THOMPSON, J.B. *Ideologia e Cultura Moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.
- TREICHLER, P. "AIDS, Gender and Biomedical Discourse: Current Contests of Meaning" In: Fee, E. & Fox, D. (org.). *AIDS: the Burdens of History*. Berkeley, C.A.: University of California Press, 1989.
- VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, v.23, n° 53, set/dez, 1999 (p. 6-19)
- VAITSMAN, J. *Flexíveis e Plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994
- VAITSMAN, J. "Cultura de organizações públicas de saúde – notas sobre a construção de um objeto". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, 3, jul/set 2000
- VERMELHO, L.L.; SILVA, L.P. e COSTA, A J.L. "Epidemiologia da Transmissão Vertical do HIV no Brasil" In: Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico sobre AIDS*, Ano XII, n. 03, junho a agosto de 1999.
- VILLELA, W. "Vulnerabilidad de las mujeres respecto del VIH". In: Gómez. A. (org). *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos*. Cuadernos Mujer y Salud/RSMLAC, n° 3, 1998 (pp.92-97)
- VICTORA, C., BARROS, F. & VAUGHAN, J. *Epidemiologia da Desigualdade*. São Paulo: Hucitec, 1988

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ELETRÔNICAS (INTERNET)

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. "Status of Perinatal HIV Prevention U.S. Declines Continue: hope for extending success to developing world". *CDC Update*, June, 1998a. (<http://www.cdcnpin.org>)

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. "Critical need to pay attention to HIV prevention for women: minority and young women bear greatest burden". *CDC Update*, June, 1998b. (<http://www.cdcnpin.org>)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. "Recomendações para Profilaxia da Transmissão Materno-infantil do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes". Brasília, 2001b (www.aids.gov.br)

THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY DIVISION OF INFECTIOUS DISEASES. *Adults and Children Living with HIV/AIDS - 1997*, 1998. (<http://www.hopkins-aids.edu>)

UNAIDS/ABIA. "Respostas Brasileiras ao HIV/Aids: experiências exemplares". Brasília, 2000 (www.aids.gov.br)

UNAIDS/UNICEF. *Vertical Transmission of HIV – Rapid Assessment Guide*. Geneva, June 1998. (<http://www.unaids.org>)

UNAIDS. *Early data from Mother-to-Child HIV Transmission Study in Africa finds shortest effective regimen ever*. Geneva, February of 1999 (<http://www.unaids.org>)

UNAIDS & WHO. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, June 1998. (<http://www.unaids.org>)

A N E X O S

ANEXO I

ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTANTES

Trajetória Familiar

- histórico familiar: família natural do RJ ou migrante? De onde? Por que emigrou (aram)?
- estrutura familiar: família extensa ou nuclear? moram perto ou longe? convivem ?
 - relacionamento: como se relaciona com a família ? (são unidos? se ajudam? há conflitos? quais?)
 - situação sócio-econômica: como vivem/sobrevivem? emprego, desemprego, apoio x isolamento
 - infância e adolescência: foi criada por quem? (relação com mãe, pai, irmãos, familiares...); pessoa de referência afetiva na família de origem: quem? por que?
 - escolaridade: até quando estudou? por que parou?
 - trabalho: quando começou a trabalhar? em que? mudanças de emprego, dificuldades econômicas
 - como vive/sobrevive atualmente? (trabalho x desemprego); recebe ajuda financeira de alguém? (família, ex-cônjuge....)

Trajetória Conjugal

- histórico: casou-se? quando ? quantas vezes? como foi(ram) a(s) relação(ões) anterior(es) ? por que separou-se? relacionamento com ex-cônjuges (ele(s) ajuda(m) a criação do(s) filho(s)? ajuda(m) economicamente?)
- relacionamento com cônjuge atual: quando se uniram? como é o relacionamento? que projetos de vida tinham/têm? afinidades x conflitos

Representações de Gênero

- se você nascesse de novo, preferia ser homem ou mulher? por que?
- as mudanças na vida das mulheres - trabalhar fora, contribuir com o sustento da família - foram positivas ou negativas? por que?
- como percebe a situação das mulheres atualmente? vantagens x desvantagens da mulher - mãe - trabalhadora, anseio por independência x dependência da família, impactos sobre a criação dos filhos, dificuldades de sobrevivência, etc)
- como percebe a situação dos homens atualmente ? provedor - machista - companheiro – pai, vantagens x desvantagens
- como você vê o atual relacionamento homem x mulher? união, competição, sobrecarga para as mulheres, conflitos amorosos, etc

A maternidade

- histórico: tem outros filhos? quantos? em que circunstâncias? desejados ou acidentais?
- contracepção: evitou filhos? como? teve experiência com aborto e/ou dst?

- significado da maternidade: o que significam(aram) os filhos? dificuldades e compensações
- como foi a experiência com cada filho? (momento de vida, relacionamento com companheiro, dificuldades de sobrevivência, prazer x sobrecarga, etc)
- como percebe, para as mulheres em geral, a experiência de ser mãe ? vale a pena? é gratificante? é difícil? há conflitos (trabalhar fora x cuidar dos filhos, desejo de independência x responsabilidade doméstica, sobrecarga x prazer, aspirações pessoais x cobranças familiares, dificuldades econômicas, preocupação com futuro dos filhos, etc)

A Gravidez hiv+

- gravidez atual: sentimentos (foi desejada? o que sentiu quando soube?)
- descoberta da soropositividade: quando e como foi? sentimentos, conflitos (ter x não ter, bebê saudável x doente, etc)
- situação do parceiro: sorologia, reações ao diagnóstico
- relacionamento após diagnóstico: como ficou a relação? (perdão x ressentimento, apoio mútuo, ruptura, abandono, etc)
- situação familiar atual: emprego x desemprego; está recebendo apoio (emocional, material, religioso) ? de quem?
- procurou algum tipo de ajuda? de que tipo? (religiosa, familiar, etc);
- expectativas quanto ao bebê: sentimentos (medo, preocupação, esperança, motivação, pessimismo, etc);
- essa gravidez está sendo diferente das outras? como?
- expectativas do parceiro quanto ao bebê: está participando da gestação? sentimentos (alegria, preocupação, indiferença, etc)
- informações sobre o tratamento: foi informada sobre os riscos de transmissão para bebê? sobre (não) amamentação? sentimentos experimentados
- relacionamento sexual: camisinha (está usando? parceiro aceita?)
- já se sentiu discriminada? quando? como? como reagiu?

Avaliação do Serviço de Saúde:

- testagem: em que momento foi testada? foi aconselhada para o teste? como? fez o teste voluntariamente ? como foi dado o resultado? o que sentiu? recebeu esclarecimentos sobre o significado de ter o vírus hiv? sobre as possibilidades de tratamento e de (sobre)vida? sobre riscos para o bebê? pôde esclarecer dúvidas?
- assistência à saúde: como tem sido a assistência recebida após o diagnóstico? recebe as informações que precisa? entende? pergunta? que dúvidas (ainda) tem?
- como avalia a atuação dos profissionais de saúde: apoio, discriminação, respeito, etc
- há algum profissional em que confia mais ? por que? atributos qualidades percebidas
- consulta médica: como avalia a(s) consulta(s) médica(s) ? sente-se à vontade para colocar dúvidas, fazer perguntas? As explicações dadas são suficientes e claras? sente-se à vontade para expressar sentimentos (medo, insegurança, desconhecimento...)? sente-se respeitada?

- grupo: frequenta a reunião de grupo? o que acha do grupo? ele ajuda a enfrentar o problema? como?
- o tratamento: como está sendo o tratamento para evitar a transmissão para o bebê? É difícil ou não? efeitos colaterais? atrapalha a vida?
- caso deseje engravidar novamente, acha que vai ser apoiada ? por quem (profissionais de saúde, parceiro, familiares, etc) ?

O Futuro

- o que mudou na sua vida após saber o diagnóstico para o hiv ? como percebe a gravidez atual ? sentimentos: reformulação de valores, valorização da vida, medo, paralisia, tristeza, etc
- o que é mais importante atualmente? Por que?
- quais seus sonhos enquanto mulher?
- que sonho/desejo você tinha/tem e ainda não realizou ?

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAL DE SAÚDE

Trajetória Profissional

- qual a formação profissional? o que planejava fazer e o que fez profissionalmente? por que? como envolveu-se com a assistência às gestantes hiv+?
- momento atual: função profissional no programa

Representações de Gênero/Maternidade

- se você nascesse de novo, preferia ser homem ou mulher? por que?
- como avalia a situação das mulheres e dos homens na sociedade atual ? o que está sendo positivo e negativo? conflitos entre os sexos, competição x companheirismo, etc
- maior participação econômica das mulheres na família: é positivo ou negativo? por que?
- como percebe e avalia o papel materno no atual contexto social? conflitos maternidade x vida profissional, dificuldades econômicas, preocupações com criação dos filhos, recompensas afetivas, realização pessoal, etc
- como percebe e avalia a situação dos homens: estão mudando? que conflitos vivenciam atualmente (enquanto provedores, companheiros e pais) ?

Trajetória Pessoal

- auto-avaliação enquanto homem/mulher: positiva ou negativa? Como é o relacionamento conjugal atual: divisão de tarefas, cuidados com filhos/casa, sustento econômico, etc
- experiências conjugais anteriores: como foi(ram)? teve filhos? Relacionamento atual com ex-cônjuge(s), participação na criação de filhos, etc
 - contracepção: experiências anteriores e atual; métodos preferidos; dificuldades; experiência anterior de aborto e/ou dst (sentimentos, conflitos, relacionamento, etc)
 - camisinha: experiência própria e avaliação

Dilemas Éticos no Campo Reprodutivo - Situações Hipotéticas

- que postura profissional assume(iria) frente a uma mulher hiv+ que deseja engravidar?
- no caso de uma mulher hiv+ grávida desejar fazer um aborto, como se posicionaria?
- recomendaria e/ou estimula a laqueadura de trompas para as mulheres hiv+? em que circunstâncias? por que? se a mulher hiv+ deseja fazer a laqueadura, qual sua posição?
- testagem para o hiv: que postura profissional assume(iria) frente a uma grávida que, após aconselhamento, não queira se testar para o hiv: respeita sua decisão ou sente-se no direito de testá-la?

Os Serviços de Saúde e as mulheres hiv+

- como percebe o dilema maternidade x hiv ?
- os serviços e os profissionais de saúde estão preparados para lidar com a questão ‘mulheres hiv+ grávidas ou querendo engravidar’? como fica o papel reprodutivo x hiv ?
- conhece o PAISM? caso sim, o que considera mais importante neste programa para a assistência à saúde das mulheres?
- os serviços de saúde - e o programa de gestantes hiv+ - estão preparados para prestar uma assistência adequada para as mulheres hiv+? o que está satisfatório? que está faltando?
- quais as principais dificuldades na assistência às pacientes hiv+? na clientela, nos profissionais, no serviço, na estrutura assistencial (pobreza, ignorância, estado emocional das pacientes, falta de recursos do serviço para um atendimento adequado, falta de preparo psicológico dos profissionais de saúde, etc)
- como os profissionais de saúde estão lidando com a questão mulher hiv+ x bebê? As mulheres hiv+ estão sendo assistidas em suas necessidades ou o empenho maior é salvar o bebê ?
- os profissionais de saúde estão preparados para oferecer suporte emocional para as mulheres hiv+? por que? caso não, como deveria ser?
- percebe, entre os profissionais de saúde, atitudes discriminatórias em relação às mulheres hiv+? vítimas x culpadas? como isso ocorre?
- existe trabalho em equipe neste serviço/Programa? como o percebe ? (união, competição, individualismo, personalismo, colaboração, integração)
- você exerce algum tipo de papel educativo quando assiste uma paciente? qual é? o que você considera prioritário transmitir? por que? como você transmite ?
- o código de ética profissional é adequado para as situações concretas do atendimento cotidiano? há conflitos neste sentido ? quais ?
- numa situação de aconselhamento, quais os valores que predominam: os da ética profissional ou valores próprios ?
- você tem valores morais e religiosos próprios? quais? eles te orientam no seu trabalho? Como?
- o que proporia - recursos técnicos, assistenciais, sociais, psicológicos - para melhorar a qualidade da assistência às mulheres hiv+, grávidas e não grávidas?

Aprendizado pessoal e profissional relacionado com a assistência às gestantes hiv+

- qual o caso/situação mais difícil que você enfrentou até o momento? o que sentiu? que atitude tomou? por que?
- que emoções e sentimentos esse trabalho provoca?
- este trabalho propicia algum novo aprendizado pessoal? profissional? qual(ais)?
- você reformulou sentimentos e/ou valores de vida após se envolver com esse trabalho? quais?

- você reformulou alguma conduta profissional e/ou ética em decorrência deste trabalho ? quais? como?
- já sentiu medo de estar infectado pelo hiv? como e quando? o que sentiu?
- já teve algum acidente profissional? o que sentiu?
- já se testou para o hiv? O que sentiu?

O Futuro Pessoal e Profissional

- que projetos profissionais você tem para o futuro?
- sonhos e desejos de vida